

PROYECTO DE ENFERMERÍA ESCOLAR

“PROYECTOS DE SALUD ESCOLAR”



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

PROYECTOS DE SALUD DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA



EDITA:
Fundación de Enfermería de Cantabria
Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

IMÁGENES:
Freepik, Fotolia e iStock

DISEÑO E IMPRESIÓN:
Artes Gráficas J. Martínez

ISBN: 978-84-697-0473-2
Depósito Legal: SA-xx2017

ÍNDICE GENERAL

- 7** EDITORIAL
- 9** PRESENTACIÓN DEL PROYECTO
CAPÍTULO I
- 29** CUIDADOS A ALUMNOS CON PROCESOS CRÓNICOS
CAPÍTULO II
- 55** NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES “ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD”
CAPÍTULO III
- 83** SOBRE VIDA SANA. ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO
CAPÍTULO IV
- 107** ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN COMEDORES ESCOLARES
CAPÍTULO V
- 121** PRIMEROS AUXILIOS. BOTIQUINES ESCOLARES
CAPÍTULO VI
- 159** PRIMEROS AUXILIOS ORIENTADO A PROFESORES, FAMILIAS Y PERSONAL NO DOCENTE
CAPÍTULO VII
- 205** CUIDADOS BUCODENTALES
CAPÍTULO VIII
- 231** HIGIENE CORPORAL Y POSTURAL (ERGONOMETRÍA)
CAPÍTULO IX
- 259** “BULLYING”
CAPÍTULO X
- 303** TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
CAPÍTULO XI
- 333** SEXUALIDAD SALUDABLE
CAPÍTULO XII
- 373** CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO
CAPÍTULO XIII
- 413** CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
CAPÍTULO XIV



Thymine (T)

Cc1c[nH]c(=O)[nH]c1=O


EL CUIDADO ENFERMERO EN EL AULA. PROFESIÓN ENFERMERA ESCOLAR.

¿Podemos visualizar por un momento a nuestros hijos adquiriendo hábitos sanos desde su nacimiento? ¿Podemos imaginar iniciar un autocuidado desde el inicio del razonamiento humano y gestionarlo con metodología enfermera?

El continuo avance de la ciencia enfermera desde el conocimiento científico adherido a la esencia humanista y filosófica de la profesión, converge en la aplicación de un cuidado ontológico y epistemológico a la persona, la familia y a la comunidad. Siendo la escuela, colegio o instituto un marco excepcional para el cuidado, y éste, en sí mismo, el buque insignia de la Profesión Enfermera, como el nuevo marco competencial de aplicación de los cuidados enfermeros a la comunidad educativa.

La literatura científica avala el desempeño profesional de los enfermeros escolares, haciendo posible la elaboración de programas específicos de actuación enfermera en cada tramo de edad del alumno para posteriormente desarrollarlo con la ayuda pedagógica del maestro o docente en el aula, es así como el binomio profesional enfermero-maestro, visto como un equipo multidisciplinar en el ámbito escolar se hace indisoluble, imprescindible y prioritario en la promoción de la salud del alumno.

El aumento en la comorbilidad de la patología crónica en el niño y el adulto, las intolerancias y/o alergias alimentarias, el acoso escolar, la atención a la diversidad, los accidentes en el aula, los embarazos no deseados, el abuso de sustancias, etc., son situaciones que en la



actualidad están presentes en los centros escolares, de ahí, la importancia de la realización de educación para la salud como pilares básicos que desarrolla el enfermero escolar a través de actividades formativas y educativas al profesorado, familias, alumnos y a cada uno de los integrantes de la comunidad educativa, satisfaciendo sus necesidades, promocionando su salud, facilitando el autocuidado y creando hábitos saludables.

La enfermera como gestora en el cuidado del alumno disminuye el coste económico de la patología crónica futura y, en ésta línea, nuestros líderes políticos cada vez más consecuentes con el gasto sanitario y la necesidad de crear fórmulas para frenarlo, han requerido datos objetivos, cuantitativos y cualitativos aportados por la Fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria para implantar la figura en nuestra Comunidad Autónoma, estos datos extraídos del proyecto piloto que lidera la Fundación de Enfermería de Cantabria (Fecan) co-financiado conjuntamente con los centros escolares y las asociaciones de padres y madres de alumnos (Ampas) durante los cursos 2014-2017 justifican suficientemente la contención del gasto y la cobertura del cuidado integral, teniendo en cuenta la calidad científica y humana que distingue a los profesionales de enfermería.

Solo entendiendo la excelencia en el cuidado y el compromiso que tenemos con la sociedad pasamos a ser el “profesional facultativo enfermero” referente en salud en el aula.

Raúl Fernández Carreras.

Enfermero. Vicepresidente de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Rocío Cardeñoso Herrero.

Enfermera. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO



Rocío Cardeñoso Herrero

Diplomada en Enfermería
Presidenta del Colegio Oficial de
Enfermería de Cantabria.

Pilar Elena Sinobas

Diplomada en Enfermería
Vicepresidenta 1ª del Colegio Oficial
de Enfermería de Cantabria.

Raúl Fernández Carreras

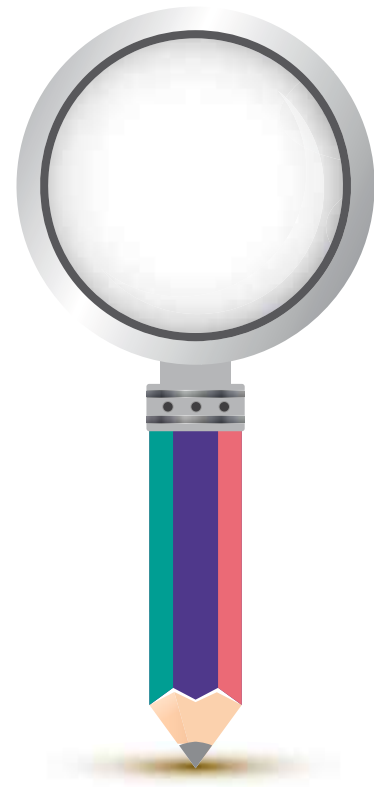
Diplomado en Enfermería
Vicepresidente 2º del Colegio
Oficial de Enfermería de Cantabria.

Laura Ruiz Iglesias

Graduada en Enfermería.

ÍNDICE

11	PRESENTACIÓN
13	INTRODUCCIÓN
16	JUSTIFICACIÓN
18	OBJETIVOS
19	METODOLOGÍA
22	EVALUACIÓN. MEDICIÓN DE RESULTADOS
23	DISCUSIÓN
24	CONCLUSIONES
25	CURRICULUMS
27	BIBLIOGRAFÍA



Decía el Presidente de la OMS, el Dr. Hirosho Nakajima, en su alocución en el discurso inaugural de la decimotercera Conferencia Mundial sobre Educación para la Salud, celebrada en Houston en el año 1988: “(...) *A pesar de la prueba convincente de su efectividad... ¿por qué hay todavía tan pocos currículos de Educación para la Salud implantados en las escuelas?*”.

Conferencia Mundial sobre Educación para la Salud en Houston. OMS, 1988.

El Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria tiene entre sus fines la implantación de la figura de la enfermera escolar, como parte del trabajo de esta institución en el ámbito de la educación en los centros escolares.

Para su puesta en marcha y su desarrollo, se ha elaborado un gran proyecto general que contiene, a su vez, un conjunto de proyectos sobre temas específicos que son los siguientes:

- ✎ Vida sana. Alimentación y ejercicio.
- ✎ Alimentación saludable en comedores escolares.
- ✎ Cuidados bucodentales.
- ✎ Primeros auxilios. Botiquines escolares.
- ✎ Trastornos de la conducta alimentaria. Cuidados.
- ✎ Bullying o acoso escolar.
- ✎ Cuidados a alumnos con procesos crónicos.
- ✎ Atención a la diversidad. Necesidades educativas especiales.
- ✎ Sexualidad saludable.
- ✎ Consumo de sustancias nocivas.
- ✎ Cuidados de la higiene personal y ergonómica.

Todos los proyectos contemplan la atención a los diversos miembros de la comunidad educativa: alumnos, familias, profesores y personal no docente.

Están elaborados desde la perspectiva del cuidado profesional. De tal modo que algunos requieren actividades asistenciales y todos están realizados desde la visión de la promoción y cuidados de la salud y prevención de enfermedades.

Todos los proyectos contienen su correspondiente evaluación con resultados en salud, y la identificación de dificultades y aspectos de mejora a introducir en posteriores cursos.

La enfermera escolar estará integrada en la comunidad educativa. Esto supone un valor añadido de eficacia y eficiencia. Junto al equipo docente trabaja para normalizar la vida escolar de los alumnos con necesidades educativas especiales y con enfermedades crónicas, fomentando hábitos de vida saludables en el contexto educativo.

Se trata de un perfil profesional emergente pero no por ello menos importante y necesario.

La enfermera tiene competencias curriculares propias que la acreditan.

- ✓ Los contenidos académicos curriculares específicos con capacidad de *hacer*.
- ✓ Sus habilidades para la puesta en práctica: *saber hacer*.
- ✓ La actitud y conductas deseables, rasgos del carácter y valores de la profesión *para hacer*.

Del mismo modo servirá de nexo de unión con los servicios sanitarios de Atención Primaria y Especializada del Servicio Cántabro de Salud siempre que se requiera.

Respecto a la comunidad educativa:

- ✓ Los alumnos tienen necesidades formativas sobre salud. El fin es formar adultos responsables o autónomos en cuidar de su salud y la de sus familias.
- ✓ Los docentes desean aprender para dar respuesta a cuestiones relacionadas con temas de la salud y a los accidentes en el centro escolar.
- ✓ Para las familias, supone una garantía en el cuidado y la promoción de la salud de sus hijos, del mismo modo que les aporta conocimientos en materia de salud.

La implantación de esta figura profesional es habitual en algunas comunidades autónomas, como en el caso de Madrid. No obstante faltan experiencias similares en Cantabria. El propósito es realizar una experiencia pilotada y controlada a lo largo del curso 2014-2015, con evaluación de resultados en salud.

Nota: Inicialmente la puesta en marcha y el pilotaje de este proyecto se hizo para los cursos académicos 2014-2015 y 2015-2016. Posteriormente, la Fecan tomó la decisión de prorrogarlo durante el curso 2016-2017. Esta es la razón por la que esta presentación está redactada sólo para los dos primeros cursos.



1 Desde una preocupación por la salud de las poblaciones y los individuos que las componen, así como desde una perspectiva de una posible mejora educativa, se ha enfocado este proyecto como una propuesta de inclusión, dentro de la plantilla docente de los Colegios de Educación Infantil y Primaria (C.E.I.P) e Institutos de Educación Secundaria (I.E.S), de personal sanitario especializado. Personal con capacidad para formar al alumnado, a profesores y familias en temas referentes a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, considerando esta formación una pieza indispensable hacia la consecución de una sociedad más sana y saludable.

En ocasiones, cuando se habla de educación, el discurso se centra en los aspectos teóricos de las distintas materias que se cursan, otorgando relevancia solo a los contenidos relacionados con las mismas, y no dando cabida a otros aspectos no menos importantes para el desarrollo del individuo, entre los que se encuentra la educación para la salud (EpS).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978), en la trigésimo sexta Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Alma-Ata en el año 1978, propuso como definición de EpS: “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación, en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzarla salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite”. Según la OMS, “la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (Rochón, 1991).

Como defiende Gómara et al. (2010), en la última etapa de la educación obligatoria no se trata sólo de que los alumnos adquieran y expresen con rigor una serie de conocimientos, sino que deben desarrollar una serie de capacidades que les permitan comportarse con libertad, tolerancia y responsabilidad, valorando críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud y tomando decisiones sobre las opciones que favorezcan afianzar hábitos saludables y fortalecer sus capacidades afectivas.

Aunque está claro que la adolescencia es una etapa del ciclo vital en la que, por sus características biológicas y psicosociales, la educación para la salud adquiere una especial relevancia, no puede convertirse en una justificación para dirigir exclusivamente los esfuerzos de la educación para la salud al colectivo adolescente. Así, la EpS comienza en el nacimiento, a partir de las interacciones que mantenemos con las personas más próximas e íntimas, pero también con el medio social y cultural en sentido amplio, y “no siempre es consciente, pero es inevitable e ineludible; con ella incorporamos conocimientos, actitudes, valores, normas, comportamientos, que guiarán nuestros pasos hacia una vida sana y saludable” (Martínez et al. 2011).

Entendiendo por tanto la EpS como una parte esencial de la promoción de la salud, se deben ampliar los horizontes cuando se desarrolle en la escuela. Según Gavidia (2001), ya no se trata únicamente de integrarla más o menos en unas determinadas asignaturas, sino de participar en un conjunto de actuaciones tendentes a mejorar el bienestar de la población. Son cuestiones

que no pueden dejarse de lado puesto que a ellas tiene derecho toda la colectividad: la mejora de la calidad de vida, la disminución de los factores de riesgo de contraer enfermedades, evitar sufrimientos y «añadir vida a los años y años a la vida».

Para lograr una Escuela Promotora de Salud, el centro educativo deberá enseñar al alumnado los beneficios de ciertos estilos de vida frente a otros menos saludables (Gavidia, 2001). Por otro lado y según la Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud del Gobierno de Cantabria, “los programas integrados, holísticos y de largo plazo, tienen más probabilidades de lograr buenos resultados académicos y mejorar la salud que aquellos basados en la transmisión de información que se lleva a cabo en las aulas” (2013, p.4), aspecto que aparece reflejado en otros trabajos (Pertegal, Oliva y Hernando, 2010; Carrera et al., 2006).

Considerando así la educación para la salud como punto imprescindible a tener en cuenta dentro de las aulas, la educación, aparte de conocimientos sobre diferentes áreas académicas, debe de formar a los alumnos para poder llevar a cabo unos hábitos y conductas saludables y responsables, que promuevan su salud y les permitan tener una calidad de vida aceptable. Por lo tanto, la escuela es un espacio fundamental e imprescindible para el desarrollo de la estrategia de promoción y prevención: la educación para la salud pretende que el hombre sea el protagonista de su propio destino, dándole las bases para que pueda elegir la salud como uno de los bienes más preciados.

En España, algunas comunidades ya disponen de programas de salud escolar y han articulado estrategias para capacitar a profesionales de enfermería en las competencias necesarias para realizar su labor en las escuelas (Ortiz et al., 2012; Fernández, Rebolledo y Velandia, 2006; Corominas, Prats y Coll, 2008).

Como ya Candela et al. apuntaba en 2006: “puede que nos encontremos en un momento crucial para ampliar nuestro desempeño profesional, instaurando la figura del profesional de enfermería en los centros escolares españoles, como ya ocurre en países del entorno europeo como Francia, Suiza o Inglaterra y en otros como Estados Unidos, pero hay que luchar por lograr este espacio”.

Según la Asociación Nacional de Enfermeras Escolares de EE.UU., en este país el desempeño de la enfermera escolar en Salud Pública depende de los diferentes Estados. Las profesionales realizan una doble función, una en el Departamento de Salud y la otra en la escuela de dicho departamento; la enfermera es un referente en el ámbito escolar y recibe consultas de estudiantes, padres, profesionales docentes u otros miembros de la comunidad a través de la escuela o del Departamento de Salud. En su actividad, tanto promotora preventiva como clínica y asistencial, es de suma importancia la utilización de los diferentes documentos de registro e información que le permiten mantener una constante comunicación con padres, maestros y otros agentes educativos y comunitarios.



Por otro lado y según la Scuola Italiana Vittorio Montiglio de Chile, en dicha escuela la unidad de Enfermería está a cargo de una Enfermera Universitaria. Sus funciones son: primera atención de enfermería en caso de accidentes escolares; evaluación y primera atención en casos de presentarse signos o síntomas de enfermedad durante la jornada escolar; administración de tratamiento farmacológico por prescripción médica; actividades de educación y prevención en salud.

Juárez (2012) y Ortiz et al. (2012) definen la enfermera escolar como la profesional de enfermería que desempeña su labor en el ámbito escolar prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa después de adquirir una formación complementaria y específica.

Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y al máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, por lo que se debería integrar en el centro educativo durante todo el horario escolar.

Para Corominas et al. (2008) y Caballer (2011) la función de la enfermera escolar comprende también la prestación de cuidados destinados a la promoción de la salud, la prevención de las situaciones de riesgo, la atención a problemas relacionados con la salud mental, la salud afectivo-sexual y las adicciones (alcohol,

tabaco, drogas, etc.), y también deberá evaluar las intervenciones. El ejercicio de estas competencias abarca al alumnado y al resto de la comunidad escolar (madres, padres, docentes y personal no docente), siendo la enfermera escolar la figura de referencia para la atención de los problemas crónicos, agudos y urgentes que acontezcan en el espacio escolar.

La figura que se desarrollará a lo largo de este proyecto, trabajará integrada en el equipo escolar sin perder contacto con las administraciones sanitarias, pues la enfermera tiene que formar parte del equipo interdisciplinario responsable de promocionar la salud de niños y jóvenes (Panella, 1990).

El escenario del que partimos es la escuela, un espacio de especial consideración para la enfermera en la atención a la salud de toda la comunidad educativa. Fontanet (2007, p.4) dijo que: “Tradicionalmente, la escuela se ha tenido muy en cuenta porque es una gran oportunidad de espacio, de tiempo y de actitud de los educandos, dada la idoneidad del marco escolar para crear actitudes y hábitos propios de un comportamiento saludable”.



2 Por tanto y después de lo anteriormente comentado, el presente proyecto se centra en un reclamo para apoyar el papel activo que puede y debe tener la escuela en los aspectos de educación para la salud, sin querer restar importancia a otros agentes sociales que también pueden y deben mostrarse activos y tratando siempre de explorar, en base a las publicaciones científicas más recientes sobre esta cuestión, cuáles pueden ser las mejores opciones para articular la educación para la salud en el marco escolar.

Por otro lado, y aunque para algunos educadores, instituciones y organizaciones educativas no es obvio que en la escuela se deba hacer educación para la salud, muchas y suficientes son las razones que, según López (2005), Lamieras y Carrera (2009), Campbell (1995), justifican su presencia en el currículum escolar.

En primer lugar, como es sabido, la escuela no es sólo el lugar de aprendizajes instrumentales de tipo académico, sino también de los aprendizajes para la vida. No solo se debe buscar el rendimiento académico y la optimización de los resultados del alumnado, sino también favorecer su autorrealización personal como queda recogido en la ley de educación. Y en este aspecto la educación para la salud tiene mucho que aportar.

En segundo lugar, siendo la salud una cuestión de estilo de vida, la escuela es un lugar privilegiado para adquirir conocimientos, destrezas, actitudes, valores y normas que fomentan la salud. Como se afirma desde la Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud del Gobierno de Cantabria (2013), a la que las escuelas cántabras se han ido incorporando tras la resolución de la Consejería de Educación de esta comunidad, la familia y los medios de comunicación pueden realizar grandes aportaciones, pero la escuela tiene la gran oportunidad de sistematizar aprendizajes, secuenciarlos y hacer que sean globalizados y significativos. Tiene la capacidad de entrenar aquellas habilidades sociales que permitirán a los/as alumnos/as ser competentes en materia de promoción de la salud.

En tercer lugar, la escuela es la única institución que puede asegurar que la educación para la salud llegue a todos. Si la educación para la salud es un derecho, sólo la escuela puede compensar, al menos hasta cierto punto, las desigualdades, pues una sociedad desarrollada no puede negarle a los individuos el acceso a este derecho.

En cuarto lugar, es importante darse cuenta de que el estilo de vida que promueve la salud debe aprenderse antes de tener problemas de salud y, por supuesto, desde la infancia.

En quinto lugar, los riesgos de salud son tan graves que una institución como la escuela no puede desentenderse de ellos.

En sexto lugar, la escuela es una de las mejores formas de llegar a los padres e implicarlos en la educación para la salud de sus hijos e hijas.

En séptimo lugar, la escuela puede promocionar la colaboración de los educadores con la comunidad, de los sanitarios con la escuela, etc., actuando intersectorialmente y enriqueciéndose con otros recursos comunitarios.

En octavo lugar, se trata de que el alumnado desarrolle la competencia básica en el conocimiento y la interacción con el mundo físico, así como la social y ciudadana, y la competencia básica en autonomía e iniciativa personal.

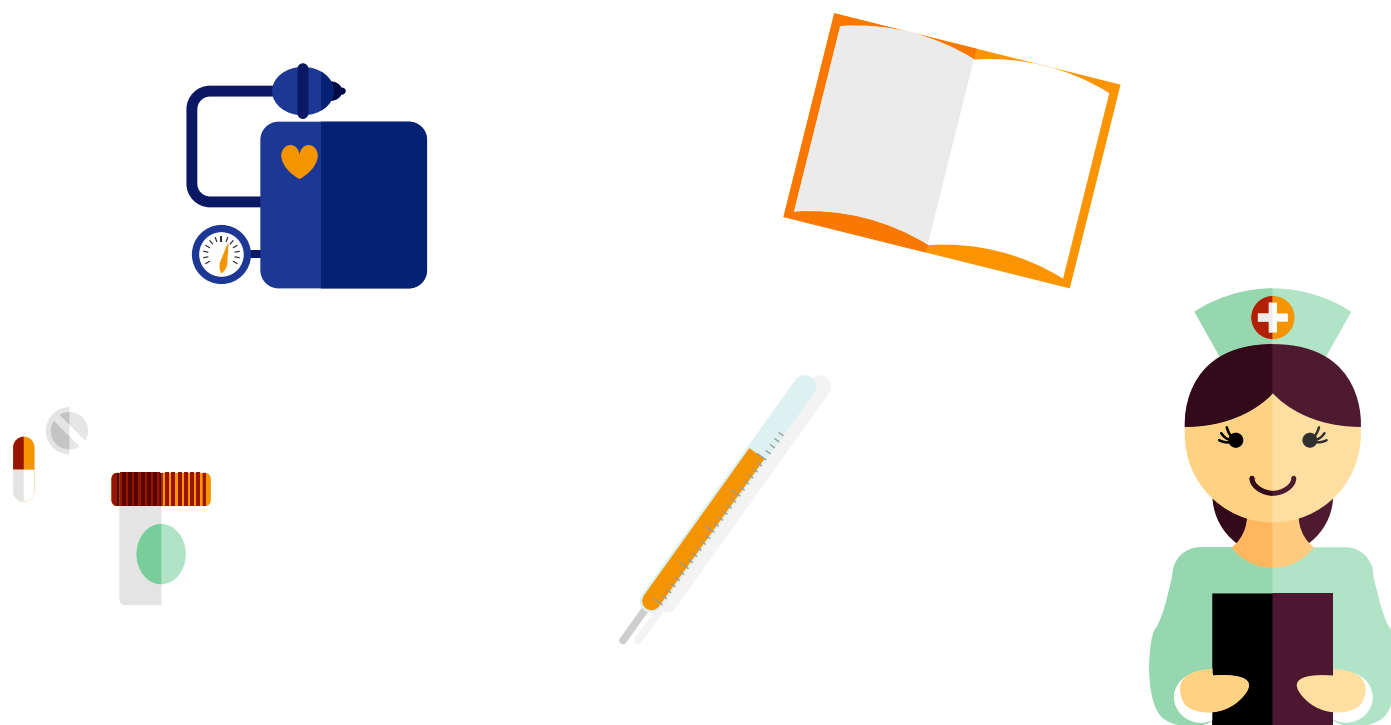
En noveno lugar, es importante que la salud no esté solo en manos de los servicios sanitarios, porque estos en ocasiones se centran en curar la enfermedad más que en promocionar la salud.

Por tanto, no puede olvidarse que la escuela es el recurso social fundamental para educar, también en EpS.

“La sociedad no puede prescindir de ningún recurso educativo y la escuela es el más importante que tiene. En definitiva, la escuela no puede obviar su responsabilidad de formar personas y fomentar actitudes responsables frente a sí mismos y frente a los demás” (Lamieras y Carrera, 2009).

Por ello, desde este proyecto se propone la creación de la figura de la enfermera escolar, convirtiéndose, ella misma, en un referente para los alumnos de los centros como educadora en salud e instructora en hábitos saludables. Dentro de las funciones de la enfermera, la asistencial es solo una de ellas, junto con la docente y administradora. Esto no eximiría al resto del profesorado de seguir formándose e incluyendo contenidos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como competencias en todas y cada una de las materias.

La enfermera escolar estará presente como sujeto activo educativo dentro de los centros, tanto a lo largo de la etapa de primaria como en la de secundaria. Se encargará de hacer llegar al alumnado conocimientos enfocados tanto a prevenir riesgos como a promocionar la salud en general, basados en valores que proporcionen a los alumnos las herramientas necesarias para poder relacionarse con el medio de manera respetuosa y en paz, fomentando a su vez una interacción social positiva. Unos contenidos siempre alejados de cualquier corriente ideológica, política o religiosa.



3

General:

Implantar la figura de la enfermera escolar en la comunidad escolar (centros escolares) de la Comunidad Autónoma de Cantabria (C.A.) en cooperación con la Consejería de Educación y la comunidad educativa de dicha C.A.

Específicos:

Estos van orientados a los problemas y necesidades de salud de la comunidad escolar. Son los siguientes:

- ✓ Promover la salud.
- ✓ Detectar problemas de salud.
- ✓ Atender y dar respuesta a las necesidades de salud de profesores, padres y personal no docente.
- ✓ Estar al corriente de la prevención secundaria en colaboración con los profesionales del Centro de Salud.
- ✓ Promover un ambiente educativo seguro: prevención de accidentes, evitar la violencia y mantenerlo libre de drogas.
- ✓ Aconsejar y asesorar sobre temas de salud a la comunidad educativa.
- ✓ Colaborar con otras instituciones.
- ✓ Determinar las dificultades para el logro de los objetivos.



4 El proyecto de implantación de la figura de la enfermera en la comunidad escolar, como eje de la salud escolar, tienen como misión pilotar a lo largo del curso 2014-2015 su desarrollo con proyectos concretos, recogidos en ANEXOS, que serán evaluados en función de cada uno de los objetivos en salud determinados de cada proyecto.

Estos proyectos han sido elaborados por grupos de profesionales de enfermería (graduados y diplomados en Enfermería) un total de 14 profesionales con amplia experiencia en proyectos de Educación para la Salud (EpS) que se han implantado en centros educativos desde el curso 2011-2012 (dirigidos a alumnos, padres y profesores de la comunidad escolar). Sus resultados han facilitado la introducción de sucesivas acciones de mejora para el diseño de estos nuevos proyectos.

Sin duda, la experiencia y el prestigio de los profesionales darán lugar a unos proyectos de mayor calidad.

Además, estos proyectos están orientados por la Asesoría de Investigación del Colegio Oficial de Enfermería y avalados y sustentados por el propio Colegio, de tal modo que responden a criterios técnicos y científicos.

La implantación de los proyectos dará lugar a los objetivos específicos previstos en este proyecto general. Se medirán con los resultados de cada uno de los proyectos concretos.

Se implantará en 2 centros escolares de Cantabria (uno del medio rural y otro del medio urbano). Estos centros han expresado previamente al Colegio su deseo de acoger este proyecto y su determinación de implantarlo en sus aulas.

El proyecto estará dirigido a todos los escolares, profesores, padres y personal no docentes de los centros pilotados.

Está previsto que la enfermera escolar extienda su ámbito de actuación al medio familiar en aquellas familias cuyos miembros tengan dificultades de acceso al centro escolar.

Se utilizará el proceso de atención de enfermería (PAE) en cuidados como herramienta para dar respuesta a las diversas situaciones de salud identificadas.

Durante el curso escolar, se podrán elaborar y aplicar proyectos sobre otros temas si lo requiere la comunidad escolar en función de necesidades específicas.

Es deseable que las AMPAS de los centros escolares aporte una cuantía económica para la financiación de la Enfermera en el centro correspondiente.

Para su organización y desarrollo, se prevé la siguiente **hoja de ruta**:

- ✎ Abril-mayo 2014: Elaboración del perfil y elección de las enfermeras escolares
- ✎ Mayo 2014: presentación del proyecto a las instituciones, ciudadanía general y a la comunidad educativa.
- ✎ Mayo 2014: presentación, información y futura planificación a los centros escolares concretos para la implantación del proyecto.

- ✎ De junio al 15 de septiembre de 2014: desarrollo de estrategias concretas en los centros escolares seleccionados.
- ✎ Primer trimestre del curso 2014-2015: seguimiento del proyecto con los siguientes criterios:
 - ✓ Medición de objetivos en salud específicos de cada proyecto
 - ✓ Análisis de las dificultades de implantación y desarrollo
 - ✓ Propuesta de soluciones a las dificultades
 - ✓ Implantación de las propuestas de mejora
- ✎ Segundo trimestre del curso 2014-2015: seguimiento del proyecto con los siguientes criterios:
 - ✓ Desarrollo de las propuestas de mejora (resueltas y no resueltas)
 - ✓ Respuesta a las no resueltas: definir si la solución es posible o no
 - ✓ Medición de objetivos de salud específicos
 - ✓ Dificultades encontradas
- ✎ Tercer trimestre del curso 2014-2015: evaluación final
 - ✓ Seguimiento de las propuestas de mejora
 - ✓ Medición de objetivos del trimestre
 - ✓ Resultados finales
 - ✓ Dificultades encontradas en este trimestre
- ✎ Determinar las propuestas de mejora para próximos cursos.
- ✎ Presentación de resultados a los centros escolares con participación en el pilotaje, a la comunidad general, a las instituciones y a la comunidad educativa.



CRONOGRAMA

Actividades	Abril- mayo 2014	Mayo 2014	Jun.- Sept. 2014	1º Trimestre curso 2014-2015	2º Trimestre curso 2014-2015	3º Trimestre curso 2014-2015
Definir el perfil enfermera escolar y realizar la selección de las enfermeras						
Presentar de proyecto escolar a las instituciones						
Desarrollar las estrategias concretas en los centros escolares seleccionados						
- Medir de objetivos específicos de cada proyecto - Definir las dificultades de implantación y desarrollo - Formular las soluciones a las dificultades - Implantar las propuestas de mejora						
- Desarrollar las propuestas de mejora - Medición de objetivos de salud específicos - Enumerar las dificultades encontradas						
Evaluación final -Realizar seguimiento de propuestas de mejora - Medir de objetivos del trimestre - Medir de resultados finales -Determinar las dificultades encontradas en este trimestre -Determinar las propuestas de mejora para próximos cursos						

5

La evaluación se realizará tomando como referencia los objetivos específicos como objetivos operativos de cada uno de los proyectos concretos.

Los registros se realizarán identificando cada uno de los cursos académicos.

Promover la salud

Sesiones de EpS dirigidas a profesores, padres y personal docente sobre diversos temas de salud: alimentación saludable y ejercicio; cuidados bucodentales; sexualidad y anticoncepción saludables; accidentes escolares; maltrato infantil

Detectar problemas de salud

- ✓ Captación de alumnos con: obesidad, sobrepeso y bajo peso
- ✓ Identificar trastornos potenciales de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y otros
- ✓ Identificación de alumnos con diferencias y necesidades educativas especiales
- ✓ Identificar situaciones de bullying
- ✓ Registro de accidentes escolares.
- ✓ Registro de diferentes formas de respuesta a los diversos accidentes.
- ✓ Identificar alumnos con déficit de cuidado bucodental
- ✓ Identificar alumnos con ingesta de alcohol, consumo de tabaco, administración de drogas (diferentes tipos)
- ✓ Identificación de actos violentos
- ✓ Registro de las diferentes formas de dar respuesta a estas situaciones.

Prevención secundaria

Identificar calendarios vacunales incorrectos, mal seguimiento de los controles de salud en enfermeros y pediátricos. Cuantificación, derivación al profesional del C.S. y seguimiento.

Registros de colaboraciones con otras instituciones

Determinar las dificultades para el logro de los objetivos

Identificar las situaciones y las respuestas a las dificultades.



6

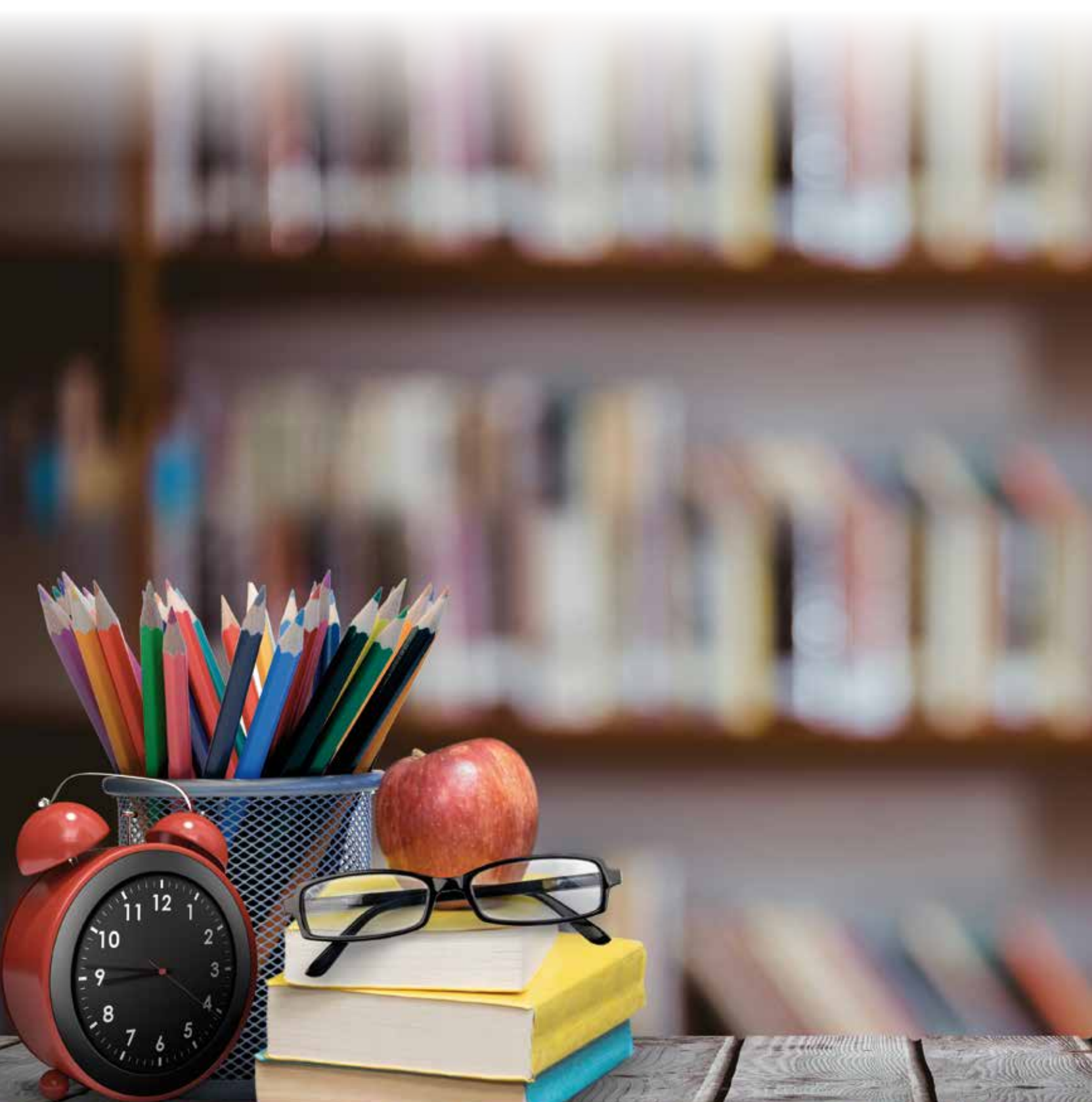
Se redactará en función de los resultados.

Se establecerá un amplio debate a nivel profesional entre enfermeros escolares y, a nivel social, con el entorno escolar (alumnos, familias y docentes). Se invitará a las instituciones implicadas.

Se publicaran los resultados a nivel científico y en prensa local.



- 7 Se redactarán concretas y concisas.
Darán lugar a introducir aspectos de mejora con el fin de lograr resultados en salud.



8

LAURA RUIZ IGLESIAS

Formación académica:

- ✎ Máster en Formación del Profesorado. Universidad de Cantabria. 2013
- ✎ Máster Universitario de Ciencias de la Enfermería. Universidad de Zaragoza. 2012
- ✎ Diplomada Universitaria en Enfermería. Universidad de Valladolid. 2007
- ✎ Formación complementaria
- ✎ Curso de enfermero/a experto/a en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios y en T.I.C. Universidad Complutense de Madrid.
- ✎ Certificado de acreditación de la competencia profesional enfermera para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de los cuidados generales enfermeros. Colegio Nacional de Enfermería.

Docencia impartida

- ✎ Enfermera Educadora en Salud. Impartición de talleres de RCP y Primeros Auxilios en Institutos de Educación Secundaria de Cantabria. Fundación de Enfermería de Cantabria.

Publicaciones

- ✎ Ruiz Iglesias, Laura. El cuidado familiar: Percepciones, repercusiones y emociones de una persona cuidadora. Arch Memoria [en línea]. 2012; (9 fasc. 3). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9309.php><http://www.index-f.com/memoria/9/9309.php>
- ✎ Urcola Pardo, Fernando; Callén Galindo, Marta; García Arias, María Pilar; Ruiz Iglesias, Laura. El coste del cuidado y los mecanismos de compensación oficiales existentes. Tesela [Rev Tesela] 2012; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1104.php><http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1104.php>
- ✎ <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1104.php>

Experiencia asistencial hospitalaria

- ✎ De 2007 a 2014

Idiomas:

- ✎ Inglés B1



ROCÍO CARDEÑOSO HERRERO

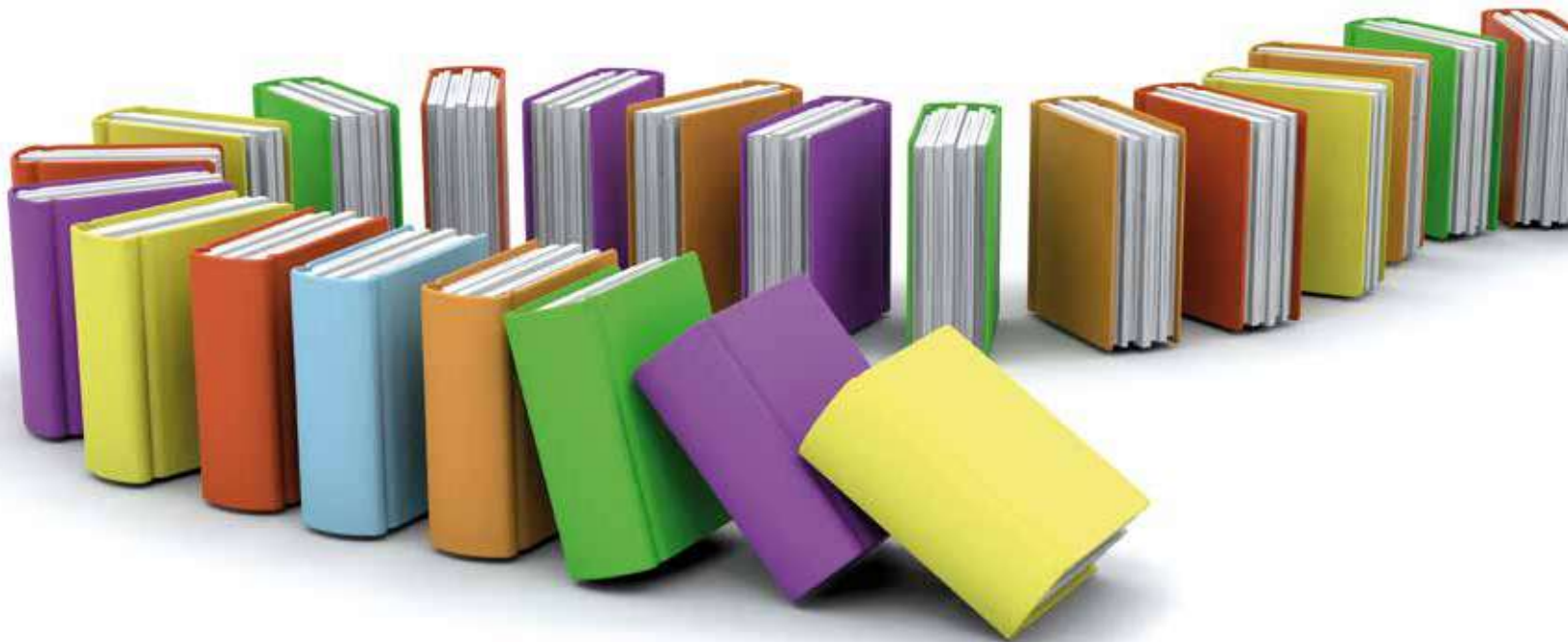
- ✎ Diplomada en Enfermería
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.
Presidenta de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

PILAR ELENA SINOBAS

- ✎ Diplomada en Enfermería
Vicepresidenta 1ª del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.
Vicepresidenta 1ª de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

RAÚL FERNÁNDEZ

- ✎ Diplomado en Enfermería
Vicepresidente 1ª del Colegio Oficial de Enfermería.
Gerente de la Fundación de Enfermería de Cantabria.





1. Caballer N. Enfermera escolar, una figura profesional sin regular. El País. 2011.
2. Campbell, C.A. Male gender roles and sexuality: Implications for women´s Aids risk and prevention. Social Science and Medicine. 1995; 41: 197-210.
3. Carrera-Fernández, M.V., Lameiras-Fernández, M., Foltz, M.L., Núñez-Mangana, A.M. y Rodríguez Castro, Y. Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. International Journal of Clinical and HealthPsychology. 2007; 7: 739-751.
4. Corominas P, Prats R, Coll M. Programa Salut i Escola. Guiad'implantació. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2008.
5. Fernández Candela F, Rebolledo Malpica DM, Velandia Mora AL. Salud Escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Hacia la Promoción de la Salud. 2006; (11): 21-28.
6. FontanetCornudella, G. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. 2007;1.
7. Fuertes, A., Ramos, M., Fernández, A.A. La coerción sexual en las relaciones de los y las adolescentes y jóvenes. Apuntes De Psicología. 2007; 25(3): 341-356.
8. Gavidia Catalán, V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. Revista Española de Salud Pública. 2011; 75(6): 505-516.
9. Gobierno de Cantabria. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Escuelas Promotoras de Salud. 2013.
10. Gómara, I., Reparáz, C., Osorio, A., De Irala, J. La educación sexual en los textos escolares españoles: evaluación de un texto alternativo. Estudios sobre la educación. 2010; 18: 139-164.
11. Juárez F. (2012). La enfermera escolar y su rol multidimensional.
12. Lamieras, M., Carrera, M.V. Educación sexual. De la teoría a la práctica. Madrid: Ediciones Pirámide. 2009.
13. López, F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva. 2005.
14. Luengo, X. Características de la adolescencia normal. En Texto: salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Molina R, Sandoval J, González E (eds). 2003; 16-23.

15. Martínez, J. L., Orgaz, B., Vicario, I., González, E., Carcedo, R., Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes, A. Educación sexual y formación del profesorado en España: diferencias por sexo, edad, etapa educativa y comunidad autónoma. *Revista de Formación del Profesorado e Investigación Educativa*. 2011a.
16. Oliva, A., Hernando, A., Parra, A., Pertegal, M.A., Ríos, M., Antolín, L. La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2008.
17. Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A., y Pertegal, M.A. Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*. 2010; 33(2): 223-234.
18. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata. Ginebra. 1978.
19. Ortiz MM, Ávila A, Fernández F, García-Caro Y, Medina JL, Juárez F, et al. Perfil profesional de la enfermera escolar. 2012.
20. Panella Bonet, A. Experiencia de una enfermera en un Centro Escolar: Un posible modelo de actuación. *Enf. Integral*. 1990; 1(14): 26-40.
21. Pertegal, M.A., Oliva, A., y Hernando, A. Los programas escolares como promotores del desarrollo positivo adolescente. *Cultura y Educación*. 2010; 22(1): 53-66.
22. Rochón, Alaín. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona, Masson. 2011.
23. School Nursing Practice: An Orientation Manual. 2nd Edition. Asociación Nacional de Enfermeras Escolares. USA. Disponible en: URL: <http://www.nasn.org/>.
24. Scuola Italiana Vittorio Montiglio. La unidad de Enfermería de la Scuola de Italia en Chile. Disponible en: URL: <http://www.scuola.cl/sivm/index.php/article>.
25. Vergeles, M., Carpintero, E., de la Orden, M, Fuertes, J., Martínez, J. Factores asociados a las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*. 2002; 25 (3): 347-362.
26. Soler E., Del Campo Eva. L´educació en salut a l´escola, una eina amb poders de canvis positius en els hàbits saludables de la societat. Girona 2014.

CAPÍTULO II

CUIDADOS A ALUMNOS CON PROCESOS CRÓNICOS



Laura García Blanco
Diplomada Universitaria en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO II

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	31
2.	OBJETIVOS	37
3.	METODOLOGÍA	38
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	40
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	41
6.	CURRÍCULUM	42
7.	BIBLIOGRAFÍA	44
8.	ANEXOS	48
	• ANEXO I. Alumno con asma	48
	• ANEXO II. Alumno con diabetes mellitus	50
	• ANEXO III. Alumno con (especificar).....	52
	• ANEXO IV. Contenidos didácticos para impartir en las sesiones de Educación para la Salud	54



1. INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se han producido importantes cambios sociodemográficos que han suscitado una creciente preocupación dentro del sector sanitario. Entre ellos, destaca la modificación del patrón epidemiológico por el importante incremento de las enfermedades crónicas, que afectan tanto a niños como a adultos, y cuyas cifras de morbilidad y mortalidad han llegado a superar hoy en día a las de las enfermedades transmisibles ^(1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como aquellas de larga duración y que generalmente presentan una progresión lenta ⁽¹⁾. Por consiguiente, a lo largo de su desarrollo este tipo de enfermedades son susceptibles de cursar con periodos de crisis, pudiendo suponer largos y reiterados ingresos hospitalarios, aumentando el nivel de dependencia y asociándose con ello a un deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen y de sus parientes más próximos ⁽³⁻⁵⁾.

Cuando ocurre que un niño es diagnosticado de un proceso crónico, la familia debe enfrentarse de pronto a diferentes desafíos, como la hospitalización, los tratamientos, las secuelas o incluso la muerte ⁽⁵⁾. La enfermedad se convierte entonces en un problema familiar que va a conllevar la reorganización de los roles domésticos, y en un trance que inherentemente va a interferir en las actividades propias de la infancia del niño, como consecuencia de precisar con frecuencia asistencia y cuidados especiales: los controles clínicos y analíticos, el seguimiento de una dieta rigurosa o el requerimiento de una determinada medicación, va suponer para el niño una ruptura con sus rutinas diarias en un momento de pleno desarrollo físico, social y emocional, llegando incluso a alejarle de su entorno por periodos de tiempo más o menos prolongados ^(5,6).

Por ende, esta serie de circunstancias influirán en el comportamiento del niño, su autoestima y sus sentimientos, además de en el equilibrio familiar, si bien es cierto que no todos los procesos crónicos suponen el mismo grado de alteración de la vida cotidiana ni de la calidad de vida, puesto que este es un concepto altamente subjetivo que se encuentra influido por factores económicos y sociales, por el apoyo familiar o por las expectativas personales ^(2, 5-9).

De este modo, el enfoque de las enfermedades crónicas pediátricas y su tratamiento desde una perspectiva biopsicosocial, permite entender el impacto que tienen estas sobre el ámbito familiar y el contexto escolar, donde se produce en mayor medida el desarrollo personal, afectivo y social del niño. Parece pertinente, por tanto, que los profesionales encargados de velar por la salud comunitaria tomen las medidas convenientes para atenuar las consecuencias que conlleva la cronicidad, sobre todo en el plano psicológico ^(2, 3, 5, 6). Desde la enfermería escolar es posible realizar un abordaje multidimensional del problema ⁽⁵⁾, permitiendo a los profesionales apoyar y colaborar con la familia en la completa integración del niño dentro de los programas educativos, contribuyendo a sobrellevar las dificultades que la enfermedad genera en cada momento.



ESTADO ACTUAL DEL TEMA

SOBRE LA ENFERMERÍA ESCOLAR

La comunidad escolar se ha visto en la encrucijada de dar cobertura a unas necesidades educativas y sanitarias de la sociedad actual para las que no está adecuadamente preparada. El objetivo de quienes buscan matricular a su hijo en una escuela ya no es solo encontrar el centro con una óptima calidad educativa, sino también aquel que garantice otras prestaciones que ayuden a conciliar la vida familiar y laboral, como la flexibilidad de horarios, diversidad en las actividades extraescolares, guarderías matutinas y vespertinas, servicio de comedor escolar, etc.

Estos requerimientos se amplían cuando los niños sufren algún proceso crónico, ya que los cuidados y la atención que van a precisar durante las horas de la jornada escolar van a ser bastante más acusados que los de otros niños. Todo esto ha impulsado la legitimización de la enfermería escolar durante las últimas décadas, desde la cual se acompaña al niño, sano o enfermo, en su proceso de salud, con un abordaje integral de sus necesidades a través de actividades asistenciales, preventivas y de promoción de la salud.

Sin embargo, esta figura cuenta ya con más de cien años de historia en los países occidentales: en Europa surgió a finales del Siglo XIX y poco a poco fue apareciendo a principios del siglo XX en algunos países de Norteamérica. Su pronta extensión por Europa ha llevado a que se encuentre ya firmemente consolidada en algunos países como Suecia, Escocia, Francia o Reino Unido, en los que trabaja conjuntamente con el sistema de salud de cada región, realizando y coordinando proyectos en equipo para mejorar la salud de la población en edad escolar ⁽¹⁰⁾.

Así por ejemplo, en EE.UU. existen alrededor de 45.000 enfermeras escolares para cubrir la atención de 52 millones de estudiantes, que constituyen más del 75% de las escuelas americanas ⁽¹¹⁾, en las que hay un alto porcentaje de alumnos con procesos crónicos. Estas cifras se traducen en un ratio de más de mil alumnos por cada enfermera escolar, ya que el objetivo que se persigue es que haya al menos una trabajando a tiempo completo en cada centro; aunque este número puede variar dependiendo de la cantidad de alumnos con discapacidad y del grado de la misma ⁽¹²⁾.

Entre los países europeos destaca Escocia, donde el Gobierno está destinando financiación adicional hasta lograr llegar a un ratio mínimo de una enfermera por cada mil alumnos en sus escuelas, con el fin de alcanzar la categoría de “HealthPromotingSchools” ⁽¹³⁾, definidas por la OMS como aquellas escuelas en las que todos los miembros de la comunidad escolar trabajaban de manera conjunta con el fin de proporcionar a los niños estructuras y experiencias positivas e integradas que protejan y promuevan su salud, implicando con ello a la familia y a la comunidad ⁽¹⁴⁾.

Por otro lado, Francia cuenta con la figura de “l’infirmièr(e) de l’Éducation nationale” (enfermera de educación nacional), cuya labor es promover e implementar políticas de promoción y prevención de la salud en las escuelas, así como realizar el seguimiento epidemiológico de las enfermedades en el entorno educativo. Además, cabe señalar que las enfermeras escolares



francesas son particularmente responsables de recibir y escuchar a los estudiantes y a los padres por cualquier razón que afecte a la salud, así como de participar en todas las actividades de evaluación y vigilancia de la salud de los alumnos ^(15, 16).

De manera similar, en Suecia, la legislación vigente proporciona atención sanitaria a todos los educandos, para lo que existen las enfermeras escolares especializadas en primeros auxilios y salud pública. Dentro de sus funciones se encuentran la educación sanitaria, los reconocimientos médicos de los alumnos y la atención a las familias; sin embargo, la acción preventiva parece imperante en este modelo que se define como ordenado y sistemático ⁽¹⁷⁾.

En España, al contrario de lo que ocurre en los países anteriormente citados, la figura de la enfermera escolar en la enseñanza pública aún no se encuentra implantada, excepto en áreas muy concretas como la Comunidad de Madrid, de forma que las funciones de esta, hasta el día de hoy, se encuentran cubiertas por las enfermeras comunitarias que dedican una parte de su tiempo a desarrollar programas de salud escolar, asumiendo con ello una elevada carga de trabajo ^(18, 19).

En torno a este tema existe actualmente un extenso debate político, social y sanitario: mientras que algunas entidades estatales y expertos en la materia defienden la legitimidad de la enfermera de Atención Primaria ⁽²⁰⁾, otros abogan por crear una rama especializada de enfermería escolar, que atienda los complejos cuidados que este ámbito requiere ⁽²¹⁾. Esta corriente es apoyada por diversas sociedades científicas que argumentan que la problemática escolar es difícil de abarcar manteniendo un contacto puntual y esporádico o, dicho de otra forma, sin integrarse en ella ^(10, 21-23): dados los cambios en los estilos de vida, así como las importantes transformaciones en la estructura y organización sociofamiliar, las necesidades que manifiestan los niños en la actualidad van a ser difícilmente cubiertas exclusivamente por los padres o profesores si el sistema de Atención Primaria se encuentra colapsado y sin recursos suficientes para prestar los cuidados oportunos a este grupo de edad ^(20, 24-26).

En la práctica, los jóvenes pasan casi la mitad de su tiempo de vigilia en la escuela donde, a pesar de que se realiza un importante trabajo de educación, el personal docente se ve generalmente desbordado e incapaz de tratar temas relacionados con la salud. Completar el equipo educativo con la incorporación de un profesional del cuidado supondría no solo la aportación profesional de conocimientos, sino hacer una apuesta por la calidad de la educación para la salud ^(27, 28). A colación de este tema, el autor Juárez Granados, en su artículo “La enfermera escolar y su rol multidimensional”, presenta la educación para la salud en el ámbito de la comunidad escolar como un instrumento para la socialización y la adquisición de hábitos que favorezcan una mejor calidad de vida y capaciten a cada individuo en las habilidades necesarias para mejorar su salud y aumentar el control de la misma ⁽²⁶⁾.

De esta forma, se puede concluir que la promoción y educación en materia de salud constituye hoy en día una herramienta imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud, cuyo poder se intensifica en aquellas etapas de la vida en que las personas son más susceptibles de adquirir nuevas destrezas y conocimientos, como es la edad que coincide con la escolarización obligatoria ⁽²⁵⁾.



SOBRE LA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA INFANCIA

Según la Encuesta Nacional de Salud desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística en el periodo 2011-2012, la enfermedad crónica más prevalente en la infancia (de 0 a 14 años) es la alergia, que afecta a uno de cada diez menores, seguida del asma, que aqueja a uno de cada veinte. Estos datos coinciden con los obtenidos en la anterior Encuesta Nacional de Salud, publicada en el año 2006 ^(7, 29).

El resto de enfermedades crónicas o de larga evolución en la población infantil que se recogen en la encuesta, ordenadas de mayor a menor prevalencia en España, son: los trastornos de la conducta (incluyendo la hiperactividad) que constituyen un 2.58%; los trastornos mentales (como depresión, ansiedad, etc.), que afectan al 1.05% de la población; las lesiones permanentes causadas por un accidentes y la epilepsia, los cuales tienen una prevalencia en torno al 0.5%; los tumores malignos (entre los que se cuentan la leucemia y los linfomas) y la diabetes no superan el 0.10% respectivamente. Estas cifras se pueden consultar en la tabla expuesta a continuación (ver tabla 1), en la que además se detallan los porcentajes por sexo y rango de edad que especifica el Instituto Nacional de Estadística ⁽²⁹⁾.

Asimismo, existen otras enfermedades crónicas comunes en la infancia no incluidas en la Encuesta Nacional de Salud, como son por ejemplo: la fibrosis quística, los problemas derivados de la malnutrición (por exceso y por defecto), la parálisis cerebral y otras que pueden originarse por problemas de bajo peso al nacer o por un nacimiento precoz ⁽³⁰⁾.

En Cantabria los procesos crónicos más prevalentes en la infancia son la alergia crónica (8%) y el asma (7.9%), lo que supone que la incidencia del asma en Cantabria de los 0 a los 14 años es significativamente superior a la del resto de España, al contrario que la alergia (ver tabla 2) ⁽³¹⁾; sin embargo, la contrastación de estos datos con un estudio previo llevado a cabo en el año 2004, confirma la existencia de una gran variabilidad en relación a las cifras de prevalencia del asma según las comunidades autónomas, siendo Cantabria una de las que presenta mayor incidencia de dicha enfermedad ⁽³²⁾. El resto de problemas crónicos investigados afectan a menos del 5% de la población infantil, sin diferencias importantes entre niños y niñas, ni con la media española ⁽³¹⁾.

		Alergia crónica	Asma	Diabetes	Tumores malignos	Epilepsia	Trastornos de la conducta	Trastornos mentales	Lesiones causadas por un accidente
Hombres	0 a 4 años	6,61%	5,20%	0,02%	0,00%	0,14%	0,98%	0,40%	0,34%
	5 a 9 años	12,37%	6,68%	0,00%	0,00%	0,58%	3,56%	0,75%	0,82%
	10 a 14 años	17,66%	6,39%	0,08%	0,10%	0,61%	5,57%	2,57%	0,94%
	Total	12,18%	6,16%	0,03%	0,03%	0,44%	3,36%	1,22%	0,70%



		Alergia crónica	Asma	Diabetes	Tumores malignos	Epilepsia	Trastornos de la conducta	Trastornos mentales	Lesiones causadas por un accidente
Mujeres	0 a 4 años	3,26%	3,82%	0,17%	0,00%	0,66%	0,47%	0,21%	0,05%
	5 a 9 años	8,94%	4,57%	0,10%	0,00%	0,00%	2,54%	1,21%	0,26%
	10 a 14 años	12,4%	4,77%	0,10%	0,50%	0,82%	2,22%	1,14%	0,86%
	Total	8,22%	4,39%	0,12%	0,17%	0,49%	1,75%	0,86%	0,39%
Ambos sexos	0 a 4 años	4,98%	4,53%	0,10%	0,00%	0,39%	0,74%	0,31%	0,20%
	5 a 9 años	10,74%	5,77%	0,05%	0,00%	0,30%	3,07%	0,97%	0,55%
	10 a 14 años	15,06%	5,59%	0,09%	0,30%	0,71%	3,91%	1,86%	0,90%
	Total	10,26%	5,30%	0,08%	0,10%	0,47%	2,58%	1,05%	0,55%

Tabla 1. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en población infantil según sexo y grupo de edad.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁽²⁹⁾.

	Cantabria	España
Alergia crónica	8,00%	10,00%
Asma	7,90%	5,20%
Diabetes	0,40%	0,10%
Tumores malignos	0,00%	0,10%
Epilepsia	0,80%	0,50%
Trastornos de la conducta	2,20%	2,50%
Trastornos mentales	1,00%	0,70%
Lesiones causadas por un accidente	0,70%	0,50%

Tabla 2. Enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga evolución padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico en población infantil. Datos para Cantabria y España.

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Cantabria⁽³¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

El incremento que se ha producido durante los últimos años en el número de menores escolarizados que presentan algún tipo de proceso crónico en educación infantil y primaria ^(8, 33), ha propiciado que desde la Consejería de Educación y Empleo se potencie la figura de la enfermera escolar, ya existente en centros de educación especial y en algunas instituciones públicas o privadas del mismo ámbito ⁽³⁴⁾.



Desde ciertas asociaciones, como la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) o la Plataforma de Enfermos Crónicos en Edad Escolar (a la que pertenece la Asociación de Diabéticos de Madrid, entre otras), se defiende el derecho de los menores con procesos crónicos a recibir los cuidados necesarios durante su jornada escolar, sin que para ello sea necesario que abandonen el centro o que se perturbe la organización familiar ^(22, 35, 36). En palabras de Anna Bajo, presidenta de la Asociación de Diabéticos de Madrid, la realidad es que en múltiples ocasiones “los padres deben dejar de trabajar para atender a sus hijos” y “a menudo los niños se han visto obligados a renunciar a actividades, como las clases de educación física, las excursiones u otras actividades extraescolares, o al servicio de comedor, por no disponer el personal del colegio del conocimiento suficiente para reaccionar ante una situación especial” ^(37, 38).

La existencia de un profesional experto en cuidados en los centros educativos supone poder normalizar la vida escolar de los alumnos con procesos crónicos y sus relaciones con toda la comunidad educativa³⁷. Siendo así, la enfermera escolar será la encargada de administrar medicación, supervisar la alimentación y las comidas, realizar las curas de heridas o asistir a los niños en caso de crisis o reagudización de su enfermedad mientras permanecen en el colegio ^(8, 18, 21).

Esta labor facilita la tarea docente del profesorado, el cual actualmente se muestra preocupado por las complicaciones que puedan surgir dentro del aula en referencia al estado de salud del alumno, y que se escapen de sus competencias profesionales. La falta de conocimientos y de práctica en el manejo de algunas situaciones agudas, como por ejemplo la hipoglucemia en alumnos con diabetes, genera un grado de inseguridad en este colectivo que es inversamente proporcional a la edad del alumno ^(8, 21, 39).

Los padres, no ajenos a esta realidad, son conscientes de la necesidad de proporcionar mayor información a los profesores sobre la enfermedad y sobre las actuaciones en momentos críticos. Normalmente los profesores son advertidos cuando un alumno que presenta algún tipo de proceso crónico se encuentra en el aula, y se les instruye en las pautas básicas a seguir en caso de necesidad; no obstante, y a pesar de que los niños a partir de los 8 o 10 años de edad son lo suficientemente autónomos para manejar su propia enfermedad, muchos necesitan de una serie de cuidados y de vigilancia durante las horas que dura la jornada escolar, de los que el profesorado no puede hacerse responsable, razón por la cual la asistencia sanitaria en el entorno educativo proporciona un importante grado de tranquilidad a los padres y contribuye a la conciliación de la vida profesional y familiar de estos, favoreciendo el normal desarrollo escolar de sus hijos sin que ello suponga grandes esfuerzos organizativos y económicos ^(8, 21, 37, 39).

Asimismo, la enfermera escolar puede desarrollar un importante rol desde la prevención (identificando precozmente aquellos signos de alarma que puedan indicar el inicio de una enfermedad crónica o una reagudización o mala evolución de la ya existente), y constituir un referente que potencie la colaboración y la comunicación entre el centro educativo, las instituciones sanitarias y las familias, así como la educación y el nivel de conocimientos de cada enfermedad en el entorno social de los niños que las padecen ^(8, 18, 21, 33, 36).



2.

OBJETIVOS

General:

Procurar una atención profesional en relación a los cuidados de aquellos alumnos del centro escolar que presenten algún tipo de proceso crónico, constituyendo un referente para sus cuidados dentro del entorno educativo.

Específicos:

- 1) Conocer la prevalencia de las enfermedades crónicas en el centro educativo: alergia crónica, asma, diabetes, epilepsia, otras.
- 2) Realizar el seguimiento de los alumnos con patología crónica.
- 3) Prestar apoyo al alumno con una enfermedad crónica y a su familia, en relación a los cuidados derivados de su proceso, incluyendo la atención sanitaria urgente en los momentos en que el alumno sufra una crisis o proceso de reagudización de su enfermedad.
- 4) Instruir a los miembros de la comunidad educativa a la que pertenece el alumno que presenta un proceso crónico en el conocimiento y manejo de la enfermedad.





3.

METODOLOGÍA

El presente trabajo, dirigido a los alumnos con procesos crónicos, así como a los padres, profesores y al personal no docente en general, trata de un proyecto prioritario para la comunidad escolar, dada la existencia de alumnos con determinadas patologías, y de familias y profesores preocupados por la salud de estos alumnos, tal como se ha relatado en capítulos anteriores.

A continuación se van a describir las actividades que deberán ser llevadas a cabo por la enfermera escolar para la consecución de los objetivos expuestos en el apartado anterior, así como los recursos necesarios para su desarrollo. Se recomienda, no obstante, contactar previamente con el equipo directivo, el departamento de orientación del centro y el profesorado (especialmente con los tutores), a fin de sensibilizar a este colectivo sobre la importancia del cuidado de los alumnos con patología crónica, y de obtener su colaboración en todas las intervenciones que se llevarán a cabo a lo largo del curso escolar.

ACTIVIDADES

Actividades relacionadas con el objetivo específico 1.

- ✓ Cuantificar el número de alumnos que presentan enfermedades crónicas y obtener el número total de matriculados en el curso escolar.
- ✓ Recoger información, a través del departamento de orientación escolar y de entrevistas con las familias de los alumnos, acerca de la situación sociofamiliar del alumno (nivel educativo de los padres o tutores, estado civil de los mismos, número de hermanos, personas que viven en el domicilio familiar, relación del alumno con sus progenitores, etc.) y del seguimiento de su patología (cuándo fue diagnosticada, evolución, adherencia al tratamiento, etc.).
- ✓ Elaboración de un fichero revisable y actualizable anualmente donde se recojan los datos anteriores.

Actividades relacionadas con el objetivo específico 2.

- ✓ Rellenar las fichas correspondientes con los datos de los alumnos con procesos crónicos dentro del centro escolar (ver anexo 1, 2 y 3).
- ✓ Recoger toda la información precisa en relación a los procesos crónicos de los alumnos: alergias, tratamientos actuales, cambios en los tratamientos, cuidados especiales, etcétera (ver anexo 1, 2 y 3).
- ✓ Registrar periódicamente los datos antropométricos y las constantes vitales de los alumnos con procesos crónicos en su ficha personal (ver anexo 1, 2 y 3).



Actividades relacionadas con el objetivo específico 3.

- ✓ Valorar la dependencia en cuidados de los alumnos con procesos crónicos y fomentar su autonomía brindándoles información y entrenamiento en la autogestión y autocuidado.
- ✓ Ofrecer a los padres información y consejo sanitario a través de entrevistas.
- ✓ Prestar los cuidados oportunos al alumno con patología crónica en momentos de crisis o reagudización de su enfermedad y registrar en la ficha del alumno la descripción de la atención (ANEXOS I,II y III).

Actividades relacionadas con el objetivo específico 4.

- ✓ Buscar y elaborar materiales didácticos y/o divulgativos.
- ✓ Diseñar intervenciones de Educación para la Salud en el ámbito educativo.
- ✓ Planificar actividades de Educación para la Salud para desarrollar en el entorno educativo con los alumnos.
- ✓ Programar sesiones de Educación para la Salud para padres, madres y profesorado, pudiendo ser individuales o en grupo (ANEXO IV).

RECURSOS

Recursos humanos:

- ✓ Profesional de enfermería.
- ✓ Alumnado y familias.
- ✓ Profesorado, incluyendo a los tutores.
- ✓ Personal del departamento de orientación del centro y otro personal no docente del centro escolar.

Recursos materiales:

- ✓ Estancia o ubicación para la consulta de enfermería.
- ✓ Material de imprenta y oficina: ordenador, impresora, folios, bolígrafos, etc.
- ✓ Material de diagnóstico: báscula, metro, fonendoscopio, tensiómetro de brazo, pulsioxímetro, termómetro, medidor de glucosa, etc.
- ✓ Material sanitario: vendas, gasas, esparadrapo, jeringas, agujas, lancetas, guantes desechables, tubos de Guedel, etc.
- ✓ Medicamentos: aquellos prescritos a los alumnos con procesos crónicos o los registrados en los planes de emergencia, y otros como la povidona yodada o el alcohol.



4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

La evaluación de los distintos objetivos y actividades metodológicos se llevará a cabo a través de datos cualitativos y cuantitativos obtenidos mediante las fichas diseñadas específicamente para el control y seguimiento de los alumnos, las cuales pueden consultarse en el apartado de “Anexos” del presente documento (ANEXOS I, II y III).

En el caso específico de las actividades de Educación para la Salud, la evaluación se realizará a lo largo del curso a través del registro de las actividades desarrolladas y de los resultados: se valorará la aceptación por parte de los destinatarios de los programas y actividades desarrollados, así como la participación de los implicados, y se tendrán en cuenta los posibles problemas y necesidades detectadas (ver anexo 4).



5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez puesto en marcha y evaluado el proyecto, serán extraídas las conclusiones que resulten pertinentes, las cuales se redactarán y añadirán al documento para poner de manifiesto los resultados obtenidos y proporcionar soluciones a posibles problemas hallados durante la puesta en marcha, así como aportar nuevas perspectivas que puedan resultar de interés sobre los puntos centrales del tema.





6.

CURRICULUM

LAURA GARCÍA BLANCO

Formación académica universitaria:

- ✎ Diplomada Universitaria en Enfermería en el año 2009 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.
- ✎ Máster en Ciencias de la Enfermería en el año 2012 por la Universidad de Alicante en Alicante.
- ✎ Graduada en Enfermería en el año 2013 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.

Formación complementaria:

- ✎ Monitora en soporte vital básico y DESA en el año 2011, a través del Plan Nacional de Formación de RCP de la SEMICYUC.
- ✎ Enfermera experta en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios en cuidados generales de enfermería y en T.I.C. en el año 2013 por el Proyecto Gradua2 en el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Idiomas:

- ✎ Inglés: título de nivel intermedio por la Escuela Oficial de Idiomas de Santander, Cantabria.
- ✎ Francés: actualmente estudiante de nivel Intermedio.

Experiencia profesional:

- ✎ Desde el año 2009 ha trabajado en diversos servicios asistenciales de la red de centros del Servicio Cántabro de Salud, incluyendo unidades de hospitalización y de Atención Primaria y reuniendo actualmente 22 meses de servicios prestados. De todas ellas, destaca la unidad de “Ginecología, Obstetricia y Pediatría” del Hospital Comarcal de Laredo, en la que cuenta con una experiencia acreditada de más de un año.



Actividad docente:

- ✎ Tutora del curso “ESTRATEGIAS Y RECURSOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD”. Organizado por ANPE Cantabria en Santander, del 29 de marzo al 29 de abril de 2011.
- ✎ Monitoria del curso “SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA”. Organizado por SEMICYUC en el I.E.S. Villajunco de Santander, los días 9 y 10 de abril de 2011 y 21 de mayo de 2012, y en el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria los días 27 y 28 de febrero de 2012.
- ✎ Ponente del curso “PRIMEROS AUXILIOS”. Organizado por el I. E. S. Villajunco en Santander durante el mes de mayo de 2012.

Publicaciones.

- ✎ GARCÍA BLANCO, L. “Estudio descriptivo de los conocimientos sobre recursos y uso de los servicios de salud de los estudiantes del I.E.S. Villajunco de Santander”. Rev. Nuberos Científica. 2012; 6: 30-35.
- ✎ GARCÍA SÁNCHEZ, J. GARCÍA BLANCO, L. “Propuesta educativa sobre hábitos saludables”. Ed.: Anpe Cantabria, Ediciones TGD. D.L.: SA-193-2.009. I.S.B.N.: 978-84-96926-32-5.





7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; [acceso el 9 de Abril de 2014]. Temas de salud. Enfermedades Crónicas [aproximadamente una pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Ibáñez E, Baquero A. Beneficio del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: una revisión sistemática cualitativa. Revista Colombiana de Enfermería [revista en Internet]. 2009 [acceso el 12 de Abril de 2014]; 4(4): 91-104. Disponible en: http://issuu.com/universidadelbosque/docs/revista_colombiana_enfermeria4-4http://issuu.com/universidadelbosque/docs/revista_colombiana_enfermeria4-4
3. Victoria García-Viniegras CR, Rodríguez López G. Calidad de vida en enfermos crónicos. RevHabanCienC Méd. 2007; 6 (4):1-9.
4. Álvarez Ruiz JC, Guillén Grima F, Portella Argelaguet E, Torres Tubau N. Los problemas de salud infantil. Tendencias de los países desarrollados. Barcelona: Faros Sant Joan de Déu; 2008.
5. Grau C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. AnSistSanit-Navar. 2010; 33 (2): 203-212.
6. Aparicio López C, Fernández Escribano A. Calidad de vida percibida en niños con Enfermedad Renal Crónica y por sus padres. Nefrología. 2010; 30 (1): 103-109.
7. Artigas J. Manifestaciones psicológicas de la epilepsia en la infancia. Rev. Neurol. 1999; 28 (supl 2): s135-s141.
8. Rodríguez Soriano S del C, Martínez Muñoz V. Procesos crónicos en la escuela. Metas de Enferm. 2013; 16 (2): 72-76.
9. Quiceno JM, VinacciaAlpi S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. Psicología y Salud. 2008; 18 (1): 37-44.
10. Arancón Carnicero C. Enfermera escolar “dextra” enfermera comunitaria. Rev. ROL Enf. 2010; 33 (1), 28-29.
11. AFT [sede Web]. Washington: American Federation of Teachers; 2002 [acceso el 13 de Abril de 2014]. School nurses. Disponible en: <http://www.aft.org/yourwork/healthcare/schoolnurses/index.cfmhttp://www.aft.org/yourwork/healthcare/schoolnurses/index.cfm>
12. AFT [sede Web]. Washington: American Federation of Teachers; 2008 [acceso el 13 de Abril de 2014]. Every child needs a school nurse. Disponible en: http://www.aft.org/pdfs/healthcare/br_schoolnursebrochure.pdfhttp://www.aft.org/pdfs/healthcare/br_schoolnursebrochure.pdf



13. Main M. Enfermería escolar en Escocia. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 35-36.
14. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; [acceso el 13 de Abril de 2014]. School and youth health. What is a health promoting school? [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/
http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/
15. Education.gouv.fr [sede Web]. Paris: Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche; 2010 [actualizado en Febrero de 2014; acceso el 13 de Abril de 2014]. Les métiers de l'éducation nationale: Infirmier de l'Éducation nationale. Disponible en: <http://www.education.gouv.fr/cid1072/infirmier-e.html>
<http://www.education.gouv.fr/cid1072/infirmier-e.html>
16. Juan I. Enfermería escolar en Francia. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 27-30.
17. Melin T. La enfermera y el médico escolar: una parte del trabajo de salud pública en Suecia. *Adolesc. Latinoam.* 2000; 2 (1): 23-25.
18. González García N, López Langa N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de Enferm.* 2012; 15 (7): 50-54.
19. López Langa N. Análisis de la enfermería en el ámbito educativo de la Comunidad de Madrid. *Metas de Enferm.* 2010; 13 (4): 56-61.
20. Martínez Riera JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. *Rev ROL Enf.* 2011; 34 (1), 42-49.
21. Saavedra Tomás T. Enfermería escolar: la sociedad demanda y los padres exigen. ¿La administración responde? En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 69-71.
22. AMECE. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos [Sede Web]. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; 2008 [acceso el 12 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.amece.es/>
<http://www.amece.es/>
23. SATSE Asturias. Sindicato de Enfermería. Oviedo: SATSE; 2011 [actualizado el 6 de Abril de 2011; acceso el 13 de Abril de 2014]SATSE cree que la Prescripción Enfermera ayudará a evitar la automedicación, que ahorraría costes sanitarios. Disponible en: <http://asturias.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-cree-que-la-prescripcion-enfermera-ayudara-a-evitar-la-automedicacion-que-ahorraria-costes-sanitarios>
<http://asturias.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-cree-que-la-prescripcion-enfermera-ayudara-a-evitar-la-automedicacion-que-ahorraria-costes-sanitarios>



24. Lozano Olivar A. Promoción de la salud en la escuela. Un reto para la enfermería. Cuidar y Educar [revista en Internet]. 2005 - noviembre [acceso el 13 de Abril de 2014]. Disponible en: http://archive-com.com/page/2680695/2013-08-22/http://www.seapremur.com/Revista_Nov_2005/PDF_Nov_05/Promocion_de_la_salud.pdf
25. Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. Ganar Salud con la Juventud. Nuevas Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental, del grupo de trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf
26. Juárez Granados F. La enfermera escolar y su rol multidimensional. En: III Jornadas SCELE. Enfermería tiene espacio. Enfermería y Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Alicante: SCELE; 2006 SCELE. P. 1-3. Disponible en: http://educacionparalasalud.com/files/2011/04/funciones_enfermera_escolar-1vl6v1k.pdf
27. Rojo Durán RM, Merchán Felipe MN, Galindo Casero A, Rodríguez-Arias Espinosa CM, Caballero Barrantes M, Gómez Recio S. La educación para la salud en la escuela y las enfermeras, ¿un escenario de desarrollo profesional? En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. -.
28. Sánchez Moñino T. Educación para la salud en centros docentes no universitarios. En: I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. La escuela: Un escenario de desarrollo profesional. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2008. p. 45-51.
29. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2013 [actualizado el 14 de Marzo de 2013; acceso el 10 de Abril de 2014.] Encuesta Nacional de Salud 2011-12. Estado de salud. Cifras relativas. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 0 a 14 años. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
30. Enfermedades crónicas de los niños. Hoja para el paciente de JAMA. JAMA. 2010; 303 (7): 682.
31. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Encuesta Nacional de Salud. ENSE 2011/12. Datos para Cantabria. Santander: Fundación Marqués de Valdecilla; Gobierno de Cantabria. 2013. Disponible en: http://www.fmdv.org/Es/Unidades/OSPC/Documents/Proyectos%20OSPC/Encuesta%20nacional%20de%20salud%20DATOS%20CANTABRIA%202011-2012/ENSECantabria_2011_12.pdf



ments/Proyectos OSPC/Encuesta nacional de salud DATOS CANTABRIA 2011-2012/ENSECantabria_2011_12.pdf

32. Bercedo Sanz A, Redondo Figuero C, Lastra Martínez L, Gómez Serrano M, Mora González E, Pacheco Cumani L, et al. Prevalencia de asma bronquial, rinitis alérgica y dermatitis atópica en adolescentes de 13-14 años de Cantabria. *Bol Pediatr.* 2004; 44: 9-19.
33. García Dueñas P, Cuesta del Amo M, González García N. Examen de salud básico en un servicio de enfermería escolar. *Metad de Enferm.* 2012; 15(9): 50-56.
34. Plataforma de Enfermos Crónicos en Edad Escolar [sede Web]. Madrid: Plataforma de enfermos crónicos en edad escolar; 2014 [actualizado el 13 de marzo de 2014; acceso el 12 de Abril de 2014]. Listado de Colegios de la Comunidad de Madrid con Enfermera. Disponible en: <http://cronicosescolares.wordpress.com/2014/03/13/listado-de-colegios-de-la-comunidad-de-madrid-con-enfermera-2/>
35. Cronicosescolares. Plataforma de Enfermos Crónicos en Edad Escolar [sede Web]. Madrid: Plataforma de Enfermos Crónicos en Edad Escolar; [actualizado el 7 de Abril de 2014; acceso el 12 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://cronicosescolares.wordpress.com/http://cronicosescolares.wordpress.com/>
36. Asociación de Diabéticos de Madrid [sede Web]. Madrid: Asociación de Diabéticos de Madrid; 2008 [actualizado el 11 de Abril de 2014; acceso el 12 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://diabetesmadrid.org/http://diabetesmadrid.org/>
37. Asociación de Diabéticos de Madrid. La enfermera, clave en la normalización de la vida escolar de los niños con enfermedades crónicas. Nota de Prensa. 14 de Febrero de 2012. Disponible en: <http://ademadrid.files.wordpress.com/2012/02/nota-de-prensa-c2b7-una-enfermera-en-cada-colegio.pdf>
<http://ademadrid.files.wordpress.com/2012/02/nota-de-prensa-c2b7-una-enfermera-en-cada-colegio.pdf>
38. Plataforma de Enfermos Crónicos en Edad Escolar, Asociación de Diabéticos de Madrid, F.A.P.A., AMECE. La mayoría de los niños con enfermedades crónicas, desprotegidos en el colegio. Nota de Prensa. 17 de Febrero de 2011. Disponible en: http://ademadrid.files.wordpress.com/2012/02/diabc3a9ticosmadrid-c2b7-np_febrero_rueda-de-prensa_-nic3b1osenfermedadrc3b3nicadesprotegidos1.pdf
http://ademadrid.files.wordpress.com/2012/02/diabc3a9ticosmadrid-c2b7-np_febrero_rueda-de-prensa_-nic3b1osenfermedadrc3b3nicadesprotegidos1.pdf
39. Gómez Manchón M, Gómez Carrasco JA, Ramírez Fernández J, Díez Fernández T, García Frías E. Necesidades del niño escolarizado con Diabetes Mellitus. Visión de padres y profesores. *AnPediatr (Barc).* 2009; 70 (1): 45-52.



9. ANEXOS

ANEXO I. ALUMNO CON ASMA

Nombre..... Apellidos.....

Edad.....Curso.....

Contacto de familiares:

Nombre.....Parentesco.....Teléfonos...../.....

Dirección.....

Persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfonos...../.....

Médico que trata al alumno: Dr./Dra.Teléfono.....

ALERGIAS



Fecha.....

Peso..... kg. Talla.....cm. T. A.mm/Hg. Frecuencia cardiaca..... lpm.

Saturación basal de O2.....%.

Observaciones:.....

Tratamientos actuales:

Fármaco									
Dosis									
Pauta									

Atención urgente:

Fecha									
Descripción									

Comentarios/instrucciones especiales:

.....



PLAN DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIA			
Activar el plan de emergencia si el alumno presenta los siguientes síntomas:	-..... -..... -.....		
Pauta de administración de medicación en caso de emergencia:	Fármaco	Dosis	Pauta

Traslado sanitario urgente si el alumno presenta los siguientes síntomas (llamar al 112) :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para respirar al hablar o caminar. ✓ Interrupción de las actividades que estaba realizando e imposibilidad de reanudarlas. ✓ Signos de cianosis (uñas y/o labios grises o azules). ✓ Uso de los músculos accesorios de la respiración y aleteo nasal. ✓ No se observa mejoría pasados 15-20 minutos después de administrar el tratamiento pautado y ningún familiar ha venido a recogerle. 		

Firma de padre, madre o tutor que autoriza a llevar a cabo este plan de actuación:	
--	--



ANEXO II. ALUMNO CON DIABETES MELLITUS

Nombre..... Apellidos.....

Edad.....Curso.....

Contacto de familiares:

Nombre.....Parentesco.....Teléfonos...../.....

Dirección.....

Persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfonos:...../.....

Médico que trata al alumno: Dr./Dra.Teléfono.....

ALERGIAS

Fecha.....

Peso..... kg. Talla.....cm. T. A.mm/Hg. Frecuencia cardiaca..... lpm.

Fecha																			
Gluc.capilar																			

Tratamientos actuales:

Fármaco																			
Dosis																			
Pauta																			

Atención urgente:

Fecha																			
Descripción																			

Comentarios/instrucciones especiales:

.....

.....

.....



PLAN DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIA				
Activar el plan de emergencia si el alumno presenta los siguientes síntomas:	HIPOGLUCEMIA (<60-70mg/dl)	HIPERGLUCEMIA (>100 mg/dl en ayunas)		
	Sudoración profusa. Temblor y/o debilidad. Sensación de nerviosismo. Palpitaciones. Nauseas. Cefalea, visión doble o borrosa. Alteración del comportamiento. Otras.....	Taquicardia y/o hipotensión. Enlentecimiento, sensación de debilidad. Nauseas. Dolor gástrico. Síntomas de deshidratación. Otras.....		
Pauta de administración de medicación en caso de emergencia:	Fármaco	Dosis	Fármaco	Dosis
	Alimento azucarado.
Traslado sanitario urgente si el alumno presenta los siguientes síntomas (llamar al 112) :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nauseas y vómitos. Dolor abdominal. ✓ Disnea o dificultad al respirar. ✓ Debilidad, confusión o pérdida de consciencia. ✓ Convulsiones. 			

Firma de padre, madre o tutor que autoriza a llevar a cabo este plan de actuación:	
--	--



ANEXO III. ALUMNO CON (ESPECIFICAR).....

Nombre..... Apellidos.....

Edad.....Curso.....

Contacto de familiares:

Nombre.....Parentesco.....Teléfonos...../.....

Dirección.....

Persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfonos...../.....

Médico que trata al alumno: Dr./Dra.Teléfono.....

ALERGIAS

Fecha.....

Peso..... kg. Talla.....cm. T. A.mm/Hg. Frecuencia cardiaca..... lpm.

Saturación basal de O2.....%.

Observaciones:.....

Tratamientos actuales:

Fármaco									
Dosis									
Pauta									

Atención urgente:

Fecha									
Descripción									

Comentarios/instrucciones especiales:

.....

.....

.....

.....



PLAN DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIA			
Activar el plan de emergencia si el alumno presenta los siguientes síntomas:	-..... -..... -.....		
Pauta de administración de medicación en caso de emergencia:	Fármaco	Dosis	Pauta

Traslado sanitario urgente si el alumno presenta los siguientes síntomas (llamar al 112) :	-..... -..... -..... -..... -..... -.....		

Firma de padre, madre o tutor que autoriza a llevar a cabo este plan de actuación:	
--	--



ANEXO IV. CONTENIDOS DIDÁCTICOS PARA IMPARTIR EN LAS SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

	CONTENIDOS
ALERGIA CRÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto y definición de las alergias. Tipos de alergias: en función de los síntomas que producen o de los alérgenos que las provocan. ✓ Las alergias más comunes en los niños. ✓ Tratamiento y prevención de las reacciones alérgicas. ✓ Pautas de actuación ante una reacción alérgica.
ASMA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto y definición del asma. ✓ Breve reseña sobre la fisiología y patogenia del asma. ✓ Manifestaciones clínicas más frecuentes del asma. ✓ Pautas de actuación ante una crisis asmática. ✓ Importancia de la adhesión al tratamiento y de los estilos de vida para evitar reagudizaciones (evitar el consumo de tabaco, hacer ejercicio moderado todos los días, etc.).
DIABETES MELLITUS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto y definición de la diabetes mellitus, incluyendo tipos y clasificación ✓ Breve reseña sobre la etiología y fisiología de la diabetes mellitus. ✓ Concepto de hiperglucemia e hipoglucemia y sus manifestaciones clínicas. ✓ Pautas de actuación ante una hipoglucemia y ante una hiperglucemia. Mecanismo de acción de la insulina y su forma de administración. ✓ Importancia de la dieta y el ejercicio físico.
EPILEPSIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto y definición de la epilepsia. ✓ Breve reseña sobre la etiología y fisiología de la epilepsia: mecanismos por los que se puede producir una crisis epiléptica. ✓ Tipos de crisis epilépticas y sus manifestaciones clínicas más frecuentes. ✓ Pautas de actuación ante una crisis epiléptica. ✓ Importancia de la adhesión al tratamiento y posibles desencadenantes de las crisis (consumo de tóxicos, privación del sueño, estrés, etc.).
CELIAQUÍA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Concepto y definición de la celiacía. ✓ Sintomatología de la enfermedad celíaca. ✓ Importancia del cumplimiento de una dieta rigurosa.

CAPÍTULO III

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES “ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD”



Pablo Pérez Velasco
Diplomado Universitario en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO III

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	57
2.	OBJETIVOS	61
3.	METODOLOGÍA	62
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	65
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	66
6.	CURRICULUM.....	67
7.	BIBLIOGRAFÍA	68
8.	ANEXOS.....	70
	• ANEXO I. Evolución legislativa de la Atención a la Diversidad.....	70
	• ANEXO II. Prevalencia y características de alumnos con Trastorno General del Desarrollo (TDAH y autismo)	72
	• ANEXO III. Tipos y señales de alarma de alumnos con déficit auditivo	75
	• ANEXO IV. Tipos y señales de alarma de alumnos con déficit visual	77
	• ANEXO V. Definición y clasificación de alumnos con déficit físicos	79
	• ANEXO VI. Examen de salud básico en los Centros Educativos.....	80
	• ANEXO VII. Metodología para tratar alumnos con TGD	81



1.

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

La atención a la diversidad⁽¹⁾ (AD) es un concepto relativamente actual que ha ido evolucionando con el paso de los años. Hasta 1978 se utiliza el término “educación especial” para referirse a un conjunto de alumnos con algún déficit; social, cognitivo, físico... siendo a partir del informe Warnock^(2,3,4) (1978) cuando este concepto se sustituye por el de Necesidades Educativas Especiales (NEE), aunque también formulado en negativo (hace especial hincapié en los déficits), puso en marcha y sirvió para articular una respuesta educativa integradora, tratando de superar la segregación.

En la actualidad se continúa utilizando los términos de necesidades educativas específicas y especiales, no obstante, ambas se engloban bajo el término de atención a la diversidad, se presenta una concepción muy amplia y rica del concepto “diversidad”, que se aproxima al expuesto en la actual legislación (Decreto 98/2005⁽⁵⁾ y LOE⁽⁶⁾) donde se recoge que toda persona tiene cabida dentro del concepto de diversidad, desde las más capaces, hasta las más necesitadas.





A efectos de este decreto, se entiende como AD, el conjunto de acciones educativas que, en un sentido amplio, intentan dar respuesta a las necesidades de todo el alumnado, así como prevenirlas y atenderlas, tanto temporales como permanentes, que requieren una actuación derivada de factores personales o sociales relacionados con situaciones de desventaja socioeconómica y sociocultural; de condiciones que dificultan una asistencia continuada al centro educativo; de sobredotación intelectual; de desconocimiento de la lengua y cultura españolas; de discapacidad física, psíquica y sensorial; de trastornos graves de la personalidad, de la conducta o del desarrollo, o de graves retrasos o trastornos de la comunicación y del lenguaje.

Se establece una definición de este tipo de alumnado como aquellos que requieren, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ésta, determinados apoyos y atenciones, que como bien indica el nombre, son específicas, todas éstas derivadas bien por discapacidad o trastornos graves de conducta.

Por lo tanto el concepto de AD explica que del mismo modo que los seres humanos no somos iguales unos a otros, en una comunidad escolar los alumnos tampoco lo son, existen una serie de factores de diversidad^(7, 8, 9) que son aquellos que diferencian a unos estudiantes de otros tanto en las motivaciones, intereses y capacidades no sólo en el ámbito físico.

La diversidad se puede clasificar en:

Factores Físicos:

- ✓ Diversidad de sexo.
- ✓ La edad cronológica (en un mismo aula habrá niños que cumpla su edad a principios de años y otros a finales del mismo) esto hace que haya diferentes intereses y nivel de desarrollo.
- ✓ El desarrollo corporal genera diversidad en cuanto a la diacronía existente entre el desarrollo de las niñas y niños y en determinadas edades, incluso dentro de un mismo sexo.

Factores Socio-culturales:

- ✓ Diferente procedencia social, cultural o geográfica de las familias, diferentes costumbres, sistemas de valores.
- ✓ La pertenencia a determinadas minorías étnicas, diversas religiones creencias, hábitos.
- ✓ Idioma.
- ✓ Nivel socioeconómico-familiar, profesiones de los padres, nivel de estudios, diferencias de valores, de riqueza de vocabulario y expresión, nivel de relación, hábitos extraescolares.

**Factores Académicos:**

- ✓ La capacidad de aprender de cada persona.
- ✓ Los conocimientos previos antes de comenzar un nuevo aprendizaje.
- ✓ La motivación como elemento fundamental en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y LEGISLATIVA DE LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

Evolución histórica de la atención a la diversidad ^(10, 11, 12)

A lo largo de la historia, el tratamiento de la diversidad ha sido muy desigual, prueba de ello son los diferentes estilos en el sistema educativo, que evolucionó desde:

- a) La escuela selectiva: donde no se plantea ninguna respuesta a la diversidad en la estructura escolar ordinaria. La opción es la segregación de aquellos alumnos que no podían seguir el ritmo ‘normal’. Nacen entonces los centros especializados para los alumnos y alumnas que presentan algún tipo de déficit.
- b) La escuela compensadora: surge en los años 50-60, la cual, va a tratar por primera vez la AD en la estructura escolar ordinaria. En un principio, se centra en las deficiencias socioculturales. Aparece así; los agrupamientos flexibles; programas de desarrollo individual; técnicas de individualización de la enseñanza.
- c) La escuela integradora: en los años 70, se tienden hacia un modo de escuela donde se agrupan dos grandes principios: comprensividad y diversidad. Sintetizado en palabras de García Pastor¹² puede decirse que se trata de una escuela común para niños diferentes. Dada la complejidad curricular actual, el trabajo en equipo del personal del centro educativo es la piedra angular de la escuela integradora. Todo esto exige recursos, no siempre disponibles.
- d) La escuela inclusiva: defiende la mejora de la escuela con la inclusión de todos los miembros de la comunidad escolar. Se centra en el alumnado como persona y quiere atender sus características individuales, por lo que no existen estándares prefijados. Valora el hecho de la diversidad como un reflejo de la sociedad y un espacio de aprendizaje de actitudes de respeto y colaboración. Presta una atención especial a los grupos y personas con mayor riesgo de exclusión. Centro y profesorado fomentarán la participación para lo cual deben identificar y eliminar cualquier barrera que se lo impida, siendo necesario crear dinámicas de colaboración; trabajo cooperativo; interacción frecuente entre escuela y familia y apertura del centro a la sociedad para hacer a ésta más inclusiva.



Evolución legislativa de la Atención a la Diversidad

La AD ha ido evolucionando tanto en su denominación como en su contenido a los largo de los años desde que se recoge el término en la Constitución hasta la última ley estatal en materia de educación donde se acopia la atención a la diversidad, la LOE, toda esta evolución legislativa de las Necesidades Educativas Especiales se encuentra recogida en el ANEXO I.

JUSTIFICACIÓN DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

Desde una perspectiva de salud que es la que nos ocupa como profesionales de Enfermería en el ámbito escolar las necesidades más frecuentes en este contexto son^(7, 13, 14):

1. Alumnos que presentan alteraciones o trastorno general del desarrollo o comportamiento (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y autismo). Prevalencia y características de los trastornos del desarrollo (ANEXO II)
2. Alumnos con deficiencias sensoriales: auditivos y visuales. Tipos y señales de alarma del déficit auditivo (ANEXO III) y del déficit visual (ANEXO IV).
3. Alumnos con deficiencias motoras. Definición y Clasificación (ANEXO V).

La identificación precoz de estas necesidades es posible gracias a los conocimientos de los profesionales de Enfermería disponen en su curriculum tanto de la pediatría como de la psiquiatría, prestando una atención de calidad a los alumnos con las necesidades antes mencionadas, con especial importancia en la prevención y detección precoz del problema o conducta y en el tratamiento, donde serán responsables de la administración de la medicación y seguimiento.

Para el logro de la identificación de alteraciones que requieran necesidades educativas especiales existe un instrumento como es el examen básico de salud^(15, 16, 17), recogido en ANEXO VI, a través de la observación directa. Esto, resulta muy útil en el medio escolar.

Además, se debe llevar a cabo la atención educativa y de sensibilización bajo las técnicas de Educación para la Salud (EpS) de las que la Enfermera es especialista; dirigidas a profesores, familias y personal no docente.

Con todo ello se debe lograr promover la aceptación y estima de las personas, favoreciendo el respeto a las diferencias, facilitando las relaciones interpersonales de calidad y un adecuado clima familiar y social en la comunidad escolar. En definitiva, promover valores personales y sociales.



2.

OBJETIVOS

General:

Promover la salud en la comunidad escolar en relación a alumnos con necesidades educativas especiales en el contexto de la atención a la diversidad escolar.

Específicos:

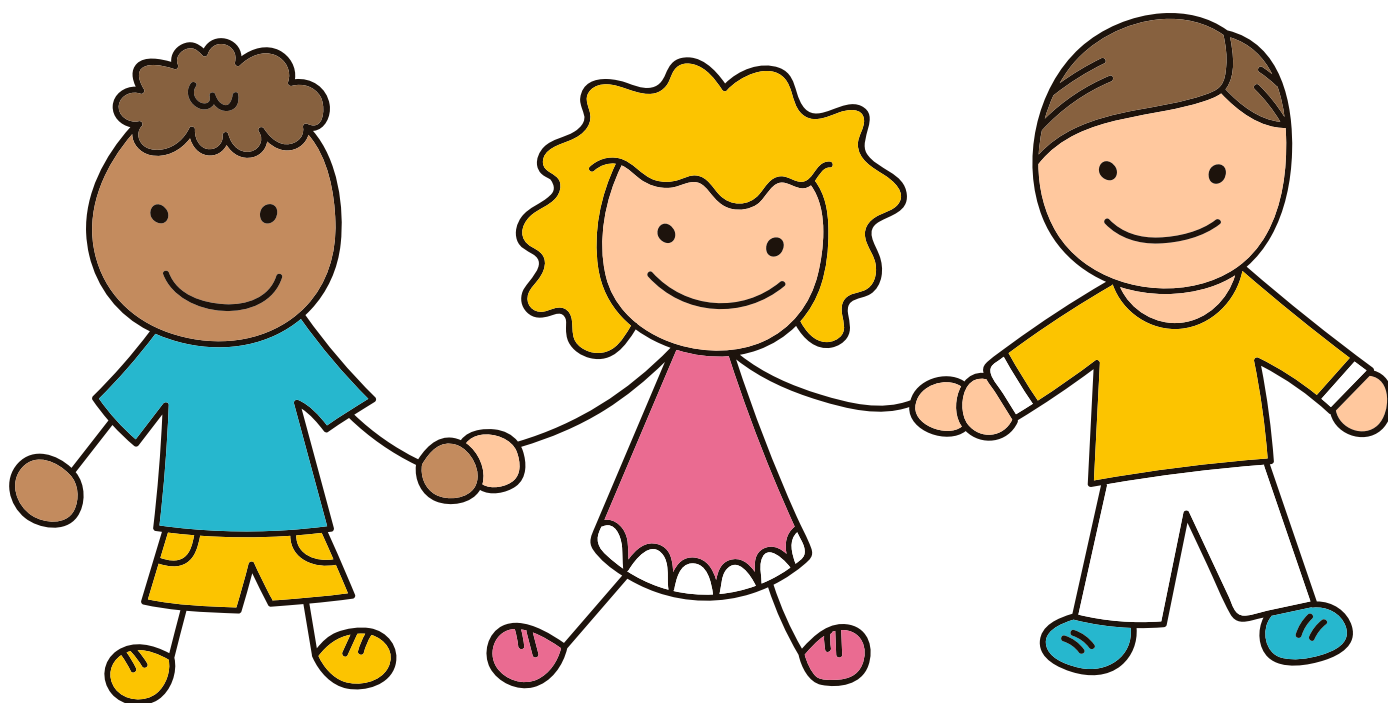
1. Identificar alumnos con sospecha de Necesidades Educativas Especiales contempladas por la “diversidad escolar”
2. Aplicar el tratamiento farmacológico en caso de alumnos con él prescrito.
3. Sensibilizar a los alumnos sobre Trastornos Generales del Desarrollo y que aprecien las normas de convivencia y de actuación en el centro escolar.
4. Promover habilidades emocionales, comunicativas y sociales durante los talleres de EpS en relación con los alumnos con Trastornos Generales del Desarrollo, dificultades auditivas, visuales, problemas físicos...
5. Prestar apoyo e información a las familias y profesores del centro escolar, afrontando las dificultades con alumnos con trastornos del comportamiento.





3. METODOLOGÍA

Objetivo	Población Diana	Grupo Necesidades Educativas Especiales (NEE)	Actividades
Primero	Alumnos	Trastorno General del Desarrollo (TGD), déficit auditivo-visual y déficit motor.	Asistenciales: 1. Observación directa de las características de los alumnos con sospecha de alguna de las NNE, recogida en ANEXOS II, III, IV y V. 2. Realización de un examen de salud básico en los centros escolares durante el curso académico o cuando se tiene sospecha de alguna de estas NNE, desarrollado en ANEXO VI
Segundo	Alumnos	Todas las NEE	Aplicación de tratamiento prescrito por el facultativo especialista o de cabecera según dosis y horario indicado.
Tercero	Alumnos	TGD (TDAH Y Espectro Autista)	Son muy variadas desde videos de la temática a tratar hasta en asambleas. Estas actividades se desarrollan de forma metodológica en el ANEXO VII.





Objetivo	Población Diana	Grupo Necesidades Educativas Especiales (NEE)	Actividades
Cuarto	Alumnos	Todas NEE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer situaciones en la que el alumno se encuentre con otros alumnos en un ambiente libre y atractivo como puede ser el patio del colegio, integrarlo en equipos para juegos y trabajos en grupo así como la realización de las tareas que tiene que ver con las necesidades cotidianas en grupos de 2-3 niños donde se incluya al niño con dificultades 2. No presionar al alumno para que establezca cualquier tipo de relación, se debe favorecer que acuda a sitios comunes a relacionarse, pero no obligar. 3. Facilitar a toda la clase vocabulario para definir sentimiento y emociones para que sean capaces de dar nombres a los sentimientos, para que relacionen expresiones faciales y conceptuales con sentimientos. 4. Realizar talleres de EpS donde se explique que es la audición o visión, sus alteraciones y cuidados, explicando de forma audiovisual (power point) y de acuerdo a la edad como es el oído y ojo, alteraciones más frecuentes de los mismos, tratamientos... 5. Prácticas con role playing (juegos de roles). Ayuda a desarrollar la empatía y se ayuda a los alumnos a sentir lo que siente el compañero cuando es rechazado en los grupos. 6. Se puede proponer a compañeros del aula situaciones de comprensión de la lectura labial o actividades en las que el alumno con buena agudeza visual deba desplazarse sin utilizar la visión. 7. Proyectar un video o plantear una actividad para tratar este tema en grupo, que participen todos los alumnos. Entre los recursos audiovisuales que se pueden utilizar está el cortometraje CUERDAS (ganador del Goya 2013) que trata esta temática de forma muy interesante. Después de su visualización en función de la edad de alumnado que realice la actividad se le puede pedir que haga una redacción acerca del tema si el curso es 5º-6º primaria o mediante asamblea que de su opinión si tiene una edad más pequeña.



Objetivo	Población Diana	Grupo Necesidades Educativas Especiales (NEE)	Actividades
Quinto	Padres y comunidad escolar	Todas NEE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer relación con profesores, personal no docente y especialmente padres de alumnos. 2. Respecto a los padres, establecer reuniones o consultas en horario adaptado a sus necesidades. Proporcionar apoyo e información específica adaptada e individualizada y así lograr actuar y trabajar de forma conjunta 3. En relación al personal no docente, reuniones de información y colaboración en estos temas (ANEXOS II, III, IV, V y VII).





4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

La evaluación debe ser un proceso continuo y dinámico mediante observaciones directas de la consecución de cada objetivo específico según cada necesidad detectada.

Se irán evaluando al finalizar las actividades propuestas a través de cuestionarios sencillos, o mediante la observación directa en función de la edad de los alumnos a los que se destina la intervención. Dichos cuestionarios se puede elaborar durante el curso en función de la actividad escogida.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se redactarán en función de los resultados obtenidos. Se debatirán y explicarán los resultados y los temas y aspectos de mejora a introducir en futuras ediciones o cualquier otro tema sobre el que se desea mejorar o reflexionar con el fin lograr resultados de calidad.





6.

CURRICULUM

PABLO PÉREZ VELASCO

Formación académica:

- ✎ Diplomado en Enfermería. E.U.E Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). Realizado de 2007-2010.
- ✎ Máster Universitario de Especialización en Cuidados de Enfermería (*Urgencias, Emergencias y Catástrofes Naturales*), (2010-2011), duración un año. Universidad CEU Cardenal Herrera (Valencia).
- ✎ Diploma de Formador de Formadores. Universidad Camilo José Cela. Duración 120 horas. Julio 2013.

Publicaciones, Comunicaciones y Congresos:

- ✎ Publicación: Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar. Nuberos Científica. Volumen 2. Julio-Octubre 2013.
- ✎ Comunicación Oral: “Experiencia de un programa de Reanimación Cardiopulmonar en Centros Educativos”. IV Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar Girona 19 Octubre 2013
- ✎ Publicación: Control de la vía aérea con mascarilla laríngea de intubación Fastrach por el profesional de enfermería en el paciente politraumatizado adulto. Nuberos Científica. Volumen 2 Número 11. Noviembre 2013- Febrero 2014.

Docencia:

- ✎ Docente en plan de Educación para la Salud (EpS): Reanimación Cardiopulmonar Básica en centros de Educación Secundaria. FECAN. Cursos académicos 2012-2014.
- ✎ Docente en “Control y manejo de la vía aérea con la mascarilla laríngea de intubación Fastrach” en el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, acreditado por la comisión de formación continuada. Febrero y Marzo 2014.

Experiencia asistencial:

- ✎ Enfermero Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) del Servicio Cántabro de Salud (2010- Actualmente).
- ✎ Enfermero de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (2010-Actualmente).



7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bearne E. La atención a la diversidad en la escuela primaria. La Muralla, Madrid.1998.
2. Sánchez Palomino A. Valoración de necesidades educativas especiales. Universidad de Almería.
3. Alumnos con necesidades educativas especiales. Características generales de los tipos y grados de minusvalías: motoras, psíquicas y sensoriales en relación con la actividad física.
4. De la Iglesia Mayo B. En otras palabras... Necesidades educativas especiales. Universidad de las islas baleares.
5. Decreto 98/2005 artículo 2. Concepto de atención a la diversidad.
6. Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación.
7. Rodríguez Ruiz AB. Las necesidades específicas de apoyo educativo en el marco educativo. Pedagogía magna. Número 5 1 noviembre 2010.
8. Díez Alvarez, A. y Huete Antón, S. Educar en la diversidad. Educar Hoy, 1997, 60, 15-17.
9. López Melero. Diversidad y cultura: en busca de los paradigmas perdidos. En P. Arnaiz y R. De Haro (Eds.): 10 años de integración en España: análisis de la realidad y perspectivas de futuro. Murcia: Universidad de Murcia, 1997, 181-207.
10. Ministerio de Educación Cultura y Deporte (2004). El Sistema Educativo español. Madrid: MEC/CIDE.
11. García Pastor C. Una escuela Común para niños Diferentes: La Integración Escolar investigación e innovación educativa Volumen 44 de Universitas (Promociones y Publicaciones Universitarias).
12. Soto Pérez FJ. y López Navarro JA. (2000). Nuevas Tecnologías, Viejas Esperanzas: las nuevas tecnologías en el ámbito de la discapacidad y las necesidades especiales. Murcia: Consejería de Educación y Cultura.
13. Las Necesidades Educativas Especiales en la Educación Primaria. Instituto para el Desarrollo Curricular y la Formación del Profesorado. Departamento de educación, universidades e investigación. Gobierno Vasco.
14. Castejón Costa JL, Navas Martínez L. Dificultades y trastorno del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria. Editorial Club Universitario. 2011.
15. García Dueñas P, Cuesta del Amo M, González García N. Examen de salud básico en un servicio de enfermería escolar. Metas de Enfermería. Volumen 15- Número 9- Noviembre 2012.
16. García Marina MC, González Prieto NI. La salud mental en la escuela. Metas de Enfermería. Volumen 16-Número 3- Abril 2013.



17. Martín Arribas MC, García Primo P, Boada Muñoz L, García Andrés E, Cecilia Navazo J, Solano Villarrubia C, Posada de la Paz M. Detección precoz y atención de los niños con trastornos generalizados del desarrollo. *Metas de enfermería*, Vol. 12, Nº. 8, 2009 , págs. 62-67.
18. Trastorno del espectro autista: guía para su detección precoz. Consejería de salud, Junta de Andalucía.
19. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno del espectro autista en Atención Primaria. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y política social. Gobierno de España.
20. Teresa Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM. Ganar salud en la escuela, Guía para conseguirlo. Trabajo desarrollado en el marco del Convenio establecido entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad y Política Social para la Promoción y Educación para la Salud en la Escuela (PES).
21. García Vallejo R. Actuación de la enfermera de atención primaria en la detección precoz del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2012, vol. 4, no 2.
22. Mena Pujol B, Nicolau Palou R, Salat Foix L, Tort Almeida P, Romero Roca B. Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. Barcelona: Mayo y Adana Fundació-MIRANDA, A. 2006.
23. Rodríguez-Salinas Pérez E, Navas García M, González Rodríguez P, Fominaya Gutiérrez S, Duelo Marcos M. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4:S175-98.
24. Programa de atención al déficit auditivo infantil. Consejería de salud y servicios sanitarios. Gobierno Principado de Asturias.
25. Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Deficiencia Auditiva. Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología. Junta de Extremadura.
26. Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con déficit visual. Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Extremadura.
27. Campos de Aldana MS, Cañón Montañez W, Moya Plata D, Durán Parra M, Amin Madera AL, Chinchilla Meza JC, Noriega Pacheco ME. Eficacia de la intervención de enfermería: mejorar la comunicación- déficit visual, en escolares de un instituto de educación primaria del sector público en Bucaramanga. *Cuidarte*. Pág 320-325
28. Pastorino N, Penerini Y. Programa de detección de déficit de la agudeza visual en escolares sin patología ocular aparente. *Archarg Pediatr*. 19989. Vol. 96 pág. 236-241.
29. Aguado Díaz AL, Alcedo Rodríguez MA. Necesidades educativas especiales derivadas de la discapacidad física. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.
30. Fernández López MT, Pelegrín Molina A. Necesidades educativas especiales del alumnado con discapacidad física.



7. ANEXOS

ANEXO I. EVOLUCIÓN LEGISLATIVA DE LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

EVOLUCIÓN LEGISLATIVA DE LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

La Constitución española recoge en su artículo 27 el derecho de todos a la educación y establece en su artículo 49 la obligación de los poderes públicos de realizar una política de integración de las personas con disminución física, sensorial y psíquica, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán en el disfrute de sus derechos fundamentales.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), desarrollando el mandato del citado artículo 49 de la Constitución, establece los principios de normalización, de integración y de atención individualizada que han de presidir las actuaciones de las administraciones educativas en todos sus niveles y áreas, en relación a las personas con alguna minusvalía.

La Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación, extendió el derecho a la educación básica al alumnado extranjero residente en España y recogió el derecho de éste a recibir las ayudas precisas para compensar posibles carencias de tipo familiar, económico y sociocultural.

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), contempló la posibilidad de que alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales pudiesen alcanzar, dentro del mismo sistema, los objetivos propuestos con carácter general para todo el alumnado. Igualmente, en su Título V, que sigue estando en vigor, salvo el artículo 66, recoge la necesidad de que los poderes públicos desarrollen acciones de carácter compensatorio dirigidas a alumnos y alumnas que se encuentren en situaciones desfavorecidas.

La Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los centros docentes, garantizó, en los centros sostenidos con fondos públicos, la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, debidas a discapacidad física, psíquica o sensorial, a trastornos graves de conducta, o a situaciones sociales o culturales desfavorecidas.

Por su parte, la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE), ha dedicado el capítulo VII del Título I a la atención al alumnado con necesidades educativas específicas, introduciendo cambios en el concepto al incluir en él a alumnos y alumnas en situaciones de desventaja social, al alumnado extranjero, al alumnado superdotado intelectualmente y al alumnado con necesidades educativas especiales.



LOE (2006) surge el término de “alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo” (en adelante ACNEAE).

MODELO DE CANTABRIA

La Consejería de Educación de nuestra región considera la atención a la diversidad como “eje” del Modelo Educativo de Cantabria y apoyado por los demás planes para conseguir el éxito educativo.

Todos estos aspectos aparecen en el decreto 56/2007 por el que se establece el currículo de Educación Primaria en Cantabria y dedica a la atención a la diversidad el artículo 14, donde también detalla otros Decretos y Órdenes vigentes en nuestra región como son:

D 98/2005 de 18 de agosto de ordenación a la atención a la diversidad en las enseñanzas escolares y la educación preescolar.

Orden EDU 21/2006 de 24 de Marzo por la que se establecen las funciones de los distintos profesionales y órganos en el ámbito de la atención a la diversidad.

Orden EDU 5/2006 de 22 de Febrero regula la elaboración del PAD y también CESPAD

- ✓ Todos los centros educativos de nuestra región tienen la obligación de desarrollar un Plan de Atención a la Diversidad que es un documento en el que se plasman las necesidades y medidas concretas para responder a las mismas.
- ✓ Los apartados básicos del Plan son:
 - 1) Análisis de la situación de partida y valoración de las necesidades: análisis del contexto, del tipo de alumnado, la oferta educativa del centro y de la zona, recursos personales y materiales.
 - 2) Objetivos a conseguir y medidas a adoptar.
 - 3) Valoración de los recursos disponibles.
 - 4) Seguimiento y evaluación del desarrollo del PAD: creación de la CESPAD.
 - 5) Evaluación y revisión del propio documento

Otro “eje” del Modelo Educativo de Cantabria es la potenciación de la Orientación en Educación primaria por lo que a partir del curso 06/07 se introduce en los centros las Unidades de Orientación (UO).

Resolución de 22 de febrero de 2006, por la que se proponen diferentes medidas de atención a la diversidad con el fin de facilitar a los Centros Educativos de Cantabria la elaboración y desarrollo de los Planes de Atención a la Diversidad.



ANEXO II. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE ALUMNOS CON TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO (TDAH Y AUTISMO)

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE ALUMNOS CON TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO (TDAH Y AUTISMO)

Trastornos Generalizados del Desarrollo (o conducta) conforman un amplio grupo de alteraciones del neurodesarrollo que afectan a la persona durante toda su vida, produciendo discapacidad con desigual grado de severidad. Aunque hoy por hoy no hay un tratamiento curativo, diversos estudios han mostrado la importancia de la detección e intervención precoz para la mejora del pronóstico y calidad de vida de estos niños y sus familias. A pesar de esto, no existen programas de cribado específicos para estos trastornos en el Sistema de Salud, por lo que la formación e información acerca de los mismos cobra una especial relevancia. Los profesionales enfermería escolar pueden ejercer una importante labor en la detección de estos trastornos a través de los exámenes de salud básicos al niño sano y la derivación y coordinación con los servicios sanitarios generales y especializados.

Dentro de este conjunto de trastorno vamos a centrarnos en dos de ellos, que son los más prevalentes: Trastorno de Espectro Autista (Autismo y Síndrome de Aspergen) y TDAH (Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad)

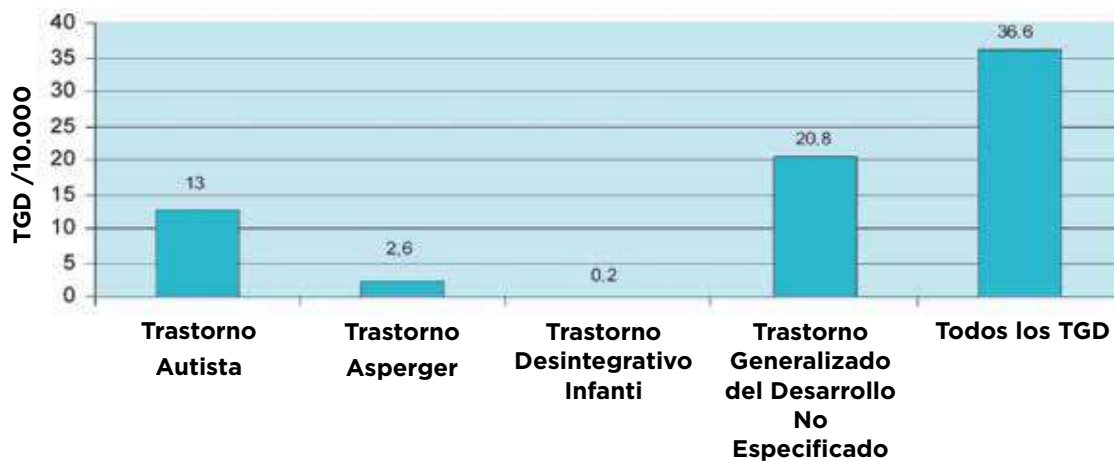
El primero de ellos, TEA, es una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta en una serie de síntomas basados en una tríada de trastornos (*tríada de Wing*); en la interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos (descritas en el DSM-IV-TR). Estas alteraciones persisten a lo largo de la vida y se presentan con características diferentes según el momento de desarrollo (primera infancia, etapa educativa, adolescencia, adultez);

Este tipo de trastornos varía también en función de factores como la asociación de otros síndromes, el grado de afectación y el nivel intelectual (el 75 % cursan con retraso mental). Todos los niños y niñas con trastorno autista comparten alteraciones comunes en las tres áreas ya mencionadas.

Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable no sólo en el correcto desarrollo y bienestar de la persona afectada, sino también de los familiares, dada la elevada carga de cuidados personalizados que necesitan.



PREVALENCIA DE LOS TRASTORNO GENERALES DEL DESARROLLO



La prevalencia de dichos trastornos ha aumentado considerablemente, lo que unido a su carácter crónico y gravedad hace que precisen un plan de tratamiento multidisciplinar personalizado y permanente a lo largo de toda la vida, para favorecer su integración social y calidad de vida.

Los últimos estudios epidemiológicos reflejan que el autismo afecta a 1 de cada 166 niños, afectando a la población masculina en una proporción de 4:1 con respecto a la femenina, mientras que no existe diferencias en cuanto a su incidencia en las diferentes clases sociales y culturas.

Si bien ya se ha mencionado alguna de las características del niño autista vamos a definirlo de forma más detallada para tener más información acerca de los signos de alarma:

- ✓ Niños con tendencia disminuida para interactuar con otras personas, con dificultades para darse cuenta de los pensamientos y sentimientos de quienes rodean. Parecen indiferentes ante la presencia de otros, aun sus mismos padres, viven en un mundo privado. Carecen de sensibilidad emocional, se afirma que este trastorno es, en esencia, una alteración del contacto afectivo.
- ✓ Niños autistas presentan conducta ritualista, sienten un gran malestar si se modifica objetos o juguetes de su lugar habitual. Presentan actividades e intereses restringidos con movimientos corporales estereotipados, se obstinan en seguir rutinas con detalles precisos y en algunos casos reflejan una aparente insensibilidad al dolor o conductas autodestructivas.
- ✓ Presentan déficit de atención, parece no interesarse por los demás, apenas mira a la cara sonriendo a la vez. Generalmente no se relaciona con los otros niños, no les imita. No suele mirar hacia donde se le señala.



A modo de resumen las características generales de los niños autistas son:



Por otro lado el TDAH es uno de los trastornos de origen neurobiológico más común en la infancia, constituyendo un motivo de consulta frecuente tanto en AP como en especializada. Presenta un cuadro muy heterogéneo de atención lábil y dispersa, y una impulsividad e inquietud motriz exagerada,

Aunque el TDAH presenta un cuadro sintomatológico muy variado, generalmente estos niños son:

- ✓ Inatentos parecen no escuchar, hay que repetirles las cosas varias veces, están despistados, se distraen con extrema facilidad o con el menor estímulo, cambian de actividad constantemente, evitan los juegos o tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido y tienen dificultades para organizar o planificar sus actividades.
- ✓ Hiperactivos que se manifiesta con un movimiento constante de manos o pies, son niños que se remueven constantemente en su asiento, que se levantan en clase o durante las comidas o en otros momentos en que no es adecuado hacerlo, que a menudo hablan en exceso y que prácticamente son incapaces de estar un rato jugando o realizando una tarea tranquilamente y en silencio.
- ✓ Impulsivos se manifiesta por una impaciencia, una incapacidad para esperar su turno, una precipitación en las respuestas, un escaso sentido del peligro, una baja inhibición de conductas inapropiadas o incluso peligrosas y una baja tolerancia a la frustración.



Al igual que el trastorno de espectro autista estas características pueden repercutir no sólo sobre el aprendizaje del niño, y por tanto sobre su rendimiento escolar, sino también en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad.

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) se pueden clasificar tres tipos de trastorno por TDAH:

- ✓ TDAH predominante inquieto.
- ✓ TDAH predominante hiperactivo-impulsivo.
- ✓ TDAH combinado (síntomas atencionales e hiperactivos-impulsivos).

El TDAH presenta una prevalencia del 2-20% (aunque la mayoría de los estudios lo sitúan en torno al 3-8%) de los niños en edad escolar, esto supone que por cada clase de 20 niños, uno de ellos puede presentarlo, por este motivo es muy importante conocer este tema y poder llevar a cabo una detección precoz de los niños que puedan padecerlo, para comunicárselo a la familia y que puedan tener una asistencia tanto sanitaria como educativa adecuada.

Es significativo conocer que los alumnos con TDAH tienen una demanda asistencial elevada con síntomas muy generales como cefalea, dolor muscular, dolor abdominal inespecífico además suele presentar bajo debido a su alta actividad que lleva a cabo y tienen un gran riesgo de accidente acudiendo a la consulta por heridas o golpes. Mientras que en el caso contrario los niños con trastorno autista son muy reacios a acudir a la consultas y realizar cualquier actividad fuera de su rutina habitual, por lo que será el profesional de enfermería escolar el encargado de conseguir que estos niños acudan a su consulta, para ello se debe familiarizar a los niños con la consulta y los instrumentos que en ella existen

ANEXO III. TIPOS Y SEÑALES DE ALARMA DE ALUMNOS CON DÉFICIT AUDITIVO

TIPOS Y SEÑALES DE ALARMA DE ALUMNOS CON DÉFICIT AUDITIVO

Los alumnos con déficit auditivo van a presentar en el órgano de la audición una pérdida funcional para la vida ordinaria que conlleva limitaciones en el ámbito cognitivo y social que, si no son superadas, dificultan la participación del niño en la sociedad.

Las causas que producen pérdida de audición pueden ser hereditarias o adquiridas, y, a veces, están asociadas con otras lesiones o problemas. La sordera se puede producir por anoxia (falta de oxigenación durante el parto), incompatibilidad de Rh o rubeola.

No obstante, a la hora de evaluar, hay que tener en cuenta no sólo la cantidad de pérdida auditiva sino también el momento en que se produce dicha pérdida, ya que esto tiene una repercusión muy importante sobre el desarrollo infantil. Las áreas de reconocimiento del lenguaje se desarrollan antes de los tres años de edad, por lo que es preciso que exista una



audición normal en esta etapa, por lo que cuanta más edad tiene el niño/a más experiencia ha tenido con el lenguaje y por lo tanto su evolución lingüística resulta más favorable.

Los niños/as sordos prelocutivos, en los que la pérdida auditiva se produce antes de la adquisición del lenguaje, tienen que aprender un lenguaje oral que es totalmente nuevo para ellos sin apenas experiencia con el sonido.

Los niños con pérdida de audición se pueden clasificar en:

- **Hipoacúsicos:** son alumnos cuya audición es deficiente aunque de unas características tales que es funcional para la vida ordinaria permitiendo así la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva.

- **Sordos:** son aquellos cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y no permite la adquisición del lenguaje por vía auditiva. Sin embargo es posible, en mayor o menor medida, desarrollarlo por vía visual.

Es importante conocer los signos de alarma que nos permite identificar un posible déficit auditivo y por lo tanto realizar una detección precoz:

- | | |
|--------------------|---|
| Tres años | No se le entienden las palabras que dice.
No repite frases.
No contesta a preguntas sencillas. |
| Cuatro años | No sabe contar lo que le pasa.
No es capaz de mantener una conversación sencilla. |
| Cinco años | No conversa con otros niños.
No manifiesta un lenguaje maduro y sólo le entiende la familia |
| Seis años | Se distrae con facilidad.
No responde en ambientes ruidosos.
Su nivel de lenguaje es inferior al de sus compañeros.
Su falta de atención es frecuente. |

Aun conociendo esto y con el fin de facilitar la detección de este tipo de pérdidas se señalan a continuación algunos signos indicativos de déficit auditivo:

- ✓ Dice mucho ¿QUÉ? Pregunta con mucha frecuencia “qué has dicho”.
- ✓ Al llamarle a veces responde y otras no. “Responde cuando quiere”.
- ✓ A veces parece que entiende y otras no.
- ✓ Le cuesta la comprensión de consignas: seguir las explicaciones en clase.
- ✓ Tiende a fijarse en los labios y en la cara cuando se le habla.
- ✓ No responde en ambientes ruidosos y muestra dificultades para identificar la procedencia de los sonidos.



- ✓ Le duelen con frecuencia los oídos, se resfría a menudo y presenta mucha mucosidad.
- ✓ En los dictados pueden aparecer sustituciones, omisiones o distorsión de palabras.
- ✓ Su voz es demasiado fuerte y en las lecturas colectivas suele perderse.

ANEXO IV. TIPOS Y SEÑALES DE ALARMA DE ALUMNOS CON DÉFICIT VISUAL

TIPOS Y SEÑALES DE ALARMA DE ALUMNOS CON DÉFICIT VISUAL

Este tipo de alumnos van a presentar una pérdida funcional para la vida ordinaria que conlleva limitaciones tanto en el ámbito cognitivo pero sobre todo en el ámbito social, ya que la visión representa el 90% de la información que recibe el ser humano.

En términos generales el déficit visual abarca tanto a los alumnos y alumnas que no poseen resto visual como aquellos otros que pueden realizar diferentes tareas utilizando instrumentos adecuados que potencien su funcionalidad visual, por lo que se trata de dos poblaciones con necesidades tanto educativas como sanitarias y, por tanto, que requieren de intervenciones igualmente diversas.

Se puede clasificar en dos en déficit visual:

Ceguera total: personas que no tienen resto visual o que no le es funcional. Se trata de personas que no perciben luz o si la perciben no pueden localizar su procedencia.

Déficit visual: personas que poseen algún resto visual. Dentro de esta población, que agrupa a la mayor parte de las personas consideradas con déficit visual, podemos distinguir dos tipos: defectos de refracción y acomodación.

Dentro de los defectos de refracción donde se suele comparar al ojo con una cámara de fotos en la que córnea y cristalino sería el sistema de lentes, pupila el diafragma y retina la película. Cuando un ojo no tiene problemas de refracción, cualquier rayo penetra y se enfocan en la retina formando una imagen nítida. Sin embargo hay problemas en los siguientes casos:

- ✓ Miopía: corto de vista o mala visión de lejos. Los rayos se enfocan por delante de la retina. Se corrige con lentes divergentes.
- ✓ Hipermetropía: mala visión de cerca: Los rayos se enfocan detrás de la retina: Se corrige con lentes convexas.
- ✓ Astigmatismo: privación sin señal. Los rayos no llegan a formar foco. Se corrige con lentes cilíndricas.

Mientras que en los defectos de motilidad y acomodación, la motilidad ocular se puede ver afectada cuando los ojos tienen dificultad para enfocar a la par el mismo objeto combinando sus imágenes en una sola, o cuando no se ajusta correctamente para ver a determinadas distancias. Existen dentro de los defectos de la motilidad los siguientes:



- ✓ Nistagmo: parpadeo. Movimiento rápido y repetitivo de los ojos en dirección lateral, vertical o rotativa. No suele ser percibido por la persona que lo padece.
- ✓ Estrabismo: torcer la vista. Incapacidad para enfocar los ojos en el mismo objeto. La forma más patológica de estrabismo es la vista doble.

Al igual que con el déficit auditivos en los visuales es importante saber desde cuando tienen este déficit ya que aquellos que han nacido con ceguera o cuyo déficit visual data de los primeros meses de vida, deben construir sus conocimientos acerca del entorno que les rodea sin la información visual, mientras que aquellos a los que les ha ocurrido en épocas posteriores de su vida disponen de experiencias visuales previas.

Otros factores, como la evolución del déficit visual, la actitud que adopte la familia, la presencia de otras discapacidades asociadas, etc., pueden influir en la evolución y normalización del alumno y alumna.

Si bien es cierto que los casos más grave suelen ser diagnosticados antes de empezar la edad escolar, se puede encontrar en clase alumnos que no han sido detectados con anterioridad, por lo que la labor de la enfermería escolar en este aspecto es muy importante no solo detectarlo sino formar al equipo educativo para hacerlo.

Otra forma de valorar a los alumnos es mediante la observación directa por parte del profesional de enfermería escolar, a través de una serie de indicadores que hacen que haya que preocuparse de la presencia de un déficit visual.

Indicadores o signos en el comportamiento:

- ✓ Echar la cabeza hacia delante al mirar hacia objetos distantes.
- ✓ Corto espacio de tiempo en actitud de atención.
- ✓ Giro de cabeza para emplear un solo ojo.
- ✓ Inclinación lateral de cabeza.
- ✓ Colocación de la cabeza muy cerca del libro o pupitre al leer o escribir; tener el material muy cerca o muy lejos.
- ✓ Exceso de parpadeo.
- ✓ Tapar o cerrar un ojo.
- ✓ Fatiga inusual al terminar una tarea visual o deterioro de la lectura tras períodos prolongados.
- ✓ Uso del dedo o rotulador como guía.
- ✓ Mover la cabeza en lugar de los ojos.
- ✓ Choque con objetos.
- ✓ Fotofobia, es decir, deslumbramiento en interiores y/o exteriores.
- ✓ Guiños frecuentes.
- ✓ Movimientos involuntarios y rítmicos de los ojos.



Además de estos indicadores los alumnos con problemas de visión pueden acudir a la consulta de enfermería con diferente sintomatología como; dolor de cabeza, náusea y vómitos, picor o escozor en los ojos, visión borrosa en cualquier momento, dolores oculares.

ANEXO V. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ALUMNOS CON DÉFICIT FÍSICOS

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ALUMNOS CON DÉFICIT FÍSICOS

Es quizá la parte de las necesidades educativas más difícil de valorar y tratar por parte del profesional de enfermería, ya que muchas de estas necesidades son diagnosticadas en el nacimiento por lo que en este aspecto los profesionales presentes en el ámbito escolar no se deben centrar en la identificación precoz de las mismas, como en los casos anteriores, sino más bien en su valoración y en la integración de este tipo de alumnos.

Antes de dividir y clasificar las NNE Físicas es muy importante diferenciar y dejar claro tres conceptos que pueden llevar a confusión y que la OMS los define como:

1. *Deficiencia*: toda pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, anatómica o psicológica. Hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Representa trastorno en el ámbito de órgano.
2. *Discapacidad*: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Refleja las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Representan trastornos en el ámbito de la persona.
3. *Minusvalía*: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

Según estas definiciones, una enfermedad provocaría una deficiencia orgánica, esta deficiencia produciría una discapacidad para realizar determinadas acciones y, a su vez, esta discapacidad provocaría una minusvalía socialmente considerada.

Una vez definidos los términos se clasifican las NNE físicas, si bien es cierto, que existen centros específicos para los casos más graves (parálisis cerebral, espina bífida...) en un centro educativo pueden convivir alumnos con alguna patología física como:

1- Malformaciones congénitas:

- ✓ Luxación congénita de cadera.
- ✓ Malformación congénita de miembros.
- ✓ Malformación congénita de la columna vertebral.



2- Afecciones congénitas sistémicas o generalizadas del esqueleto:

- ✓ Osteogénesis imperfecta
- ✓ Acondroplasia (enanismo) o raquistismo.
- ✓ Osteocondrodistrofias (Morquio: enfermedad hereditaria del metabolismo en el cual el cuerpo carece o no tiene suficiente cantidad de una sustancia necesaria para descomponer cadenas largas de moléculas de azúcar llamadas glucosaminoglicano).

3- Osteocondrosis:

- ✓ Enfermedad de Perthes: Se presenta cuando la cabeza femoral en la cadera no recibe suficiente sangre, lo que causa la muerte del hueso, afecta a varones de 4 a 10 años.

4- Afecciones articulares:

- ✓ Artritis: enfermedad prolongada (crónica) que ocasiona dolor e inflamación articular.
- ✓ Artrosis: la artrosis en niños es excepcional. Se puede decir que, como tal, no existe. Lo que sí pueden padecer los niños son factores que en un futuro condicionaran el desarrollo de la artrosis.

ANEXO VI. EXAMEN DE SALUD BÁSICO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

EXAMEN DE SALUD BÁSICO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Con el examen de salud básico, con él, se consigue la detección de alumnos con necesidades diversas, se puede llevar a cabo realizando un pequeño reconocimiento físico de la somatometría, audiometría, agudeza visual (carta Snellen), desarrollo psicomotor...

En el ámbito de los TGD aunque si bien es cierto que en Atención Primaria se efectúan las revisiones del niño sano (2, 4, 6, 8, 11 y 14 años), las revisiones clave para el diagnóstico precoz del TDAH son las de los 6 y 8 años, mientras que para el autismo son anteriores en torno a los 3 años. No obstante, en ambos casos, puede haber casos de sospecha evidente a los 4 años, aunque no se pueda hacer todavía un diagnóstico definitivo. A los 11 y 14 años, también se debe tener especial atención, por si se hubieran pasado algunos posibles casos, por este motivo es importante trabajar de forma conjunta y sincronizada con los profesionales de AP para conseguir así una buena atención de estos niños.

Referido al déficit auditivo, en la ejecución del examen de salud, se debe llevar a cabo la realización de audiometrías en el centro escolar, sabiendo que existen diferentes grados de pérdida auditiva según la OMS:

Audición Normal: entre 0-20 decibelios.

Pérdida ligera: 20-40 decibelios.

Pérdida media: 40-70 decibelios.



Pérdida profunda: 70-90 decibelios.

Cofosis: Implica una pérdida superior a 120 decibelios.

Además de esta medida los profesionales de enfermería en el medio escolar deben de estar alerta para detectar de forma precoz cualquier signo de alarma que sea necesario comunicar a la familia y derivar al especialista como queda recogido en el **ANEXO III**.

Mientras que para la sospecha de déficit visual es importante realizar de forma periódica a los alumnos pruebas para valorar la visión como puede ser la carta de Snellen (para niños) y cualquier duda o sospecha de mala visión comunicárselo a la familia y derivar a través del pediatra de atención primaria al especialista (oftalmólogo). Además de esto y como ocurre con el déficit auditivo se debe estar atento a los signos de alarma recogidos en el **ANEXO IV**.

Para finalizar, en relación a la parte de las necesidades educativas con déficit motores es la más difícil de valorar y tratar por parte del profesional de enfermería, ya que muchas de estas necesidades son diagnosticadas en el nacimiento por lo que en este aspecto los profesionales presentes en el ámbito escolar no se deben centrar en la identificación precoz de las mismas, como en los casos anteriores, sino mas bien en su valoración y en la integración de este tipo de alumnos.

Por tanto es necesario que la figura de la enfermería escolar lleve a cabo una valoración integral y de forma continua en el tiempo a los alumnos, atendiendo a las diferentes respuestas humanas, así, en cualquier momento se puede detectar de forma precoz alguna alteración en la población escolar, comunicárselo a las familias y derivar a los especialistas oportunos a través de la asistencia de Atención Primaria



Ejemplo de Carta de Snellen

ANEXO VII. METODOLOGÍA PARA TRATAR ALUMNOS CON TGD

METODOLOGÍA PARA TRATAR ALUMNOS CON TGD

Para dar instrucciones se debe establecer contacto ocular o proximidad física con el niño, asegurando así su atención. Es mucho más positivo sentar al niño en las primeras filas, cerca del profesor y lejos de ventanas, murales u otros elementos potencialmente distractores. Las instrucciones serán cortas, de una en una y de forma concreta; cuando se realicen bien, elogiarlas de manera inmediata.

Conviene que las explicaciones sean motivadoras (con ejemplos que el niño asocie fácilmente con su vida diaria) y dinámicas (facilitando la participación, preguntarle directamente para que no interrumpa en cualquier momento). Cuanto más estructurada sea la exposición, mejor



comprensión, además se debe asegurarse de que lo ha entendido antes de continuar avanzando con la explicación.

Contenidos:

Procedimentales:

Reconocimiento personal de su comportamiento, repercusión de su conducta en el aula con sus compañeros profesores o en el ámbito personal...

Actitudinales:

Desarrollo de actitudes participativas en forma de asambleas o trabajo en grupo, respeto los turnos de palabra y las opiniones de los demás consiguiendo de esta manera promover la adquisición de habilidades emocionales, comunicativas y sociales en función de sus características...

Actividades:

1. Poner un video o plantear una actividad para tratar un tema en grupo mediante asamblea, en la cual participen todos los alumnos.

Entre los recursos audiovisuales para personas con trastorno del desarrollo tenemos varias posibilidades:

Cortometraje 'Mi hermanito de la luna'. Este precioso cortometraje, de casi 6 minutos de duración, ha sido creado por Frédéric Philibert, padre de un niño con autismo. Cuenta las impresiones de una niña, su hija mayor, sobre su hermanito autista. Difundido en Francia por la Fondation Orange, la Fundación Orange en España ha realizado una versión subtitulada en castellano.

Navegador ZAC - Zona para Niños con Autismo Navegador Web gratuito que permitirá a vuestro hijo interactuar directamente con juegos (MUCHOS juegos) y actividades (focalizadas a muchos intereses) que proporcionan específicamente a los niños que muestran características de desórdenes de espectro autista. ZAC es el primer navegador desarrollado específicamente para niños con autismo también provee un excelente foro para padres, cuidadores, profesores, y otros para compartir sus experiencias, herramientas y recursos, y así unirlos con una solidaria, compasiva, y extremadamente bien informada comunidad.

2. Cada alumno pensará un tipo de discapacidad previa explicación de las mismas (videos, power point, juegos) y escribirá sobre ella, en qué afecta, qué repercusiones tiene para la persona y para los que están a su alrededor y que cosas positivas aportan.

CAPÍTULO IV

SOBRE VIDA SANA. ALIMENTACION Y EJERCICIO



Nerea Rentería López

Diplomada en Enfermería

María Reyes García Trevilla

Diplomada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO IV

1.	INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN	85
2.	IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO-PROGRAMA	87
3.	METODOLOGÍA	88
4.	CURRICULUM	90
5.	ASPECTOS ÉTICOS	92
6.	BIBLIOGRAFÍA	93
7.	ANEXOS	94
	• ANEXO I. Carta al centro escolar	94
	• ANEXO II. Carta a los padres.....	95
	• ANEXO III. Encuesta a los alumnos.....	96
	• ANEXO IV. Díptico de los 12 consejos.....	105

“Obesidad y sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”

(Organización Mundial de la Salud)



1.

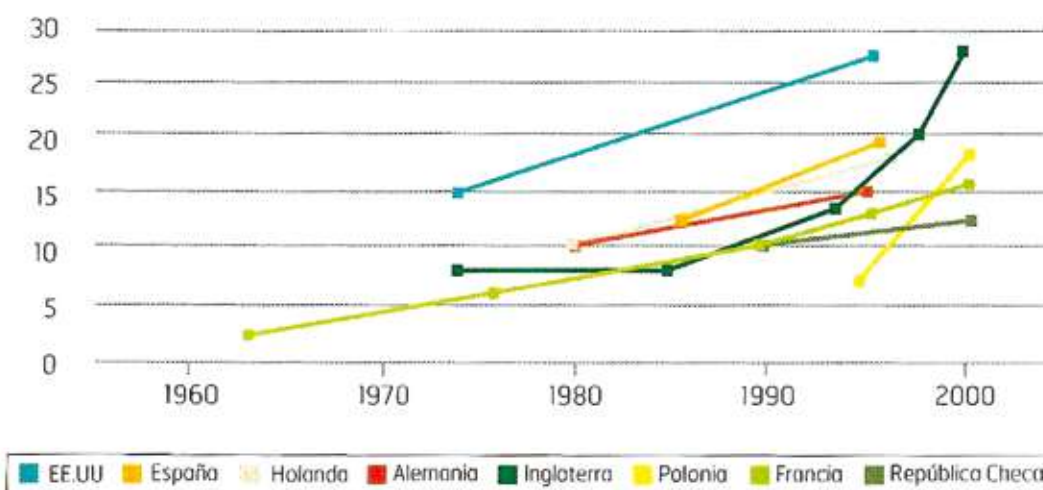
INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial.

En las últimas décadas se ha visto un incremento progresivo de los índices de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. España se encuentra entre los países que más problemas tienen del mundo desarrollado; en Europa, solo superados por Inglaterra¹.

Gráfico 1.

Incremento de prevalencias de sobrepeso niños de 5 a 11 años.



Las causas, entre otras están relacionadas con los modificaciones en el estilo de vida: se ha olvidado la cocina tradicional pasando a la llamada “comida rápida” y de las actividades físicas tradicionales “en la calle” a los video-juegos y la televisión favoreciendo el sedentarismo⁴.

En los niños/as y los adolescentes, el problema de obesidad se hace más grave porque deriva en una población joven con riesgo de padecer, en el futuro, enfermedades crónicas tales como: hipertensión, diabetes, dislipemias... y el agravamiento de enfermedades respiratorias como el asma, así como problemas psicosociales.

Como se ha dicho, la OMS considera la obesidad como la epidemia del siglo XXI por su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario⁵.

Contextualizando el problema, se añade que los **factores de riesgo** asociados son:

Genéticos: el riesgo de que el niño/a sea obeso parece que es cuatro veces mayor si uno de los padres lo es y hasta 8 veces si son los dos progenitores. Algunos estudios también indican que 2 de cada 5 niños/as obesos tienen influencias genéticas. Ahora bien, tampoco está claro si está determinado solo por la genética o el estilo de vida que se transmite.



Neuroendocrinos: en algunos estudios se concluye que determinaciones hormonales alteradas están presentes en personas obesas pero, por otro lado, también se observa que al disminuir el peso estas vuelven a cifras dentro de la normalidad.

Socio-ambientales: la alimentación en el período prenatal y lactancia, así como en las etapas infancia y adolescencia, junto con la actividad física son aquellos factores que podemos modificar mediante la educación sanitaria. Existen otros como el nivel socio-económico de la familia, nivel cultural, estructura familiar (monoparental, padres separados, hijo único, familia numerosa, abuelos que viven en el hogar y se encargan de la alimentación..), incorporación de la mujer al trabajo (teniendo en cuenta que sigue recayendo sobre ellas la confección de los menús familiares en general) tienen su nivel de importancia, son difíciles de intervenir pero, no obstante, los profesionales sanitarios debemos tener presentes y en la medida de lo posible planificar intervenciones^{2,7}.

Las consecuencias de los factores de riesgo señalados se pueden resumir:

Morbilidad física: niños/as con problemas de sobrepeso-obesidad derivarán en adultos con importantes patologías de carácter crónico. Se ven afectados por HTA, diabetes y dislipemias y estos, son factores asociados a la enfermedad cardiovascular (primera causa de mortalidad en los países desarrollados). Se asocia también a problemas digestivos (colelitiasis, esteatohepatias...), problemas en la función respiratoria, problemas osteoarticulares y otros cutáneos (estrías, micosis en pliegues...)

Morbilidad psicológica: afecta a la autoestima y en algunos períodos como en la adolescencia este aspecto puede ser determinante y se producen problemas como que el adolescente no encuentran ropa adecuada a su talla, a veces son desplazados por sus amigos ya que físicamente `no pueden seguir el ritmo del grupo´. Esto, se suma a trastornos del comportamiento y otros como ansiedad y depresión que también influye en sus relaciones sociales y en el control de su propia obesidad ya que puede derivar en refugiarse en la comida agravando la obesidad^{2,7}.

- La Consejería de Sanidad, determina que en Cantabria existe un 28.2%
- prevalencia del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la población de 2 a 17 años³

La promoción de la salud y la prevención de las alteraciones señaladas son las estrategias a poner en marcha a través de la herramienta de Educación para la Salud (EpS).

Como enfermeras profesionales estamos en condiciones y disponemos de las capacidades para desarrollar este proyecto-programa de promoción de la salud y fomento de hábitos saludables en los niños/as de nuestro entorno.

El Colegio de Enfermería de Cantabria, a través de su Fundación de la Enfermería de Cantabria, entre sus proyectos, tiene como objetivo promover la salud de los ciudadanos a través de la elaboración (por parte de los colegiados) de programas de Educación para la Salud (EpS) con el fin de que su realización pueda ser financiada por entidades particulares con los fines de la propia Fundación.

En este contexto se plantea este proyecto-trabajo de EpS, basado en la *Estrategia NAOS **¡come sano y muévete!***⁶



2.

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO-PROGRAMA

Se trata de un programa a realizar en el medio escolar.

Inicialmente, se desarrollará pilotado o como primera experiencia en un centro público de la Zona Básica de Salud de Bajo Pas, ayuntamiento de Piélagos. Posteriormente, podrá extenderse a cualquier centro de la Comunidad Autónoma de Cantabria que estuviera interesado.

Esto, le confiere un valor añadido dado que las zonas de salud rurales `parecen` con menor atención en el sentido de los servicios educación para la salud (EpS).

El objetivo es:

Proporcionar conocimiento, actitudes y habilidades favorecedoras de hábitos alimentarios y de actividad física saludables a alumnos de dos cursos del tercer ciclo de Educación Primaria (5º y 6º cursos).





3.

METODOLOGÍA

El CEIP Las Dunas de Liencres (centro donde se realizará el pilotaje), identifica la necesidad de realizar entre los escolares actividades relacionadas con temas extraescolares tales como: salud, accidentes, consumo de máquinas electrónicas, videojuegos, etc...

Demanda que, posteriormente, se extiende a otros centros de Cantabria.

A través de una miembro (enfermera profesional) del Consejo Escolar, del centro mencionado, se comienza a elaborar un proyecto relacionado con la salud que concluirá con el trabajo que se desarrolla seguidamente.

El trabajo piloto se realizará durante el curso escolar 2011-2012. El desarrollo del proyecto se podrá extender a cualquier centro de Cantabria y en sucesivos cursos escolares.

El proyecto que se pilota, se dirigirá a los escolares de 5º y 6º de Primaria con un número total de 75 escolares, repartidos en cuatro aulas.

Se cuenta con la colaboración de la dirección y del equipo docente responsable y se dispone de un tiempo determinado. Se realizará en el 2º trimestre del curso escolar.

1ª Fase.

Si el centro escolar no lo ha demandado en el contexto de los convenios del Colegio de Enfermería con los Ayuntamientos correspondiente, para la realización de la actividad, se enviará al director/a del centro escolar una carta para pedir autorización (Anexo I).

Se comienza la actividad explicando a los alumnos su contenido y se reparte un cuestionario anónimo dirigido a los niños/as (Anexo II) que será cumplimentado.

Consta de tres partes: una primera de datos generales, la segunda centrada en los hábitos en cuanto a alimentación y una tercera en relación a la actividad física.

Posteriormente, con la colaboración del equipo docente, se enviará una carta a las familias (ANEXO III) para explicar la finalidad de la intervención, el motivo del cuestionario y solicitar la autorización para que sus hijos participen en ella. Queda pendiente de gestionar en función de la dinámica del propio centro escolar.

2ª Fase.

Se inicia la actividad en el aula, desarrollada a través de las 12 estrategias del Programa NAOS del Ministerio de Sanidad.

Consiste en una charla-coloquio en la que se muestran los 12 consejos que enseñan hábitos saludables para alcanzar una vida sana en todas sus etapas y para prevenir enfermedades del



adulto que derivan de una mala alimentación y sedentarismo en las etapas infantil y juvenil. Su contenido se basa en la dieta mediterránea y en promover el ejercicio.

Se ha dado un enfoque con valores positivos incidiendo en el cuidado de la salud y la importancia de la alimentación, evitando el abordaje como prevención de la obesidad dado que, en estas edades, hay una gran sensibilidad a la imagen corporal y a la estética.

La Consejería de Sanidad, en su programa sobre el tema³ edita material divulgativo que este proyecto utiliza como de apoyo.

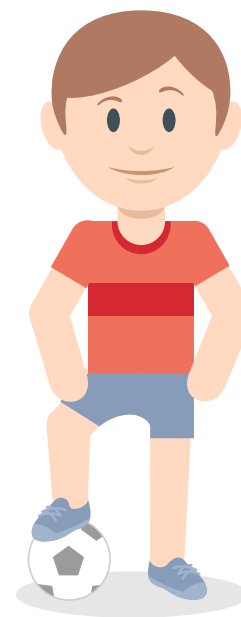
Se entrega a los alumnos las pulseras-bolígrafos (foto de portada, logotipo del proyecto) como estímulo y motivación de la actividad, así como el díptico que contiene los 12 consejos (ANEXO IV) sobre los que se ha trabajado en el aula para que sea entregado a sus respectivas familias.

3ª fase.

Evaluación.

Se diseña de la forma siguiente:

- ✓ Evaluación de conocimientos a través del cuestionario pre actividad (inicial) y post actividad (final)
- ✓ Recoger y registrar los comentarios de los escolares durante las actividades. Se entiende que las opiniones espontáneas son ricas en su contenido.
- ✓ Evaluación al final de la actividad, abierta y verbal con las opiniones de los escolares.
- ✓ Opiniones del docente responsable y de otros docentes.
- ✓ Reflexiones de los profesionales que imparten la actividad.
- ✓ Opiniones de los miembros del Consejo Escolar al objeto de conocer si, tras la actividad se han logrado las expectativas planteadas inicialmente.





4.

CURRICULUM

NEREA RENTERIA LOPEZ

Formación académica:

- ✎ Diplomada en Enfermería por Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria (2001)
- ✎ Especialista en Salud Mental
- ✎ Curso de educación y formación sanitaria en alimentación y nutrición

Experiencia profesional:

- ✎ D.U.E. asistencial en H.U. Marqués de Valdecilla
- ✎ Tutoría delegada de docencia práctica para estudiantes de enfermería (2001-2011)
- ✎ Educación para la salud sobre sexualidad en la adolescencia en colegio Altamira (2001)
- ✎ Educación para la salud en programa de deshabituación y desintoxicación alcohólica en la unidad de psiquiatría del H.U. Marqués de Valdecilla(2003)
- ✎ Enfermera en la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria del H.U. Marqués de Valdecilla (2002-2003)

M^a REYES GARCÍA TREVILLA

Formación académica:

- ✎ Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria (1990-1993)
- ✎ Cursos relacionados con el tema:
- ✎ “Nutrición y dietética” Santander (Universidad Complutense de Madrid)
- ✎ “I curso de actualización en enfermería de Salud Pública” Santander(Consejería de Sanidad)
- ✎ “Salud Pública y Educación para la Salud”(ICEPSS)
- ✎ “Metodología básica de la investigación” (HUMV)
- ✎ “Metodología de la investigación avanzada” (HUMV)
- ✎ “Generalidades y manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus” (I.F. Cervantes)
- ✎ “Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus” (I.F. Cervantes)



- ✎ “Cuidados de enfermería y enseñanza para la salud de pacientes con diabetes mellitus” (I.F. Cervantes)

Talleres formativos:

- ✎ “Nutrición, comer bien, vivir mejor” (Consejo territorial de enfermería de Cantabria)
- ✎ “Preparación de los alimentos” (Consejo territorial de enfermería de Cantabria)
- ✎ “Malnutrición, nutrición enteral y parenteral” (Consejo territorial de enfermería de Cantabria)

Experiencia profesional:

- ✎ D.U.E. asistencial en H.U. Marqués de Valdecilla (1993-2011)
- ✎ Tutoría delegada de docencia práctica para estudiantes de enfermería (1993-2011)





5.

ASPECTOS ÉTICOS

- ✎ No existe conflicto de intereses de los profesionales responsables de la actividad con ninguna entidad o institución.
- ✎ Aprobación de la Fundación constatando que la actividad cumple con los fines de la misma.
- ✎ Autorización del Centro docente.
- ✎ Información a las familias.
- ✎ Información a los escolares.





6.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuente IOTF.Comisión de las Comunidades Europeas.Libro verde 2005
2. M. Chueca, C. Azcona, M. Oyarzabal. Obesidad Infantil.Suplemento 1.Anales.
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple13a>
3. Barrio del, ML-Bonilla, C -Brugos, V PROGRAMA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CANTABRIA. 1ª Ed. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria Octubre 2010
4. Flórez-Tascón, F. - García, C ¿SOMOS LO QUE COMEMOS O COMEMOS COMO SOMOS? ALIMENTACION Y ANTROPOLOGIA, 1ª ed. Ed. Universitaria Ramón Areces Mayo 2011
5. <http://www.who.int/es> (OMS)
6. <http://www.naos.aesan.msps.es>
7. Hassink, S. OBESIDAD INFANTIL. PREVENCIÓN, INTERVENCIONES Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA. 1ª ed. Ed. Panamericana Octubre 2009
8. Brown, J. NUTRICIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA 3ª ed. Ed. Mc-Graw Hill Diciembre 2010
9. Castillo, M. - León, M. EDUCACIÓN SANITARIA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN 5ª ed. Ed. Alcalá Octubre 2010
10. Aranceta, J. - Gil, A.ALIMENTOS FUNCIONALES Y SALUD EN LA ETAPA INFANTIL Y JUVENIL, 1ª ed. Ed. Panamericana Mayo 2010
11. <http://www.federacionunae.com>



7. ANEXOS

ANEXO I. CARTA AL CENTRO ESCOLAR



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

Fecha

Estimado Equipo Directivo.

Nos ponemos en contacto con ustedes, como enfermeras profesionales y desde la institución Colegial, para presentarles este proyecto de Educación para la Salud: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA = VIDA SANA basado en la Estrategia NAOS.

Este proyecto, se enmarca dentro del PLAN “*Cuidamos de tu salud*” de la Fundación de la Enfermería de Cantabria perteneciente al Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria que tienen entre sus fines la promoción de la salud de los ciudadanos.

En este caso, está dirigido a los alumnos/as de tercer ciclo de Educación Primaria (5º y 6º) y consta de una encuesta previa (anónima y confidencial) sobre los hábitos de los alumnos en alimentación y actividad física, seguido del desarrollo de la actividad a través de los 12 consejos saludables que propone la Estrategia NAOS. Además se utiliza y entrega a los alumnos el material relativo al tema como motivación para los objetivos propuesto.

Si atuvieran interesados en esta actividad, solo deben ponerse en contacto con el Colegio de Enfermería colegio@enfermeriacantabria.com, o a través de su Ayuntamiento, si éste tuviera firmado un convenio de colaboración con el Colegio de Enfermería.

Cordialmente.

Fdo.



ANEXO II. CARTA A LOS PADRES



Fecha

Estimados padres.

Nos ponemos en contacto con ustedes, como enfermeras profesionales y desde la institución Colegial, para presentarles este proyecto de Educación para la Salud: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA = VIDA SANA basado en la Estrategia NAOS.

Este proyecto, se enmarca dentro del PLAN “*Cuidamos de tu salud*” de la Fundación de la Enfermería de Cantabria perteneciente al Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria que tienen entre sus fines la promoción de la salud de los ciudadanos.

En este caso, está dirigido a los alumnos/as de tercer ciclo de Educación Primaria (5º y 6º) y consta de una encuesta previa (anónima y confidencial) sobre los hábitos de los alumnos en alimentación y actividad física, seguido del desarrollo de la actividad a través de los 12 consejos saludables que propone la Estrategia NAOS. Además se utiliza y entrega a los alumnos el material relativo al tema como motivación para los objetivos propuesto.

En este caso, su hijo se encuentra en uno de estos cursos y por esa razón lo ponemos en su conocimiento, solicitamos su colaboración y autorización, devolviendo a través de su hijo esta carta firmada.

Cordialmente.

Fdo.

Yo, padre / madre de alumno.....

tengo información y autorizo a que mi hijo participe en la actividad “ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA = VIDA SANA”

Fecha y firma.



ANEXO III. ENCUESTA A LOS ALUMNOS

ENCUESTA DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO

Necesitamos que nos ayudes respondiendo a unas preguntas sobre tu alimentación; así podremos conocer si en este colegio los niños y niñas tienen hábitos saludables y qué es lo que podemos mejorar. ¿Quieres colaborar con nosotras?.....Pues ¡Comenzamos!

1. Fecha nacimiento ____/____/____

2. Sexo: Niña
 Niño

3. Curso: Quinto
 Sexto

Ahora pensaremos en lo que hemos hecho AYER para responder. En cualquier pregunta, si tienes alguna duda pregúntanos que te ayudaremos.

4. ¿Qué día de la semana fue ayer?

- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves

5. ¿Fue un día normal para ti?

- Si (pasa a la pregunta 7)
- No

6. Si no fue un día normal ¿por qué?

- Tuve una fiesta de cumpleaños
- Estuve enfermo/enferma
- Nos dormimos
- Otros motivos (especificar) _____



7. ¿A qué hora te levantaste?

8. ¿Desayunas todos los días?

- Sí
- No (pasa a la pregunta 13)

9. ¿Dónde desayunaste ayer?

- Casa
- Colegio
- Bar/Cafetería
- Otros sitios (especificar) _____

10. ¿Con quién desayunaste?

- Solo
- Con parte de mi familia
- Con toda mi familia
- Con otras personas (especificar) _____

11. ¿Qué tomaste para desayunar? (dinos solo palabras clave como por ejemplo leche, pan, cereales....y de medida utiliza palabras como "una taza", "un vaso", "tres galletas", "un cuenco".....)(si tienes alguna duda preguntanos)

MEDIDA	ALIMENTO



12. ¿Qué hacías mientras desayunabas?

- Solo desayunaba
- Conversaba
- Veía la televisión
- Jugaba
- Leía
- Otros (especificar) _____

13. ¿Tomaste algo de comida o bebida a media mañana, en el recreo? (recuerda que seguimos pensando en lo que hicimos ayer)

- Si
- No (pasa a la pregunta 15)

14. ¿Nos cuentas por favor lo que tomaste? (Puedes señalar varias casillas si tomaste más de un alimento)

- Cereales, galletas
- Yogur bebible (tipo Actimel)
- Palmera, Donuts, Bollycao u otros pastelitos
- Bocado
- Fruta
- Chocolate

Otros(especificar) _____

15. ¿Dónde comiste ayer?

- Casa
- Comedor del cole
- Casa de amigos
- En un bar
- Otros (especificar) _____



16. ¿Con quién comiste?

- Con toda mi familia o parte de mi familia
- Con mis compañeros del comedor
- Con amigos
- Otros (especificar) _____

17. ¿Qué hacías mientras comías?

- Solo comía
- Jugaba
- Veía televisión
- Hablaba con los demás
- Leía, estudiaba
- Otros (especificar) _____

18. ¿Qué comiste y bebiste en la comida de ayer? Recuerda poner palabras clave “carne”, “fruta”, “lentejas”...y la cantidad “un plato”, “un vaso”... (si dudas en cómo ponerlo no te preocupes, pregúntanos)

CANTIDAD	ALIMENTO

19. ¿Merendaste ayer?

- Sí
- No (pasa a la pregunta 22)



20. ¿Dónde tomaste la merienda?

- Casa
- Colegio
- Parque
- En la calle con amigos
- Otros (especificar) _____

21. ¿Qué tomaste?

CANTIDAD	ALIMENTO

¡Animo, ya vamos por la cena y pronto habremos acabado!

22. ¿Cenaste ayer?

- Si
- No (pasa a la pregunta 27)

23. ¿Dónde?

- Casa
- Bar
- Casa de amigos
- Otros (especificar) _____



24. ¿Con quién compartiste la cena?

- Familia
- Solo
- Amigos
- Otros (especificar) _____

25. ¿Qué hacías mientras cenabas?

- Solo cenaba
- Conversaba
- Jugaba
- Veía televisión
- Leía
- Otros (especificar) _____

26. ¿Puedes escribirnos qué cenaste ayer? Recuerda como lo hemos hecho antes y **no olvides anotar la bebida.**

CANTIDAD	ALIMENTO

27. Después de cenar, antes de acostarte ¿sueles tomarte algo?

- Si (cuéntanoslo) _____
- No



28. Como sabes hay que comer 5 frutas y verduras al día. Dinos:¿cuántas comes tu sumando la fruta y verdura en un día?

- Una o dos
- Tres
- Cuatro o cinco
- Más de cinco

29. Cada día ¿Qué bebida tomas? (Puedes señalar varias.)

- Agua
- Refrescos (tipo Kas,Coca cola.....)
- Zumos de brick
- Zumos naturales hechos en casa
- Otros_____

30. Por último.....hablemos de las chuches ¿cuándo las sueles comer?

- Nunca
- Uno o dos días en la semana
- Tres o cuatro días en la semana
- Cinco o seis días en la semana
- Todos los días tomo chuches

ACTIVIDAD FÍSICA

Ahora vamos a valorar cuánto ejercicio físico practicas. Para ello debes responder a este cuestionario como hicimos con la alimentación ¿de acuerdo? Ya sabes,si dudas, puedes preguntar levantando la mano y una de nosotras se acercará para ayudarte.

¡Comenzamos!

1. Cómo viniste ayer al colegio?

- Andando
- Coche
- Autobús
- Bicicleta



2. ¿Qué sueles hacer en los recreos?

- Estoy sentado (hablando, leyendo, jugando consola...)
- Jugar al balón, cuerda, goma, pita o rayuela.....
- Otros (especificar)_____

3. ¿Participas en actividades de deporte después del colegio tipo fútbol, patinaje, baloncesto, tenis, pádel, baile.....?

- Si (dinos cuales)_____ -
- No

4. En una semana: ¿Cuántas horas practicas algún deporte ¿

- Ninguna
- Alrededor de 1h
- Alrededor de 2h
- Alrededor de 3h
- Alrededor de 4h o más

5. En tu tiempo libre: ¿Cuánto tiempo dedicas a la semana en jugar con amigos en la calle?

- Nada
- Alrededor de 1h
- Alrededor de 2h
- Alrededor de 3h
- Alrededor de 4h o más

6. ¿Cuántas horas al día sueles ver televisión, **de lunes a viernes**?

- Ninguna
- Menos de 1h
- Alrededor de 1h
- Alrededor de 2h
- Alrededor de 3h
- Alrededor de 4h o más



7. ¿Cuántas horas al día sueles ver televisión los **fines de semana**?

- Ninguna
- Menos de 1h
- Alrededor de 1h
- Alrededor de 2h
- Alrededor de 3h
- Alrededor de 4h o más

8. ¿Cuántas horas al día sueles utilizar el ordenador en tu tiempo libre, **de lunes a viernes**?

- Ninguna
- Menos de 1h
- Alrededor de 1h
- Alrededor de 2h
- Alrededor de 3h
- Alrededor de 4h o más

9. ¿Cuántas horas al día sueles utilizar el ordenador en tu tiempo libre, **los fines de semana**?

- Ninguna
- Menos de 1h
- Alrededor de 1h
- Alrededor de 2h
- Alrededor de 3h
- Alrededor de 4h o más

10. Por último: ¿A qué hora te acostaste ayer?

¡MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR CON NOSOTRAS!



ANEXO IV. DÍPTICO DE LOS 12 CONSEJOS

Tus hijos están en pleno crecimiento y necesitan:

Consumir productos lácteos que les aporten calcio para fortalecer sus huesos

Evitar las 'chucherías' y la bollería industrial

A diario

Bebe + agua

Estilo de vida Saludable

Cuidamos de su salud

FE FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA

CEC Colegio de ENFERMERÍA de CANTABRIA

12 consejos

para prevenir la

OBESIDAD INFANTIL

Vida sana

alimentación saludable

actividad física

1- COMER SANO, ES FÁCIL
Es fundamental conocer los valores nutritivos de los alimentos y las necesidades que requieren nuestros hijos/as para alcanzar su máximo bienestar y así prevenir la enfermedad.
Planifica una dieta saludable para ellos, ¡sólo es física!

2- DESPIERTA Y DESAYUNA
Es imprescindible que el niño/a no se salte esta comida para rendir al máximo en el día que tiene por delante, además de prevenir la obesidad porque disminuye el picoteo entre horas.
No te olvides cereales, lácteos y fruta.

3- VIVE ACTIVO, MUEVETE PARA ESTAR SANO
Intenta que tu hijo/a practique al menos 30 minutos al día algún tipo de actividad física (subir y bajar escaleras, caminar, jugar, bici...)

4- HAZ DEPORTE, DIVIERTETE
Intenta buscar algún deporte que se adapte a sus gustos, pues además de divertirse, cuidará su salud.

5- QUITATE LA SED CON AGUA
Intenta que tu hijo/a beba mucho agua, sobre todo cuando haga ejercicio. Se ha demostrado que las bebidas carbonatadas y zumos no naturales, además de no quitar la sed, favorecen la obesidad.

6- COME DE 'CUCHARA': LOS HIDRATOS DE CARBONO SON LA BASE
Las legumbres forman parte nuestra 'cultura' gastronómica y son sinónimo de energía en los niños, por lo que no deben faltar en su menú. *Aliméntalos con arroz, pasta... No olvides el pan.*

7- FRUTA Y VERDURAS 5 VECES AL DÍA
Mantienen una buena hidratación y son fuente casi exclusiva de vitamina C y de antioxidantes. Es difícil introducirlos en la dieta, pero la fruta es un buen postre y las verduras pueden servir de acompañamiento de otros platos.
Aprende la fruta por partes, mástala a la hora de comer.

8- ELIGE ALIMENTOS RICOS EN FIBRA
La fibra ayuda a regular la función intestinal, corrige el estreñimiento y es beneficiosa en la prevención y tratamiento de la hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, etc.
Se encuentra principalmente en frutas, hortalizas, cereales integrales, legumbres y frutos secos, que se deben consumir frecuentemente.

9- CONSUME MÁS PESCADO
Tomar entre 3-4 raciones a la semana por ser un alimento muy completo. Tiene alto valor proteico, además de ser rico en vitaminas y minerales.

10- REDUCE LAS GRASAS
Actualmente se ha incrementado el uso de grasas animales y vegetales (aceites de coco, palma, etc.) perjudiciales para la salud y hay que evitar sus efectos. También existen grasas beneficiosas que, con moderación, deben formar parte de la dieta de los más 'pequeños' como son las que aportan los pescados azules o el aceite de oliva.

11- DEJA LA SAL EN EL SALERO
Si las comidas de vuestros hijos os parecen 'sosas', hacer uso de hierbas aromáticas, vinagre o especias.

12- MANTEN EL PESO ADECUADO
Si crees que tu hijo tiene un problema con el peso, por exceso o por defecto, acude a un profesional de la salud.

CAPÍTULO V

ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN COMEDORES ESCOLARES



Mónica Campo Briz
Graduada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO V

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	109
2.	OBJETIVOS	111
3.	METODOLOGÍA	112
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	113
5.	CURRICULUM.....	114
6.	BIBLIOGRAFÍA	115
7.	ANEXOS.....	116
	• ANEXO I. Estrategia Naos.....	116
	• ANEXO II. Recomendaciones al menú y comedor escolar	119



1.

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

Fue Hipócrates quien asoció la dieta a la salud, desde tiempos remotos. Sin embargo no sería hasta el siglo XXI o segunda mitad del XX cuando la experimentación demostraría la relación totalmente directa entre alimentación y salud. Un claro ejemplo es la asociación entre diabetes tipo II y obesidad. Esto no quiere decir que todas las personas con diabetes tengan que estar gordos, sin embargo la obesidad es un factor de riesgo para la diabetes.

Grande Covián (1988), que fue considerado el padre de la dietética, y fue el primer presidente de la sociedad española de nutrición considera la dieta como parte de entorno que influye a los individuos.

La alimentación en las personas satisface una de las necesidades vitales y comunes a todos los seres humanos: la alimentación. Se trata de un elemento importante en la buena salud.

En una alimentación influyen la calidad de los alimentos, la cantidad de los mismos así como los hábitos alimentarios, para obtener una nutrición equilibrada. La elección de un alimento u otro al igual que cualquier otro comportamiento humano, está influido por factores relacionados entre sí como son: las propiedades organolépticas de un alimento, factores cognitivos, emocionales, sociales, personales, habilidades, creencias, factores económicos, culturales o religiosos también restringen nuestra elección ⁽¹⁾

Los hábitos alimentarios de los países occidentales hoy en día se caracterizan fundamentalmente por un consumo de alimentos muy superior a la cantidad diaria recomendada para la población, su dieta es muy rica en grasas de origen animal y de proteínas. España, pertenece a este grupo de países occidentales, su dieta es también excesiva en la ingesta de grasas y proteínas.

España comparada con el resto de países de Europa se sitúa en una posición intermedia en el porcentaje de adultos obesos. Sin embargo, en lo que se refiere a la población infantil, nuestro país junto con el resto de países mediterráneos presenta una de las cifras más altas de obesidad. Así, en los niños españoles de 10 años la prevalencia de obesidad es sólo superada en Europa por los niños de Italia, Malta y Grecia. El número de niños obesos en nuestro país ha experimentado un aumento preocupante en la última década, provocado por los hábitos alimentarios y sedentarios (Este dato resulta llamativo teniendo en cuenta la dieta del país (dieta mediterránea) por su situación geográfica.

La situación es mucho más grave de lo que parece pensar. La industria alimentaria se ha convertido en uno de los mayores negocios del mundo occidental, sobre todo en los Estados Unidos.

Son los habitantes norteamericanos los que tienen mayores incidencias a nivel mundial de enfermedades cardíacas, cánceres, trastornos digestivos y otras dolencias mortales.



Actualmente, como se comentaba inicialmente, existe la ingesta calórica excesiva a través de alimentos pre cocinados, elaborados comercialmente y que sacian el hambre de inmediato, bajo estas características encontramos la comida rápida o fast food. Consumir esta clase de alimentos ocasionalmente no presenta inconveniente alguno para el conjunto en sí de una buena alimentación, el problema lo encontramos cuando el consumo se produce diariamente.

Según el Ministerio de Sanidad, así como la Sociedad Española de Nutrición informan que la situación en España es grave por las cifras de obesidad y sobrepeso de sus habitantes ⁽²⁾.

Unos correctos hábitos alimentarios previenen algunas enfermedades y promueven la salud de las personas ⁽³⁾. Una alimentación variada es importante dados que no existe un alimento que contenga todos los nutrientes esenciales para nuestro organismo. Así, cada alimento contribuye a la nutrición de una manera especial y cada nutriente tiene funciones específicas en el cuerpo. Para gozar de buena salud, nuestro organismo necesita de todos ellos en cantidad adecuada.

La obesidad en la población infantil y juvenil (2-24 años), situada ya en el 13,9%, y el sobrepeso, en cifras del 12,4%⁽³⁾.

La población infantil y juvenil realiza la comida en sus hogares o bien en los comedores escolares. Un 23 % del alumnado realiza dicha comida en los colegios, (21% colegios públicos y 39% colegios privados). Dichos comedores escolares les podemos dividir en comedores con cocina propia 64% y 36 % con comida de catering ⁽⁴⁾.

Por las razones expuestas se hace necesario el seguimiento de la alimentación en los escolares bien sea la elaborada en la cocina del propio centro o la servida desde empresas externas a través de catering. Como se ha mencionada a través de ella se alimenta el 25 % de los escolares.

El profesional mejor formado en competencias sobre cuidados de alimentación es el profesional de Enfermería, justificando de este modo la intervención en el seguimiento de los temas alimentarios en los centros escolares.

Ambos argumentos, justifican ampliamente la elaboración y puesta en marcha de este proyecto.



2.

OBJETIVOS

General:

- ✓ Promover una alimentación saludable y equilibrada en los comedores escolares según las recomendaciones de la Estrategia NAOS (ANEXO I).

Específicos:

- ✓ Analizar y valorar la dieta de los comedores escolares tanto propios como de servicio de catering.
- ✓ Proponer mejoras dietéticas en los menús, si proceden.
- ✓ Dar a conocer a través de la educación de la salud las ventajas y beneficios de unos hábitos alimentarios correctos a la comunidad tanto a las AMPAS como a personal no docente.





3.

METODOLOGÍA

El programa se desarrollará en el marco del Programa General de Enfermería Escolar y en los centros escolares de la Comunidad Autónoma. Está dirigido a la comunidad escolar.

Las actividades son las siguientes:

Al comienzo de cada mes se revisarán los menús de comedores escolares tanto propios como de servicio catering para comprobar si se adecuan a las normas de la estrategia NAOS. De no ser así la enfermera escolar planteará y promoverá mejoras dietéticas en los menús (ANEXO II)

Al inicio del curso académico de forma previa a las intervenciones, se proporcionará un cuestionario pretest (ANEXO III) al grupo diana, (madres y padres de los alumnos (AMPA) y el personal de cocina /comedor) de manera que se podrá analizar cuál es la situación previa a la intervención, así como identificar las necesidades concretas que tenga cada grupo, permitiendo la adaptación del programa diseñado a sus necesidades y características propias.

ACTIVIDADES

Contenidos formativos para las sesiones de EpS:

Para la adecuada consecución de los objetivos planteados, los contenidos de las clases se desarrollarán de manera cognitiva con una fase conceptual.

Conceptos básicos:

- ✓ Alimentación saludable.
- ✓ Tipos de alimentos.
- ✓ Ventajas y beneficios de una dieta equilibrada.

El desarrollo del mismo consistirá en unos talleres teóricos y prácticos (si fuera posible) de 1 hora de duración dirigidos a la asociación de madres y padres de los alumnos (AMPA), así como al personal de cocina /comedor. Desarrollándose en el recinto escolar durante su reunión semanal en el caso de los primeros y tras la comida de los alumnos en el caso de los segundos.



4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Evaluación de los objetivos:

- ✓ Análisis de la eficacia de la revisión de los menús: con una periodicidad mensual, anotando las diferencias entre el principio de cada mes y el final una vez realizadas las modificaciones para adaptarlos al programa NAOS.
- ✓ Análisis de la eficacia del programa formativo: Se elaborará un cuestionario pre-test y post-test en relación con el contenido de los talleres específicos que se impartan, y valorar la mejora en los conocimientos y habilidades de padres y personal de cocina y comedor en relación a las ventajas y beneficios de unos buenos hábitos alimenticios
- ✓ Observación: Durante el desarrollo de los talleres se observará la adecuada atención por parte de los padres y personal de cocina y comedor, modificándose o introduciendo correcciones en función de las necesidades advertidas.





5.

CURRICULUM

MÓNICA CAMPO BRIZ

Formación académica:

- ✎ DIPLOMADA EN ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria. Santander (2007-2010)
- ✎ CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO DE ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria. Santander (Junio- 2011)
- ✎ MASTER UNIVERSITARIO “Condicionantes genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y el desarrollo”

Publicaciones:

- ✎ Campo M. *Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España*. UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Diciembre 2011.
- ✎ Campo M. *Hábitos alimentarios de la población inmigrante en España*. UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Junio 2011.
- ✎ Campo M, Alonso N. *Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria*. Nuberos Científica. Noviembre 2013

Experiencia en EpS:

- ✎ Educación para la salud “Salud bucodental en la escuela” en Centros escolares de Cantabria (2013- 21014)
- ✎ Educación para la salud “Educación sexual” en Centros escolares de Cantabria 2014

Proyectos de EpS:

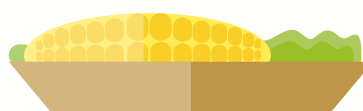
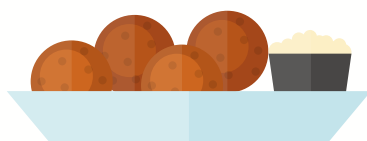
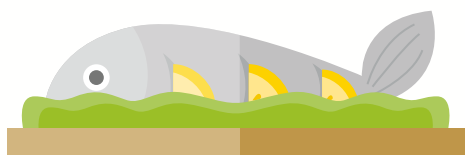
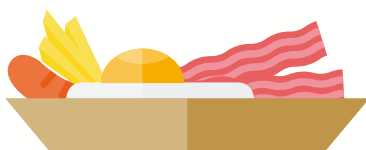
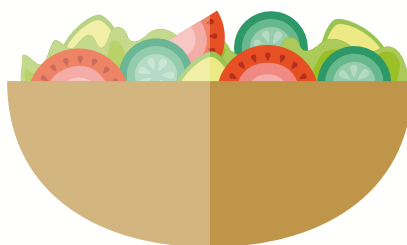
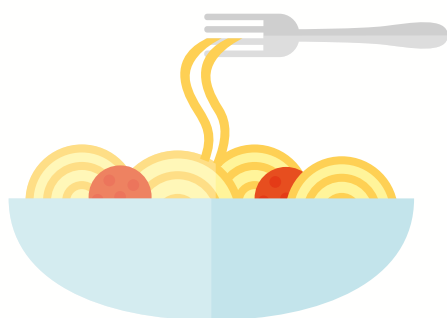
- ✎ Proyecto de investigación: “Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria”.
- ✎ Premiado con el ACCESIT. XI Edición premio “Sor Clara” de investigación en enfermería. Santander, mayo 2013
- ✎ Investigador principal: Mónica Campo Briz
- ✎ Co-investigadora: Nuria Alonso Peña



6.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campo M. *Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España*. UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Diciembre 2011.
2. Ministerio de sanidad y consumo. Encuesta nacional de salud. Sociedad española de nutrición. Madrid. 2006
3. SENC. Guía de la alimentación saludable. Madrid; SENC: 1-105. 2004
4. Ministerio de medio ambiente y medio rural y marino. Análisis del consumo de frutas y hortalizas en comedores escolares. Diciembre 2009





7.

ANEXOS

ANEXO I. ESTRATEGIAS NAOS

Recomendaciones nutricionales:

- ✓ Cuanta mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios
- ✓ Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), las patatas y legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50% y el 60% de las calorías de la dieta
- ✓ Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos trans.
- ✓ Las proteínas deben aportar entre el 10% y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal
- ✓ Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 g/día. Esto es, consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos
- ✓ Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos
- ✓ Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 g/día, y promover la utilización de sal yodada
- ✓ Beber entre uno y dos litros de agua al día
- ✓ Nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera, se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento físico e intelectual en el colegio
- ✓ Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con la alimentación: hacer la compra, decidir el menú semanal, preparar y cocinar los alimentos, etc.

ACCIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Educación del escolar.

- ✓ Incluir en el currículo académico conocimientos y habilidades relativos a la alimentación y la nutrición



- ✓ Estas nociones no sólo pueden estar comprendidas en asignaturas específicas (ciencias naturales, sociales y educación física), sino también formando parte de otros contenidos (educación para la ciudadanía, etc.). Esta medida requiere una acción normativa impulsada desde el Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas
- ✓ Reforzar mediante talleres o actividades extraescolares la iniciación de los escolares en el mundo de la cocina y la gastronomía, aprendiendo a comprar alimentos, prepararlos y cocinarlos. De este modo se estimularán comportamientos positivos que favorezcan la aceptación y desarrollo de unos hábitos alimentarios saludables, con una perspectiva de igualdad de género
- ✓ Incluir en los cursos de formación del profesorado materiales didácticos y orientaciones sobre alimentación y nutrición, y su incidencia sobre la salud, así como de la importancia de practicar regularmente actividad física.
- ✓ Potenciar las acciones educativas en colaboración con otros sectores como las asociaciones de padres de alumnos, empresas de restauración colectiva, fundaciones, etc
- ✓ Promover la práctica frecuente de actividad física y deporte en el colegio, ampliando el horario de uso de las instalaciones escolares con programas de actividades deportivas durante los fines de semana, fomentando que los niños acudan andando o en bicicleta al colegio, contactando con deportistas para que participen en talleres sobre deporte, etc.

Comedor escolar.

- ✓ El comedor escolar juega un papel primordial ya que el 20% de los niños realiza, durante cinco días a la semana, su comida principal en el centro de enseñanza, porcentaje que aumenta hasta el 32% en el grupo de edad de 2-5 años. Esta circunstancia no sólo influye en el establecimiento de los hábitos alimentarios del niño, sino que, además, condiciona su estado nutricional.
- ✓ Se elaborará una norma sobre los comedores escolares. En esta norma, impulsada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia y las Comunidades Autónomas, se abordarán los requisitos que deben cumplir los menús que se ofrezcan en los comedores escolares.

Se informará mejor a los padres de los contenidos de los menús, para facilitar que complementen en casa los alimentos que ya se han consumido en el centro educativo. Para propiciar mejoras en la alimentación de los escolares, se ha suscrito un convenio con las principales empresas de restauración colectiva, asociadas en la Federación Española de Asociaciones dedicadas a la Restauración Social (FEADRS).



Estas empresas se comprometen a:

- ✓ No utilizar en la fritura aceites ricos en ácidos grasos saturados (aceites de palma, palmiste y coco) o en ácidos grasos trans, sustituyéndolos por otros más saludables.
- ✓ Utilizar sal yodada en aquellas zonas que tengan déficit de yodo, indicadas por las autoridades sanitarias+
- ✓ Realizar talleres para los niños para fomentar las medidas educativas destinadas a la promoción de una alimentación variada y equilibrada.

Máquinas expendedoras de Alimentos

En los colegios, la oferta alimentaria se completa, en algunos casos, con productos que pueden adquirirse en máquinas expendedoras. Al tratarse de un sistema de autoservicio, existe el riesgo de que los niños abusen del consumo de alimentos con un alto contenido energético pero un bajo valor nutricional, desequilibrando su alimentación.

Para que la oferta a los escolares a través de las máquinas expendedoras permita una elección más saludable, se ha firmado un convenio con la Asociación Nacional Española de Distribuidores Automáticos (ANEDA), en el que se establecen los siguientes compromisos:

- ✓ No se ubicarán máquinas expendedoras en aquellas zonas donde puedan tener fácil acceso a ellas los alumnos de la Enseñanza Infantil y Primaria
- ✓ Se eliminará la publicidad de las máquinas para no incitar al consumo de determinados productos, siendo sustituida por adhesivos que incluyan mensajes que promuevan una alimentación saludable
- ✓ Deberán incluir productos que favorezcan una alimentación equilibrada (agua mineral, bebidas con bajo contenido en azúcar, frutas, galletas, etc.), en detrimento de aquellos con un alto contenido en sal, azúcar o grasas
- ✓ Se publicará una guía de buenas prácticas, dirigida a los profesionales del sector de la distribución automática, donde se defina qué productos no deberían incluirse en las máquinas de los colegios y aquellos que deberían sustituirlos
- ✓ Se elaborará una “Guía para una nutrición adecuada en los centros de enseñanza, a través de máquinas vending” para su difusión en los colegios a través de las asociaciones de padres de alumnos.



ANEXO II. RECOMENDACIONES EN CUANTO AL MENÚ Y AL COMEDOR ESCOLAR

FOMENTAR UN MENÚ EQUILIBRADO Y SALUDABLE

1. Respecto a las frecuencias de los alimentos en el menú escolar:

- ✓ Ofrecer un plato de verduras/hortalizas cada día, 2 o 3 días como plato principal y 2 o 3 días como guarnición del segundo.
- ✓ Ofrecer legumbres 1 o 2 días a la semana (alternando las semanas).
- ✓ Ofrecer un plato del grupo pasta/arroz/patata 3 o 4 veces a la semana, bien como primer plato o como guarnición del segundo.
- ✓ Ofrecer una pieza de fruta fresca 4 o 5 días a la semana. Utilizar el lácteo como complemento.
- ✓ Ofrecer pescado, huevo o carne 1 o 2 veces a la semana (cada alimento) como segundo plato, principalmente.
- ✓ Ofrecer una porción de pan diaria.

2. Fomentar la variedad dentro de cada grupo de alimentos.

3. Disminuir la cantidad de SAL en la elaboración de los platos y la frecuencia de uso de alimentos con alto contenido en sal (conservas, precocinados, fiambres y embutidos,...). Utilizar sal yodada.

4. Disminuir la cantidad de AZÚCAR en la elaboración de postres y la oferta de alimentos elaborados ricos en azúcares (bollería, refrescos, etc.).

5. Disminuir el consumo de GRASAS SATURADAS en la elaboración (mantequillas, margarinas, natas, grasa animal, etc.) y la oferta de alimentos precocinados (frituras, bollería...). Utilizar aceite de oliva.

6. Especificar los alimentos que componen cada plato en el menú escolar y la forma de preparación.

7. Tener en cuenta las necesidades especiales por motivos de salud, religiosos u otros en el menú.

8. Tener en cuenta las necesidades de colectivos pobres/empobrecidos a través de becas y ayudas al comedor (colaboración con los Ayuntamientos).

9. Mantener el espacio del comedor en buenas condiciones, así como el mobiliario y la vajilla (colaboración con los Ayuntamientos).

10. Asegurar la adecuada información a las familias sobre el menú escolar de manera que facilite la planificación complementaria del menú familiar.

Recomendaciones basadas en la “Guía de Comedores escolares”,
Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

CAPÍTULO VI

PRIMEROS AUXILIOS. BOTIQUINES ESCOLARES



Werner García Real
Graduado en Enfermería

Pablo Sellers Asensio
Graduado en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO VI

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	123
2.	OBJETIVOS	126
3.	METODOLOGÍA	127
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	128
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	129
6.	CURRICULUM.....	130
7.	BIBLIOGRAFÍA	133
8.	ANEXOS.....	135
	• ANEXO I. Accidente grave: soporte vital básico(sv b)	135
	• ANEXO II. Atragantamiento, ovace	138
	• ANEXO III. Accidentes más frecuentes.....	138
	• ANEXO IV. Registro de accidentes y lesiones.....	151
	• ANEXO V. Botiquín escolar, mochila de urgencias y dotación de consulta de enfermería	152
	• ANEXO VI. Simulacro evacuación y tlf s . Emergencias	154
	• ANEXOVII. Medidas de prevención de accidentes y normativa vigente.....	157



1.

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

La OMS en su informe 886 sobre salud de los adolescentes, hace una serie de recomendaciones en relación al fomento de la salud en las escuelas; entre ellas dice: “Todos los centros docentes deben proporcionar un entorno seguro de aprendizaje para los alumnos y un lugar seguro para el personal, además deben servir para la promoción de la salud y como lugar de intervenciones sanitarias” ⁽²¹⁾.

Además, la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud cuenta entre sus objetivos, con proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud, y que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad del entorno ⁽²²⁾.

El Sector sanitario y el Sector educativo tienen intereses comunes con la educación y promoción de la salud. En este sentido, la Enfermería tiene un importante rol como agente de salud, puesto que tiene plena responsabilidad y dispone del potencial de conocimientos para el desarrollo del cuidado y promoción de la salud y de la prevención de enfermedades a través de la educación para la salud (EpS) ⁽⁵⁾.

Se precisa una estrecha colaboración entre los profesionales de la salud y los de la educación, con el fin de proporcionar a los alumnos las herramientas necesarias en los temas de salud y sus cuidados, favoreciendo y facilitando la adquisición de hábitos de vida saludables que, sin duda, fortalecerán a la comunidad en su conjunto ⁽⁶⁾.

Las instituciones escolares son un marco excepcional para poder llegar y atender eficazmente a la población escolar con intervenciones de promoción, en sus vertientes de prevención y educación sanitaria, así como con una asistencia precoz ante eventualidades que se pudieran suscitar durante las actividades escolares (accidentes, atención de urgencia, etc.) ⁽¹⁴⁾.

El rol enfermero en el ámbito escolar supone atender y formar a la comunidad educativa sobre primeros auxilios en casos de accidentes y lesiones, sobre cómo prevenirlos y sobre las actuaciones correctas, evitando complicaciones en el caso en que sucedan.

Comprende también los botiquines escolares, incluyendo su contenido necesario, conservación y mantenimiento ⁽¹⁴⁾.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Actualmente, la enfermería escolar se encuentra consolidada en países como EE.UU., Francia, Reino Unido u otros, de forma armónica y trabajando coordinadamente, sin ser ajenos al sistema de salud donde se engloban, realizando proyectos en equipo y coordinados para mejorar la salud de la población escolar ^(7, 14).



En España, esta figura todavía no se encuentra en la enseñanza pública, excepto en algunas ciudades puntualmente⁽⁷⁾.

La Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), defiende que la Enfermera Escolar puede desarrollar actividades asistenciales a la vez que educativas, siendo estas últimas más efectivas gracias a su mayor adaptación a las necesidades del centro⁽¹⁴⁾.

Los padres defienden y solicitan la implantación de la enfermera escolar no solo en el horario lectivo, sino también en escuelas de verano, escuelas de padres... Y solicitan que las administraciones favorezcan actuaciones preventivas y divulgativas que alcancen tanto al alumnado como a sus padres o tutores en periodos lectivos o vacacionales⁽¹⁰⁾.

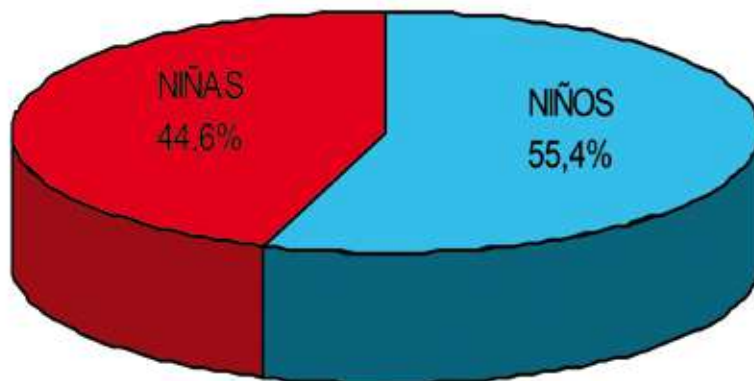
Según un estudio ⁽¹⁾ realizado durante el periodo 2006-2007 y 2007-2008 en la comunidad autónoma de Cantabria, los accidentes son la mayor causa de derivación a la consulta de la enfermera. Este estudio recoge los siguientes datos:

Los accidentes y lesiones en escolares ocurren en el 3,23% de los niñ@s.

✎ Analizado este dato por género se accidentan:

- ✓ un 46´6% de niñas
- ✓ un 54´4% de niños, es decir, se accidentan un 10,8% más los niños que las niñas

Incidencia según género



✎ Analizado por edades:

- ✓ entre los 11 y los 15 años con un 46,72% y
- ✓ de 6 a 10 años con un 35´51% de accidentes y lesiones
- ✎ El 63% de los accidentes ocurren en el gimnasio durante la clase de educación física.
- ✎ Las lesiones más frecuentes son las contusiones y los esguinces
- ✎ Los golpes (42%) y las caídas (33%) constituyen las causas más frecuentes.



Según el estudio, en la atención sanitaria realizada en las escuelas se observa que no se dispone de conocimientos sobre atención inmediata de primeros auxilios, así como sobre atención a lesiones leves o menos graves hasta la llegada del equipo sanitario.

Respecto a evaluaciones económicas⁽²⁾ sobre el coste efectividad y coste beneficio de acciones preventivas en accidentes y lesiones en el ámbito escolar, no hemos encontrado publicaciones específicas.

La definición de accidentes y lesiones empleada en el estudio⁽³⁾ es la siguiente:

- ✓ Accidente: suceso eventual o acción del que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas.
- ✓ Lesión: daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad⁽⁴⁾.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, los alumnos tienen necesidades en materia de salud que no pueden ser cubiertas por padres o profesores sin la ayuda de profesionales de la salud. En algunos casos, el sistema de atención primaria impide que se le preste la atención adecuada a este grupo de edad.

En el actual modelo, los profesionales de Atención Primaria acuden a los colegios de forma puntual: la educación para la salud se da de forma ocasional, episódica, marginal y de escasa relevancia, sin estar enmarcada dentro de un plan de formación y sin partir de las necesidades de la comunidad escolar⁽⁹⁾.

Por lo tanto, la realidad es que los profesionales de Atención Primaria no pueden responder a lo que se les exige debido a la sobrecarga asistencial que padecen ^(8,14).

Desde esta perspectiva, la enfermera en la escuela propone no sólo resolver problemas, sino capacitar a los niños y niñas, incrementando sus conocimientos en materia de salud para que los alumnos puedan decidir libremente sobre ella ^(11, 5).

El profesional de enfermería escolar sería un gran apoyo para los padres y madres y para los profesores. Además, la presencia de una enfermera escolar podría ayudar a intervenir cuando surge un problema de salud agudo, dando seguridad a padres y madres y a la comunidad escolar en general, disminuyendo el número de accidentes y lesiones entre la población escolar y evitando sus complicaciones potenciales ⁽²⁰⁾.

Los centros escolares son espacios donde los niños pasan gran parte de su tiempo y donde realizan gran variedad de actividades que implican riesgos añadidos a los habituales. Aproximadamente un 20% de los accidentes infantiles se producen en el ámbito escolar, por lo que se deben poner en marcha todas las medidas de protección para lograr un entorno seguro.

Por otro lado, es importante que se cuente con un botiquín completo, con el material necesario para atender tanto las urgencias como las situaciones diarias^(12, 14).



2.

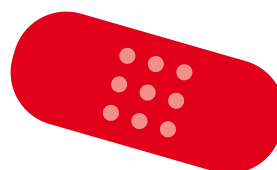
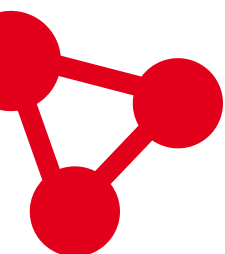
OBJETIVOS

General:

Actuar como garante de la seguridad ante accidentes y lesiones en la comunidad escolar.

Específicos:

- ✓ Desarrollar talleres para alumnos sobre Soporte Vital Básico (adulto pediátrico) y atragantamiento, siguiendo las recomendaciones del ERC vigentes (ANEXO I y II)
- ✓ Instruir a los alumnos, a través de la EpS, en la prevención de riesgos de los accidentes más frecuentes identificados según los contenidos recogido según ANEXO III
- ✓ Identificar y atender de forma directa los problemas relacionados con accidentes o situaciones de urgencia, y actuar en consecuencia, siguiendo el protocolo (ANEXO IV).
- ✓ Mantener actualizado un botiquín escolar, la consulta de enfermería y una mochila de urgencias con el material mínimo, revisado y repuesto, respetando las normas de conservación adecuadas, para hacer frente a las situaciones de urgencia que puedan aparecer (ANEXO V).
- ✓ Elaborar un plan de evacuación en caso de incendio o de cualquier otra eventualidad, con la relación de números de teléfono de emergencias, y realizar simulacros para favorecer que los docentes sepan actuar en tales situaciones (ANEXO VI).
- ✓ Conocer las medidas de prevención de accidentes y la normativa vigente (ANEXO VII).





3.

METODOLOGÍA

Este proyecto se complementa con el de 'Primeros Auxilios orientado a profesores, familias y personal no docente'.

Se realiza en el medio escolar y atenderá a los alumnos en situaciones de accidentes y/o lesiones y otras situaciones de urgencias y emergencia que puedan surgir.

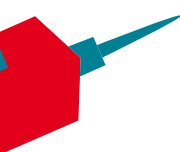
La actividad de Educación para la Salud (EpS) irá orientada a los alumnos, sobre los temas recogidos en los contenidos de ANEXO I, II Y III.

La metodología a emplear, en su vertiente docente y didáctica, será eminentemente activa, haciendo especial hincapié en la interacción entre el alumnado y entre estos y el docente. Se fomentarán los trabajos en grupo, tanto de elaboración como de reflexión.

Se alternarán técnicas expositivo-participativas con dinámicas grupales donde los alumnos puedan desarrollar prácticamente lo aprendido.

Se realizarán simulaciones docentes y paneles de educación sanitaria que se expondrán en clase.

Se facilitará a los asistentes un dossier donde se desarrollarán los temas tratados en formato electrónico, con material de las exposiciones así como material de complemento que incluirá bibliografía y documentación de apoyo; todo ello para ayudar a retener los conocimientos e ideas que se transmitan.





4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Con el fin de obtener un estudio prospectivo y para identificar si las cosas se están haciendo bien, hay que cuantificar las incidencias que se puedan producir, y hay que medir la parte docente con encuestas de satisfacción. Habrá que medir los objetivos para ver su cumplimiento.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez que se conozcan los resultados, habrá que analizarlos y sacar unas conclusiones al respecto, para saber en qué se ha fallado, qué se ha estado haciendo bien y qué es mejorable.

Analizar los objetivos específicos se han cumplido y cuáles no.

Con la finalidad de seguir enriqueciendo a la comunidad escolar y conseguir la totalidad de los objetivos planteados.





6.

CURRICULUM

WERNER GARCÍA REAL

Formación académica:

- ✎ Diplomado Universitario en Enfermería. 2010. Universidad de Cantabria.
- ✎ Máster en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. 2011. Universidad CEU Cardenal Herrera.
- ✎ Graduado en Enfermería. 2012. Universidad de Cantabria.

Formación complementaria presencial:

- ✎ Soporte Vital Avanzado. Plan Nacional de RCP. Avalado por la SEMICYUC. 2011.
- ✎ Soporte Vital Avanzado en el trauma. Plan Nacional de RCP. Avalado por la SEMICYUC. 2011.
- ✎ RCP Pediátrica Básica Instrumentalizada. Avalado por el Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal.

Experiencia laboral:

- ✎ DUE de Neonatología y Cuidados Intensivos neonatales. 2 años.
- ✎ DUE de Urgencias de adultos. 1 año.
- ✎ DUE de Urgencias pediátricas. 1 año.

Idiomas:

- ✎ Inglés. Nivel C2. (IELTS 7,5 corresponde con C2 del CAE).



PABLO SELLERS ASENSIO

Formación académica:

- ✎ Diplomado Universitario en Enfermería. 2007. Universidad de Salamanca.
- ✎ Graduado en Enfermería. 2013. Universidad de Cantabria.
- ✎ Experto Universitario en Urgencias y Emergencias. 2009. Universidad Complutense de Madrid.
- ✎ Acreditado en Pre-Hospital Trauma Life Support. PHTLS. (2012-2016).
- ✎ Instructor de SVB y DESA por el Plan Nacional de RCP. Avalado por la SEMICYUC. 2013.

Formación completaría presencial:

- ✎ Soporte Vital Avanzado. Plan Nacional de RCP. Avalado por la SEMICYUC.
- ✎ Soporte Vital Avanzado en el trauma. Plan Nacional de RCP. Avalado por la SEMICYUC.
- ✎ Soporte Vital Básico y DESA. Plan Nacional de RCP. Avalado por la SEMICYUC.
- ✎ RCP Básica y DESA: actualización para enfermería.
- ✎ Formación de Formadores.
- ✎ Entrenamiento para aplicación del X-Collar.
- ✎ Asistencia en Incidentes de Múltiples Víctimas y triaje.
- ✎ Soporte Vital Básico y Avanzado en adulto.

Experiencia laboral:

- ✎ DUE de traumatología 5 años.
- ✎ DUE de UVI Móvil. 2 años.
- ✎ UCI Quirúrgica y UCI Médica. 1 año.
- ✎ Urgencias y Urgencias Pediátricas. 1 año.
- ✎ DUE de Urgencias de Atención Primaria. 1 año.

Experiencia docente:

- ✎ Director del curso: Soporte Vital Básico, DESA y Primeros Auxilios. Asociación Ser Joven. Delegación de Juventud del Gobierno de Cantabria. (2 ediciones).
- ✎ Director del curso: Soporte Vital Básico Instrumentalizado. AJIEMCA. Decanato de la facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria



- ✎ Profesor de Soporte Vital y Primeros Auxilios del curso de Formación de Formadores en el Transporte de Mercancías Peligrosas. Aprotrans. S.L.
- ✎ Profesor de SVB y DESA para personal no sanitario. Aprotrans. S.L.
- ✎ Profesor de Actuación de los Primeros Intervinientes en accidentes de múltiples víctimas. Aprotrans. S.L.
- ✎ Primeros auxilios en Incidentes con mercancías peligrosas. Actuación del personal no sanitario. Aprotrans. S.L.

Idiomas:

- ✎ Inglés. Nivel B1.
- ✎ Francés.





7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patricio Romero P. Accidentes en la infancia, Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. Rev. Chil. Pediatr. 2007;78(1):57-73
2. Edson Ferreira Liberal, Roberto Tschoepke Aires, Marian Tschoepke Aires, Ana Carla de Albuequerque Osorio. Safe School. Jornal de Pediatria. 2005;81, No.5(Suppl),155-163
3. Bernardo LM. Emergence Nurses role in pediatric injury prevention. Nursing Clinic of North America. 2002;37(1):135-143
4. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésimo segunda edición. 2001. Páginas 14 y 926.
5. Fontanet Cornudella, G. (2007). Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, versió 1. Recuperado 1 de febrero, 2011, de <http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/La%20enfermera%20en%20la%20escuela%20marzo%202007.pdf>.
6. Lozano Olivar, A. (2005). PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA. UN RETO PARA LA ENFERMERÍA. Cuidar y Educar. Recuperado 1 de marzo, 2011, de http://www.seapremur.com/Revista_Nov_2005/PDF_Nov_05/Promocion_de_la_salud.pdf.
7. Arancón Carnicero, C. (2010). Enfermera escolar dextra enfermera comunitaria. Rev. ROL Enf., 33 (1), 29-29.
8. Juárez Granados F. (2006) La enfermera escolar y su rol multidimensional. SCELE, Recuperado 16 de enero, 2011, de http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/rol_multidimens_enfermer_escolar.pdf.
9. Martínez Riera, JR. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. (2011). Rev. ROL Enf., 34 (1), 42-49.
10. Saavedra Tomás, T. (2008) "ENFERMERÍA ESCOLAR: LA SOCIEDAD DEMANDA Y LOS PADRES EXIGEN. ¿LA ADMINISTRACIÓN RESPONDE?". Trabajo publicado en el I CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA Y SALUD.
11. Fernández Candela F., Rebolledo Malpica, D.M., y Velandia Mora A.L. (2006) Salud Escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Hacia la Promoción de la Salud, 11, 21-28, Recuperado 16 de marzo, 2011, de http://promocionsalud.ucaldas.edu.com/downloads/Revista%2011_3.pdf
12. Metas de enferm. dic. 2012/ene 2013; 15(10): 73-77.
13. Barbero Rodríguez, A.M; Vega Gutiérrez, M; Machín Acosta, P; Tejero Encinas, S; Redondo Martín, S; Lleras Muñoz, S; Doménech Muñiz, G. Protocolos de Actuación ante Urgencias sanitarias en los centros Educativos de Castilla y León.



14. Nasser Laaoula, A.O; Latorre Fernández, I; Septiembre 2011; Trabajo de Fin de Máster: La Enfermería Escolar: Una necesidad sentida.
15. Illinois Emergency Medical Services for Children, Illinois Department of Public Health, Loyola University Medical Center Guidelines for the Nurse in the School Setting; 2010.
16. Ortiz Vela, M.M; Ávila Olivares, J.A; et all.; perfil profesional de la enfermera escolar; aprobado en Gandía el 30 de octubre de 2009.
17. Metas de enferm. nov. 2012; 15(9): 50-56.
18. García Vega, F.J; Montero Pérez, F.J; Encinas Puente, R.M; La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas Secretaría de Formación de la SEMES. Emergencias 2008; 20: 223-225.
19. Nolana, J.P; Soarb, J; Zidemanc, D.A; Biarentd, D; et all; Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Y del CERP.
20. Burgos García, A; Aprende a crecer con seguridad: Programación didáctica de aula para la enseñanza de la seguridad y la salud en la ESO (unidades y fichas prácticas). Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, Junta de Andalucía. 2013.
21. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe técnico 886. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1999.
22. Red europea de escuelas promotoras de salud. Salud Pública Educ. Salud 2001; 1(1):23-27.
23. Nursing 2011; Octubre; Actualización sobre las directrices de Soporte Vital Pediátrico: 14-17.
24. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica de 3 de octubre de 1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). BOE 4 de octubre de 1990.
25. Boletín Oficial de Estado. Ley Orgánica 3 de mayo de 2006 de Educación. (LOE) BOE 4 de mayo de 2006.



8.

ANEXOS

ANEXO I. ACCIDENTE GRAVE: SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB)

- ☞ Informarse de las circunstancias del accidente.
- ☞ Colocar a la persona accidentada tumbada boca arriba, sobre superficie lisa y dura, con los brazos a lo largo del cuerpo; evitar mover la cabeza o el cuello si se sospecha que ha sufrido un golpe en la zona.
- ☞ Situación de Parada Cardio-Respiratoria (PCR):
 - ✓ Seguir el protocolo de actuación de SVB del Consejo Español de Resucitación Cardio-Pulmonar (CERP) y del Plan Nacional de RCP (PNRCP) de la SEMICYUC¹⁸,¹⁹. (ANEXO I).
 - ✓ Intentar definir la causa de la PCR (Cardiaco, Respiratorio, Tóxicos...).
 - ✓ Seguir las normas éticas de la PCR:
 - Orden de no reanimar: cuando se trata de la evolución natural de una enfermedad incurable, cuando ha transcurrido demasiado tiempo entre la PCR y las medidas de RCP o cuando son evidentes los signos de muerte.
 - Orden de suspensión de las maniobras de RCP: cuando se informa al reanimador de que se trata de un enfermo terminal o cuando la duración de la parada sobrepasa los 30 minutos de reanimación sin signos evidentes de recuperación de la actividad cardiaca, salvo en los casos de ahogamiento, hipotermia e intoxicaciones por fármacos.
- ☞ Informar a los progenitores.





Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática



Compruebe la respuesta

Sacúdalo suavemente
Pregunte en voz alta: "¿Se encuentra bien?"



Si no responde

Abra la vía aérea y compruebe la respiración

Si no respira normalmente o no respira

Si respira normalmente

Llame al 112; encuentre y traiga un DEA



Comience inmediatamente la RCP

Coloque sus manos en el centro del pecho
Dé 30 compresiones torácicas:

- Comprima firmemente al menos 5 cm de profundidad a una frecuencia de al menos 100/trán
- Selle sus labios alrededor de la boca
- Sopla firmemente hasta que el pecho se eleve
- Dé la siguiente respiración cuando el pecho baje
- Continúe la RCP



RCP 30:2

* Colóquelo en posición de recuperación

- Llame al 112
- Continúe valorando que la respiración se mantiene normal



Conecte el DEA y pegue los parches

Siga las indicaciones verbales inmediatamente
Pegue un parche bajo la axila izquierda
Pegue el otro parche bajo la clavícula derecha, junto al esternón.
Si hay más de un reanimador: no interrumpa la RCP



Mantenga el sitio despejado y administre la descarga

Nadie debería tocar a la víctima:

- durante el análisis
- durante la administración de la descarga

Si la víctima comienza a despertarse: se mueve, abre los ojos y respira normalmente, detenga la RCP. Si permanece inconsciente, colóquelo en la posición de recuperación*.



Soporte Vital Básico Pediátrico

Profesionales sanitarios de servicio



Tras 1 minuto de RCP llame al número de emergencias nacional (ó 112) o al equipo de paro cardíaco



www.erc.edu | telerec.edu | www.carp.es

Publicado Octubre 2010-Europeran Resuscitation Council Secretariat vzw, Drie Eikenstraat 661, 2650 Diggem, Belgium
Referencia del producto: Postar_10_Fa05RL3_01_01_AL5 Copyright: Europeran Resuscitation Council



ANEXO II. ALGORITMO DE ATRAGANTAMIENTO, OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO:



ANEXO III. ACCIDENTES MÁS FRECUENTES

Relación de contenidos

- ☛ Accidentes de tráfico. Prevención en el entorno escolar
- ☛ Asfixia por cuerpos extraños: Atragantamiento
- ☛ Caídas y golpes
- ☛ Contusiones
- ☛ Crisis asmática
- ☛ Crisis convulsiva o crisis epiléptica
- ☛ Cuerpo extraño en ojo
- ☛ Diabetes: atención de urgencia
- ☛ Dolor abdominal



- ✎ Dolor torácico
- ✎ Esguinces y torceduras
- ✎ Fiebre
- ✎ Heridas y cortes
- ✎ Hemorragias
- ✎ Hipotermia. Insolación o golpe de calor
- ✎ Intoxicación por ingestión de medicamentos y otros productos tóxicos.
- ✎ Lipotimia, pérdida de conocimiento leve o desmayo
- ✎ Luxación y fractura
- ✎ Mordeduras y picaduras
- ✎ Quemaduras
- ✎ Reacciones alérgicas: Anafilaxia
- ✎ Traumatismo bucodental

ACCIDENTES DE TRÁFICO. PREVENCIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR

Pueden producirse en el entorno del centro escolar. El papel de la enfermera escolar en la prevención de este tipo de accidentes debe ser el de realizar actividades de educación vial y la estrecha vigilancia de los niños y niñas más pequeños.

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ Frente a las salidas del centro escolar, en un borde de la acera, debe haber una valla que impida a los niños y niñas invadir la calzada al salir y sufrir un accidente. Su instalación es competencia del Ayuntamiento.
- ✓ Comprobar que los accesos externos al colegio son seguros y tienen las señales de tráfico o señalizaciones oportunas (semáforos, pasos de cebra, señales informativas de la presencia de escolares...).

ASFIXIA POR CUERPOS EXTRAÑOS: ATRAGANTAMIENTO

Con atragantamiento nos referimos a la sensación de ahogo producida por detenerse algo en la garganta. Este tipo de accidente es más frecuente en niños y niñas de corta edad, por su tendencia a introducirse objetos en la boca, aunque también puede darse en mayores al atragantarse con un alimento.

A su vez pueden producirse accidentes por introducción de cuerpos extraños en otros orificios: nariz, oídos, boca y que requieren una intervención para resolverlos.



La obstrucción puede ser:

- ✓ Incompleta: existe paso de aire aunque en cantidad mucho menor (tose con fuerza, habla y puede respirar).
- ✓ Completa: existe impedimento total del paso del aire. El peligro es inminente. Se trata de una urgencia vital.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Seguir las guías de Obstrucción de Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE) del Plan Nacional de RCP (Anexo II).
- ✓ Nunca realizar la extracción manual del cuerpo extraño a ciegas, ya que podemos introducirlo más profundamente.
- ✓ Prevenir la hipotermia y prestar especial atención a la oxigenación.

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ Tener cuidado con los objetos pequeños que puedan quedar a su alcance y también con los juguetes grandes que puedan desmontarse en trozos pequeños o que contengan pilas.
- ✓ Procurar que no corran, griten, canten o jueguen mientras comen. No hay que forzarles a comer cuando están llorando porque pueden atragantarse.
- ✓ Acostumbrar a los niños y niñas a masticar bien.
- ✓ Evitar que jueguen con bolsas de plástico porque podrían meter dentro la cabeza y asfixiarse.

CAÍDAS Y GOLPES

Son la principal causa de accidente. Distinguimos las caídas:

- ✓ Al mismo nivel: Producidas por mal estado de los suelos (brillantes o mojados), obstáculos o incorrecta disposición del mobiliario. Son más frecuentes en patios de juego y en gimnasios, pasillos o aseos.
- ✓ A distinto nivel: Por mal estado de escaleras o por obstáculos. También como consecuencia de la actividad deportiva o por mal uso de aparatos de juego.

¿CÓMO ACTUAR?

Ante una situación grave:

- ✓ No movilizar al alumno.
- ✓ Llamar a Urgencias (112).
- ✓ Informar a padres o tutores.
- ✓ Si es preciso, trasladar a un Centro Sanitario.



¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ No usar abrillantadores para la limpieza de los suelos.
- ✓ Procurar una buena iluminación en zonas de trabajo y de paso.
- ✓ Las ventanas tienen que tener cierres altos e inaccesibles para los más pequeños.
- ✓ Los muebles tendrán esquinas romas. Evitar salientes o bases largas.
- ✓ Vigilar el buen estado de las instalaciones en los aseos: baldosas, portarrollos metálicos, colgadores metálicos.
- ✓ Los patios deben tener zonas separadas para juegos rápidos y lentos. Hay que suprimir las piedras e instalar una zona de arena dedicada al juego del alumnado de menor edad.
- ✓ Hay que vigilar el buen estado de las instalaciones, tanto de las zonas de juegos infantiles (columpios, toboganes...) como del gimnasio (espalderas, espejos y acolchado en columnas...) y de las canchas deportivas (porterías, canastas, redes...).

CONTUSIONES

La contusión es el daño que recibe alguna parte del cuerpo por golpe que no causa herida exterior.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Frío local: compresas de agua fría o bolsa de hielo envuelta en un paño.
- ✓ Reposo.
- ✓ Si la lesión está en la cabeza y aparece confusión, desorientación, vómitos, pérdida de conocimiento o sangrado por oído, seguir la pauta de accidente grave.
- ✓ No aplicar calor ni sumergir extremidades en agua caliente.

CRISIS ASMÁTICA

Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Es importante saber si el niño es asmático y si dispone de la medicación específica. La mayoría de los niños/as conoce y maneja con facilidad la medicación antiasmática.

¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA GRAVE?

- ✓ Seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda.
- ✓ Control de constantes.
- ✓ Controlar tiempo de instauración.
- ✓ Aplicar el tratamiento de base del alumno si dispone de él.



✓ Síntomas de alarma:

- Coloración azulada (cianosis) más visible en labios y bajo uñas.
- Fatiga (disnea) que no le permite hablar y/o le dificulta caminar.
- Pérdida de conocimiento o estado semiinconsciente.

Ante estos síntomas, LLAMAR AL 112 PARA TRASLADO INMEDIATO al centro sanitario más cercano.

CRISIS CONVULSIVA O CRISIS EPILÉPTICA

¿QUÉ HACER?

- ✓ Para prevenir heridas accidentales se debe colocar a la persona tumbada sobre una superficie blanda (una colchoneta de gimnasio, por ejemplo) y con la cabeza para un lado para prevenir ahogos o vómitos (si es posible, se retirarán gafas y aparatos de ortodoncia con cuidado).
- ✓ Dejar que convulsione, no sujetarle.
- ✓ Medir el tiempo de duración de la crisis.
- ✓ Avisar a progenitores. Llamar al 112 para trasladarle a un centro sanitario.
- ✓ No sujetarle durante la crisis, salvo para evitar que se golpee la cabeza.
- ✓ No introducir ningún objeto rígido dentro de la boca, podría lesionar los labios, la lengua o los dientes.
- ✓ No introducir nuestra mano en su boca, nos puede morder.
- ✓ Una vez cesado el episodio, colocar a la persona en un lugar tranquilo y silencioso, en penumbra.

CUERPO EXTRAÑO EN OJO

- ✓ Si la sustancia es líquida, lavar durante 10 minutos con suero fisiológico o agua a chorro medio.
- ✓ Explorar el ojo con buena iluminación, separando el párpado del ojo, lo cual favorece el lagrimeo.
- ✓ Si el objeto se encuentra clavado en el ojo, seguir la pauta de solicitud de ayuda.
 - No restregar el ojo.
 - No aplicar pomadas o colirios.
 - No intentar mover el cuerpo extraño si está incrustado.



DIABETES: ATENCIÓN DE URGENCIA

- ✓ Tomar la medida de la glucemia y tomar las medidas necesarias según sea una hipoglucemia o una hiperglucemia.
- ✓ Recoger datos adicionales y derivar a un centro sanitario si se precisa.
- ✓ Avisar en todo caso a la familia.

DOLOR ABDOMINAL

- ✓ Realizar una anamnesis, tomando las medidas oportunas según los resultados de la misma.
- ✓ Recoger por escrito y derivar a un centro médico si es preciso.
- ✓ Avisar a los progenitores.

DOLOR TORÁCICO

- ✓ Recoger datos del episodio, como tipo de dolor, modo y tiempo de instauración, etc.
- ✓ Tomar las constantes vitales. En caso de cardiopatía conocida, tomar las medidas pautadas.
- ✓ Llamar al 112 si el dolor dura más de 5 min., aunque sea ligero, si no hay un mecanismo causal conocido, como una contusión o tras ejercicio físico.
- ✓ En el caso de los alumnos, avisar a los padres.

ESGUINCES Y TORCEDURAS

La torcedura es la distensión de las partes blandas que rodean las articulaciones de los huesos. El esguince es una torcedura o distensión violenta de una coyuntura. No hay luxación en él pero puede llegar a romperse algún ligamento o fibras musculares. Produce un intenso dolor y gran tumefacción.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Frío local: compresas...
- ✓ Elevar extremidad afectada y mantenerla inmovilizada.
- ✓ Solicitar ayuda y comunicar a padres o tutores.
- ✓ No aplicar calor en la zona.



FIEBRE

¿QUÉ HACER?

- ✓ Avisar a sus padres o tutores para que recojan al niño/a.
- ✓ Retirar la ropa de abrigo.
- ✓ Mantener hidratada a la persona.
- ✓ Administrar un antipirético a dosis correspondiente.
- ✓ Si la fiebre es superior a 39°C, aplicar compresas de agua fría en frente y muñecas.
- ✓ Se procurará que el niño/a tome líquidos.
- ✓ Se trasladará a un centro sanitario si:
 - La fiebre se acompaña de vómitos.
 - Aparecen manchas rojas en la piel.
 - La fiebre es superior a 39°C.
 - Aparece rigidez de nuca.

HERIDAS Y CORTES

Un corte es la herida producida por un instrumento cortante.

Una herida es la pérdida de continuidad de la piel o mucosas con rotura de tejidos, produciéndose una comunicación con el exterior.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Lavarse bien las manos antes de limpiar la herida.
- ✓ Retirar ropa o cualquier cosa que pueda interferir en la herida.
- ✓ Lavar la herida con suero fisiológico o agua a chorro suave.
- ✓ Impregnar una gasa con antiséptico (clorhexidina o povidona yodada) y aplicar en la herida siguiendo la dirección desde el centro hacia los bordes.

En función de la gravedad de la herida actuaremos de diferente manera:

- ✓ Heridas sin separación de bordes: antiséptico y cubrir con una gasa.
- ✓ En heridas con separación de bordes, con cuerpos extraños, extensas, infectadas...: cubrir con una gasa y seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda.
- ✓ No utilizar algodón para limpiar la herida.
- ✓ No limpiar con agua oxigenada o alcohol.
- ✓ No aplicar pomadas, polvos u otras sustancias.



- ✓ No extraer cualquier objeto clavado, ya que puede estar haciendo tapón e impedir que sangre.

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ Los materiales que se utilicen en los acabados interiores serán adecuados a la edad de los alumnos, evitando superficies rugosas, duras o agresivas, o resaltes de fábrica.
- ✓ Todas las puertas usadas por los niños y niñas estarán protegidas de modo que no puedan pillarse los dedos.
- ✓ No dejar nunca al alcance de los más pequeños objetos cortantes y/o punzantes. Enseñar a los niños/as su manejo, no sólo con explicaciones, también con el ejemplo. Hay que ser prudente y protegerse las manos.

HEMORRAGIAS

Es la salida de sangre por la rotura, más o menos extensa, de uno o más vasos sanguíneos. La pérdida de sangre puede ser interna o externa.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Identificar la causa de la hemorragia.
- ✓ Evitar movimientos bruscos que agraven la hemorragia. Tumbarle y tranquilizarle.
- ✓ Limpiar bien la herida si es necesario.
- ✓ Realizar las maniobras necesarias para la hemostasia: Cubrir la herida con una gasa o paño limpio y comprimir con la mano, al menos durante 10 min si es una hemorragia arterial. Si la herida está en una extremidad, elevarla por encima del corazón.
- ✓ Realizar vendaje compresivo.
- ✓ Trasladar a la persona herida al centro sanitario.
- ✓ Informar a los padres o tutor.

HEMORRAGIA NASAL

- ✓ Mantener la cabeza inclinada hacia delante y comprimir la fosa nasal sangrante durante 10 minutos.
- ✓ Aplicar compresas frías a la nariz.
- ✓ Si no cesa el sangrado, coger una gasa, doblarla en forma de acordeón empapada en agua oxigenada e introducirla poco a poco lo más profundamente posible en la fosa nasal.
- ✓ Si no cesa la hemorragia, seguir la pauta de comunicación y solicitud de ayuda.
- ✓ No echar hacia atrás la cabeza. No sirve para detener la hemorragia y la sangre pasa al estómago.



HEMORRAGIA POR EL OIDO

- ✓ No tapar el oído y acudir a un centro de urgencias.

OTRAS HEMORRAGIAS

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

Todos son casos de emergencia; deberán ser trasladados a un centro sanitario.

HIPOTERMIA

- ✓ Mantener en todo momento al niño seco y abrigado para aumentar su temperatura.
- ✓ Evitar la subida demasiado brusca de la temperatura.
- ✓ Recoger datos sobre el mecanismo causal de la hipotermia.
- ✓ Derivar a un servicio de emergencias y avisar a los padres, si es preciso.

INSOLACIÓN O GOLPE DE CALOR

Se produce por altas temperaturas. Observamos: cara sonrojada, pulso rápido, dolor de cabeza, desmayo...

¿QUÉ HACER?

- ✓ Poner al paciente en un lugar fresco, a la sombra y elevarle las piernas.
- ✓ Dar masaje en brazos y piernas para activar la circulación.
- ✓ Dar pequeñas cantidades de agua salada o soluciones salinas

INTOXICACION POR INGESTION DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS

- ✓ Identificar el producto lo más rápidamente posible y a continuación llamar al Centro Nacional de Información Toxicológica: 91 562 04 20 (ANEXO IV).
- ✓ No provocarle el vómito si está inconsciente, ni en el caso de que haya ingerido productos irritantes como lejía, productos de limpieza, ácidos...
- ✓ No administrar comida, bebida o medicamentos.

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ Guardar siempre los medicamentos y los productos tóxicos (limpieza, pintura, pegamentos...) en su envase original y bajo llave.



- ✓ Hay que enseñarles el peligro del mal uso de las medicinas. No engañarles diciendo que son golosinas para que se las tomen mejor.
- ✓ Retirar el producto causante de la intoxicación o prevenir mayores intoxicaciones protegiendo a la enfermera, al entorno y a la víctima del tóxico causante.

LIPOTIMIA, PERDIDA DE CONOCIMIENTO LEVE O DESMAYO

Las causas suelen ser: deshidratación, un nivel de azúcar bajo en sangre (por ayuno o enfermedad), el calor, las emociones, esfuerzo intenso...

¿QUÉ HACER?

- ✓ Tumbarle boca arriba con las 2 piernas elevadas. Si a los pocos minutos no recobra la consciencia o se encuentra mal, avisar al 112 y seguir la pauta de solicitud de ayuda y comunicación a progenitores.
- ✓ Taparle y mantenerle caliente hasta que se recupere.
- ✓ Indicarle que se levante poco a poco y dejarle primero sentado, para posteriormente levantarlo.
- ✓ Si el desmayo se debe a que lleva muchas horas sin comer, darle algo dulce de comer o beber, siempre y cuando haya recuperado el conocimiento completamente.
- ✓ No echarle agua en la cara o abofetearle para tratar de reanimarlo.
- ✓ No dejarle sin vigilancia.
- ✓ No darle comida ni bebida si está inconsciente.
- ✓ No colocar una almohada debajo de la cabeza estando inconsciente.

LUXACIÓN Y FRACTURA

La luxación es la salida de un hueso de su articulación. La fractura es la rotura de un hueso.

¿QUÉ HACER?

En ambos casos:

- ✓ Inmovilizar el miembro lesionado, abarcando la articulación superior e inferior próximas a la fractura (cabestrillo).
- ✓ Si la fractura es abierta, colocar una gasa estéril sobre la herida y tratar de controlar la hemorragia.
- ✓ Pedir ayuda y comunicar a padres o tutores.
- ✓ No mover a la persona accidentada.
- ✓ No intentar manipular la fractura o luxación.



MORDEDURAS Y PICADURAS

Este tipo de accidente ocurre en espacios al aire libre y es más frecuente cuando se realizan salidas al campo, sobre todo en primavera y verano. El profesorado debe enseñar a los niños y niñas a respetar a los animales y no provocarlos, así como a tomar las precauciones oportunas cuando realicen actividades en el campo (calzado adecuado, tapar los alimentos para que no atraigan insectos...).

¿QUÉ HACER?

- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón.
- ✓ Limpiar con suero fisiológico o agua.
- ✓ Impregnar una gasa en solución antiséptica (clorhexidina o povidona yodada) y aplicarla a la herida siguiendo la dirección desde el centro hacia los bordes.
- ✓ Procurar retener e identificar al animal.
- ✓ Si se trata de picadura por insecto, aplicar agua fría, hielo o el lápiz de amoníaco.
- ✓ En caso de alergia a la picadura de insectos, tomar las medidas correspondientes al apartado de reacciones alérgicas.
- ✓ Seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda.
- ✓ No utilizar algodón para limpiar la herida.
- ✓ No limpiar con agua oxigenada o alcohol.
- ✓ No utilizar pomadas.
- ✓ En caso de picadura de serpiente, no intentar extraer el veneno.
- ✓ Nunca apretar, rascar o frotar la picadura para que salga el aguijón.
- ✓ Se trasladará urgentemente cuando:
 - Exista enrojecimiento generalizado de la piel.
 - Dificultad y/o aparición de pitidos al respirar.
 - Sensación de opresión en la garganta.
 - Historia de reacción alérgica a picaduras de insectos.
 - Picaduras múltiples.
 - Picaduras en cara, cuello o genitales.

QUEMADURAS

Lesiones producidas por efecto del calor en cualquiera de sus formas (sol, llama, líquido hirviendo, sólidos calientes, gases, electricidad, vapores...).



¿QUÉ HACER?

- ✓ Evitar que se expongan al sol directo en épocas calurosas.
- ✓ Identificar el agente causante de la quemadura.
- ✓ Ante todo, evitar mayores lesiones protegiendo al enfermero y a la víctima del agente causal.
- ✓ Enfriar la zona afectada, poniéndola bajo un chorro de agua fría para tratar de detener el avance de la quemadura y disminuir el dolor.
- ✓ Secar con una gasa sin restregar.
- ✓ Proteger la quemadura con una gasa empapada en suero fisiológico para prevenir infecciones. No usar algodón.
- ✓ Trasladar a un centro sanitario.
- ✓ Si se trata de una quemadura importante seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda.
- ✓ No intentar despegar la ropa adherida.
- ✓ No poner pomada o aceite.
- ✓ No romper las ampollas que se formen.
- ✓ Recoger datos sobre la extensión y el grado de la quemadura.

¿CÓMO PREVENIRLAS?

- ✓ Hay que instalar un termostato para el agua caliente en los aseos. No debe superar los 54°C.
- ✓ Los radiadores estarán protegidos.
- ✓ Vigilar que los extintores estén en buen estado y en lugares conocidos.
- ✓ Existirán salidas de emergencia bien señalizadas.
- ✓ Es obligatorio que exista un plan de evacuación o emergencia. Realizar periódicamente simulacros de evacuación. (ANEXO III).

REACCIONES ALÉRGICAS: ANAFILAXIA

- ✓ Derivar en todo caso a los servicios de urgencia.
- ✓ Mantener en todo momento la vía aérea permeable, tomando las medidas necesarias.
- ✓ Si es una alergia conocida y tiene un tratamiento instaurado, administrar la dosis de medicamento pautado.
- ✓ Avisar a los padres y recoger los datos correspondientes al suceso.
- ✓ Si es preciso, aplicar las medidas de SVB (ANEXO I).



TRAUMATISMO BUCODENTAL

Con traumatismo nos referimos a la lesión de los tejidos por parte de agentes mecánicos, generalmente externos.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Limpiar suavemente la boca con una gasa impregnada en agua o en suero fisiológico, y aplicar frío si hay tumefacción o edema.
- ✓ Si hay hemorragia que no cede, pedir ayuda y comunicar a los padres.
- ✓ En caso de traumatismo en dientes permanentes:
 - Localizar el diente y evitar que lo trague.
 - Conservar la pieza dentaria en agua y sal o suero fisiológico.
 - Pedir ayuda y comunicar a padres o tutores, teniendo en cuenta la urgencia de la derivación a un dentista: el diente puede reimplantarse con éxito en las 2 primeras horas.
- ✓ No manipular el diente: no tocar la raíz, no lavarlo con solución antiséptica y no secarlo con gasas.





ANEXO IV. REGISTRO DE ACCIDENTES Y LESIONES EN LOS CENTROS ESCOLARES

Centro escolar.....

Periodo.....

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Alumnos				
Alumnas				
EDAD:				
• Entre 6 y 10 años				
• Entre 11 y 15 años				
Lugar :				
• Gimnasio				
• Patio				
• Otros (especificar)				
Lesión:				
• Contusión				
• Esguince				
• Otros (especificar)				
Accidente:				
• Caída				
• Golpe				
• Otros (especificar)				
Cuidados aplicados				
Nivel de seguridad en la actuación del profesor, alumno o enfermera				
• Alto				
• Medio				
• Bajo				
Observaciones				



ANEXO V. EJEMPLO DE BOTIQUÍN ESCOLAR

AGUA OXIGENADA		1 unid
ANALGÉSICOS	Paracetamol 500mg Apiretal solución	10 comp 1 bote
ANTIINFLAMATORIOS	Ibuprofeno 400 mg Dalsy	10 comp 1 bote
ANTISÉPTICOS	Povidona yodada Clorhexidina	1 unid 1 unid
APÓSITOS	Tiritas Apósitos adhesivos medianos	1 paq 1 paq
BOLSA DE GEL FRÍO		2 unid
ESPARADRAPO	Papel Tela	2 unid 1 unid
GASAS ESTÉRILES		20 paq
GUANTES DESECHABLES (Talla M).		1 caja
INMOVILIZADORES	Triángulos de tela Vendas (Crepé, Algodón e Hilo)	2 unid 4 unid de cada
JABÓN LÍQUIDO pH neutro		1 unid
LÁPIZ DE AMONIACO		1 unid
PINZAS		2 unid
SET DE DISECCIÓN: - Tijeras de punta redonda. - Pinzas con y sin dientes de punta recta y curva. - Porta-agujas.		1 unid de cada.
SUERO SALINO FISIOLÓGICO		10 unid
TIJERAS		1 unid
TERMÓMETRO		1 unid

MOCHILA DE EMERGENCIAS

APARATOS: TA, FONENDOSCOPIO, GLUCÓMETRO	1 unid de cada
BOLSA AUTOHINCHABLE (Ambú: Adulto y pediátrico)	1 unid de cada
COLLARINES CERVICALES AJUSTABLES (Adulto y Pediátrico)	1 unid de cada
MASCARILLAS DE REANIMACIÓN N° 3,4,5	1 unid de cada
TUBOS DE GUEDEL N° 1,2,3,4	1 unid de cada


STOCK DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

AGUA OXIGENADA		3 unid
AGUJAS (im, iv)		1 caja de cada
APARTATOS: Tensiómetro Digital, Fonendoscopio, Glucómetro, termómetro y Pulsioxímetro.		1 de cada
ANTISÉPTICOS	Povidona yodada	3 unid
	Clorhexidina	3 unid
APÓSITOS	Tiritas	5 paq
	Apósitos estériles ≠ tamaños	1caja de cada
	Esparadrapo de papel	10 unid
	Esparadrapo de tela ancho	10 unid
BOLSA DE FRÍO		2 unid
COMPRESAS		10 paq
CONTENEDOR DE RESIDUOS BIOLÓGICOS		2 unid
GASAS ESTÉRILES		50 paq
GUANTES DESECHABLES (Talla S, M, L).		3 caja de cada
GUANTES ESTÉRILES 6,5- 7- 7,5- 8		2 de cada.
JERINGAS (2, 5 Y 10 ml)		1 caja de cada
INMOVILIZADORES	Triángulos de tela	5 unid
	Vendas (Crepé, Algodón e Hilo)	10 unid de cada
JABÓN LÍQUIDO pH neutro		2 unid
LÁPIZ DE AMONIACO		2 unid
MEDICACIÓN: - Paracetamol e ibuprofeno adulto y pediátrico. - Medicación específica de cada niño, con su volante médico y su dosificación.		3 cajas de cada
SET DE DISECCIÓN: - Tijeras de punta redonda. - Pinzas con y sin dientes de punta recta y curva. - Porta-agujas.		1 unid de cada
STERILIUM		2 unid
SUERO FISIOLÓGICO (100 ml)		10 unid
TUBOS DE GUEDEL DE TODOS LOS TAMAÑOS		1 de cada



ANEXO VI. SIMULACRO DE EVACUACIÓN

Hay que realizar con periodicidad simulacros de evacuación de los centros escolares según las siguientes normas básicas de actuación.



➔ Norma 1

Los alumnos y alumnas deberán seguir las indicaciones de su profesor y en ningún caso deberán seguir iniciativas propias.



➔ Norma 2

El alumnado que haya recibido funciones concretas de su profesor o profesora deberán responsabilizarse de su cumplimiento y colaborar en el mantenimiento del orden del grupo.



➔ Norma 3

Los alumnos y alumnas no recogerán sus objetos personales con el fin de evitar obstáculos y demoras.



➔ Norma 4

Los alumnos y alumnas que se encuentren en los aseos o en los locales anexos, al sonar la alarma deberán incorporarse rápidamente a su grupo. Si se encuentra en una planta distinta, se incorporarán al grupo más próximo, y ya en el exterior, buscarán a su grupo y se incorporarán al mismo comunicándolo a su profesor.



➔ Norma 5

Todos los movimientos se realizarán con rapidez y con orden. Nunca corriendo, ni empujando o atropellando a los demás.



➔ Norma 6

Nadie deberá detenerse junto a las puertas de salida.



➔ Norma 7

Los alumnos y alumnas deberán evacuar el centro en silencio, con orden, evitando atropellos y ayudando a los que tengan dificultades o sufran caídas. La evacuación se realizará como máximo en tres filas, dos por los laterales y una en el centro.



➔ Norma 8

En la evacuación se deberá respetar el mobiliario y la equipación escolar.



➔ Norma 9

En los casos de que en las vías de evacuación haya algún obstáculo que dificulte la salida, será apartado por los alumnos, si fuera posible, de forma que no provoque caídas de las personas o deterioro del objeto.



➔ Norma 10

En ningún caso el alumno o alumna deberá volver atrás sea cual sea el pretexto.



➔ Norma 11

En todos los casos, los grupos permanecerán unidos, no se disgregarán y se concentrarán en el lugar exterior previamente establecido con el fin de facilitar al profesorado el control de los alumnos.

A continuación se proponen unas actividades que se pueden realizar para comprobar que se han comprendido las pautas de actuación en caso de incendio o de tener que evacuar el colegio.

El alumnado deberá identificar qué pasos no deben seguir en una evacuación y elaborar sus propias normas de evacuación.

Al finalizar se contrastará con las imágenes dadas por el profesorado sobre evacuación y se colocarán dichas imágenes en orden.



El profesorado proyectará un vídeo de YouTube:

<http://www.youtube.com/watch?v=vR4iAeqZl68&feature=related>

(también disponible en la Web: Aprende a crecer con seguridad, de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía).

Después de dicha proyección, los alumnos y las alumnas en grupos de tres, discutirán qué pasos consideran erróneos en una evacuación, explicando sus razones. Al finalizar el punto anterior, se les repartirá un folio en blanco, donde deberán redactar diez normas que deben seguir en caso de evacuación.

El profesorado entregará a cada grupo imágenes referentes a las normas que deben seguirse en una evacuación (desordenadas).

Los alumnos y las alumnas tendrán que ordenar dichas normas y completar las elaboradas por ellos. Para finalizar, deberán discriminar cuáles de las acciones expuestas en una ficha sobre el plan de evacuación son correctas o incorrectas.

Ficha que debe completar el alumnado de forma individual (verdadero o falso)

1. Algunos alumnos o alumnas se encargarán de cerrar las ventanas del aula, contar a los demás compañeros de clase, etc. _____
2. En caso de evacuación, los ocupantes de la última planta del edificio que se vaya a desalojar serán los primeros en salir. _____
3. En caso de emergencia, lo primero que hay que hacer es mantener la calma.

4. El desalojo de cada planta del edificio se realizará por grupos y de modo ordenado.

5. En caso de desalojo, siempre debe usarse el ascensor en lugar de las escaleras.

6. En caso de incendio, se debe evitar abrir las ventanas y puertas para que el fuego no se propague. _____
7. En caso de desalojo, una vez fuera del edificio se debe acudir al punto de encuentro establecido para ello. _____
8. En caso de incendio, nunca se debe llamar a los bomberos, primero debemos intentar apagar el fuego. _____

SOLUCIONES: 1F; 2F; 3V; 4V; 5F; 6V; 7V; 8F



RELACION DE TELÉFONOS DE EMERGENCIA

EMERGENCIAS	112
EMERGENCIAS SANITARIAS	061
CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO	----
GUARDIA CIVIL DE TRÁFICO	062
INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA	MADRID 91 562 04 20
	BARCELONA 93 317 44 00
POLICÍA NACIONAL	091

ANEXO VII. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

La protección del medio encaminada a lograr un entorno seguro debe contemplar el cumplimiento estricto de la normativa de seguridad vigente. (ANEXO X).

De un modo general, presentamos aquí una serie de recomendaciones sobre medidas de seguridad dentro y fuera del recinto del centro escolar. La prevención incluye una vigilancia del correcto estado de las instalaciones así como un uso adecuado de éstas.

- ☞ Seguridad dentro de los recintos cerrados:
 - ✓ Las escaleras deben tener escalones bajos y profundos, con una buena iluminación, barandilla fuerte y pasamanos.
 - ✓ Las terrazas, azoteas y balcones tendrán barandillas altas y barrotes con separación de 10 cm. máximo.
 - ✓ Los servicios tendrán un sistema de seguridad que impida quedarse encerrado.
 - ✓ Hay que instalar cristales de seguridad en los lugares donde se puede chocar.
 - ✓ Vigilar estrechamente las instalaciones y aparatos de gas y electricidad.
- ☞ Seguridad fuera de los recintos cerrados:
 - ✓ Los edificios del centro tienen que estar rodeados por una verja o valla de 1,5 m. de altura como mínimo.
 - ✓ En escuelas infantiles, los bordillos de los areneros existentes en los patios serán romos o redondeados. Se dispondrá de una zona de losetas de caucho que amortigüe las caídas.
 - ✓ Vigilar también el buen estado de las instalaciones generales: suelos de los patios, bancos de madera, alcantarillado, canalones...
 - ✓ Al vestir o desnudar a los niños y niñas hay que tener cuidado con las cremalleras, que pueden engancharse en la piel y producir desgarros muy dolorosos.



NORMATIVA VIGENTE

Las condiciones de seguridad en los centros educativos están reguladas teniendo en cuenta las condiciones materiales de las edificaciones escolares. Y también todos aquellos aspectos que puedan tener una repercusión directa o indirecta en la seguridad de las personas que desarrollan sus actividades en el centro.

Al margen de los requisitos establecidos por la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) y el Real Decreto 1537/ 2003, de 5 de diciembre, por el que se establecen los Requisitos Mínimos de los Centros que imparten Enseñanzas Escolares de Régimen General, los centros educativos deben reunir las condiciones de higiene, acústicas, de habitabilidad, accesibilidad y seguridad que señala la legislación vigente.

Cabe destacar la siguiente normativa:

- ✎ Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales y sus modificaciones.
- ✎ R.D. 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en los Lugares de Trabajo.
- ✎ Código Técnico de la Edificación, aprobado por Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo. Son de especial interés los siguientes documentos:
 - ✓ Documento Básico de Seguridad en caso de Incendio.
 - ✓ Documento Básico de Seguridad de Utilización.
- ✎ Reglamento de Instalaciones de protección contra incendios. RD 1942/1993, de 5 de noviembre.
- ✎ Ley de Promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de la Comunidad de Madrid. Ley 8/1993, de 22 de junio, y modificaciones posteriores.
- ✎ Decreto 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de Promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

CAPÍTULO VII

PRIMEROS AUXILIOS ORIENTADO A PROFESORES, FAMILIAS Y PERSONAL NO DOCENTE



Vanesa Martínez González
Graduada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO VII

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	161
2.	OBJETIVOS	164
3.	METODOLOGÍA	165
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	166
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	167
6.	CURRICULUM	168
7.	COLABORADORES	169
8.	BIBLIOGRAFÍA	170
9.	ANEXOS	172
	• ANEXO I. Contenido del programa formativo	172
	• ANEXO II. Prevención de accidentes en los centros escolares	173
	• ANEXO III. Soporte vital básico en niños y cuadro resumen RCP básica	186
	• ANEXO IV. Botiquín escolar y teléfonos de urgencias	194
	• ANEXO V. Medidas de prevención de accidentes. Protección del medio y normativa vigente	196
	• ANEXO VI. Hoja de registro de accidentes y lesiones en los centros escolares	201
	• ANEXO VII. Cuestionario valoración conocimientos en primeros auxilios	202



INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre nuevos métodos de educación sanitaria en la Atención Primaria de Salud¹, indica que los modelos cognoscitivos y de motivación empleados para la educación sanitaria a la población hasta hace unos años, no consiguen los resultados deseados en la modificación de conductas de las personas y las sociedades. Los nuevos enfoques se basan en la ecología humana, es decir, en los modelos ecológicos basados en factores sociales, y por lo tanto en la interacción social. Se sabe que los estilos de vida se desarrollan bajo las exigencias y contradicciones del medio social de las personas e interactúan entre factores biológicos y ambientales.

Por otro lado, la educación para la salud es una excelente herramienta para promover la autorresponsabilidad en materia de salud en los contextos comunitarios, de modo que de la comunidad surja el deseo de cambio.

Además la escuela, como institución, ejerce un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización¹.

En otro informe², el 886, de la OMS sobre salud de los adolescentes, se hace una serie de recomendaciones en relación al fomento de la salud en las escuelas, entre ellas, dice: “todos los centros docentes deben proporcionar un entorno seguro de aprendizaje para los alumnos y un lugar seguro para el personal, además deben servir para la promoción de la salud y como lugar de intervenciones sanitarias”.

Además, la *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud*³ tiene entre sus objetivos: proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud y que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad del entorno.

Por otro lado, gracias al desarrollo de la LOGSE⁴ y en su concepto transversalidad, se logra que algunas asignaturas dispongan, en sus contenidos, de temas de salud y de prevención de conductas poco saludables, así como otros temas. De modo que la escuela ya dispone de ciertos conocimientos en materia de salud.

En la actualidad y en referencia a la LOE⁵, en su artículo 121 al referirse a los contenidos de los respectivos proyectos educativos de los centros escolares, indica que dicho proyecto incorporará materias de otras enseñanzas teniendo en cuenta características del entorno social y cultural del centro. En relación a ello y sabiendo la trascendencia que sobre la salud de los escolares tienen los accidentes y lesiones que se producen en las escuelas, entendemos justificada la intervención de promoción de la salud. Por otro lado y en el contexto de los objetivos de la educación primaria, se incluye como uno de ellos el *valorar la higiene y la salud*. Del



mismo modo puede incluirse este tema en la formación permanente del profesorado como adecuación de conocimientos a materias específicas.

Además, y como es sabido, el centro escolar es el espacio donde niñas y niños pasan gran parte de su tiempo y donde realizan diversas actividades, además de las puramente formativas, que implican cierto riesgo de accidentes y lesiones.

El Sistema Nacional de Salud cuenta actualmente entre las políticas públicas con una atención especial de la seguridad del paciente¹³, quizá dirigida fundamentalmente a centros sanitarios, también en los domicilios pero, ¿qué sucede en la comunidad? ¿Qué sucede en las comunidades escolares?

En este sentido, es preciso que los centros escolares y sus responsables (responsables políticos, equipo docente, padres y alumnos y equipo sanitario de la zona de salud) entiendan que la escuela es un lugar donde existen riesgos de accidentes y lesiones para la población (profesores, alumnos, personal de servicios...) que en ella realiza actividades. Quizá, de este modo, demandarán acciones sobre la seguridad, entendida esta en su más amplio sentido de salud escolar; porque la salud escolar es responsabilidad de todos.

Si la población escolar tiene interiorizada la necesidad de seguridad en la escuela demandará planes concretos para su autocuidado que, sin duda, revertirá sobre la salud escolar de este grupo de población comunitaria.

Llama la atención que al respecto no se haya encontrado literatura. Por otro lado, tampoco se contempla en el Plan de Seguridad del Paciente dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud¹³.

Según un estudio⁹ descriptivo preliminar realizado durante el periodo 2006-2007 y 2007-2008 en la comunidad autónoma de Cantabria, se han recogido los siguientes datos:

Los accidentes y lesiones en escolares ocurren en el 3,23% de los niños y niñas.

☛ Analizado este dato por género, se accidentan:

- ✓ un 46´6% de niñas.
- ✓ un 54´4% de niños, es decir, se accidentan un 10´8% más los niños que las niñas.

☛ Analizado por edades:

- ✓ El 35,51% de los accidentados o lesionados son escolares de 6 a 10 años.
- ✓ El 46,72% de los casos se producen en escolares de entre 11 y 15 años.

☛ El 63% de los accidentes ocurren en el gimnasio durante la clase de educación física.

☛ Las lesiones más frecuentes son las contusiones y los esguinces.

☛ Los golpes (42%) y las caídas (33%) constituyen las causas más frecuentes.

En la atención sanitaria realizada en las escuelas se observa que no se dispone de conocimientos sobre atención inmediata de primeros auxilios, así como sobre atención a lesiones leves o menos graves hasta la llegada del equipo sanitario.



Respecto a evaluaciones económicas¹¹ sobre el coste efectividad y coste beneficio de acciones preventivas en accidentes y lesiones en el ámbito escolar, no se han encontrado publicaciones específicas, aunque sí existen valoraciones en este sentido relacionadas con programas de vacunaciones, fluoración de las aguas, cáncer de mama, cáncer colorectal u otras.

No obstante, se puede entender a priori el alto coste económico, sanitario, familiar, escolar y emocional, que puede suponer cualquier accidente producido en el entorno escolar valorando: la atención del equipo sanitario in situ, el traslado al centro hospitalario, la atención hospitalaria, la alarma familiar y las consecuencias emocionales y físicas en el escolar, así como la ausencia del niño del centro escolar durante el tiempo requerido. Se entiende que si se logra minimizar o evitar alguno de estos, el coste disminuirá.

JUSTIFICACIÓN

La implantación de programas de primeros auxilios en el medio escolar se justifica ampliamente por las demandas planteadas por los profesores.

Con la puesta en marcha del proyecto se conseguirá proporcionar conocimientos a los docentes para aplicar los primeros auxilios, maniobras determinantes en la evolución posterior del accidente. La salud debe ser responsabilidad de todos y, por tanto, toda la sociedad debe implicarse en la prevención y los tratamientos. Con ello se creará una población escolar más segura y una escuela más saludable.

Por otro lado y según la ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones Sanitarias¹⁸, se indica que “corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud; así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Por las razones expuestas, queda ampliamente justificado este proyecto de EpS.





2.

OBJETIVOS

General:

Instruir a los profesores, familias y personal no docente del centro (hablaremos de PFND para englobar a todos ellos) en conocimientos teórico-prácticos sobre accidentes y lesiones.

Específicos:

- ✓ Enseñar a PFND, a través de un curso teórico-práctico, a identificar, prevenir y actuar de manera inmediata ante accidentes y lesiones (Anexo II).
- ✓ Elaborar una guía, dirigida a PFND, sobre prevención de accidentes y lesiones en el medio escolar (Anexo II-2).
- ✓ Elaborar un protocolo sobre primeros auxilios dirigido a PFND (Anexo III).
- ✓ Diseñar el botiquín escolar indicando su composición en material y fármacos necesarios, así como las normas de conservación y mantenimiento (Anexo IV-I).
- ✓ Enseñar a identificar barreras arquitectónicas y riesgos físicos en la escuela, así como intentar reducir accidentes en el gimnasio (Anexo V-I).
- ✓ Analizar y cuantificar los accidentes y lesiones ocurridos tras la intervención de formación a PFND y la puesta en marcha del proyecto fuera del horario de la atención de enfermería (Anexo VI).
- ✓ Aprender de una forma sistematizada, mediante el uso de protocolos de actuación, a atender accidentes leves y situaciones de emergencia utilizando los recursos disponibles en el entorno escolar.
- ✓ Dotar a PFND de los conocimientos básicos necesarios para desarrollar las habilidades y destrezas básicas en primeros auxilios.
- ✓ Reconocer las situaciones de riesgo y prevenir los accidentes más frecuentes.



3.

METODOLOGÍA

El curso está dirigido a todos los profesores de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, a las familias y al personal no docente de los centros escolares (PFND) en el contexto del Proyecto de Enfermería Escolar.

Los centros educativos son espacios de convivencia de niños y niñas en los que la interacción con el medio y los iguales puede llegar a ser causa de accidentes leves en su mayor parte, y otros de mayor importancia, por lo que es necesario desarrollar una cultura de prevención de riesgos para la salud. Para ello se ha desarrollado un curso teórico-práctico (50% cada parte), repartido en 4 seminarios con una duración de 10 horas (según se indica en Anexo I), donde mediante la utilización de materiales específicos y simuladores de RCP, se indicará cómo se debe actuar en cada situación concreta.

Los conocimientos teóricos y prácticos sobre accidentes y lesiones se impartirán de acuerdo al Anexo II.

Recibirán por escrito los protocolos diseñados para los cuidados y atenciones de cada intervención en los accidentes y lesiones más comunes (Anexo II-2).

Se dará formación sobre las situaciones de mayor urgencia y el modo de actuar ante ellas (Anexo III).

Se elaborará un cuadro-resumen que muestre el contenido que debe tener el botiquín así como la manera más adecuada de mantenerlo y utilizarlo (Anexo IV).

Se mostrarán los tipos de peligros más frecuentes en la escuela relacionados con barreras arquitectónicas y riesgos físicos, y se determinarán modos de evitar algunos de ellos (Anexo V-I).

Con ayuda de una planilla se podrá evaluar cómo se sienten de capacitados los PFND ante un accidente en ausencia del profesional de enfermería (Anexo VI) y se valorará si ocurren lesiones por agresiones entre escolares.

Mediante la elaboración de un test en el primer y cuarto seminario, se evaluarán los conocimientos previos y posteriores a nuestra intervención sobre primeros auxilios a escolares (Anexo VII).



4. RESULTADOS

Los resultados se obtendrán tras la evaluación, dando respuesta a los objetivos.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se redactarán en función de los resultados obtenidos. Debatirán y explicarán los resultados, los temas y aspectos de mejora a introducir en futuras ediciones, las dificultades encontradas o cualquier otro tema sobre el que se quiera reflexionar o comentar.





6.

CURRICULUM

VANESA MARTÍNEZ GONZÁLEZ

- ✎ Graduada en Enfermería por la Universidad de Cantabria. 2011
- ✎ Experta Universitaria de Urgencias y Emergencias. Escuela Universitaria de Enfermería “Casa Salud Valdecilla”. 400 hrs. Curso 2003-2004

Formación continuada

- ✎ 2006. Urgencias para enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. (45 h)
- ✎ 2007. Práctica Avanzada de Electrocardiografía y Urgencias Cardiológicas. Universidad de Cantabria. (50 hrs)
- ✎ 2011. RCP Básica. HUMV (4hrs)

Experiencia profesional

- ✎ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. SCS. Desde 2003 con contrato eventual en diferentes servicios. Desde 2009 como interino en activo en una Unidad de Medicina Interna
- ✎ Rapid Medical España, S.L. (Empresa privada de Asistencia Sanitaria) desde febrero 2004 hasta junio 2008. Santander.

Premios

- ✎ 2009. VII Premio de investigación de enfermería “Sor Clara”. Accésit al trabajo titulado “Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria”. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Idiomas

- ✎ Nivel básico en inglés

Docencia

- ✎ “Situaciones de emergencia y RCP en centros educativos”. CEP Cantabria. 2 cursos de 6 horas c/uno. 2011 y 2012
- ✎ Curso de enfermero experto en indicación, uso y autorización de medicamentos sanitarios. Escuela de Ciencias de la Salud. 4 cursos, total 29 horas impartidas. 2012
- ✎ Profesora asociada en Ciencias de la Salud, Universidad de Cantabria. 3 horas semanales en 2011, 2013 y 2014



7.

COLABORADORES

María Gautier Vargas, enfermera del Hospital Marqués de Valdecilla, por participar en la elaboración del proyecto inicial de 2011, a la que muestro mi agradecimiento.





8.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud. Informe Técnico 690. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1983.
2. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe técnico 886. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1999.
3. Red europea de escuelas promotoras de salud. *Salud Pública Educ Salud* 2001; 1(1):23-27.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica de 3 de octubre de 1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). BOE 4 de octubre de 1990.
5. Boletín Oficial de Estado. Ley Orgánica 3 de mayo de 2006 de Educación. (LOE) BOE 4 de mayo de 2006.
6. Red europea de escuelas promotoras de salud. *Salud Pública Educ Salud* 2001; 1(1):23-27.
7. Davó MC., Gil-González D., Vives-Cases C., Alvarez-Dardet C., La Para D. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria en la escuela española. Una revisión de los estudios publicados de 1995 a 2005. *GacSanit.* 2008;22(1):58-64.
8. Bernardo LM. Emergence Nurses role in pediatric injury prevention. *Nursing Clinic of North America.* 2002;37(1):135-143.
9. Patricio Romero P. Accidentes en la infancia. Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. *RevChilPediatr* 2007;78(1):57-73.
10. Gautier M., Martínez V. Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria. Premiado con el accésit en el "Premio de Investigación de Enfermería Sor Clara 2009" del Colegio de Enfermería de Cantabria. Santander. España.
11. Edson Ferreira Liberal, Roberto Tschoepke Aires, Marian Tschoepke Aires, Ana Carla de Albuequerque Osorio. Safeschool. *Jornal de Pediatria.* 2005;81, No.5(Suppl),155-163.
12. Esperato A., García-Altés A. Prevención en salud: ¿Inversión rentable? Eficacia económica de las intervenciones preventivas en España. *GacSanit.* 2007;21(2):150-161.
13. Campbell D., Stanley J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. 2001. Amorrortu/editores.
14. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésimo segunda edición. 2001. Páginas 14 y 926.



15. National Patient Safety Agency NHS. La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. Traducción al español del Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2008.
16. Garrido J.M. Soporte vital básico y avanzado en adultos y pediatría.2003. Formación Continuada Logoss, S.L.
17. www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142524690600&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109265844004.
18. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.





9.

ANEXOS

ANEXO I. CONTENIDO DEL PROGRAMA FORMATIVO

A) CONTENIDO DEL PROGRAMA FORMATIVO

1. Introducción al curso. Objetivos
2. La escuela como lugar saludable. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud
3. Conceptos teóricos sobre accidentes y lesiones.
4. Prevención primaria. Eficiencia y efectividad de la actividad
5. Contusiones y esguinces. Heridas. Caídas. Cómo actuar
6. Otras situaciones. RCP
7. Lugares de mayor riesgo. Identificación de riesgos. Barreras arquitectónicas
8. Presentación de protocolos y casos prácticos
9. Botiquines para primeros auxilios. Mantenimiento y uso
10. Presentación de la “Guía de prevención de accidentes y lesiones en escolares”
11. Debate en formato charla-coloquio sobre agresiones en el ámbito escolar

B) DESARROLLO Y DISTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA

PRIMER SEMINARIO (2 HORAS)

Clase teórica:

- ✓ Introducción al curso. Objetivos
- ✓ La escuela como lugar saludable. Red Europea y Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud
- ✓ Prevención primaria. Eficiencia y efectividad de la actividad
- ✓ Lugares de mayor riesgo. Identificación de riesgos. Barreras arquitectónicas
- ✓ Realización de pre- test de conocimientos ante emergencias



SEGUNDO SEMINARIO (3 HORAS)

Clase teórica:

- ✓ Conceptos teóricos sobre accidentes y lesiones

Clase práctica:

- ✓ Contusiones y esguinces. Heridas. Caídas. Cómo actuar

TERCER SEMINARIO (3 HORAS)

Clase teórica:

- ✓ Conceptos teóricos sobre RCP y otras situaciones de urgencia

Clase práctica:

- ✓ Maniobras RCP básica
- ✓ Puesta en práctica de otras medidas de actuación ante situaciones de emergencia
- ✓ Utilización de simulador ante situaciones de emergencia

CUARTO SEMINARIO (2 HORAS)

Clase teórica

- ✓ Presentación de la “Guía de prevención de accidentes y lesiones en escolares”
- ✓ Botiquines para primeros auxilios. Mantenimiento y uso
- ✓ Realización de post- test de conocimientos ante emergencias

Clase práctica

- ✓ Debate en formato charla-coloquio sobre agresiones entre niños en el ámbito escolar

ANEXO II. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS CENTROS ESCOLARES

Los accidentes infantiles constituyen un grave problema, ya que son la primera causa de muerte en niños y niñas de uno a catorce años y también una importante causa de discapacidades. Está demostrado que si se tomaran medidas preventivas oportunas, la mayor parte de estos accidentes podrían evitarse. De todos los accidentes infantiles, el 15% ocurre en la escuela.

La prevención de accidentes en el centro escolar implica la asunción de su papel como entorno promotor de salud, por ello su tarea debe ser la de poner en marcha todas las medidas de protección posibles para lograr un entorno seguro, respetando la normativa vigente y adoptando una serie de recomendaciones específicas. Por su parte, el personal docente como



agente de salud en la prevención de accidentes, debe transmitir al alumnado los mensajes oportunos a través de su conducta modélica y del trabajo en el aula. Para cumplir esta tarea debe conocer los riesgos potenciales de accidente y poner en marcha las medidas preventivas a su alcance, pero además debe estar adecuadamente informado para intervenir en el supuesto de que se produzca un accidente.

En todo accidente hay tres elementos fundamentales:

- ✓ El niño
- ✓ La causa desencadenante
- ✓ La escuela o los cuidadores del niño

Ya que los niños hacen lo que ven, es necesario que los adultos desarrollen conductas seguras para que les sirvan de modelo.

La finalidad de esta guía es hacer llegar a profesores, familias y personal no docente (PFND) un mensaje de fomento de la prevención, de aplicación inmediata, como una rutina dentro de los cuidados habituales del niño.

CONCEPTO DE LESIÓN

Lesión, daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad¹⁴.

CONCEPTO DE ACCIDENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define accidente como un suceso generalmente prevenible que provoca o tiene el potencial de provocar una lesión.

La ignorancia del peligro, la curiosidad, el gran impulso de autonomía y el alto grado de actividad, son factores que explican el gran número de accidentes en niños y niñas.

El tipo de accidentes varía según la edad:

- ✓ En menores de 1 año, los accidentes más frecuentes son las quemaduras y atragantamientos
- ✓ En mayores de 1 año, en cambio, son los traumatismos y atragantamientos
- ✓ Si tenemos en cuenta el sexo, los accidentes ocurren 2´5 veces más en los niños que en las niñas



ACCIDENTES MÁS FRECUENTES EN EL CENTRO ESCOLAR SEGÚN SU MECANISMO DE PRODUCCIÓN:

CAÍDAS Y GOLPES

Son la principal causa de accidente. Distinguimos las caídas:

- ✓ Al mismo nivel: Producidas por mal estado de los suelos (brillantes o mojados), obstáculos o incorrecta disposición del mobiliario. Son más frecuentes en patios de juego y en gimnasios, pasillos o aseos
- ✓ A distinto nivel: Por mal estado de escaleras o por obstáculos. También como consecuencia de la actividad deportiva o por mal uso de aparatos de juego

DIFERENTES LESIONES

¿CÓMO ACTUAR?

Ante una situación grave

- ✓ No movilizar al alumno
- ✓ Llamar a Urgencias (061) y pedir instrucciones
- ✓ Informar a padres o tutores
- ✓ Si es preciso, trasladar a un Centro Sanitario

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ No usar abrillantadores para la limpieza de los suelos
- ✓ Procurar una buena iluminación en zonas de trabajo y de paso
- ✓ Las ventanas tienen que tener cierres altos e inaccesibles para los pequeños
- ✓ Los muebles tendrán esquinas romas. Evitar salientes o bases largas
- ✓ Vigilar el buen estado de las instalaciones en los aseos: baldosas, portarrollos metálicos, colgadores metálicos...
- ✓ Vigilar el buen estado de las instalaciones del gimnasio: espalderas, espejos y acolchado en columnas
- ✓ Los patios deben tener zonas separadas para juegos rápidos y lentos. Hay que suprimir las piedras e instalar una zona de arena dedicada al juego del alumnado de menor edad
- ✓ Los toboganes deben llegar al ras de suelo, ser de una sola pieza en la parte descendente y tener barandillas altas laterales



A. CONTUSIONES

La contusión es el daño que recibe alguna parte del cuerpo por golpe que no causa herida exterior.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Frío local: compresas de agua fría o bolsa de hielo envuelto en un paño
- ✓ Reposo
- ✓ Si la lesión está en una extremidad, elevarla
- ✓ Si la lesión está en la cabeza y aparece confusión, desorientación, vómitos, pérdida de conocimiento o sangrado por la nariz u oído, seguir la pauta de accidente grave

IMPORTANTE:

- ✓ No aplicar calor ni sumergir extremidades en agua caliente

B. TORCEDURAS Y ESGUINCES

La torcedura es la distensión de las partes blandas que rodean a las articulaciones de los huesos. El esguince es una torcedura o distensión violenta de una coyuntura. No hay luxación en él pero puede llegar a romperse algún ligamento o fibras musculares. Produce un intenso dolor y gran tumefacción, en parte por la extravasación de sangre y en parte por el derrame inflamatorio intraarticular.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Frío local: compresas...
- ✓ Elevar extremidad afectada y mantenerla inmovilizada
- ✓ Solicitar ayuda y comunicar a padres o tutores

IMPORTANTE:

- ✓ No aplicar calor en la zona

C. LUXACIÓN Y FRACTURA

La luxación es la salida de un hueso de su articulación. La fractura es la rotura de un hueso.

¿QUÉ HACER?

En ambos casos:

- ✓ Inmovilizar el miembro lesionado, abarcando la articulación superior e inferior próximas a la fractura.
- ✓ Si la fractura es abierta, colocar una gasa estéril sobre la herida y tratar de controlar la hemorragia
- ✓ Pedir ayuda y comunicar a padres o tutores



IMPORTANTE:

- ✓ No mover a la persona accidentada
- ✓ No intentar manipular la fractura o luxación

D. TRAUMATISMO BUCODENTAL

Con traumatismo nos referimos a la lesión de los tejidos por agentes mecánicos, generalmente externos.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Limpiar suavemente la boca con una gasa impregnada en agua o en suero fisiológico, y aplicar frío si hay tumefacción o edema
- ✓ Si hay hemorragia que no cede, pedir ayuda y comunicar a padres o tutores
- ✓ En caso de traumatismo en dientes permanentes:
 - Localizar el diente y evitar que lo trague
 - Conservar la pieza dental en agua y sal, leche, suero fisiológico, solución de lentes de contacto o la propia saliva (debajo de la lengua) si no hay otro medio y el niño es mayor y no hay riesgo de que lo trague
 - Pedir ayuda y comunicar a padres o tutores. Teniendo en cuenta la urgencia de la derivación a un dentista: el diente puede reimplantarse con éxito en las 2 primeras horas. (Sobre todo en la 1ª hora)

IMPORTANTE:

- ✓ No manipular el diente: no tocar la raíz, no lavarlo con agua o solución antiséptica y no secarlo con gasas
- ✓ No transportar el diente en seco o en agua sin más
- ✓ No demorar el traslado del niño al dentista

CORTES Y HERIDAS

Un corte es la herida producida por un instrumento cortante.

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

¿QUÉ HACER?

- ✓ Lavarse bien las manos antes de limpiar la herida
- ✓ Retirar ropa o cualquier cosa que pueda interferir con la herida
- ✓ Lavar la herida con suero fisiológico o agua a chorro suave



- ✓ Impregnar una gasa con antiséptico (clorhexidina o povidona yodada) y aplicar en la herida siguiendo la dirección desde el centro hacia los bordes
- ✓ En función de la gravedad de la herida actuaremos de diferente manera:
- ✓ Heridas sin separación de bordes: antiséptico y cubrir con una gasa
- ✓ Heridas con separación de bordes, con cuerpos extraños, extensas o infectadas, por mordeduras humanas... Cubrir con una gasa y seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda

IMPORTANTE:

- ✓ No utilizar algodón para limpiar la herida
- ✓ No limpiar con agua oxigenada o alcohol
- ✓ No aplicar pomadas, polvos u otras sustancias
- ✓ No extraer cualquier objeto clavado, ya que puede estar haciendo tapón e impedir que sangre

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ Los materiales que se utilicen en los acabados interiores serán adecuados a la edad de los alumnos, evitando superficies rugosas, duras o agresivas o resaltes de fábrica
- ✓ Todas las puertas de uso para los niños y niñas estarán protegidas de modo que no puedan pillarse los dedos
- ✓ No dejar nunca al alcance de los más pequeños objetos cortantes y/o punzantes. Enseñar a los niños/as su manejo, no sólo con explicaciones, también con el ejemplo. Hay que ser prudente y protegerse las manos

QUEMADURAS

Lesiones producidas por efecto del calor en cualquiera de sus formas (sol, llama, líquido hirviendo, sólidos calientes, gases, electricidad, vapores...) Es importante destacar que además de una lesión local (enrojecimiento, ampolla o escara), dependiendo de la causa, la extensión, la localización y la profundidad de la quemadura, se pueden producir graves trastornos orgánicos y puede peligrar la vida.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Enfriar la zona afectada, poniéndola bajo un chorro de agua fría, para tratar de detener el proceso de destrucción de tejidos más profundos y disminuir el dolor
- ✓ Secar con una gasa sin restregar
- ✓ Proteger la quemadura con una gasa empapada en suero fisiológico para prevenir infecciones
- ✓ Trasladar a un centro sanitario



- ✓ Si se trata de una quemadura importante seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda

IMPORTANTE:

- ✓ No intentar despegar la ropa adherida
- ✓ No poner pomada o aceite
- ✓ No romper las ampollas que se formen
- ✓ No utilizar algodón directamente sobre la lesión

¿CÓMO PREVENIRLAS?

- ✓ Hay que instalar un termostato para el agua caliente en los aseos. No debe superar los 54°C
- ✓ Los radiadores estarán protegidos
- ✓ Vigilar que los extintores estén en buen estado y en lugares conocidos por los adultos
- ✓ Existirán salidas de emergencia bien señalizadas
- ✓ Es obligatorio que exista un plan de seguridad, de evacuación o emergencia. Y hay que realizar periódicamente un simulacro de evacuación

HEMORRAGIAS

Es la salida de sangre por la rotura, más o menos extensa, de uno o más vasos sanguíneos. La pérdida de sangre puede ser interna o externa.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Evitar movimientos bruscos que agraven la hemorragia. Tumbarle y tranquilizarle
- ✓ Cubrir la herida con una gasa o paño limpio y comprimir con la mano. Si la herida está en una extremidad, elevarla por encima del corazón.
- ✓ Trasladar a la persona herida al centro sanitario.
- ✓ Informar a los padres o tutor.

DIFERENTES HEMORRAGIAS

A. HEMORRAGIA NASAL

- ✓ Mantener la cabeza derecha y comprimir la fosa nasal sangrante durante 10 minutos
- ✓ Aplicar compresas frías o hielo a la nariz
- ✓ Si no cesa el sangrado, coger una gasa, doblarla en forma de acordeón empapada en agua oxigenada e introducirla poco a poco lo más profundamente posible en la fosa nasal



- ✓ Si no cesa la hemorragia, seguir la pauta de comunicación y solicitud de ayuda

IMPORTANTE:

- ✓ No echar hacia atrás la cabeza. No sirve para detener la hemorragia y la sangre pasa al estómago

B. HEMORRAGIA POR EL OÍDO

- ✓ Tapar el oído con una gasa o un paño limpio y acudir a un centro de urgencias

C. OTRAS HEMORRAGIAS

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

Todos son casos de emergencia, deberán ser trasladados a un centro sanitario.

MORDEDURAS Y PICADURAS

Este tipo de accidente ocurre en espacios al aire libre y es más frecuente cuando se realizan salidas al campo, sobre todo en primavera y verano. El profesorado debe enseñar a los niños y niñas a respetar a los animales y no provocarlos, así como a tomar las precauciones oportunas cuando realicen actividades en el campo (calzado adecuado, tapar los alimentos para que no acudan insectos...).

¿QUÉ HACER?

- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón
- ✓ Limpiar con suero fisiológico o agua “del grifo” a chorro suave
- ✓ Impregnar una gasa en solución antiséptica (clorhexidina o povidona yodada) y aplicarla a la herida siguiendo la dirección desde el centro hacia los bordes
- ✓ Procurar retener e identificar al animal
- ✓ Si se trata de picadura por insecto, aplicar agua fría, hielo o el lápiz de amoníaco
- ✓ Seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda
- ✓

IMPORTANTE:

- ✓ No utilizar algodón para limpiar la herida
- ✓ No limpiar con agua oxigenada o alcohol



- ✓ No utilizar pomadas
- ✓ En caso de picadura de serpiente, no intentar extraer el veneno
- ✓ Nunca apretar, rascar o frotar la picadura para que salga el aguijón
- ✓ Se trasladará urgentemente cuando:
 - Exista enrojecimiento generalizado de la piel
 - Dificultad y/o aparición de pitidos al respirar
 - Sensación de opresión en la garganta
 - Historia de reacción alérgica a picaduras de insectos
 - Picaduras múltiples
 - Picaduras en cara, cuello o genitales

ASFIXIA POR CUERPOS EXTRAÑOS: ATRAGANTAMIENTO

Con atragantamiento nos referimos a la sensación de ahogo producida por detenerse algo en la garganta. Este tipo de accidente es más frecuente en niños y niñas de corta edad, por su tendencia a introducirse objetos en boca, aunque también puede darse en mayores al atragantarse con un alimento.

A su vez pueden producirse accidentes por introducción de cuerpos extraños en otros orificios (nariz, oídos, boca), casos que requieren una intervención para resolverlos.

La obstrucción puede ser:

- ✓ Incompleta: existe paso de aire aunque en cantidad mucho menor (tose con fuerza, habla y puede respirar)
- ✓ Completa: existe impedimento total al paso del aire. El peligro es inminente. Se trata de una urgencia vital

¿QUÉ HACER?

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

- ✓ Estimularle para que tosa y así expulsar el cuerpo extraño. Si esto no funciona y presenta dificultad respiratoria, signos de cianosis (labios azules) o pérdida de conocimiento, se procederá de la siguiente forma:
 - Avisar al 061
 - Maniobras para expulsar cuerpo extraño:
 - Niño pequeño: Póngalo sobre su antebrazo con la cabeza inclinada hacia abajo y dele 5 golpes con el talón de la mano en el centro del esternón.



- Niño mayor o adulto: Si está consciente puede rodearle con los brazos; ponga la mano cerrada, con un puño justo por encima del ombligo y coloque la otra encima; realice varias presiones rápidas y vigorosas hacia arriba y hacia dentro.

IMPORTANTE:

- ✓ Nunca realizar la extracción manual del cuerpo extraño a ciegas, ya que podemos introducirlo más profundamente
- ✓ Si la persona afectada no puede toser, no darle golpes en la espalda

¿CÓMO PREVENIRLO?

- ✓ Tener cuidado con los objetos pequeños que pueden quedar a su alcance y también con los juguetes grandes que puedan desmontarse en trozos pequeños o que contengan pilas
- ✓ Procurar que no corran, griten, canten o jueguen mientras comen. No hay que forzarles a comer cuando están llorando porque pueden atragantarse
- ✓ Acostumbrar a los niños y niñas a masticar bien
- ✓ Evitar que jueguen con bolsas de plástico porque podrían meter dentro la cabeza y asfixiarse

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Pueden producirse en el entorno del centro escolar. Su papel en la prevención de este tipo de accidentes debe ser el de realizar actividades de educación vial y la estrecha vigilancia de los niños y niñas más pequeños.

¿CÓMO PREVENIRLOS?

- ✓ Frente a las salidas del centro escolar, en un borde de la acera, debe haber una valla que impida a los niños y niñas invadir la calzada al salir y sufrir un accidente. Su instalación es competencia del Ayuntamiento
- ✓ Comprobar que los accesos externos al colegio son seguros y tienen las señales de tráfico o señalizaciones oportunas (semáforos, pasos de cebra, señales informativas de la existencia de escolares...)

CUERPO EXTRAÑO

Cuerpo extraño en un ojo.

- ✓ Si la sustancia es líquida, lavar durante 10 minutos con suero fisiológico o agua del grifo a chorro medio
- ✓ Explorar el ojo con buena iluminación, separando el párpado del ojo, lo cual favorece el lagrimeo



Si el objeto se encuentra clavado en el ojo, seguir la pauta de solicitud de ayuda.

IMPORTANTE:

- ✓ No restregar el ojo
- ✓ No aplicar pomadas o colirios
- ✓ No intentar mover el cuerpo extraño si está incrustado

INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS TÓXICOS

Identificar el producto lo más rápidamente posible y a continuación llamar al Centro Nacional de Información Toxicológica (91 562 04 20).

IMPORTANTE:

- ✓ No provocarle el vómito si está inconsciente, ni en el caso de que haya ingerido productos irritantes como lejía, productos de limpieza, ácidos, etc.
- ✓ No administrar comida, bebida o medicamentos

¿CÓMO PREVENIRLA?

- ✓ Guardar siempre los medicamentos y los productos tóxicos (limpieza, pintura, pegamentos...) en su envase original y bajo llave
- ✓ Hay que enseñarles el peligro del mal uso de las medicinas. No engañarles diciendo que son golosinas para que se las tomen mejor

ACCIDENTE GRAVE

- ✓ Informarse de las circunstancias del accidente
- ✓ Avisar de inmediato a Urgencias (061), informar a los progenitores y, si se considera necesario, trasladar a urgencias
- ✓ Colocar a la persona accidentada tumbada boca arriba, sobre superficie lisa y dura, con los brazos a lo largo del cuerpo. Evitar mover la cabeza o el cuello si se sospecha que ha sufrido un golpe en la zona
- ✓ Valorar si está consciente y respira y tiene pulso

PRIMEROS AUXILIOS EN OTRAS SITUACIONES DE EMERGENCIA

A. FIEBRE

La fiebre es una respuesta fisiológica del organismo a factores externos, como infecciones y procesos inflamatorios. El cuerpo se defiende aumentando su temperatura, lo que dificulta el crecimiento de algunos virus y bacterias.



Es un signo muy frecuente en la infancia, tanto más cuanto más pequeño es el niño o niña. En la mayoría de los casos se trata de cuadros sin importancia, de origen vírico.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Avisar a sus padres o tutores para que recojan al niño/a
- ✓ Retirar la ropa de abrigo
- ✓ Si la fiebre es superior a 39°C aplicar compresas de agua fría en frente y muñecas
- ✓ Se procurará que el niño/a tome líquidos

Se trasladará a un centro sanitario si:

- ✓ La fiebre se acompaña de vómitos
- ✓ Aparecen manchas rojas en la piel
- ✓ La fiebre es superior a 39°C
- ✓ Aparece rigidez de nuca

B. CRISIS ASMÁTICA

Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Es importante saber si el niño es asmático y si dispone de la medicación específica. La mayoría de los niños/as conoce y maneja con facilidad la medicación antiasmática.

¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA GRAVE?

- ✓ Seguir pauta de comunicación y solicitud de ayuda
- ✓ Síntomas de alarma:
 - Coloración azulada (cianosis) más visible en labios y bajo uñas
 - Fatiga (disnea) que no le permite hablar y/o le dificulta caminar
 - Pérdida de conocimiento o estado semiinconsciente

Ante estos síntomas, TRASLADO INMEDIATO al centro sanitario más cercano.

C. PERDIDA DE CONOCIMIENTO LEVE O DESMAYO

Las causas suelen ser: deshidratación, un nivel de azúcar bajo en sangre (por ayuno o enfermedad), el calor, las emociones, un esfuerzo intenso, etc.

¿QUÉ HACER?

- ✓ Tumbarle boca arriba con las 2 piernas elevadas. Si a los pocos minutos no recobra la consciencia o se encuentra mal, avisar al 061 y seguir la pauta de solicitud de ayuda y comunicación a progenitores
- ✓ Taparle y mantenerle caliente hasta que se recupere



- ✓ Indicarle que se levante poco a poco, y dejarle primero sentado para después levantarlo
- ✓ Si el desmayo se debe a que lleva muchas horas sin comer, darle algo dulce de comer o beber, siempre y cuando haya recuperado el conocimiento completamente

IMPORTANTE:

- ✓ No intentar ponerle de pie o sentarlo
- ✓ No echarle agua en la cara o abofetearle para tratar de reanimarlo
- ✓ No dejarle sin vigilancia
- ✓ No darle comida ni bebida si está inconsciente
- ✓ No colocar una almohada debajo de la cabeza estando inconsciente

D. CRISIS CONVULSIVA O CRISIS EPILÉPTICA**¿QUÉ HACER?**

- ✓ Para prevenir heridas accidentales, se debe colocar a la persona tumbada sobre una superficie blanda (una colchoneta de gimnasio, por ejemplo) y con la cabeza para un lado para prevenir ahogos o vómitos (si es posible se retirarán gafas y aparatos de ortodoncia con cuidado)
- ✓ Dejar que convulsione, no sujetarlo
- ✓ Avisar a progenitores. Si no cede a los 10 minutos, avisar al 061 y, si es preciso, trasladarlo a un centro sanitario.

IMPORTANTE:

- ✓ No sujetarlo durante la crisis, salvo para evitar que se golpee la cabeza
- ✓ No introducir ningún objeto rígido dentro de la boca, podría lesionar los labios, la lengua o los dientes
- ✓ No introducir nuestra mano en su boca, nos puede morder



ANEXO III. SOPORTE VITAL BÁSICO EN NIÑOS Y CUADRO RESUMEN RCP BÁSICA

1. SOPORTE VITAL BÁSICO EN NIÑOS

INTRODUCCIÓN

A) Concepto

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea, traducida clínicamente en pérdida de conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales.

Todas las medidas y maniobras empleadas para intentar sustituir primero y restablecer después la respiración y la circulación espontánea, es a lo que denominamos Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

B) Epidemiología

Las causas de PCR en la infancia son distintas a las del adulto, pudiéndose diferenciar dos grupos:

- ✓ Las que afectan a los niños sanos: el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante y los accidentes en los mayores de 1 año.
- ✓ Las que afectan a niños con enfermedades: respiratorias y circulatorias.

Las causas más frecuentes que producen PCR en la infancia son las de origen respiratorio, seguidas de las cardíacas, las neurológicas y las sepsis.

Las causas respiratorias que producen PCR son: obstrucciones anatómicas, inflamatorias o infecciosas de las vías aéreas; neumonías, accidentes (aspiración de cuerpo extraño, inhalación de gas, ahogamiento, etc.). Las causas de origen cardíaco se dan en niños con cardiopatías congénitas. Las neurológicas son por depresión del centro respiratorio, debidas a intoxicaciones, traumatismo craneoencefálico, convulsiones, etc. En las sepsis son por fallo hemodinámico debido a un shock.

C) Pronóstico

El pronóstico de PCR es malo. La supervivencia suele ser menor del 20%. Los factores que determinan la supervivencia y la calidad de vida tras la PCR, dependen del estado previo del paciente, de la causa y mecanismo que originó la PCR, del tiempo transcurrido hasta que se iniciaron las maniobras de reanimación, de la calidad de las mismas y de los cuidados post-reanimación.

La prevención de la PCR en la infancia es la medida que más vidas puede salvar; mediante la prevención de los accidentes y de la muerte súbita del lactante y mediante el diagnóstico precoz y la terapéutica adecuada de las enfermedades de riesgo de PCR.



D) Edades pediátricas

- ✓ Recién nacido: se considera al niño en el periodo inmediato al nacimiento
- ✓ Lactante: es el niño entre los 0 y los 12 meses de edad
- ✓ Niño pequeño: edad entre 1 y 8 años
- ✓ Niño mayor: edad superior a los 8 años

E) Ética en PCR

- ✓ Orden de no reanimar: cuando se trata de la evolución natural de una enfermedad incurable, cuando ha transcurrido demasiado tiempo entre la PCR y las medidas de RCP o cuando son evidentes los signos de muerte biológica.
- ✓ Orden de suspensión de las maniobras de RCP: cuando se informa al reanimador de que se trata de un enfermo terminal o cuando la duración de la parada sobrepasa los 30 minutos de reanimación sin signos evidentes de recuperación de la actividad cardíaca, salvo en los casos de ahogamiento, hipotermia e intoxicaciones por fármacos depresores del sistema Nervioso Central.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN PEDIATRÍA

Es el conjunto de maniobras que nos permiten identificar la situación de parada cardio-respiratoria y realizar la sustitución de la respiración y la circulación sin ningún equipamiento específico. Hay que iniciarla lo antes posible, en cuanto se detecte la situación (antes de 4 minutos desde que se identifica la PCR).

Se trata de una serie de maniobras que hay que realizar de forma secuencial, no pasando de una a otra sin estar seguros de que la maniobra anterior se ha realizado correctamente.

En primer lugar, se debe conseguir seguridad para el reanimador y para el niño. El paciente se debe mover solamente si se encuentra en un lugar peligroso o su situación o posición no son las adecuadas para realizar la RCP.

A continuación comprobaremos el nivel de consciencia. Se estimulará al niño en busca de respuesta: hablándole en voz alta, pellizcándole, dándole palmadas con suavidad y procurando la inmovilización del cuello siempre que se sospeche lesión cervical.

Si el niño responde, se le dejará en la posición que se encuentre si no corre peligro, se comprobará su situación clínica y se pedirá ayuda si es preciso. Se controlará de forma periódica.

Primero, abrir la vía aérea (frente al mentón) Si el niño no responde, el reanimador aproxima su mejilla y oído a la boca del niño para mirar los movimientos respiratorios, oír ruidos respiratorios y sentir la respiración en la mejilla. Esta maniobra se debe realizar durante 10 segundos para evaluar si existe respiración espontánea.

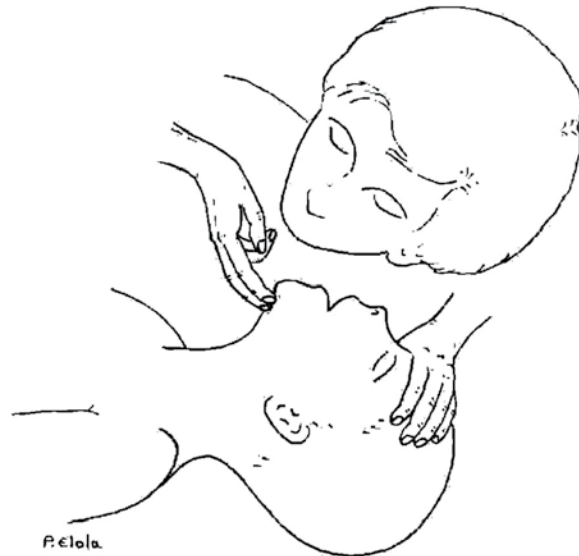


Fig.1. Comprobar la respiración

- ✓ **Si el niño respira:** se le debe colocar en posición de seguridad salvo que se sospeche traumatismo cervical. El reanimador se coloca junto al paciente, colocará el brazo del niño más próximo al reanimador en ángulo recto al cuerpo, con el codo girado hacia la cabeza y la palma de la mano mirando hacia arriba. El otro brazo, cruzando el tórax, colocando la palma de la mano sobre la mejilla opuesta. Doblar la pierna más lejana por la rodilla y girar al niño 90 grados hacia el reanimador, quedando en posición lateral.

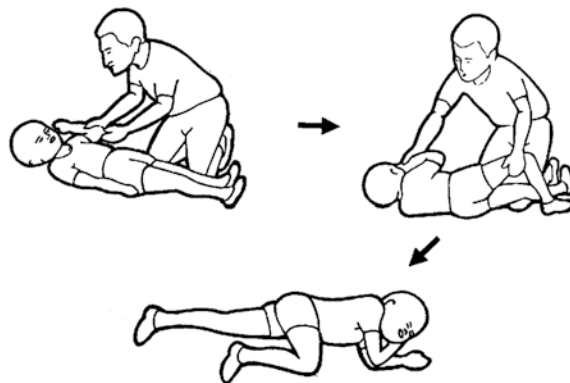


Fig.2. Posición lateral de seguridad.

- ✓ **Si el niño no respira:** hay que pasar a compresiones torácicas.

Si no respira, no tiene pulso, por lo que procederemos a las compresiones torácicas mediante el masaje cardíaco externo. En este caso no se procede a buscar el pulso carotídeo ya que los profesores, familias y personal no docente no están entrenados para ello.

Se colocará al paciente en decúbito supino y se localizará el punto de masaje, siendo éste el centro del tórax, punto medio entre las mamas, evitando la compresión del apófisis xifoides.

En el **niño de 1 a 8 años**, la compresión se realizará con el talón de la mano, colocándola el centro del tórax, 2 dedos por encima del extremo distal del esternón. Se realizarán compresiones de un tercio de profundidad y a una frecuencia de 100 pulsaciones por minuto. Se realizarán 30 compresiones por cada 2 ventilaciones (30:2) para niños y adultos (solo hace 15:2 el personal sanitario).

En el **niño > 8 años** se realizará igual que en el adulto, colocando las dos manos entrelazadas sobre el centro del tórax.



Fig.3. Masaje cardíaco con una mano.



Fig.4. Masaje cardíaco con dos manos.

Se realizará una secuencia de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones (30:2), comprobándose el estado de consciencia y respiración cada 2 minutos.

Cuando se trata de niños < 8 años, lo primero será realizar la RCP durante 1min., solo lo puede hacer personal sanitario, luego se pedirá ayuda. En caso de que hay 2 reanimadores uno realiza la RCP mientras el otro pide ayuda.



En cambio, tanto para **niños > 8 años** como para adultos, lo primero es pedir ayuda; en caso de haber 2 reanimadores, uno realiza la RCP mientras el otro pide ayuda.

Para una correcta apertura de la vía aérea realizaremos la maniobra frente-mentón para valorar si respira adecuadamente:

- ✓ Maniobra frente-mentón (excepto en sospecha de lesión cervical). Se coloca una mano sobre la frente efectuando una extensión del cuello, moderada en niños pequeños y neutra en lactantes. Con la punta de los dedos de la otra mano se levanta el mentón, con cuidado de no presionar sobre los tejidos blandos debajo del mentón, ya que se puede obstruir la vía aérea.

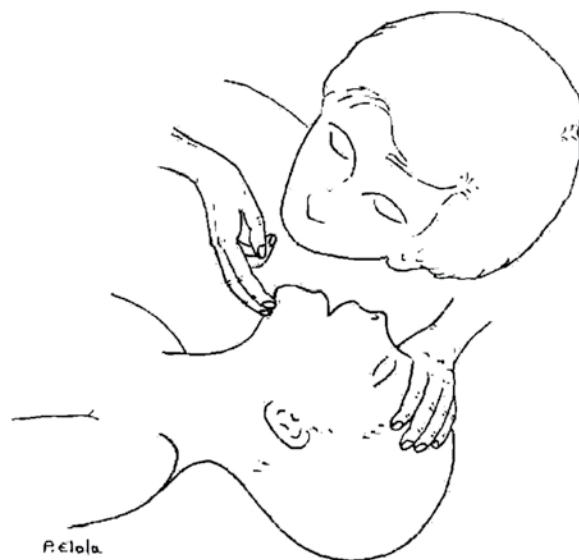


Fig.5. Apertura de vía aérea frente-mentón.

- ✓ Tracción mandibular. Se efectuará por personal sanitario cuando se sospeche lesión cervical. Se debe mantener inmovilización de la columna cervical con alineación de cabeza y cuello, haciendo una tracción de la mandíbula hacia arriba. No se llevará a cabo ya que profesores, familiares y personal no docente no están entrenados para ello.

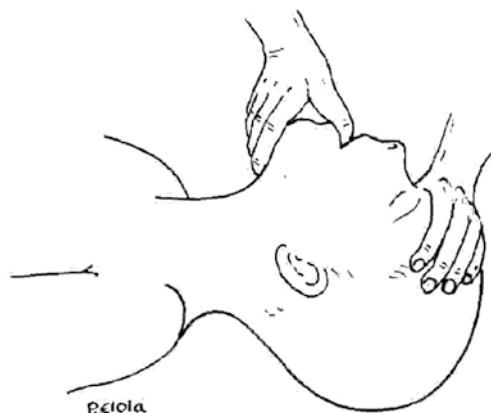


Fig.6. Tracción mandibular



También hay que comprobar que no hay obstrucción de vía aérea y ventilar efectuando una serie de insuflaciones con la boca del reanimador mediante boca-boca. Se deben efectuar 5 insuflaciones lentas, manteniendo en todo momento la apertura de la vía aérea. Una insuflación excesiva puede provocar barotrauma pulmonar o distensión gástrica. De las 5 insuflaciones, por lo menos 2 deben ser eficaces.

Si el tórax no asciende o hay dificultad para introducir el aire en los pulmones, debemos volver a examinar la vía aérea asegurando la apertura de la misma.

Si después de comprobar la vía aérea no se consigue la elevación del tórax, trataremos el caso como obstrucción por cuerpo extraño.

En el niño menor de 8 años, las respiraciones se harán a un ritmo de 12-20 por minuto, mientras que si se trata de un niño mayor de 8 años se harán a un ritmo de 10-12 por minuto.



Fig.7. Ventilación boca-boca

EDAD	FRECUENCIA
Niño < 8 años	18-30
Niño > 8 años	12-16

TABLA 1: Frecuencia respiratoria en el niño según edad

Se debe continuar la reanimación cardiopulmonar básica hasta que:

- ✓ El niño recupere el pulso y la respiración espontánea
- ✓ Se reciba ayuda cualificada
- ✓ El reanimador esté agotado



EDAD	FRECUENCIA DESPIERTO	MEDIA	FRECUENCIA DORMIDO
1 a 8 años	60-140	80	60-90
Más de 8 años	60-100	75	50-90

TABLA 2: Frecuencia cardiaca en el niño según edad.

2. CUADRO RESUMEN RCP BÁSICA

Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automática

Compruebe la respuesta

Sacúdalo suavemente
Pregunte en voz alta: "¿Se encuentra bien?"

Si no responde

Abra la vía aérea y compruebe la respiración

Si no respira normalmente o no respira

Si respira normalmente

Llame al 112; encuentre y traiga un DEA

Comience inmediatamente la RCP*

Coloque sus manos en el centro del pecho
Dé 30 compresiones torácicas:

- Comprima firmemente al menos 5 cm de profundidad a una frecuencia de al menos 100/min
- Selle sus labios alrededor de la boca
- Sopla firmemente hasta que el pecho se eleve
- Dé la siguiente respiración cuando el pecho baje
- Continúe la RCP

RCP 30:2

Colóquelo en posición de recuperación

- Llame al 112
- Continúe valorando que la respiración se mantiene normal

Conecte el DEA y pegue los parches

Siga las indicaciones verbales inmediatamente
Pegue un parche bajo la axila izquierda
Pegue el otro parche bajo la clavícula derecha, junto al esternón
Si hay más de un reanimador: no interrumpa la RCP

Mantenga el sitio despejado y administre la descarga

Nadie debería tocar a la víctima
- durante el análisis
- durante la administración de la descarga

Si la víctima comienza a despertarse: se mueve, abre los ojos y respira normalmente, detenga la RCP. Si permanece inconsciente, colóquelo en la posición de recuperación*.

Publicación Octubre 2010 European Resuscitation Council Secretariat c/o Dr. Edmundo MELIARDI, Bélgica
Referencia del producto: P-001_12_14102_01_01_014 Copyright European Resuscitation Council

192

PROYECTOS DE SALUD ESCOLAR



Soporte Vital Básico Pediátrico

Profesionales sanitarios de servicio



Tras 1 minuto de RCP llame al número de emergencias nacional (ó 112) o al equipo de paro cardíaco



www.erc.edu | www.erc.edu | www.erc.edu

Publicado Octubre 2010 - European Resuscitation Council | Secretariat vzw, Drie Eikenstraat 661, 2650 Diggem, Belgium
Referencia del producto: PEARL_10_Fa05RL3_01_01_AL5 Copyright: European Resuscitation Council



ANEXO IV. BOTIQUÍN ESCOLAR Y TELÉFONOS DE URGENCIAS

1. BOTIQUÍN ESCOLAR

Se puede utilizar cualquier caja de metal o plástico. Es preferible que no tenga llave y se transporte fácilmente. Debe colocarse en un lugar accesible, lejos de una fuente directa de calor y fuera del alcance del alumnado.

Todo el personal del centro debe conocer su localización. Debe haber un encargado que lo revise y reponga los productos gastados o caducados.

CONTENIDO DEL BOTIQUÍN:

- ✓ Gasas estériles
- ✓ Tiritas o apósitos adhesivos, esparadrapo de papel y de tela
- ✓ Suero salino fisiológico
- ✓ Jabón líquido (de pH neutro)
- ✓ Antisépticos: povidona yodada y un antiséptico no yodado tipo clorhexidina para heridas bucales o alergia al yodo
- ✓ Agua oxigenada, para impregnar la gasa en un taponamiento nasal
- ✓ Lápiz de amoníaco
- ✓ Triángulos de tela y vendas para inmovilizaciones
- ✓ Guantes desechables
- ✓ Tijeras de punta redondeada
- ✓ Pinzas
- ✓ Bolsa de gel frío o hielo sintético
- ✓ Termómetro
- ✓ Medicación específica de cada escolar con la indicación médica correspondiente
- ✓ Analgésicos (Paracetamol 500 mg y Apiretal solución oral)
- ✓ Antiinflamatorios (Ibuprofeno 400 mg y Dalsy solución oral)



AGUA OXIGENADA		1 unid
ANALGÉSICOS	Paracetamol 500mg	10 comp
	Apiretal solución	1 bote
ANTIINFLAMATORIOS	Ibuprofeno 400 mg	10 comp
	Dalsy	1 bote
ANTISÉPTICOS	Povidona yodada	1 unid
	Clorhexidina	1 unid
APÓSITOS	Tiritas	1 paq
	Apósitos adhesivos medianos	1 paq
BOLSA DE GEL FRÍO		2 unid
ESPARADRAPO	Papel	2 unid
	Tela	1 unid
GASAS ESTÉRILES		20 paq
GUANTES DESECHABLES (Talla M).		1 caja
INMOVILIZADORES	Triángulos de tela	2 unid
	Vendas (Crepé, Algodón e Hilo)	4 unid de cada
JABÓN LÍQUIDO pH neutro		1 unid
LÁPIZ DE AMONIACO		1 unid
PINZAS		2 unid
SET DE DISECCIÓN: - Tijeras de punta redonda. - Pinzas con y sin dientes de punta recta y curva. - Porta-agujas.		1 unid de cada
SUERO SALINO FISIOLÓGICO		10 unid
TIJERAS		1 unid
TERMÓMETRO		1 unid

2. TELÉFONOS DE URGENCIAS

EMERGENCIAS	061 Y 112
POLICÍA NACIONAL	091
INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA	91 562 04 20
CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO	



ANEXO V. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. PROTECCIÓN DEL MEDIO Y NORMATIVA VIGENTE

1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. PROTECCIÓN DEL MEDIO

La actuación preventiva tiene dos vertientes:

- ✓ La protección del medio con el fin de lograr la mayor seguridad en el entorno.
- ✓ La educación del alumnado en prevención de accidentes para lograr la mayor autonomía posible según las distintas edades, con el máximo de seguridad.

La protección del medio encaminada a lograr un entorno seguro debe contemplar el cumplimiento estricto de la normativa de seguridad vigente, cuyas referencias aparecen en el Anexo V-2.

De un modo general, presentamos aquí una serie de recomendaciones sobre medidas de seguridad en las instalaciones dentro y fuera del recinto del centro escolar, y otras medidas específicas relativas al alumnado de menor edad. La prevención incluye una vigilancia del correcto estado de las instalaciones así como un uso adecuado de éstas.

SEGURIDAD DENTRO DE LOS RECINTOS CERRADOS

El centro escolar debe tener en cuenta las siguientes medidas de protección del medio:

- ✓ No usar abrillantadores para la limpieza de los suelos.
- ✓ Cuidar que siempre haya una buena iluminación, sobre todo en las zonas de trabajo y de paso.
- ✓ Las escaleras deben tener escalones bajos (menos de 17 cm.) y profundos (más de 28 cm.), y deben contar con una buena iluminación, una barandilla fuerte y un pasamanos.
- ✓ Las terrazas, azoteas y balcones tendrán barandillas altas y barrotes con separación de 10 cm. máximo.
- ✓ Las ventanas tienen que tener cierres altos y ser inaccesibles para los pequeños.
- ✓ En los pasillos de anchura menor a 2,50 m. en zonas de uso común, las puertas situadas en el lateral se dispondrán de modo que el barrido de la hoja no invada el pasillo.
- ✓ Las puertas de vaivén situadas entre zonas de circulación tendrán partes transparentes o traslúcidas que permitan percibir la aproximación de personas y que cubran la altura comprendida entre 0,7 m. y 1,5 m. como mínimo.
- ✓ Las grandes superficies acristaladas que se puedan confundir con puertas o aberturas estarán provistas, en toda su longitud, de señalización situada a una altura inferior comprendida entre 850 mm. y 1.100 mm., y a una altura superior comprendida entre 1.500 mm. y 1.700 mm.



- ✓ Las puertas de vidrio que no dispongan de elementos que permitan identificarlas, tales como cercos o tiradores, dispondrán de señalización conforme a lo explicado anteriormente.
- ✓ Los muebles tendrán esquinas romas. Evitar salientes, aristas y pies o bases largas.
- ✓ Hay que instalar un termostato para el agua caliente en los aseos. No debe superar los 54°C.
- ✓ Los servicios tendrán un sistema de seguridad que impida quedarse encerrado.
- ✓ Hay que instalar cristales de seguridad en los lugares dónde se puede chocar.
- ✓ Vigilar el buen estado de las instalaciones en los aseos: baldosas, portarrollos metálicos, colgadores metálicos...
- ✓ Vigilar el buen estado de las instalaciones en el gimnasio: espalderas, espejos y acolchado de columnas.
- ✓ Vigilar estrechamente las instalaciones y aparatos de gas y electricidad.
- ✓ Los productos tóxicos (limpieza, pintura, pegamentos, etc.), así como los medicamentos, se almacenarán fuera del alcance de niños y niñas.
- ✓ Vigilar que los extintores estén en buen estado y en lugares conocidos por todas las personas adultas.
- ✓ Existirán salidas de emergencia bien señalizadas.
- ✓ Tiene que existir un botiquín bien dotado y alguien que se encargue de su mantenimiento (ver ANEXO IV-1).
- ✓ Es obligatorio que exista un plan de seguridad, de evacuación o emergencia. Y hay que realizar periódicamente un simulacro de evacuación.

En escuelas infantiles se recomienda tomar especiales precauciones:

- ✓ Los materiales que se utilicen en los acabados interiores serán adecuados a la edad de los alumnos, evitando superficies rugosas, duras o agresivas, o resaltes de fábrica.
- ✓ Las luminarias estarán protegidas.
- ✓ Los puntos de luz y tomas de corriente de las aulas estarán a una altura de 1,50 m.
- ✓ Se recomienda que la distancia entre ejes de barrotes no sea mayor de 8 cm.
- ✓ Las ventanas serán practicables solo a partir de 1,10 m. de altura.
- ✓ Los cristales de las carpinterías serán de seguridad (3+3 mm.).
- ✓ Todas las puertas de uso por parte de los niños y niñas estarán protegidas de modo que no puedan pillarse los dedos.
- ✓ Las puertas deben diseñarse de modo que al abrirlas se pueda ver si hay un niño detrás.



- ✓ Los aseos tendrán la máxima visibilidad posible desde el aula. La mesa cambiador quedará enfrentada al aula, de tal forma que el educador vea, al mismo tiempo que cambia al niño, lo que pasa en el resto del aula.
- ✓ La sala de cunas tendrá visibilidad desde el aula y las cunas se colocarán de tal manera que al niño se le pueda coger por un lateral.
- ✓ Los radiadores estarán protegidos.

SEGURIDAD FUERA DE LOS RECINTOS CERRADOS

El centro escolar debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ✓ Los edificios del centro tiene que estar rodeados por una verja o valla de 1,5 m. de altura como mínimo.
- ✓ Los patios deben tener zonas separadas para juegos rápidos y lentos. Hay que suprimir las piedras e instalar una zona de arena dedicada al juego para el alumnado de menor edad.
- ✓ En escuelas infantiles, los bordillos de los areneros existentes en los patios serán romos o redondeados. Se dispondrá de una zona de losetas de caucho que amortigüe las caídas.
- ✓ Los toboganes deben llegar al ras del suelo, ser de una sola pieza en la parte descendente y tener barandillas altas laterales.
- ✓ Los columpios deben tener barrotes para que no se puedan acercar otros niños cuando alguien se columpia. Los asientos serán blandos.
- ✓ Hay que vigilar el buen estado de las instalaciones, tanto de las zonas de juegos infantiles (columpios, toboganes...) como de las canchas deportivas (porterías, canastas, redes...).
- ✓ Vigilar también el buen estado de las instalaciones generales: suelos de patios, bancos de madera, alcantarillado, canalones...
- ✓ Hay que tomar precauciones especiales cuando se realicen actividades que entrañen riesgo, como por ejemplo usar protectores (cascos, rodilleras, tobilleras o coderas) y calzado adecuado.
- ✓ En épocas calurosas hay que protegerse del sol con cremas con filtro solar y gorros. Procurar no exponerse a la radiación solar en las horas centrales del día (de 12 a 16 horas).
- ✓ Establecer normas de seguridad en el transporte escolar.
- ✓ Frente a las salidas del centro escolar, en el borde de la acera, debe haber una valla que impida a los niños y niñas invadir la calzada al salir y sufrir un accidente. Su instalación es competencia del Ayuntamiento.



- ✓ Comprobar que los accesos externos al colegio son seguros y tienen las señales de tráfico o señalizaciones oportunas (semáforos, pasos de cebra, señales informativas de existencia de escolares...).

ALGUNAS MEDIDAS PREVENTIVAS CON EL ALUMNADO DE MENOR EDAD

- ✓ No dejar nunca a su alcance objetos cortantes y/o punzantes. Enseñar a los niños y niñas su manejo, no solo con explicaciones, también con el ejemplo. Hay que ser prudente y protegerse las manos.
- ✓ Al vestir o desnudar a los niños y niñas hay que tener cuidado con las cremalleras, que pueden engancharse en la piel y producir desgarros muy dolorosos.
- ✓ Enseñarles el manejo del fuego.
- ✓ Evitar que se expongan al sol directo en épocas calurosas.
- ✓ Tener cuidado con los objetos pequeños que pueden quedar a su alcance y también con los juguetes grandes que puedan desmontarse en trozos pequeños o que contengan pilas.
- ✓ Procurar que no corran, griten, canten o jueguen mientras comen. No hay que forzarles a comer cuando están llorando porque pueden atragantarse.
- ✓ Acostumbrar a los niños y niñas a masticar bien.
- ✓ Evitar que jueguen con bolsas de plástico porque podrían meter dentro la cabeza y asfixiarse.
- ✓ Hay que enseñarles el peligro del mal uso de las medicinas. No engañarles diciendo que son golosinas para que las tomen mejor.
- ✓ Guardar siempre los medicamentos y los productos de limpieza o de jardinería en su envase original y bajo llave.

2. NORMATIVA VIGENTE

Las condiciones de seguridad en los centros educativos están reguladas teniendo en cuenta las condiciones materiales de las edificaciones escolares y también todos aquellos aspectos que de alguna manera puedan tener repercusión directa o indirecta en la seguridad de las personas que desarrollan sus actividades en el centro.

Al margen de los requisitos establecidos por la **Ley Orgánica 2/2006**, de 3 de mayo, de Educación (LOE) y el **Real Decreto 1537/2003**, de 5 de diciembre, por el que se establecen los Requisitos Mínimos de los Centros que imparten Enseñanzas Escolares de Régimen General, los centros educativos deben reunir las **condiciones de higiene, acústicas, de habitabilidad, accesibilidad y seguridad que señala la legislación vigente.**



Cabe destacar la siguiente normativa:

1. **Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales y sus modificaciones.
2. **R.D. 486/1997**, de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en los Lugares de Trabajo.
3. Código Técnico de la Edificación, aprobado por **Real Decreto 314/2006**, de 17 de marzo. Son de especial interés los siguientes documentos:
 - a. Documento Básico de Seguridad en caso de Incendio
 - b. Documento Básico de seguridad de Utilización
4. Reglamento de Instalaciones de protección contra incendios. **R.D. 1942/1993**, de 5 de noviembre.
5. Ley de Promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas de la Comunidad de Madrid. **Ley 8/1993**, de 22 de junio, y modificaciones posteriores.
6. **Decreto 13/2007**, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de Promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas





ANEXO VI. HOJA DE REGISTRO DE ACCIDENTES Y LESIONES EN LOS CENTROS ESCOLARES

Centro escolar.....

Periodo.....

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
NIÑO				
NIÑA				
EDAD:				
• Entre 3 y 5 años				
• Entre 6 y 10 años				
• Entre 11 y 15 años				
LUGAR :				
• Gimnasio				
• Patio				
• Otros (especificar)				
LESIÓN:				
• Contusión				
• Esguince				
• Otros (especificar)				
ACCIDENTE:				
• Caída				
• Golpe				
• Otros (especificar)				
CUIDADOS APLICADOS				
NIVEL DE CAPACITACIÓN DEL DOCENTE				
• Alto				
• Medio				
• Bajo				
CURA IN SITU O DERIVACIÓN				



ANEXO VII. CUESTIONARIO VALORACIÓN CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS

1. Ante un niño con sospecha de lipotimia, debo:
 - a. Aflojar cualquier prenda que comprima cuello, tórax o cintura
 - b. Si se marea sentarle con la cabeza entre las piernas
 - c. Tumbarle levantándole los pies
 - d. Todas son correctas**
2. Ante una pérdida de conocimiento y sospecha de epilepsia:
 - a. Nunca lo movilizaré y lo dejaré en el mismo sitio en que lo encontré
 - b. Movilizaré al niño/a hasta un lugar seguro**
 - c. Meteré mis manos en su boca para evitar que se muerda la lengua
 - d. Lo agarraré fuertemente para que no se golpee durante las convulsiones
3. ¿Cuándo finalizaré la Reanimación Cardiopulmonar? Señale la falsa:
 - a. Cuando el reanimador está agotado
 - b. Cuando la persona recupera la respiración
 - c. A los 10 minutos de Reanimación Cardiopulmonar sin respuesta**
 - d. Cuando llega ayuda
4. Ante un paciente con pulso pero que no respira:
 - a. No tengo que hacer nada ya que su corazón está funcionando
 - b. Debo avisar a un servicio de urgencias y esperar
 - c. Debo realizar el boca-boca a un ritmo aprox. de 10-12 respiraciones por minuto**
 - d. Debo realizar el boca-boca a un ritmo aprox. de 20-25 respiraciones por minuto
5. ¿Cuándo finalizaré una Reanimación Cardiopulmonar Básica?
 - a. Cuando la persona recupere el pulso
 - b. Cuando la persona recupere la respiración**
 - c. Ninguna es correcta
 - d. a y b son correctas
6. Ante una Parada Cardiorrespiratoria, señale la falsa:
 - a. Debo zarandear a la persona por los hombros
 - b. Debo llamarle, por su nombre si lo conozco
 - c. Debo ponerlo en posición lateral de seguridad**
 - d. Debo visualizar su pecho y ver si respira
7. ¿Cuál será el orden correcto de actuación ante una Parada Cardiorrespiratoria?
 - a. Comenzaré la RCP y pediré ayuda
 - b. Abriré la vía aérea, ventilaré y realizaré compresiones cardiacas
 - c. Compresiones cardiacas, apertura de vía aérea, ventilación**
 - d. Posición lateral de seguridad



8. La relación compresión/ventilación es:
- a. 15:2
 - b. 20:2
 - c. 30:2**
 - d. Da lo mismo mientras mantengas un ritmo constante
9. En el masaje cardiaco debo:
- a. Seguir un ritmo de 100 compresiones por minuto**
 - b. Seguir un ritmo de 60 compresiones por minuto
 - c. Poner mis manos en la boca del estómago
 - d. No dejaré que se expanda totalmente el tórax
10. ¿Conoces el protocolo o secuencia de actuación ante una Parada Cardiorrespiratoria?
- a. No
 - b. Sí
 - c. Sí, pero no sería capaz de ponerlo en práctica
 - d. No sé identificar una parada cardiorrespiratoria
11. Considero que este curso ha sido claro, importante y necesario para mi labor docente diaria:
- a. Muy de acuerdo
 - b. Bastante de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Bastante en desacuerdo
 - e. Muy en desacuerdo

CAPÍTULO VIII

CUIDADOS BUCODENTALES



Mirian García Martínez
Diplomada en Enfermería

Elena Ferreras Palomera
Diplomada en Enfermería

Vanesa Caso Alvarez
Diplomada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO VIII

1.	INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN	207
2.	OBJETIVOS	209
3.	METODOLOGÍA	210
4.	MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS	212
5.	CURRICULUM.....	213
6.	BIBLIOGRAFÍA	214
7.	ANEXOS.....	215
	• ANEXO I. Contenidos teóricos y prácticos de las sesiones a niños, padres y docentes.....	215
	• ANEXO II. Video “Érase una vez... la vida -la caries-“	222
	• ANEXO III. Contenido dirigido a niños de 6 años.....	223
	• ANEXO IV. Carta modelo convocando a los padres.....	224
	• ANEXO V. Díptico	225
	• ANEXO VI. Dibujos para colorear	226



1.

INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN

La cavidad bucal es uno de los órganos fundamentales en el organismo humano. Sus funciones tienen una gran importancia. A través de ella, la persona se alimenta y favorece su desarrollo y crecimiento durante toda su vida.

De este órgano dependen muchas funciones vitales físicas y psíquicas: chupar, masticar, insalivar, tragar, saborear, los gestos, la palabra, las sonrisas y, en todo ello, tienen un papel importante los dientes.¹

En consecuencia su conservación y mantenimiento resultan imprescindibles. Por lo tanto sus cuidados y autocuidados deben practicarse desde la edad más infantil.

La falta de higiene y cuidados específicos ocasionan enfermedades buco-dentales y, estas, son unas de las afecciones más usuales y extendidas especialmente en países desarrollados. Por ejemplo, las caries y las enfermedades periodontales aparecen en la infancia y van en aumento en la edad adulta.

Estas enfermedades se inician mayoritariamente en la infancia, siendo la caries una de las más frecuentes. En la edad escolar los dientes son más vulnerables. Por esta razón la gran importancia de impartir un plan de salud buco-dental que disminuya la aparición de las mismas y aumente el conocimiento de niños y padres a cuidar su boca.

La frecuencia de estas patologías aumenta progresivamente en nuestra sociedad debido en parte al tipo de alimentación rica en azúcares refinados y, por supuesto, a la falta de higiene. Sin embargo, se puede hacer mucho por la salud buco-dental si adoptamos, desde la infancia, hábitos sanos como son restringir el consumo de productos azucarados y una correcta higiene buco dental para mantenerla saludable.

Hay que tener en cuenta que la infección en los dientes puede extenderse al resto del organismo causando diferentes enfermedades en otros órganos.

Las enfermedades de la boca representan un grave problema de Salud Pública por su frecuencia, por sus consecuencias y por las repercusiones socio-económicas que conllevan.

En España, los estudios realizados en escolares de 6 a 15 años, demostraron que los porcentajes de caries fueron alrededor de un 73%.¹

Los dientes cuando erupcionan tienen un esmalte inmaduro que se va consolidando a lo largo de los dos o tres años posteriores, este periodo de tiempo es el más susceptible para la producción de caries. Los dientes permanentes comienzan a brotar entre los 6 y los 12 o 14 años excepto las “muelas del juicio” que erupcionan a partir de los 17 años.

Por todas estas razones, el periodo de la niñez es el más adecuado para establecer hábitos de alimentación e higiene saludables y vigilar estrechamente la salud buco dental.



La Promoción de la salud buco-dental en la edad escolar tiene un gran valor en la conservación de la boca y los dientes durante toda la vida de la persona. Con medidas sencillas y baratas realizadas desde la edad infantil se pueden prevenir las principales enfermedades buco dentales.

Las intervenciones de promoción de la salud en el centro educativo resultan eficaces en la transmisión de conocimientos para los cuidados. El desarrollo de actividades grupales y de apoyo son positivas en la toma de decisiones para la salud.

Por todo ello y dada la probada eficacia de las medidas preventivas, la mayor parte de los países occidentales han puesto en marcha programas de prevención de las enfermedades buco dentales.





2.

OBJETIVOS

General:

Promover la salud buco dental en niños de edad escolar en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Específicos:

- ✓ Enseñar la técnica de correcto cepillado.
- ✓ Recomendar la posibilidad de realizar la higiene en el mismo centro escolar.
- ✓ Recomendar las revisiones periódicas al dentista, al menos una vez al año.
- ✓ Realizar una intervención educativa con la participación del profesorado.
- ✓ Realizar una intervención educativa con los padres y niños.



3.

METODOLOGÍA

El plan se realizará en el periodo escolar que se considere en función de la planificación que realice la Fundación de la Enfermería de Cantabria del Colegio de Enfermería.

Se considera una actividad comunitaria en el contexto del lema de “*Cuidamos de tu salud: Cuida tu boca*” del Colegio de Enfermería.

Está dirigido a niños de la Comunidad de Cantabria, impartándose en los centros escolares de dicha comunidad a niños de 6 años.

Asimismo se realizarán intervenciones con los docentes y con los padres por entender que está justificado como miembros de la comunidad escolar.

Los contenidos teóricos y prácticos están recogidos en ANEXO I

En función de las directrices de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, este proyecto-programa se dirigirá a los escolares de los colegios que se establezca.

Constará de actividades dirigidas a tres grupos poblacionales en el contexto escolar.

1. La actividad dirigida a los niños se realizará en forma de taller. En el aula, se comenzará con la visualización de un video (ANEXO II) y una exposición didáctica con los utensilios apropiados y en la zona de lavabos para la instrucción práctica o taller. Posteriormente, en el aula, se realizará la comprobación del correcto cepillado con el material adecuado (película de contraste) y el uso de la seda dental o cepillos interdetales.

Dicha actividad tendrá una duración aproximada de no más de dos horas.

El contenido de las sesiones recogido (ANEXO III)

2. La actividad orientada a los docentes y profesorado irá encaminada a mejorar y ampliar sus conocimientos teóricos y prácticos, con una duración de 1 hr. 30´

Se realizará, la teoría con una exposición y la práctica con una demostración con el material adecuado.

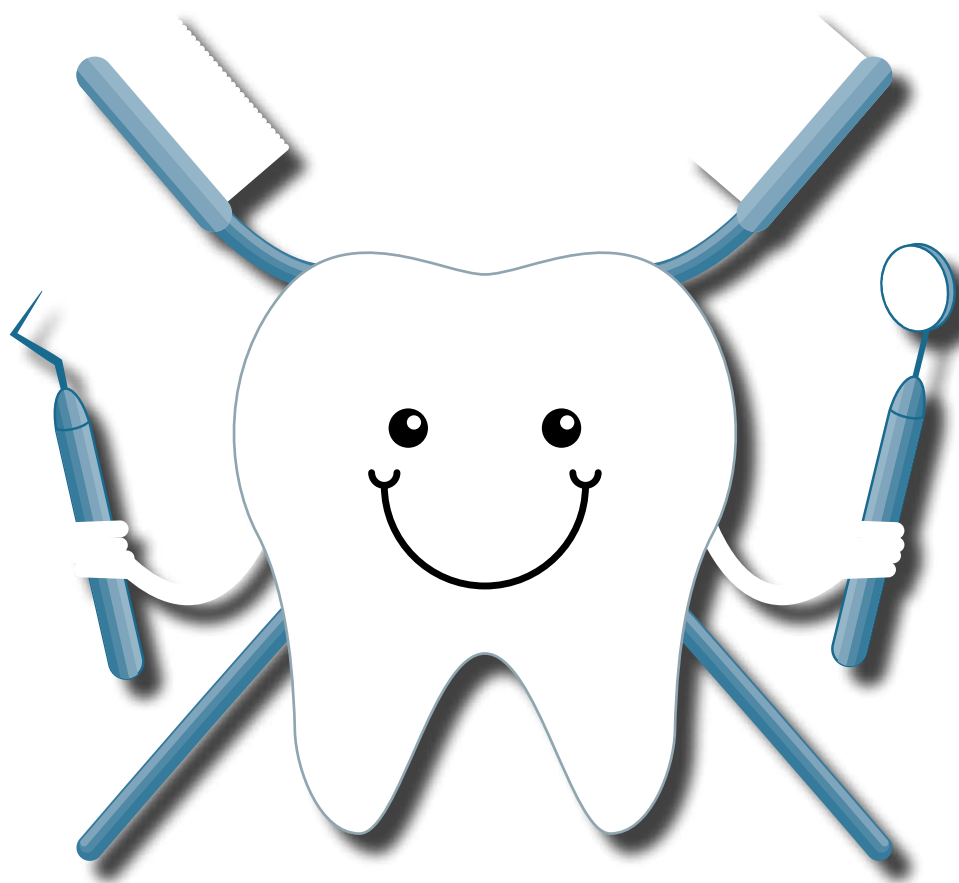
Será eminentemente participativa para resolver las cuestiones necesarias.

El objetivo general es el fomento de los cuidados en el alumnado.

3. La intervención dirigida a los padres, estará orientada a conocer la teoría de la cavidad buco dental, su importancia como órgano del cuerpo, sus funciones y de sus cuidados.

Orientar sobre las prestaciones que, en este sentido, oferta el Servicio Cántabro de salud (<http://www.saludcantabria.es/index.php?page=plan-de-salud-bocodental>)

Recomendar la necesidad de acudir a una consulta de odontología. La duración será de 1 hr. 30´.



El objetivo general estará orientado a inculcar la necesidad de dedicar un tiempo a sus hijos para la realización de una higiene correcta y los cuidados generales.

Se les convocará a través del consejo escolar con una carta ANEXO IV (dirigida a todos los padres).

Los padres que no acudan se les enviará una nota resumen con los cuidados recomendados. Se elaborará un vídeo que queda a disposición para si se requiere enviar otra información a los padres.

En las intervenciones con docentes y padres el taller se realizará en la misma aula. Se realizará una evaluación verbal cualitativa en los tres grupos, niños, padres y docentes, registrando sus comentarios, aportaciones, ideas, sugerencias... de cada uno de los grupos con propuestas de mejora.

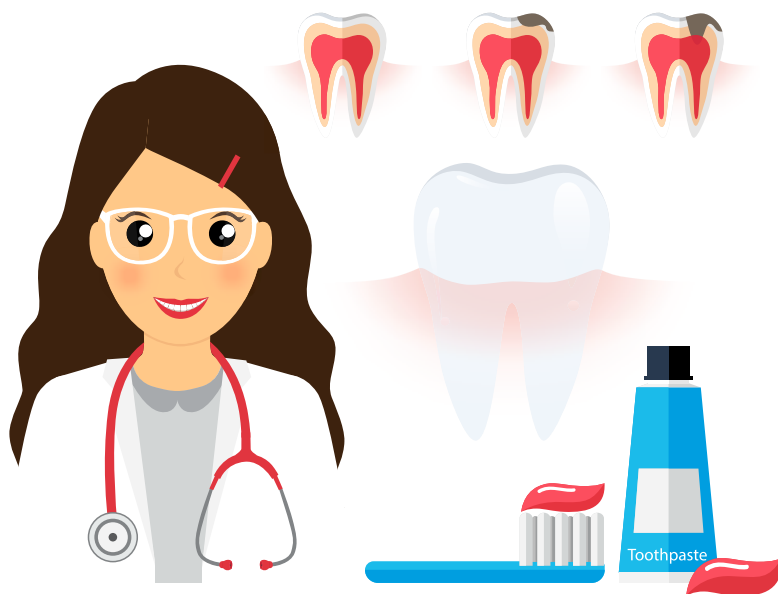
Esta tarea lo hará una de las profesionales. La otra profesional dinamizará las intervenciones. Se intentará conseguir el máximo de aportaciones con el fin de mejorar la calidad de la actividad.

Asimismo, dentro de la evaluación, se registrará la opinión de las profesionales que han impartido la actividad. También se registrará los datos cuantitativos: nº de asistentes, tiempo dedicado, etc.



4. MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

Medios disponibles	Medios necesarios	Coste (€)
Maqueta de la cavidad bucal	Aula y habitación con lavabos	
Cepillo para la técnica	kit de cepillo y dentífrico individual para cada niño	
	Vasos de plástico para cada niño y servilletas	
	Pastilla de tinción	
	Seda y cepillos interdentaes	
	Díptico para los niños	
	Carta Informativa para los padres	
	Espejo de mano	
	Reloj de arena	
	Lapices de colores y laminas con dibujos para rellenar	
	Proyector para visualizar video y power point	
	Tres profesionales de enfermería.	
	Desplazamientos	
	Pulseras tela	





5.

CURRICULUM

MIRIAN GARCÍA MARTÍNEZ

- ✎ Diplomada Universitaria de Enfermería.
- ✎ Técnico Superior en Documentación Sanitaria.
- ✎ Diversos cursos de formación continuada, entre ellos de educación infantil.
- ✎ Diversos trabajos de investigación su presentación en congresos y otros foros.
- ✎ Inglés, nivel medio.

ELENA FERRERAS PALOMERA

- ✎ Diplomada Universitaria de Enfermería.
- ✎ Técnico Superior en Documentación Sanitaria.
- ✎ Diversos cursos de formación continuada entre ellos de educación infantil.
- ✎ Inglés, nivel medio.

VANESA CASO ÁLVAREZ

- ✎ Diplomada Universitaria de Enfermería.
- ✎ Técnico Superior en Documentación Sanitaria.
- ✎ Diversos cursos de formación continuada.
- ✎ Inglés, nivel medio.

Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de prescolares en España 2007.RCOE. 2007; 12: 143-168.



6.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varón García, t; del Pino Bermúdez, M.C.; Ayuso Moreno, c.; Diéguez Valencia, e.; Pascual Codeso, Fco. J.; Lozano Molina, M.; Escalera de Andrés, c.; Lozano Navarrete, M.; Sanjuán Lozano, P.; García Sádaba, I.; Cebrián Valero, T.; Bello Moreno, F.; Gálvez García, J.; de la Guerra Irazu, S.; López Pérez, P.; Barrero García, M.I.; Fernández-Regatillo Ruiz, I.M.; Moreno Roldán, a. (2003): Propuesta didáctica. Promoción de la salud bucodental en el ámbito escolar “programa aprende a sonreír”. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla.
2. Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP). Info padres: 10 preguntas para la caries dental. [Consultado el 16/enero/2012.] Disponible en: [http://www.odontologiapediatrica.com/10 preguntas sobre las caries](http://www.odontologiapediatrica.com/10_preguntas_sobre_las_caries)
3. Plan de salud bucodental Gobierno de Canarias. [Consultado el 14/enero/2012.] Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/.../docs/.../salud_bucodental_rceps.pdf
4. Libro Blanco: Encuesta Poblacional. La Salud Bucodental en España 2010. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. [Consultado el 20/enero/2012.] Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_61345_FICHERO_NOTICIA_14850.pdf
5. Portal de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. [Consultado el 25/enero/2012.] Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es>
6. Portal de odontología para bebés. [Consultado el 25/enero/2012.] Disponible en: <http://www.odontologiaparabebes.com>
7. Guía para la atención de la salud bucodental en Asturias. Consultado el 25/enero/2012.] Disponible en: <http://asturias.es>
8. Consejería de sanidad y consumo Junta de Extremadura. Consultado el 25/enero/2012.] Disponible en: <http://www.spapex.es>
9. Consejería de Sanidad de Cantabria Consultado el 25/enero/2012.] Disponible en: <https://www.saludcantabria.es/index.php?page=plan-de-salud-bucodental>



7.

ANEXOS

ANEXO I. CONTENIDOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LAS SESIONES A NIÑOS, PADRES Y DOCENTES

CONTENIDOS TEÓRICOS. INTRODUCCIÓN DE LA ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS BUCODENTALES.

Aparato digestivo humano:

El aparato digestivo de los seres humanos está formado por un conducto a lo largo del cual se disponen diversos órganos y estructuras que son atravesados por el alimento durante su proceso de transformación, más las partes por las que pasa la porción sólida de los alimentos para ser expulsada como desecho. También se encuentra formado por otros órganos que intervienen en los digestivos aportando los jugos necesarios. Las partes básicas del aparato digestivo humano son la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Por su parte, las glándulas que segregan los jugos digestivos son las glándulas salivales, las glándulas gástricas, el páncreas, el hígado y, asociados a este último, la vesícula biliar y los conductos biliares.

La boca conforma la apertura anterior del aparato digestivo y es la cavidad por la que penetra el alimento. Sus funciones están relacionadas con la de la digestión y la respiración aunque también interviene en la articulación de palabras y los sonidos. En los seres humanos, la boca está formada por dos cavidades: la cavidad bucal, entre los labios y mejillas y el frontal de los dientes, y la cavidad oral, entre la parte interior de los dientes y la faringe. La boca se encuentra rodeada por dos pliegues de piel llamados labios, el paladar, el suelo de la boca, la lengua, las piezas dentarias y las encías. Como anteriormente hemos citado dentro de la boca se encuentran los dientes, con importantes funciones, por eso la importancia de su cuidado.

La lengua está formada principalmente por músculos que permiten moverla con facilidad, y se extiende desde la parte posterior de la boca hacia los labios. En la cavidad bucal desembocan las glándulas salivales, que segregan saliva, cuyas funciones son: actuar de lubricante, destruir parte de las bacterias ingeridas con los alimentos, comenzar la digestión química de los glúcidos mediante una enzima. En el sentido del gusto, la lengua está recubierta por unas 10.000 papilas gustativas, que se agrupan en áreas sensibles a los sabores dulces, agrios, salados y amargos.

Los dientes son estructuras duras, calcificadas, sujetas al maxilar superior e inferior, es decir, son las piezas duras la boca. Sus elementos son el esmalte, dentina, cemento y pulpa. Estos tienen dos partes: la corona que es la parte que vemos por encima de la encía y la raíz que es la parte del diente que se sujeta dentro de la encía y es la parte del diente que no podemos ver. Cada persona recibe dos denticiones a lo largo de su vida. Los primeros dientes de los niños, llamados dientes temporales o dientes de leche, empiezan a salir a los 6 meses de edad



aproximadamente y salen durante más o menos dos años. Un niño de dos años y medio debe tener 20 dientes, 10 superiores y 10 inferiores. Los dientes permanentes se forman debajo de los dientes temporales. Cuando están bien formados y listos para salir, estos dientes nuevos empujan contra las raíces de los dientes de leche, haciéndolos caer. Esto sucede entre los 6 y 12 años. Estos dientes son para toda la vida, por eso es tan importante cuidarlos de forma adecuada. Los 20 dientes permanentes reemplazan a los 20 dientes temporales. Además, 12 dientes salen detrás, los molares. Así aumenta el número de dientes de un adulto a 32. Un niño de 6 años debe tener 20 dientes, aproximadamente, de 8 años debe tener 24 dientes, aproximadamente, de 14 años debe tener 28 dientes aproximadamente y un adulto debe tener unos 32 dientes aproximadamente.

Su función fisiológica principal es la masticación: se tienen dientes con distinta forma: unos cortan los alimentos, otros los rasgan y otros los trituran y desmenuzan. Cada uno cumple su función así bien, los incisivos (sirven para cortar los alimentos), los caninos (sirven para desgarrar), los premolares y los molares (sirven para triturar y desmenuzar). Entre todos los órganos se prepara la comida para poder tragarla más fácilmente. Por ello es importante cuidarlos y que puedan cumplir perfectamente su misión: la masticación, la fonación y la estética.

Si los cuidados y autocuidados son deficientes se producen algunas enfermedades, como p.e.:

La caries, es una enfermedad que pueden padecer los dientes y que termina por destruirlos. Se puede producir por varias causas. Una de las más importantes es la falta o el mal de cepillado de los mismos. Cuando se quedan restos de comida, especialmente de dulces, hacen que haya más bacterias en la boca. Estos restos de alimentos, junto con las bacterias que ya tenemos fisiológicamente en la boca, se pegan a los dientes, se introducen en los espacios interdientales y forman lo que se llama «placa bacteriana», que si no se elimina correctamente será el comienzo de la caries.

El sarro, su aparición está producida por residuos que se forman por la comida, por la saliva, por las bebidas, el tabaco, etc. que producen una capa calcárea que embadurna los dientes y los ensucia. A esta placa de color oscuro se le llama sarro.

La gingivitis, significa inflamación de encías, es la etapa inicial de la enfermedad de las encías y la más fácil de tratar. La causa directa de la gingivitis es la placa que es una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias que se deposita constantemente sobre los dientes y encías. Puede observarse sangrado durante el cepillado, al usar el hilo dental o incluso de manera espontánea. En esta primera etapa de la enfermedad, el daño puede revertirse, ya que el hueso y el tejido conectivo que sostiene los dientes en su lugar todavía no han sido afectados.

Periodontitis: En esta etapa, el hueso y las fibras que sostienen los dientes en su lugar sufren daños irreversibles. Se forma una bolsa debajo del borde de las encías, donde quedan atrapados los alimentos y la placa. El tratamiento dental adecuado y una atención en el hogar más cuidadosa, generalmente, ayudan a prevenir daños mayores.



Las mal oclusiones, se producen cuando los dientes no están correctamente alineados y cierran mal. Pueden producirse por múltiples causas, aquellas que no son de origen hereditario pueden evitarse evitando que los niños se chupen el dedo, empujen la lengua contra los dientes, comersse las uñas, morder o masticar objetos que produzcan desgaste en los dientes, entre otras.

El flúor es un micromineral presente en la naturaleza y en nuestro organismo donde cumple funciones tan importantes como el fortalecimiento de los dientes y los huesos.

El cuerpo humano necesita poca cantidad, pero esto no significa que no sea importante. Colabora en la formación del esmalte dental.

El flúor tiene agentes antibacterianos y colabora en la prevención de caries dental, por ello es excelente para proteger los dientes de todas las personas, sean pequeños o mayores, aunque los primeros son los más beneficiados, ya que sus dientes están en formación.

Las principales fuentes de flúor se encuentran en el agua potable, el pescado, los mariscos y algunas verduras como la col y las espinacas, el trigo, el tomate, los espárragos, el arroz, las uvas, el té...también encontramos en el mercado la sal fluorada y yodada, que es la más recomendable para nuestra salud. El dentífrico también es una fuente que aporta flúor a nuestros dientes.

La aplicación tópica de flúor es un procedimiento dental preventivo, en el que el odontólogo aplica la mencionada sustancia sobre las piezas dentarias, para evitar futuras lesiones de caries dental. Ha sido comprobado que:

- ✓ Hace más resistente al esmalte de los dientes
- ✓ Elimina las bacterias que producen la caries dental
- ✓ Evita que los dientes sean dañados por la acción de las bacterias y los ácidos que estas producen luego de que comemos y no nos cepillamos adecuadamente los dientes

Se recomienda aplicar flúor en el consultorio dental, con el especialista de odontología dependiendo del riesgo de caries de cada persona, siempre bajo la supervisión de un profesional con el fin de evitar efectos indeseados. La aplicación del flúor también es un procedimiento sencillo y que no produce molestias ni a los niños ni a los adultos.

El flúor puede aplicarse de forma sistémica (ingerido en el agua de bebida, en la sal, en comprimidos o en gotas) o en forma tópica: pastas dentales fluoradas, colutorios, geles, barnices...).

La forma más extendida de utilización del flúor tópico son las pastas dentales fluoradas:

- ✓ En los niños y niñas menores de 4 años, el cepillado debe hacerse sin pasta dentífrica.
- ✓ En los niños y niñas menores de 6 años, hay que supervisar bien el cepillado, mirando que la cantidad de dentífrico fluorado no sea mayor del volumen de un guisante, y es recomendable utilizar pasta de dientes de baja dosis.



TRATAMIENTO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

- ✓ Se debe de mantener una higiene dental adecuada, cepillándose los dientes más de dos veces al día.
- ✓ Los cepillos dentales deben de ser pequeños y debe de tener las cerdas suaves y redondeadas, permitiendo acceder a todos los rincones de la dentadura.
- ✓ Cambié de cepillo cada 2 ó 3 meses.
- ✓ La pasta dental se recomienda fluorada.
- ✓ Como los cepillos dentales no llegan a ciertos espacios interdentarios se recomienda el uso de hilo dental para limpiar estas zonas oscuras.
- ✓ Se recomienda una consulta con el odontólogo o higienista dental cada 6 meses para hacerse una limpieza profunda y un examen oral.
- ✓ No comer dulces o productos azucarados.
- ✓ No fumar.

ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS DE LA BOCA

Una boca y unos dientes sanos mejoran el aspecto de la cara y la salud general. La clave para tener una sonrisa sana está en el cuidado de la salud de su boca con:

- ✓ Una alimentación saludable, sin tomar alimentos y bebidas azucarados fuera de las comidas.
- ✓ Una buena higiene dental, cepillando los dientes y la lengua después de las comidas, pasta dentífrica fluorada.
- ✓ Las medidas preventivas como los colutorios fluorados y los tratamientos recomendados.
- ✓ La vigilancia periódica de su salud dental.

La Alimentación es la forma de proporcionar al organismo los alimentos indispensables para mantener la salud. Esto es un acto voluntario, consciente y educable e influido por factores socioeconómicos, culturales, religiosos y psicológicos.

La alimentación tiene una demostrada relación con la salud de las personas. Así, una alimentación sana, variada y equilibrada, rica en antioxidantes (presentes en fruta, verdura y productos a base de cereales) contribuirá a mejorar la salud general de la persona y a prevenir la caries dental

No todos los alimentos que contienen azúcares son igualmente cariogénicos, es decir, capaces de producir o inducir la producción de caries. Los azúcares simples (como la sacarosa, glucosa, etc.) presentes en las golosinas, las bebidas carbonatadas (no dietéticas) como las bebidas gaseosas, los jarabes, el azúcar de mesa, entre otros, representan los alimentos más cariogénicos en la actualidad. La leche tiene al mismo tiempo factores favorecedores de la caries (lactosa) y otros que



son protectores (caseína, etc.), estando estos efectos equilibrados, siempre que se tome sin añadirle azúcar.

En la capacidad de producir caries, además de la composición de los alimentos, influye el tamaño, la textura (sobre todo la pegajosidad), la frecuencia y el modo en que se toman (en las comidas o entre comidas).

Cuanto más a menudo se tomen azúcares y más tiempo permanezcan estos en la boca, aumenta la probabilidad de que se dañe el esmalte de los dientes. Esto es debido a que los ácidos que producen las bacterias existentes en la placa dental cuando metabolizan los azúcares, agreden la superficie del esmalte. La ingestión frecuente de azúcares favorece además el predominio en la boca de bacterias con mayor capacidad de producir ácido.

Los alimentos y bebidas azucaradas tomadas en las comidas son menos perjudiciales para los dientes que los que se consumen entre ellas, ya que el bolo alimentario arrastra gran parte de los azúcares hacia el estómago, evitando su permanencia en la boca.

El azúcar y los dulces han sido considerados durante mucho tiempo los principales causantes de la caries, pero realmente no son los únicos responsables. Los alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (almidón) como las legumbres, las verduras ricas en almidón, los panes y cereales integrales son los que causan el mayor deterioro, ya que se adhieren a los dientes y los ácidos que forman permanecen mayor tiempo en contacto con el esmalte en lugar de ser eliminados por la saliva. Con la fruta seca, rica en azúcares simples, ocurre lo mismo que con los alimentos ricos en almidón. Los zumos ácidos, como el de naranja, pomelo y otros, también contribuyen al deterioro dental, debido a sus niveles de acidez y alto contenido en azúcares simples.

Sin embargo, no por ello debemos evitar estos alimentos; lo realmente importante es no tomarlos entre horas y no descuidar nuestra higiene bucal.

Nuestros consejos con respecto a la alimentación para que su hijo/a tenga una boca sana son:

- ✓ No ofrecer azúcares refinados antes de los dos años de edad (golosinas, chicles, galletas, croissants, pan dulce, chocolates, helados, etc).
- ✓ Evitar la alimentación nocturna (biberón o pecho) a partir de la erupción del primer diente o realizar la higiene bucal después de la toma nocturna.
- ✓ Evitar el uso del biberón con líquidos que no sean agua.
- ✓ Una costumbre muy perjudicial para los dientes y que debemos evitar es la de endulzar los chupetes con azúcar, miel o leche condensada.
- ✓ El gusto también se educa. Desde pequeños, debemos enseñar a los niños hábitos alimentarios adecuados proporcionándole una dieta variada y equilibrada.
- ✓ Incluir en cantidades adecuadas los siguientes nutrientes esenciales: calcio, fósforo, magnesio y vitaminas C y D; lo que se consigue llevando a cabo una alimentación equilibrada y saludable



- ✓ Eliminar alimentos con sacarosa entre comidas. De no ser posible, realizar la higiene bucal inmediatamente después. Para el recreo o la merienda es más sano sustituir los alimentos dulces por bocadillos o fruta
- ✓ Reducir la ingesta de “azúcares ocultos”: zumos industriales, bollería (croissants, galletas), yogures líquidos, pan de molde suave, patatas fritas, embolsados, colas, etc.
- ✓ Reducir el consumo de azúcar: Hay alimentos que son especialmente perjudiciales para los dientes: todos aquellos que contienen azúcar (pasteles, chocolates, helados, bombones, caramelos, bollos, refrescos, zumos envasados..). La asociación entre consumo de azúcar y caries está ampliamente demostrada. Es importante evitar en el niño un excesivo gusto por las cosas dulces. Cuanto más a menudo coma el niño cosas dulces, más se “aficiona a ellas” y más dañino es para sus dientes. Hay que reducir el número de veces que come dulces como máximo a tres veces al día y preferentemente después de las comidas.
- ✓ No conviene tener en la mesilla de noche bebidas que no sean agua (zumos u otras bebidas azucaradas y leche, que contiene un azúcar llamado lactosa).
- ✓ Si en un momento dado no se dispone de cepillo de dientes tras una comida, tomar goma de mascar sin azúcar puede ayudar a prevenir la caries ya que estimula la producción de saliva que ayuda a eliminar los ácidos de los dientes.
- ✓ Los abuelos y amigos tienden a regalarles cosas dulces o chocolates si esto ocurre con demasiada frecuencia debemos comentárselo para que lo sustituyan por otra cosa.

Todo esto no quiere decir que los niños no deban tomar dulces. Todos sabemos que es algo que les atrae y sería imposible eliminarlos pues su presencia es constante a través de la publicidad, comercios etc. Pero podemos reducir el número de veces que el niño come dulces y sobre todo establecer momentos concretos, que nunca deben ser entre comidas sino después de éstas, cuando el azúcar posee menos poder cariogénico debido a la capacidad de la saliva para neutralizar los componentes que producen caries. Además así podemos evitar la falta de apetito a la hora de comer.

ALIMENTOS ACONSEJADOS Y CUIDADOS ALIMENTICIOS

- ✓ Verduras y hortalizas: Todas, aconsejada una ración diaria en crudo (ensalada).
- ✓ Bebidas: Agua, caldos, infusiones y zumos naturales, bebidas refrescantes no azucaradas.
- ✓ Grasas: Aceites de oliva y semillas (girasol, maíz, soja...), mantequilla, margarinas vegetales.
- ✓ Frutas frescas o frutos secos, no producen caries aunque contengan azúcar, si tener cuidado con las frutas en almíbar y las frutas secas como dátiles..
- ✓ Cuidado con los azúcares “ocultos” de helados, yogures azucarados, refrescos, batidos y con los alimentos pegajosos como golosinas, miel, chocolate ... ya que están más tiempo en contacto con los dientes.



- ✓ Cereales, patatas y legumbres
- ✓ Carnes, pescado, huevos y sus derivados: Preferiblemente las carnes que contienen menos grasa.
- ✓ Leche y lácteos: Leche, cuajada, yogur y otras leches fermentadas preferiblemente no azucaradas y quesos.

TALLER PRÁCTICO

Sería conveniente contar con la presencia del docente que les corresponda.

Los contenidos deben estar adaptados a sus edades.

Se les incentivará con actividades adecuadas a su edad que motiven la práctica de hábitos dentales saludables.

Tras la sesión educativa, se les entregará un díptico (Anexo V) con las recomendaciones para una buena salud bucal que los niños entregaran a sus padres. Estas recomendaciones serán específicas para los niños de la edad que estamos tratando.

Si fuera posible, y si el docente lo considera, pueden realizar diferentes ejercicios para mejorar el conocimiento acerca de los dientes y del cepillado.

Mantener la práctica del cepillado en el centro tras la comida.

Contenidos específicos para la sesión con los padres de este grupo de niños.

- ✓ Dar un buen ejemplo. Al cuidar usted sus propios dientes el niño recibirá el mensaje de que la salud bucal es algo importante.
- ✓ Todo lo que haga de la higiene dental una tarea divertida, como cepillarse los dientes junto con sus hijos o permitirles elegir sus propios cepillos dentales, fomenta una higiene bucal apropiada.
- ✓ El niño comenzara a utilizar el cepillo dental para introducir el hábito de higiene desde que comienza a caminar, pero hasta los seis años el cepillado debe ser completado por los padres o adultos responsables, porque no tienen la capacidad motora suficiente para realizar una correcta eliminación de los restos de comida.

1.- Introducción

Cuando comemos o tomamos dulces o chucherías las bacterias que tenemos en la boca se hacen fuertes fijándose en los dientes y destruyéndolos poco a poco.

Los dulces o chucherías que más les gustan a las bacterias son todos aquellos que contienen azúcar como: caramelos, chicles, chocolate, helados, pasteles, bollos, leche condensada y refrescos embotellados. En esto radica la importancia no abusar de ellos y si se toman, recordar que siempre hay que cepillarte los dientes.



2.- Técnica de cepillado.

Explicación práctica con la maqueta simultáneamente con los niños.

Explicar los utensilios necesarios

El cepillado debe realizarse:

1. Poniendo el dentífrico en el cepillo. La cantidad de dentífrico debe ser del tamaño de un guisante. Tipos de dentífrico. Edades.
2. Siempre de arriba hacia abajo, nunca en horizontal porque se desgastan las `ranuritas´ de las piezas dentarias.
3. Después las cavidades de los molares con el cepillo en posición horizontal, para vaciar las cavidades que tienen los molares.
4. La lengua, en ella se almacenan muchas bacterias que nos pueden producir mal olor de boca y, finalmente las mucosas de la cavidad.
El tiempo debe ser de 3 minutos (puede utilizarse un reloj de arena para los niños más pequeños) y se debe hacer tres veces al día, después de cada comida principal y por supuesto si se toman dulces, estos son los más peligrosos.
5. Los enjuagues debe ser con abundante agua y tres o cuatro veces.
El grifo debe estar cerrado durante el cepillado, no se precisa agua y se consume mucha cantidad.
6. Enjuagues con flúor en la edad que proceda (Mayores de 6 años).

Por la noche, antes de acostarse y después del cepillado debe utilizarse la seda dental con el fin de evitar cualquier resto de comida entre los dientes y que las bacterias `hagan agujeros´ en los dientes durante la noche.

Mediante el cepillado cuidadoso de todas las partes de los dientes se eliminan los restos de alimentos que quedan alrededor y entre ellos a la vez que se elimina la placa bacteriana que se haya formado.

De este modo, realizando un cepillado correcto en todos los pasos, ayuda a evitar la caries y a conservar la dentadura para toda la vida.

3.- La consulta al odontólogo con carácter anual sirve para detectar problemas de mal oclusiones, caries, sarro, gingivitis (explicar lo que es, si procede)....

4.- Prestaciones que actualmente tiene la Consejería de Sanidad en el programa que realiza en los centros escolares para explicarlo a los padres y docentes.

ANEXO II. VIDEO “ÉRASE UNA VEZ... LA VIDA -LA CARIES-”

Se procederá a la reproducción del vídeo explicativo para los niños/as de 6 años titulado “Érase una vez la vida...Las Caries”, en el aula escolar habilitada.



ANEXO III. CONTENIDO DIRIGIDO A NIÑOS DE 6 AÑOS

Mediante la utilización de la maqueta de la cavidad bucal, se procederá de una forma dinámica y divertida a la enseñanza de las diferentes partes de la boca (tipos de dientes, lengua..), utilizando un lenguaje adaptado a la edad de los niños.

Posteriormente les proporcionaremos dibujos de las partes anteriormente citadas para colorear y así comiencen de forma activa junto con las profesionales a identificar las mismas y resolver las posibles dudas.

A continuación las profesionales realizaremos una práctica del método para el correcto cepillado y se procederá al taller práctico.

Finalmente se visualizará el vídeo animado.





ANEXO IV. CARTA MODELO CONVOCANDO A LOS PADRES

Fundación de la Enfermería de Cantabria
Colegio de Enfermería Cantabria

Nota informativa dirigida a Padres

Estimados padres:

Les informamos que la Fundación de Enfermería de Cantabria va a impartir en los colegios de la Comunidad Autónoma un Plan de Educación para la **salud bucodental infantil**, con el lema "CUIDAMOS DE TU SALUD" "**CUIDA TU BOCA**" con el fin de incentivar los cuidados dentales desde una edad temprana. Con el se desea hacer partícipes a padres y docentes de la importancia que supone una boca sana y sus cuidados precoces con el fin de evitar problemas posteriores.

Dicho programa consistirá en dos talleres impartidos por profesionales de la Enfermería, todos en horario escolar. Uno de ellos dirigido a los niño/as de 6 años y un segundo dirigido a docentes y padres. Se pretende con ello que la comunidad escolar en su conjunto esté implicada en este programa.

El taller dirigido a los padres se realizará el díaa..... horas

Rogamos nos envíen su nombre y su e-mail a través del alumno el día que el niño va a realizar el taller de este tema.

Nombre del padre o madre.....e-mail.....

Santander de.....del 2012



ANEXO V. DÍPTICO

**APRENDE SONREIR
TU SONRISA ES ÚNICA**



NUESTROS CONSEJOS

 Enseña a tu hijo/a la importancia de un cuidado dental correcto.

Es de ayuda cepillarse los dientes juntos.

La imitación es la mejor manera de enseñar a su hijo/a cómo cepillarse.

Que forme parte de su rutina diaria.

Elogie a sus hijo/a cuando traen los dientes limpios, que les resulte una práctica agradable y divertida.

El cepillado debe durar mínimo 3 minutos. Cambiar el cepillo cada 3 meses y siempre adecuado a su edad, no todos son iguales.

Recuérdale lavarse los dientes mínimo tres veces al día.

Recuérdale cepillarse los dientes después de comer dulces.

Evita el uso de hilo dental. Manténcelo al menos todos los días.









Frutas frescas y frutos secos aunque contienen azúcares no producen caries.

Cuidado con azúcares ocultos de helados, yogures y batidos.

Revisa su boca mínimo 1 vez al año




CUIDAMOS DE TI



CUIDA TU BOCA



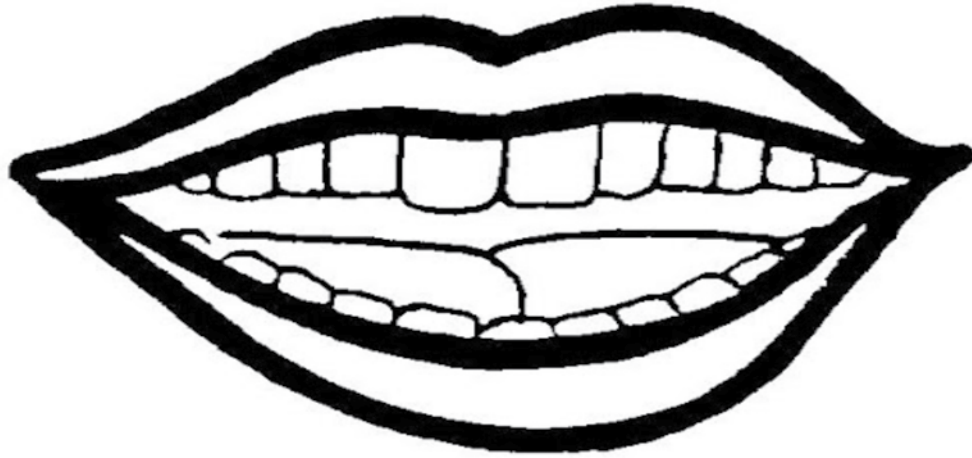


Fundación de la Enfermería de Cantabria

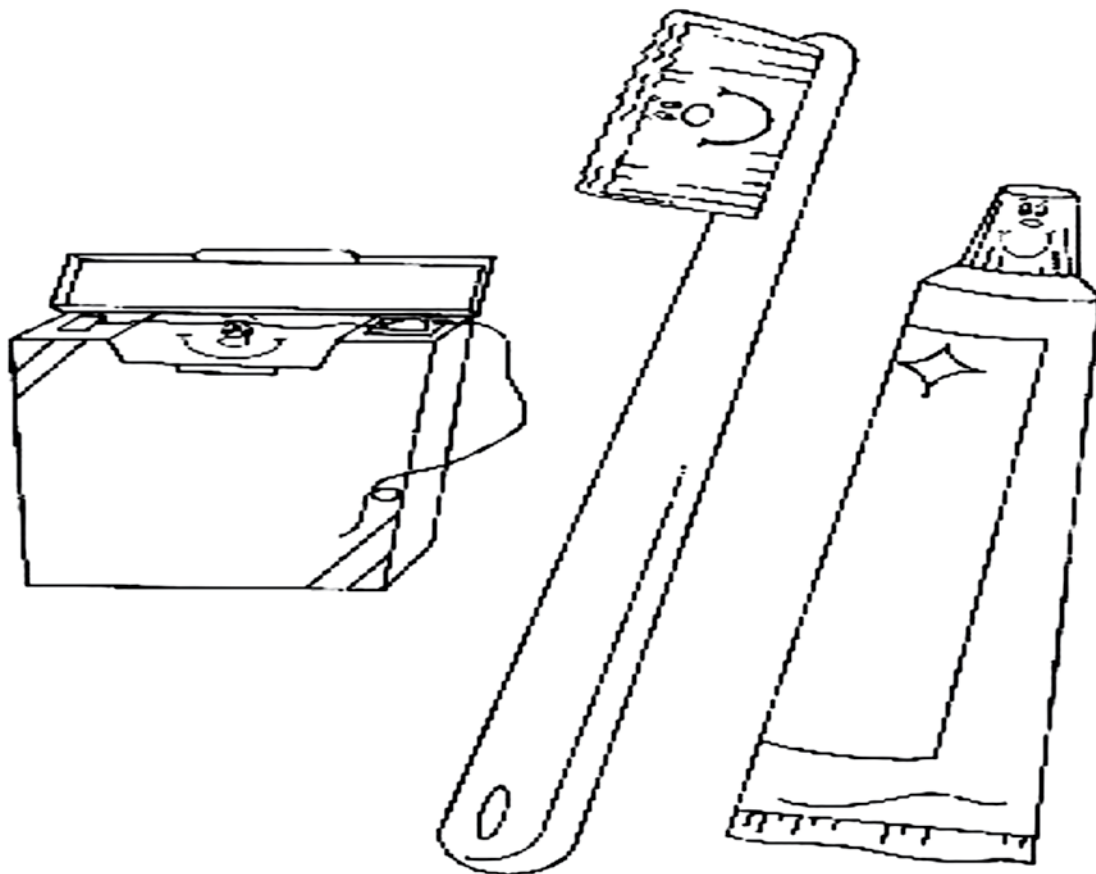


ANEXO VI. DIBUJOS PARA COLOREAR

La boca



¿Con que nos lavamos los dientes?





Colorea y aprende la frase

A tu amiga, la dentista
has de visitar
para tu boca
poder revisar



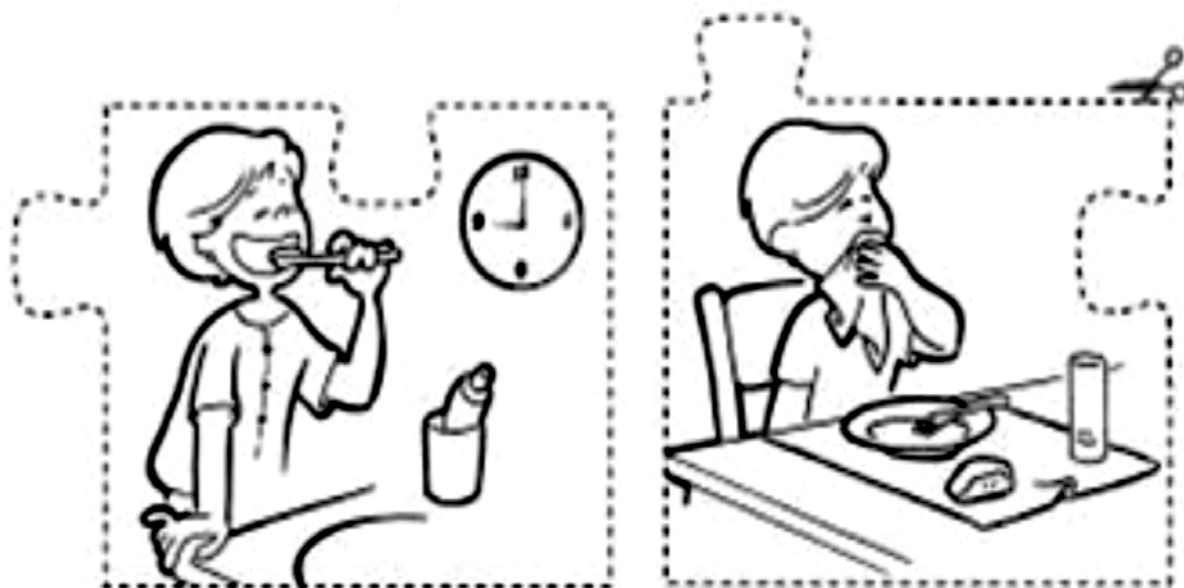


Pinta y comenta estas escenas





Colorea, ordena y recorta



CAPÍTULO IX

HIGIENE CORPORAL Y POSTURAL (ERGONOMETRÍA)



Pablo Pérez Velasco
Graduado en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO IX

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	233
2.	OBJETIVOS	236
3.	METODOLOGÍA	237
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	238
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	239
6.	CURRICULUM	240
7.	BIBLIOGRAFÍA	241
8.	ANEXOS	243
	• ANEXO I. Examen de salud básico en centros escolares	243
	• ANEXO II. Anatomía, fisiología y cuidado de la piel.....	244
	• ANEXO III. Higiene Corporal; cómo y por qué se debe hacer	245
	• ANEXO IV. Cómo y cuándo se debe realizar el lavado de manos.....	249
	• ANEXO V. Higiene Postural “Ergonometría” (anatomía columna vertebral y sus cuidados)	251
	• ANEXO VI. Pediculosis: ¿Qué es? Cuidados y prevención.....	254



1. INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1946)⁽¹⁾ definió la Salud como “el estado completo de bienestar físico, psíquico, social; y no sólo la ausencia enfermedad”. Desde ese punto de partida, son muchas las disciplinas sociobiosanitarias (entre ellas la Enfermería) que trabajan en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Son numerosas las causas o circunstancias que pueden deteriorar el estado de bienestar de la persona, lo que supone una dificultosa tarea a la hora de desarrollar medidas y actuaciones orientadas a la prevención, en la medida de lo posible, de los efectos adversos que conlleva intrínsecamente el desarrollo de la vida humana.

Es por tanto, dentro de la promoción y cuidados de la salud y la prevención de enfermedades, donde se encuadran el conjunto de medidas de higiene corporal y postural (muy eficaces) para favorecer al mantenimiento de una buena calidad de vida y, por tanto, de un elevado nivel de bienestar^(2, 3).

La higiene se puede definir como el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar las personas para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud, es decir, es el concepto básico del aseo, limpieza, vestir y cuidado general del cuerpo⁽³⁾.

Este tiene por esencia conservar la salud y prevenir las enfermedades; es por ello que se deben cumplir ciertas normas o hábitos de higiene tanto en la vida personal de cada quién como en la vida familiar, en el trabajo, la escuela, la comunidad; puesto que la higiene trata sobre los cuidados para prevenir y mantener un buen estado de salud⁽⁴⁾.

Por estos motivos es conveniente para el aprendizaje, práctica y adquisición de los hábitos de higiene, que los adultos den ejemplo a los niños y jóvenes con la práctica cotidiana de adecuados hábitos de higiene, para que se consoliden los conocimientos conceptuales, actitudinales y procedimentales sobre el tema.

Se debe acentuar que el concepto de higiene va mucho más allá de la limpieza o aseo, incluye otra serie de cuidados, como el ejercicio físico, una alimentación saludable, la higiene del sueño o la higiene personal y del entorno, que resultan básicas para mejorar la salud.

En el contexto de estos temas es de obligación mencionar y resaltar la higiene postural, debido a la creciente incidencia de las enfermedades musculoesqueléticas, la fatiga y los dolores de espalda. La higiene postural resulta de especial importancia, pues enseña a hacer todo tipo de actividades del modo más seguro y liviano para la espalda^(1, 5).

La higiene postural y la ergonometría son disciplinas complementarias en busca de un objetivo en común: prevenir problemas musculoesqueléticos en las personas⁽⁵⁾.



La ergonometría se define como: “Ciencia aplicada de carácter multidisciplinar que tiene como finalidad la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios para optimizar su eficacia, seguridad y confort”⁽⁶⁾.

Parece claro que, si practicamos las normas higiénicas adecuadas, tendremos alumnos sanos y también un centro escolar sano y saludable.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Tanto la OMS como el Consejo de Europa^(7, 8), han concretado en diferentes documentos la necesidad de promover en el ámbito escolar la adquisición de conocimientos que fomenten el desarrollo de jóvenes preparados para elegir estilos de vida sanos.

Por este motivo es necesario comprender que la salud es una forma de vivir por la cual cada persona puede elegir las mejores opciones o estilos de vida para conseguir una mejor calidad de la misma. Esto da pie a mencionar a Marc Lalonde⁽⁹⁾, cuyo modelo de Salud Pública en países desarrollados determina que el nivel de salud depende de 4 factores: biología humana, medio ambiente, sistema asistencial y el estilo de vida, siendo este último el más fácil de controlar por la persona y sobre el cual se puede hacer mayor hincapié en la promoción y cuidados de la salud y la prevención de enfermedades.

Si bien es cierto que en la mayoría de los centros escolares se ha trabajado o se trabaja en temas relacionados con la salud, no es hasta la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)^(10, 11), cuando se incorporan los denominados temas transversales de EpS.

Este carácter transversal, es decir, el hecho de que no se asocie a algún área de conocimiento, sino a todas ellas, y la importante relevancia social de los temas relacionados con la salud, son las peculiaridades más destacadas de esta enseñanza. No obstante, debido a su complejidad, el tratamiento transversal de la EpS que proponía la LOGSE no ha logrado, hasta la fecha, los resultados que de la misma cabía esperar⁽¹²⁾.

Por lo tanto, es necesario seguir trabajando para instaurar la figura de la Enfermera Escolar^(13, 14), que significaría asegurar una continuidad en los temas de EpS y abriría un gran abanico de posibilidades en la dimensión de la salud escolar como motor de la promoción y fomento de estilos de vida saludables para los escolares, afianzando los conocimientos hasta convertirlos en hábitos.

Hacerlo de otra manera es inviable puesto que hasta la fecha, la EpS en el ámbito escolar (salvo excepciones en las que existe la figura de la enfermera escolar) es llevada a cabo por el Profesional de Enfermería de Atención Primaria⁽¹⁰⁾ mediante la realización de talleres o coloquios puntuales, sin tener continuidad de los mismos, ni evaluación de los objetivos planteados. Por lo tanto se ha manifestado que este tipo de intervenciones no han alcanzado las metas propuestas y se debe cambiar la forma de actuar, quedando expuesta la necesidad de un profesional de enfermería en el ámbito escolar.



JUSTIFICACIÓN

La EpS^(15, 16) como técnica de enseñanza y aprendizaje, facilita a través de la comunicación, el desarrollo de competencias personales que permitan a los escolares tomar decisiones en materia de cuidados personales y posturales. En definitiva, adquirir hábitos y comportamientos futuros saludables. Hábitos que parecen tan sencillos como el lavado de manos, resultan de primordial importancia para frenar la transmisión de enfermedades, tal como existen evidencias al respecto⁽¹⁷⁾.

Además de esto, una buena presentación ante la sociedad identifica a la persona, aumenta la sensación de bienestar y facilita el acercamiento de los demás y en consecuencia las relaciones interpersonales. Del mismo modo, la inclusión de las personas en la sociedad como miembros de ella, hace que estas sean responsables de unos hábitos esmerados y de una estética cuidada a nivel personal, familiar y comunitario.

Conjuntamente de la higiene corporal, se debe destacar la higiene postural^(18, 19) (ergonometría) y su importancia. Ya desde edades escolares el dolor de espalda es uno de los motivos más frecuentes de consulta, y es alarmante la cada vez más temprana edad en la cual se presentan estos problemas. Los datos epidemiológicos muestran que cerca del 30% de los adolescentes⁽¹⁸⁾ sufren alteraciones de la columna vertebral durante la fase de crecimiento, que pueden transformarse en malformaciones que duren toda la vida. Respecto a la población general, entre un 45 y un 85%⁽¹⁹⁾ sufre algún tipo de dolor de espalda en algún momento de su vida, por lo que resulta especialmente útil llevar a cabo una buena promoción de la salud sobre este tema en edades tempranas.





2.

OBJETIVOS

General:

Fomentar la necesidad de una higiene óptima y capacitar a los alumnos en los hábitos personales y posturales.

Específicos:

1. Identificar alumnos con problemas reales o potenciales de higiene (corporal y postural).
2. Promover conocimientos en relación a las normas de higiene personal.
3. Sensibilizar a los alumnos sobre la importancia de cuidar la espalda con una correcta higiene postural.
4. Prestar información a las familias y profesores del centro escolar, acerca tanto de la higiene corporal como el cuidado de la espalda de los alumnos.





3.

METODOLOGÍA

Objetivo	Temática	Actividad
Primero	Higiene corporal y postural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar alumnos con problemas reales o potenciales de higiene (corporal y postural) 2. Realización de un examen de salud básico en los centros escolares durante el curso o cuando se tiene sospecha de algún problema (ANEXO I) 3. Coordinación con el Profesional de Enfermería Pediátrica de Atención Primaria, para recoger información sobre alumnos con algún problema relacionado
Segundo	Higiene corporal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar talleres de EpS, donde se exponga la anatomía de la piel, sus funciones, la importancia de su aseo (ducha diaria) y cuidados (ANEXO II), pudiéndose realizar una presentación de Power Point interactiva y acorde a la edad del alumnado 2. Proyectar videos acerca de la higiene corporal, explicando cómo hay que hacerla, por qué y cuándo. Esto se puede acompañar con una preparación en Power Point de esta temática (ANEXO III) o mediante juegos en los cuales los alumnos tenga que identificar los objetos (jabón, cepillo .) y para qué se utilizan, siempre adaptados a la edad a la que va dirigido el taller 3. Elaboración de fichas, murales, pictogramas relacionados con la higiene y el aseo personal 4. Realización de ejercicios prácticos de cómo y cuándo se debe realizar el lavado y secado de manos (ANEXO IV) 5. Colocar carteles (ANEXO IV) sobre cuándo y cómo realizar el lavado de manos en los baños, cocinas y comedores del centro escolar
Tercero	Higiene postural "Ergonometría"	Realizar talleres de EpS donde se explique la anatomía de la columna vertebral, sus alteraciones y cuidados (ANEXO V), explicándolo de forma audiovisual (power point o videos) y acorde a la edad
Cuarto	Higiene corporal y postural explicada a Padres y Comunidad Escolar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer relación con profesores, personal no docente y, especialmente, padres de alumnos 2. Respecto a los padres, establecer reuniones o consultas en horario adaptado a sus necesidades 3. Proporcionar apoyo e información específica adaptada e individualizada y así trabajar de forma conjunta 4. En relación al personal docente y no docente, reuniones de información y colaboración en estos temas, mediante sesiones de EpS con la materia recogida en los ANEXOS II, III, IV, V, VI



4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

La evaluación debe ser un proceso continuo y dinámico mediante observaciones directas de la consecución de cada objetivo específico según cada actividad realizada.

Se irán evaluando al finalizar las actividades propuestas a través de cuestionarios sencillos, o mediante la observación directa en función de la edad de los alumnos a los que se destina la intervención. Dichos cuestionarios se puede elaborar durante el curso en función de las actividades escogidas. En el ANEXO VII se recoge un ejemplo de cuestionario.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se redactarán en función de los resultados obtenidos. Estos se debatirán y explicarán, y se introducirán aspectos de mejora (si es necesario) en futuras ediciones, así como cualquier otro tema sobre el que se desee mejorar o reflexionar con el fin de lograr resultados de calidad en materia de salud.



6.

CURRICULUM

PABLO PÉREZ VELASCO

Formación académica:

- ✎ Diplomado en Enfermería. E.U.E Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). Realizado de 2007-2010.
- ✎ Máster Universitario de Especialización en Cuidados de Enfermería (*Urgencias, Emergencias y Catástrofes Naturales*), (2010-2011), duración un año. Universidad CEU Cardinal Herrera (Valencia).
- ✎ Diploma de Formador de Formadores. Universidad Camilo José Cela. Duración 120 horas. Julio 2013.

Publicaciones, Comunicaciones y Congresos:

- ✎ Publicación: Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar. Nuberos Científica. Volumen 2. Julio-Octubre 2013.
- ✎ Comunicación Oral: “Experiencia de un programa de Reanimación Cardiopulmonar en Centros Educativos”. IV Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar. Girona. 19 octubre 2013.
- ✎ Publicación: Control de la vía aérea con mascarilla laríngea de intubación Fastrach por el profesional de enfermería en el paciente politraumatizado adulto. Nuberos Científica. Volumen 2. Número 11. Noviembre 2013- Febrero 2014.

Docencia:

- ✎ Docente en plan de Educación para la Salud (EpS): Reanimación Cardiopulmonar Básica en centros de Educación Secundaria. FECAN. Cursos académicos 2012-2014.
- ✎ Docente en “Control y manejo de la vía aérea con la mascarilla laríngea de intubación Fastrach” en el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, acreditado por la comisión de formación continuada. Febrero y marzo 2014.

Experiencia asistencial:

- ✎ Enfermero Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) del Servicio Cántabro de Salud (2010- Actualmente).
- ✎ Enfermero de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (2010-Actualmente).



7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nogueras AMM. Hábitos saludables a supervisar en la escuela: higiene vertebral y salud.
2. De Alcántara García P. Tratado de higiene escolar: Guía teórico-práctica. Biblioteca universal virtual 2003.
3. Martínez Urbano N. Salud e Higiene en el niño/a. Revista Digital Innovación y experiencias educativas. ISSN 1988-6047.
4. Bañuelos, A. T. (2000). La higiene escolar: un campo de conocimiento disputado. Áreas: Revista internacional de ciencias sociales 2000; 20: 73-94.
5. Muñoz Vidal JM. "La higiene postural en la edad escolar: ergonometría, postura y mobiliario". Experiencias educativas N° 19- Junio 2009.
6. López Aguilar B, Cuesta Vargas AI. Higiene postural y ergonometría en el ámbito escolar: una perspectiva desde la fisioterapia. Revista de Estudios de Juventud, 2007; 79: 147-157.
7. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Informe científico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
9. Corbella Virós M. Educación para la salud en la escuela. Aspectos a evaluar desde la educación física. Apunts: Educació Física i Esports. 1993; 31: 55-61.
10. Torrent Ramos P, Martínez Sánchez Molina R. La enfermería en la comunidad escolar. V jornadas d'intercanvi d'experiències d'educació física.
11. Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo. Ley 1/1990 de 3 de octubre. BOE número 238. [4 de octubre de 1990].
12. Martín Morcillo J, Celada Pérez S, Fernández Crespo S, Rodríguez Muñoz F. Situación de la materia transversal educación para la salud en la provincia de Toledo. Nure Investigación, nº 43, Noviembre - Diciembre 09.
13. Nasser Laaoula AO. La enfermería escolar: una necesidad sentida. Máster en Ciencias de la Enfermería. Repositorio Institucional Universidad de Almería.
14. Rojo Durán RM, Rodríguez-Arias Espinosa CM, Merchán Felipe MN, Galindo Casero A, Trujillo Hernández J, Villa Andrada JM et al. La enfermera escolar: una necesidad dentro del entorno educativo. la educación para la salud en Extremadura. 2004 p.173.
15. Catalán VG. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. Rev esp salud pública 2003; 77(2): 275-285.



16. Virós MC. Educación para la salud en la escuela. Aspectos a evaluar desde la educación física. Apuntes: Educación física y deportes, 1997; 31: 55-61.
17. Casanova LJ, Castañón J A. Reflexiones acerca del lavado de manos. 2004. Rev Med 2004; 42: 519-524.
18. Maslo P. Las dolencias de la espalda. Ed. Paidotribo. Barcelona, 1996.
19. Ramos Espada D, González Montesinos JL, Mora Vicente J, Ares Casemiro A, Martínez González J. Desarrollo y aplicación de un cuestionario en una población escolar sobre el transporte de mochilas y su influencia en el dolor de espalda. Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 199-208.
20. García Dueñas P, Cuesta del Amo M, González García N. Examen de salud básico en un servicio de enfermería escolar. Metas de Enfermería. Volumen 15- Número 9- Noviembre 2012.
21. Manual de los exámenes de salud en la edad escolar. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Dirección General para la Salud Pública.
22. Santonja F, Pastor A. Cifosis y lordosis. Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Jarpyo editores, 2000; 783-92.
23. Burgos AM. Recuerdo anatómico de la piel. Estructura y funciones.
24. Casassas R, Campos M. Problemas de la piel y mucosas. En Cuidados básicos del niño sano y enfermo. pág. 149-151. 2002. Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile.
25. Consejos de salud infantil entre 6-12 años de edad. Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar de Castilla la Mancha.
26. Lavado de manos. Recuperado: Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
27. Conty Serrano R. Programa de higiene postural para la educación sanitaria escolar. Enfermería Científica. Núm. 178-179. 1997.
28. Gallardo Vidal MI. Proyecto marco de Educación para la Salud en la escuela "Cuida tu espalda". Gerencia Área 5 de Atención Primaria Dirección de Enfermería.
29. Palomar M, Muñoz L, Nus P, Arteaga L. Autonomía personal y salud. CFGS Educacion Infantil. Barcelona: Ed: Itamar. 2003.



8.

ANEXOS

ANEXO I. EXAMEN DE SALUD BÁSICO EN LOS CENTROS ESCOLARES

Con el examen de salud básico se consigue la detección de alumnos con problemas reales o potenciales de higiene (corporal y postural).

Este examen básico de salud debe ir orientado a aspectos de la higiene personal: cuerpo (atención especial a la cabeza), ropa y calzado, y a la postural:

Somatometría: peso, talla y pliegues corporales; obtenidos los datos se comparan con los parámetros estándar de la OMS.

Resultado del IMC	Estado
Menos de 18.49	Infra Peso
18.50 a 24.99	Peso Normal
25 a 29.99	Sobre Peso
30 a 34.99	Obesidad Leve
35 a 39.99	Obesidad Media
40 o Más	Obesidad Mórbida
Clasificación de la OMS de acuerdo al IMC	

Exploración general sobre higiene: cuerpo general, manos, cabeza, bucodental, pies, ropa, aspecto general, enuresis, encopresis, onicofagia, pediculosis.

1. Cuerpo general: prestando especial atención a extremidades inferiores, columna (lordosis, cifosis, escoliosis)
2. Tensión arterial y frecuencia cardiaca.
3. Salud bucodental: Evaluar dentición, caries y maloclusión.
4. Cabeza y pelo: Apreciar su higiene y la presencia de pediculosis.
5. Pies: Valorar tamaño y corte de las uñas e higiene de los pies, ya que puede existir la posibilidad de tener hongos por el sudor o mal secado de los mismos.
6. Valorar si la vestimenta es acorde a la estación y tiempo en el que nos encontramos.
7. Prestar vigilancia a posibles alteraciones como: enuresis (fallo en el control del esfínter urinario), encopresis (falta de control del esfínter anal) y onicofagia (habito compulsivo de comerse las uñas).



La enfermera escolar, de forma coordinada con la profesional de Atención Primaria, pondrá en marcha actividades de cuidados y/o derivará al médico correspondiente las potenciales alteraciones detectadas a nivel ergonómico.

ANEXO II. ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y CUIDADOS DE LA PIEL

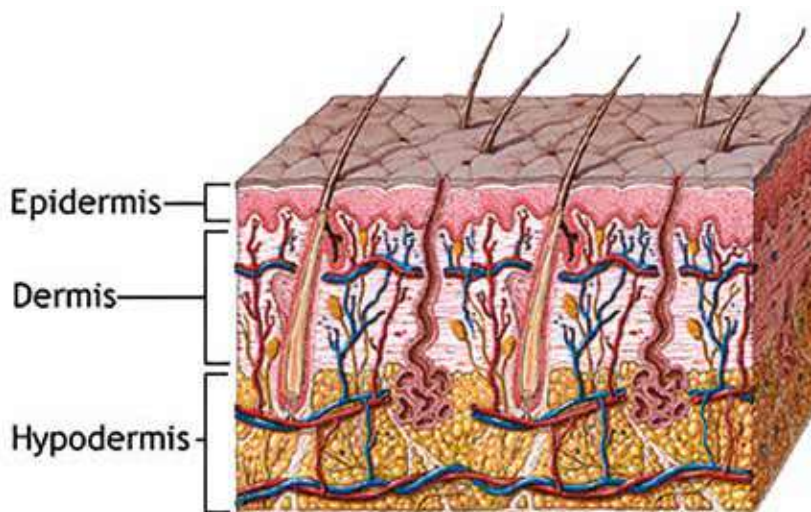
La piel es el órgano mas grande, fino y uno de los más importantes del cuerpo humano, ya que es la envoltura que nos protege frente a las agresiones externas (sirve como colchón para evitar el daño de los órganos internos), la protección contra la radiación ultravioleta (sin la piel, la exposición al sol sería letal) y la protección frente a gérmenes.

También sirve como moderador térmico y agente depurador (ayuda a mantener una buena temperatura en el cuerpo, para que no pasemos demasiado frio ni demasiado calor, mediante el sudor).

Así mismo en la piel se originan determinadas sustancias, como la vitamina D, imprescindibles para el crecimiento y metabolismo del hueso. No se debe olvidar la función social de la piel: el sentido del tacto reside aquí, el olor corporal y el concepto de belleza tiene mucho que ver con una piel sana.

PARTES DE LA PIEL:

- ✓ La más superficial ó epidermis, donde están presentes las células que proporcionan la función barrera a la piel (queratinocitos), las que producen el color y son responsables del bronceado (melanocitos).
- ✓ Capa media ó dermis, en ella se encuentra el “esqueleto” de la piel. Es la que confiere la elasticidad, en ella están los vasos sanguíneos (arterias y venas) que nutren la piel y aquí reside el sentido del tacto (nervios).
- ✓ Capa más profunda o hipodermis. Es la grasa que nutre y protege de los traumatismos, de la pérdida de calor etc., es un verdadero colchón biológico.





CUIDADOS Y LIMPIEZA DE LA PIEL

Se puede señalar que, básicamente, la higiene cutánea persigue:

- ✓ Eliminar las secreciones cutáneas: sudor, sebo,... y así evitar el mal olor. Esto último puede ser un motivo de rechazo social sobre todo en la adolescencia.
- ✓ Eliminar la suciedad ambiental (manchas, polución...).
- ✓ Prevenir las infecciones: la transmisión de muchas enfermedades se lleva a cabo a través del contacto persona-persona. Una piel limpia tiene menos gérmenes, por lo que las infecciones y el contagio de las mismas es menos probable.

Se debe conservar las características de la piel intactas, ya que una higiene desmesurada, enérgica y el uso de productos de higiene inadecuados, puede irritar, eliminar las grasas naturales de la piel y, por lo tanto, favorecer las enfermedades cutáneas: infecciones e inflamación o dermatitis.

En resumen, una excesiva frecuencia en los lavados no es garantía de salud, por lo que, aunque parezca extraño, no es necesario utilizar jabón todos los días para mantener una piel limpia y sana. Sin embargo, la zona genital, manos, axilas, etc. sí requieren de una higiene destacada.

Es obvio que cada individuo siente su propia necesidad de higiene y no hay normas para esto (depende de la actividad física, características personales, cultura, etc.); dicho esto, el concepto de “higiene” es universal y debe ser común para toda la población.

Tan importante como el enjabonado es un buen aclarado, pues los restos de jabón alcalinizan la piel y la resecan. Los baños demasiado calientes y prolongados también pueden dañar la piel, por lo que se recomienda la ducha para el adulto o niño mayor, y baños templados y de menos de 15 minutos para los bebés y niños pequeños.

ANEXO III. HIGIENE CORPORAL: POR QUÉ, CÓMO Y CUÁNDO HAY QUE REALIZARLA

La higiene se refiere al conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas. La higiene corporal diaria previene enfermedades infecciosas, mejora el aspecto físico y proporciona una sensación de bienestar. Es necesario adquirir hábitos y costumbres elementales de higiene que perduren durante toda la vida, y es responsabilidad de los padres inculcársela a sus hijos.

La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave, no sólo por lo desapacible de una mala apariencia o de los olores desagradables, pudiendo ocasionar rechazo social, sino por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas.



La buena o mala higiene incide de manera directa en la salud de las personas, siendo muchas las enfermedades relacionadas con las malas prácticas de higiene. Por ejemplo: la diarrea, las enfermedades gastrointestinales, la conjuntivitis, las infecciones de la piel, la pediculosis

PRINCIPALES HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL Y SU IMPORTANCIA:

- ✓ Ducha diaria o por lo menos 3 veces por semana, siendo recomendable tomar una ducha o baño diario sobre todo si se realiza deporte o ejercicio físico. Se debe utilizar jabones neutros para evitar la irritación de la piel y si se utilizan esponjas, estas deben ser de uso personal.
 - Los adolescentes podrán usar desodorante. Es necesario continuar cuidando la utilizando leche hidratante tras el
 - Importante destacar que las niñas durante la menstruación, se deben diariamente, y que si los niños enfermos, conviene que se bañen para sudoración y permitir una mejor transpiración de la piel.
- ✓ Dentro de la higiene corporal hay que prestar especial atención a la higiene de los genitales, al estar tan próximos a los orificios de salida de la orina y las heces.
 - Cuidados principales:
 - Los niños deben bajar la piel del prepucio y limpiar el glande.
 - En el aseo de los genitales no se debe utilizar jabón, colonia o desodorantes, ya que irritan la zona.
 - Las niñas deben lavarse de delante hacia atrás; para no arrastrar restos de heces a la vagina. No se precisa de jabones especiales ni diferentes a los del resto del cuerpo.
- ✓ Lavado del cabello: el cabello se ensucia fácilmente, por este motivo se debe lavar y cepillar periódicamente. La caspa no es necesariamente sinónimo de desaseo, puede darse por sequedad en el cuero cabelludo.
- ✓ Lavado de manos con agua y jabón antes de las comidas, tras la realización de juegos al aire libre, antes y después de ir al baño, etc. Debe ser una rutina que los niños y niñas deben practicar. Este punto será recogido de manera más detallada en el ANEXO IV.





- ✓ Lavado de dientes y salud bucodental; ya existe un programa que desarrolla este punto de forma íntegra.
- ✓ Aseo de las uñas: la limpieza y corte de las uñas de manos y pies evita la propagación de gérmenes y bacterias, así como de infecciones. Los niños deben aprender a cortarse las uñas por sí solos con cortaúñas.
- ✓ Higiene de los pies: es de gran importancia, ya que al estar poco aireados por la utilización de calzado, es fácil que se acumule en ellos el sudor, que favorece la aparición de infecciones y el mal olor.

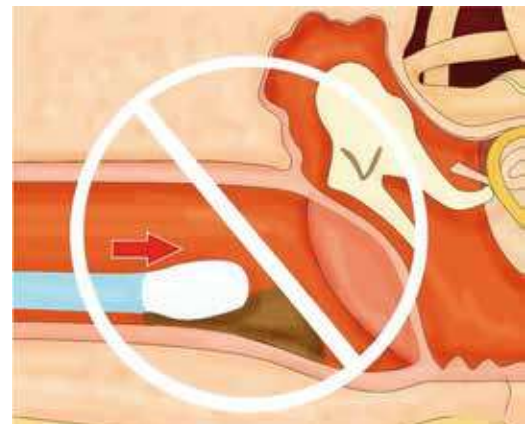


- Cuidados de los pies:
 - Lavarlos diariamente.
 - Secarlos bien, en especial entre los dedos, para evitar el desarrollo de hongos.
 - Las uñas de los pies al igual que las de las manos, se cortarán frecuentemente y en línea recta para evitar encarnaduras.
- ✓ Higiene ocular: los ojos son órganos muy delicados, por este motivo no deben hurgarse con las manos sucias ni con pañuelos u otros objetos. Al estudiar, leer o ver televisión, es importante mantener buena iluminación de los espacios, evitando así un mayor esfuerzo de la vista. Por eso no se debe leer en vehículos en movimiento, ya que provoca variaciones continuas en la distancia entre el ojo y el texto. Es importante hacer un control periódico de la visión para prevenir cualquier déficit y otras patologías de la vista.



- ✓ Higiene de la nariz: la nariz deja entrar el aire para que llegue a los pulmones con la temperatura y humedad adecuadas, y libre de partículas extrañas; es decir, lleva a cabo la respiración. Además de esto tiene la función del sentido del olfato. La producción de moco actúa como lubricante y filtro de aire. Los cuidados de la nariz se centran en la eliminación del moco y en evitar meterse objetos en la nariz.

- ✓ Higiene de los oídos: es beneficioso realizar su aseo de manera periódica, teniendo en cuenta que no se debe introducir objetos en ellos, por lo tanto no se deben usar bastoncillos de algodón para limpiar dentro del oído. Si se observa la existencia de exudaciones, prurito, disminución de la audición, es aconsejable consultar al médico. Recalcar que el lavado de los oídos debe practicarlo un profesional de enfermería.





ALTERACIONES Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE

Trastornos más frecuentes:

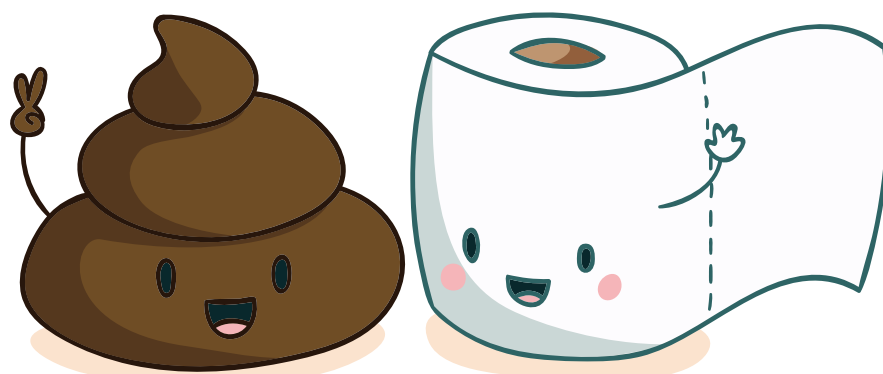
- ✓ **Enuresis:** falta de control del esfínter urinario a partir de una edad en la cual el niño tenga la madurez fisiológica para realizarlo, considerando los 3 años para el control de día y los 4 para el control nocturno.

Hay dos tipos de enuresis. La primaria se considera cuando llegado a esta edad, el niño es incapaz de controlar por sí mismo los esfínteres, y la secundaria es aquella en la que, pasada esta edad y ya habiendo controlado completamente sus esfínteres, el niño pierde el control de los mismos. Este último tipo suele producirse por causas de tipo afectivo, como nacimiento de hermano pequeño. La posición tanto de padres como de educadores (docentes y no docentes) debe ser la de tranquilizar al niño y evitar que se sienta culpable por ello.

- ✓ **Encopresis:** se define como la falta de control del esfínter anal, considerando la madurez fisiológica para conseguirlo los dos años y medio.
- ✓ **Onicofagia:** se define como el hábito compulsivo de comerse las uñas. Suele presentarse en niños muy perfeccionistas o con padres muy estrictos y exigentes.

Alteraciones más frecuentes:

- ✓ **Pediculosis:** es una infestación producida por el “*Pediculus capitis*”, que pone huevos llamados “liendres”. Afecta con mayor frecuencia a los niños, en especial a las niñas por llevar el pelo largo. Este punto se recogerá de forma más amplia en el ANEXO VI.
- ✓ **Caries dental:** se encuentra desarrollada de forma íntegra en el programa de higiene bucodental.





ANEXO IV. LAVADO DE MANOS: CÓMO Y CUÁNDO SE DEBE REALIZAR EL LAVADO DE MANOS

El lavado de manos es la medida individual más importante para evitar la diseminación de las infecciones. Más del 80% de las infecciones habituales se transmiten por las manos, por lo tanto es esencial el cuidado y lavado de las mismas.

CUÁNDO SE DEBE REALIZAR EL LAVADO DE MANOS:



15
OCTUBRE

**DÍA MUNDIAL DEL
LAVADO DE MANOS**



CÓMO HAY QUE LAVARSE LAS MANOS:

FORMA CORRECTA DE LAVAR SUS MANOS



1 Humedecer las manos

Aplique jabón

2



3 Lave las manos contando hasta 20

Enjuague completamente

4



5 Seque las manos con toalla de papel

Use toalla de papel para cerrar el grifo

6



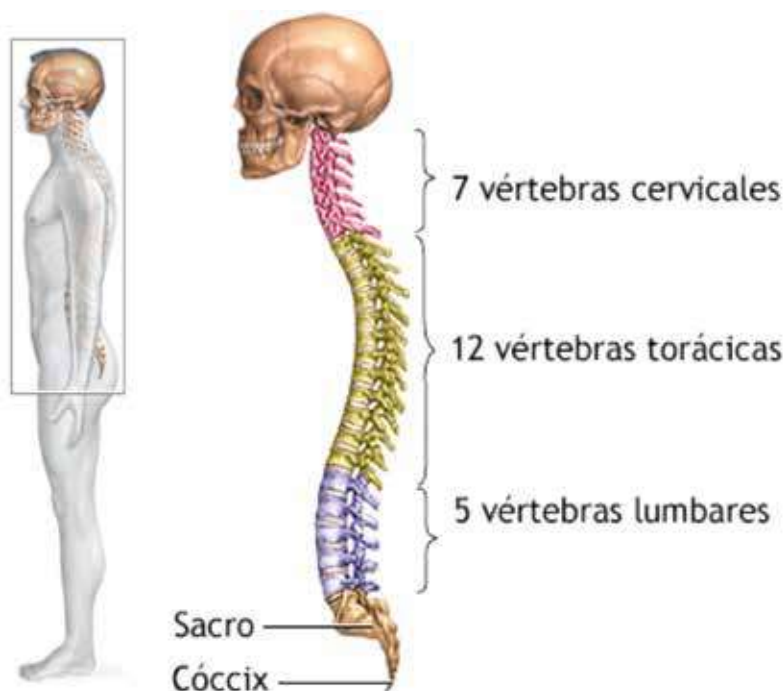
7 Tire el papel en el cesto



ANEXO V. HIGIENE POSTURAL “ERGONOMETRÍA” (ANATOMÍA COLUMNA VERTEBRAL Y SUS CUIDADOS)

Actualmente los niños pasan la mayor parte del día sentados en el colegio, en torno al 60-80% de la jornada escolar. A esto se debe añadir todo el tiempo que dedican a hacer deberes, ver la televisión, jugar con videojuegos... Por este motivo la higiene postural es transcendental en estas edades para los cuidados de la espalda y la prevención de problemas.

La columna vertebral está compuesta por:



Vista lateralmente, estos segmentos forman tres curvas naturales. Las curvas “en forma de c” del cuello (columna cervical) y de la parte baja de la espalda (zona lumbar) se llaman lordosis. La curva “en forma de c reversa” del tórax (zona dorsal) se llama cifosis.

Esta estructura descrita permite dar equilibrio y ayudar a permanecer de pie en posición recta. Si cualquiera de las curvas se hace demasiado grande o pequeña, se hace difícil estar de pie en posición recta y nuestra postura tiene apariencia anormal.

Las curvaturas anormales de la columna también se denominan deformidades espinales. Estos tipos de condiciones incluyen la cifosis de la columna dorsal (joroba de espalda) y la lordosis de la columna lumbar (hundimiento de espalda).



Columna escoliótica



Columna normal



Signos de la escoliosis



Columna normal



Columna con lordosis



Curva lumbar exagerada



Columna normal



Columna con cifosis

Posturas inadecuadas, mochilas con pesos excesivos, una escasa actividad física, malos hábitos e inadecuados o ausentes conocimientos ergonómicos, son causas indirectas que pueden provocar el dolor de espalda.

Uno de los aspectos más preocupantes es la cantidad de kilos que soportan los escolares en las mochilas sobre sus espaldas sin que se den cuenta.

La literatura al respecto recomienda no sobrepasar el 10% del peso corporal en niños, mientras que si se trata de adolescentes se aumenta a un 15%. Ejemplo: Si un niño pesa 40 kg., la mochila no puede sobrepasar los 4 kg.

Los problemas de espalda en la población escolar se deben a varios factores, entre los que se destacan:

- ✓ Transporte del material escolar.
- ✓ Posturas incorrectas durante las clases y el estudio.
- ✓ Sedentarismo.



A continuación se trata de forma individual cada uno de estos factores, dando consejos y normas posturales adecuadas para prevenir los problemas de espalda en esta población.

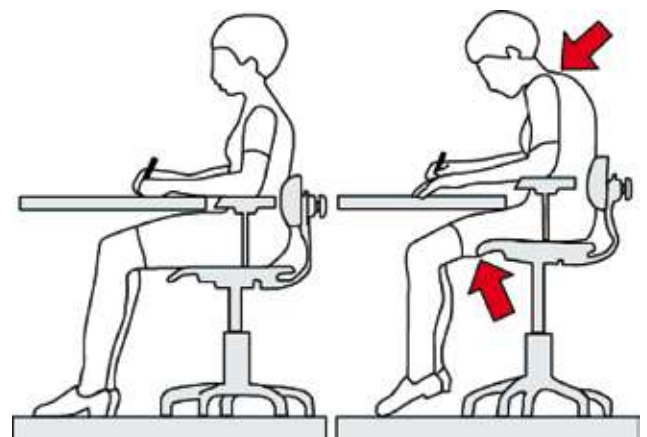
TRANSPORTE DEL MATERIAL ESCOLAR:

- ✓ Usar mochilas con cintas anchas y acolchadas que se acoplen bien al hombro.
- ✓ Llevar la mochila siempre en los dos hombros.
- ✓ Colocar primero los objetos pesados. Además, estos deben quedar en la parte de la mochila más cercana a la espalda.
- ✓ Para levantar la mochila, agacharse doblando las rodillas si se puede. Mucho mejor, cargarla sobre una mesa y colocársela a la espalda desde ahí, sin agacharse.
- ✓ En caso de llevar carrito, empujarlo en lugar de tirar de él.
- ✓ Usar mochilas de ruedas con asa regulable según la altura.



POSTURAS CORRECTAS DURANTE LAS CLASES Y EL ESTUDIO:

- ✓ Tener la espalda firmemente apoyada sobre el respaldo de la silla.
- ✓ Apoyar la planta de los pies cómodamente en el suelo. Apoyar antebrazos y codos en la mesa de trabajo cuando está en posición de flexión anterior.
- ✓ Caderas y rodillas tienen una flexión de 90°
- ✓ Evitar giros del tronco mientras esté sentado, por lo que la colocación del mobiliario en el aula debe ser cuidadosa, procurando que todos los alumnos tengan de frente pizarra y profesorado.
- ✓ Evitar mirar al compañero de atrás y, si es necesario mirar hacia atrás, lo hará con un movimiento que implique todo el cuerpo a la vez.
- ✓ Cambiar de posición cada 45-60 minutos, aprovechando el cambio de asignatura, levantándose y caminando unos minutos.
- ✓ Cuando estudie en el domicilio seguirá las mismas normas que en el colegio, y usando atril si va a ser durante un tiempo prolongado.

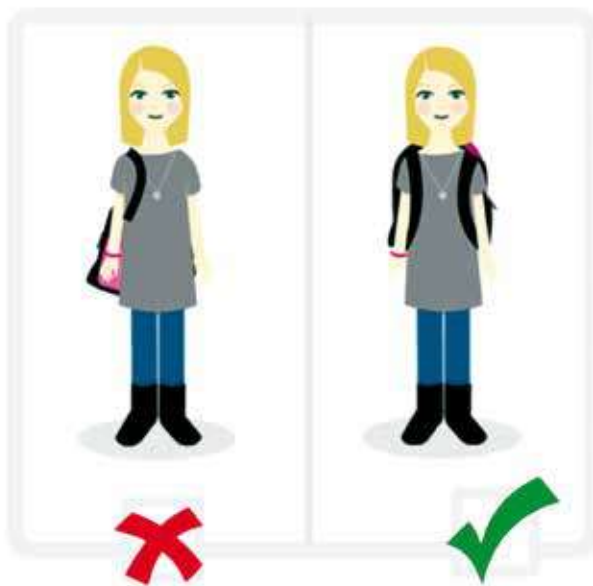




SEDENTARISMO:

Se ha producido un cambio de espacio en los juegos de los niños, pasando de una actividad exterior (con actividades en la calle donde el ejercicio físico predominaba) a jugar en el domicilio (donde las actividades son predominantemente sedentarias: ordenador, televisión). Si unimos esta inactividad a que las posturas mantenidas son inadecuadas, el factor de riesgo de padecer problemas vertebrales es mayor.

Es importante completar la educación física del colegio con actividad deportiva extraescolar adecuada a las posibilidades de cada niño. Esta, entendida como actividad lúdica que implique movimiento, mejora las funciones cardiovasculares y contribuye a una adecuada maduración del sistema musculoesquelético y de sus habilidades motoras.



ANEXO VI. PEDICULOSIS: ¿QUÉ ES? CUIDADOS Y PREVENCIÓN

Los piojos son parásitos que se adhieren al cuero cabelludo (los niños más pequeños son los más afectados). Se propagan fácilmente, especialmente en lugares donde muchos niños conviven o comparten gran parte de su tiempo.

¿CÓMO SE PRODUCE?

- ✓ Falta de higiene.
- ✓ Contacto directo del cabello con alguien infestado con piojos.
- ✓ Uso común de peinetas, gomas de pelo y sombreros con personas afectadas de pediculosis.



CUIDADOS QUE SE DEBE SEGUIR PARA UN TRATAMIENTO CORRECTO Y COMPLETO:

- ✓ Empapar el cabello sin lavar, con un champú contra piojos, dejándolo actuar durante unas 2-4 horas.
- ✓ No cubrir la cabeza con toallas, porque absorben el producto. Se puede cubrir la cabeza con un gorro plástico.
- ✓ No secar el cabello con secador, pues se pierde el efecto de la loción.
- ✓ Lavar el cabello con champú normal o contra piojos y enjuagarlo con agua y vinagre (una parte de vinagre y dos de agua), para despegar las liendres.



- ✓ Este tratamiento se puede realizar 3 veces, cada 10 días; aunque depende de las indicaciones de la fórmula registrada del medicamento.
- ✓ Quitar las liendres con la mano, que es lo más eficaz, o usar la peinilla para piojos durante 5-10 minutos.
- ✓ Las prendas, toallas, ropa de cama, etc., deben lavarse con agua caliente.
- ✓ Los peines, adornos del pelo, etc., se sumergirán en loción contra piojos durante unos 10 minutos.
- ✓ Examinar a todos los que conviven en una casa cuando hay una persona con piojos, y aplicar el tratamiento a los que estén afectados.
- ✓ No intercambiar objetos de uso personal como toallas o peines.



PARA REALIZAR UNA BUENA PREVENCIÓN ES NECESARIO:

- ✓ Mantener higiene periódica del cabello.
- ✓ Revisión periódica del cabello en los niños.
- ✓ Enviar al colegio a los niños con el pelo amarrado.
- ✓ Evitar contacto cercano con la cabeza de personas contagiadas.
- ✓ Uso personal de cepillo de pelo, gomas de pelo, gorras, sombreros, entre otros.





ANEXO VII. CUESTIONARIO EVALUACIÓN HIGIENE CORPORAL Y ERGONOMETRÍA

1. ¿Cuál es una función de la piel?
 - a) Protege frente a las agresiones externas y gérmenes.
 - b) Protege frente a los rayos del sol.
 - c) Ambas son funciones de la piel.

2. ¿Cuál es la forma correcta de sentarse en una silla?
 - a) Con la espalda apoyada en el respaldo.
 - b) En el borde de la silla.
 - c) Con los pies sin tocar el suelo.

3. De las dos imágenes que ves a continuación, ¿cuál es la forma correcta de llevar la mochila?

a)



b)





4. ¿Cómo se previene la pediculosis?
 - a) Mantener higiene periódica del cabello.
 - b) Uso personal de cepillo de pelo, gomas de pelo, gorras, sombreros...
 - c) Ambas son buenas medidas para prevenir la pediculosis.

5. Si pesas 40 kg., ¿cuánto peso puedes llevar como máximo en la mochila?
 - a) 8 kg.
 - b) 4 kg.
 - c) 2 kg.

6. ¿Cuándo hay que lavarse las manos?
 - a) Antes de comer y después de sacar la basura.
 - b) Cuando juegas con tu mascotas.
 - c) Ambas opciones son correctas.

7. En relación con los cuidados de los pies, ¿qué medidas son necesarias para evitar infecciones y mal olor en los pies?
 - a) Lavarlos diariamente y secar bien los espacios entre los dedos.
 - b) Cortar las uñas de forma redonda
 - c) No es necesario realizar ningún cuidado especial.

CAPÍTULO X

“BULLYING”



Nuria Alonso Peña

Graduada en Enfermería

Mirian García Martínez

Diplomada en Enfermería

Mónica Campo Briz

Graduada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO X

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	261
2.	OBJETIVOS	264
3.	METODOLOGÍA	265
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	267
5.	CURRICULUM.....	268
6.	BIBLIOGRAFÍA	273
7.	ANEXOS.....	274
	• ANEXO I. Tipos de bullying	274
	• ANEXO II. Descripción de sujetos.....	275
	• ANEXO III. Indicadores identificación posibles víctimas	276
	• ANEXO IV. Cuestionarios	278
	• ANEXO V. Actividad formativa para alumnos: contenidos	287
	• ANEXO VI. Actividad formativa para docentes: contenidos.....	291
	• ANEXO VII. Actividad formativa para padres: contenidos	292
	• ANEXO VIII. Películas aconsejadas.....	293
	• ANEXO IX. Modelo de registro de observaciones de enfermería	295
	• ANEXO X. Test actividad formativa para alumnos.....	296
	• ANEXO XI. Test actividad formativa para docentes.....	298
	• ANEXO XII. Test actividad formativa para padres.....	300



1. INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

Intimidar y forzar a otra persona a hacer algo que no quiere, es una vivencia común para muchos niños y adolescentes en la actualidad ^(1,2).

Ese tipo de actitudes violentas entre iguales ha existido siempre; en la mayoría de las ocasiones no se le ha sabido dar la importancia que estos actos tienen, lo que ha ocasionado la imposibilidad de valorar las repercusiones que dichas prácticas pueden originar para el desarrollo del escolar.

El acoso escolar en los centros educativos, debido a su complejidad, se ha convertido en una de las preocupaciones centrales tanto para las administraciones públicas como para los distintos sectores sociales implicados en el proceso educativo ⁽¹⁾.

Las consecuencias del acoso escolar son diversas y abundantes. Los daños producidos a las víctimas de acoso escolar pueden llegar a desencadenar problemas tan importantes como baja autoestima, actitudes pasivas, trastornos emocionales, problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad... Todas estas alteraciones juegan un papel fundamental en su vida cotidiana, llegando a provocar una situación de fracaso escolar, una alteración en la totalidad de las relaciones sociales y familiares, así como la aparición de trastornos fóbicos de difícil resolución, o incluso el suicidio ⁽¹⁾.

El acoso escolar o bullying (conocido internacionalmente por este término), no es un problema reciente; dicho término ha sido definido por distintos autores a lo largo de los años ⁽³⁾.

El bullying es un fenómeno social descubierto en los años setenta del pasado siglo, por lo tanto se trata de un fenómeno antiguo, pero de escaso conocimiento en países del entorno. Dicho término procede de un vocablo inglés “bully” que significa matón o agresor ⁽⁴⁾.

El primer autor que empleó el término bullying en el sentido de acoso escolar en sus investigaciones fue Dan Olweus, investigador noruego ⁽⁵⁾. Sus primeros estudios sobre este fenómeno social surgen en torno a 1973, en Noruega. El Dr. Dan Olweus ha estudiado durante muchos años la seguridad escolar como parte importante para el ser humano, y como base fundamental para su seguridad personal. En 1981 propuso la promulgación de una ley contra el acoso en las escuelas, para que los estudiantes pudieran evitar la humillación repetida y para intentar atajar los casos de bullying.

Fue en 1983 cuando se realiza el primer estudio longitudinal sobre el acoso escolar, llevado a cabo por dicho autor. A mediados de la década de 1990, estos argumentos llevaron a aprobar una legislación contra el acoso por parte de los Parlamentos de Suecia y Noruega ^(3,5).

Es a partir de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra en el año 1996, cuando la violencia comienza a considerarse como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo ⁽⁴⁾.



Tras años de investigaciones, Dan Olweus definió el término bullying de la siguiente manera: “Un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos” (1998) ⁽²⁾.

Desde entonces han sido muchos los estudios en diversos países desarrollados, y debido a ellos la evolución en el reconocimiento de estas situaciones ha ido *in crescendo*.

En años posteriores, estos trabajos se extendieron por el resto de Europa. Sin embargo, en España la asunción y reconocimiento del problema del acoso escolar no se produce hasta el año 1999, gracias a la acción del Defensor del Pueblo ⁽²⁾.

A lo largo del tiempo han ido sucediendo una serie de acontecimientos históricos relevantes en pro de los Derechos Humanos y de la Cultura de Paz, como la proclamación por Naciones Unidas del decenio 2000-2010 como decenio Internacional de una Cultura de Paz y No Violencia para los niños del mundo. A través de esta declaración, se insta a los países a adquirir el compromiso de fomentar la Cultura de Paz en todos los ámbitos de la vida.

A partir de aquí, son muchos los países y organizaciones que se han sumado a este compromiso; como ejemplo de ello, en el campo educativo, tanto la Administración Central como las distintas comunidades autónomas desarrollan políticas educativas que vienen a fomentar la Cultura de Paz ⁽⁵⁾.

Con todo lo anteriormente citado se concluye que el acoso escolar es una forma de conducta agresiva, caracterizada por el abuso de poder entre iguales, que se lleva a cabo de forma intencionada, reiterada y mantenida en el tiempo ^(1,3).

Las evidencias científicas sugieren que el acoso es un fenómeno cada vez más frecuente en el contexto escolar y con consecuencias para la salud, por lo que su prevención debe constituir un área prioritaria ⁽²⁾.

La mayor frecuencia de aparición del fenómeno del bullying se produce entre los alumnos de 10 a 14 años ⁽¹⁾. Por tanto, las intervenciones específicas que se recogen en este programa se desarrollarán con los grupos de alumnos de entre 7 y 11 años, previniendo el pico de incidencia, que se producirá a partir de los 10 años.

Por este motivo es importante diseñar intervenciones efectivas dirigidas a disminuir la incidencia y la prevalencia del acoso, así como de sus consecuencias.

Este tipo de conductas puede manifestarse de diferentes formas, tales como: maltrato físico (pegar, agresiones con objetos, etc), maltrato verbal (insultos, ridiculizar, contestar con malos modos, comentarios discriminatorios, etc), maltrato psicológico (con comentarios destinados a aumentar el temor o inseguridad, etc), maltrato social (expandiendo rumores, excluyendo socialmente...), maltrato indirecto (cuando se induce a otros a desarrollar la conducta), abuso sexual ^(1,3) o ciberacoso o cyberbullying, cuando cualquiera de los anteriores se lleva a cabo a través de las redes sociales utilizando las nuevas tecnologías (ANEXO I).



Actualmente, las formas de bullying se han ido modificando y adaptando a las nuevas tecnologías, surgiendo nuevas circunstancias en la mayoría de las cuales nos vemos afectados por un tipo de violencia más o menos organizada, que exige modificar estrategias formativas e incorporar nuevas formas de prevención y detección del agredido y del agresor (ANEXOII). Para ello existen pautas e indicadores que pueden ayudar a identificar a los mismos (ANEXO III).

Todos estos avances en la materia y cambios sociales han provocado una toma de conciencia por parte de la sociedad. De tal modo que ha surgido la necesidad de abordar el problema del bullying y de comenzar con el desarrollo de programas específicos en las Comunidades Autónomas.

En Cantabria se dispone de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, así como de la Ley de Protección a la Infancia y Adolescencia 7/1999. Ambas plantean la existencia de dos tipos de situaciones en las que niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos; se trata de las situaciones de desamparo y las situaciones de riesgo.

Actualmente en esta comunidad se dispone de la Red Cántabra de escuelas solidarias, para que los centros que ponen en marcha planes de educación para el desarrollo tengan la oportunidad de compartir e intercambiar experiencias y buenas prácticas, así como emprender acciones conjuntas y buscar nuevos objetivos. Sin duda, este Plan ha supuesto un cambio fundamental en la política educativa de nuestro tiempo, al confiar en la educación como instrumento indispensable para potenciar una Cultura de Paz en la sociedad.

JUSTIFICACIÓN

Por las diversas razones expuestas se plantea la necesidad de un abordaje en los centros escolares, por parte de una figura que no sólo identifique las situaciones de riesgo de bullying en los alumnos sino que mejore los conocimientos y habilidades de la comunidad escolar (alumnos, padres y equipo docente) para identificarlos, abordarlos, y solucionarlos. Es la enfermera escolar la figura que puede realizar este abordaje multifocal en la comunidad escolar puesto que:

La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. En España, los enfermeros son los responsables de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades; así lo dispone la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.

De tal modo que el sector sanitario y el sector educativo tienen intereses comunes en la educación y promoción de la salud, y la enfermera desempeña un interesante rol como agente de la salud, con plena responsabilidad y un potencial de conocimientos y capacidades en el desarrollo de la educación y promoción de la salud en la comunidad escolar.



2.

OBJETIVOS

General:

Promover la salud en el medio escolar en relación al bullying.

Específicos:

- ✓ Identificar situaciones reales o de riesgo de bullying en los alumnos.
- ✓ Comparar la incidencia y/o prevalencia de conductas de bullying en los alumnos antes y después de la implantación del programa.
- ✓ Mejorar los conocimientos y habilidades sobre bullying de la comunidad escolar (alumnos, padres y profesores).





3.

METODOLOGÍA

Proyecto dirigido a la comunidad escolar: profesores, alumnos, familias y personal no docente.

El grupo diana se corresponde con los cursos de 2º a 6º de Enseñanza Primaria, es decir, alumnos de 7 a 11 años.

En función de diferentes peculiaridades del centro escolar, se propone incluir contenidos de Bullying de forma general y transversal en otros temas académicos, así como la realización de técnicas de dinámica grupal u otras que fomenten la socialización.

Por otro lado, se debe estar permanentemente alerta a signos de aparición de este fenómeno.

ACTIVIDADES

Estudio de Prevalencia:

Al comienzo del curso y a través de uno de los cuestionarios propuestos (ANEXO IV) que se administrará a todos los miembros del grupo diana, se dispondrá de un conocimiento previo de la situación del bullying en dicho centro. De este modo, se identificarán necesidades concretas permitiendo la adaptación del proyecto a las características propias de dicho centro.

Programa formativo:

El programa formativo se orientará a la adquisición y mejora de los conocimientos y habilidades básicos, para la identificación de una situación de acoso escolar: cómo prevenirla, identificarla y la actuación correspondiente.

Para la adecuada consecución de los objetivos planteados, los contenidos de las clases se desarrollarán en tres niveles:

- ✓ Cognitivo: fase conceptual de definición de conceptos básicos: qué es el bullying, tipos de bullying, repercusiones del fenómeno, identificar los agentes que participan en él, etc. La forma de exponer estos conceptos y la profundidad con la que se traten, dependerán del destinatario del taller concreto, diferenciando las intervenciones según se trate de alumnos, de profesores o de padres.
- ✓ Afectivo: desarrollar actitudes positivas hacia el fenómeno del bullying, fomentando la empatía hacia la víctima y el agresor, generando conductas de asertividad, etc., adaptándose, como en el caso anterior, en función del destinatario del taller.



- ✓ Conductual: desarrollo teórico-práctico de los conocimientos aprendidos en la fase conductual, mediante la utilización de diferentes técnicas adaptadas a los diferentes temas, como pueden ser: el role-playing, la dramatización, la simulación y el visionado de películas, mediante las cuáles los alumnos demuestren saber identificar una situación de acoso escolar y ayudar a resolverla.

La formación se desarrollará mediante talleres teórico-prácticos de 1h. de duración dirigidos a los grupos diana en sus diferentes niveles didácticos (ANEXOS V, VI, VII y VIII).

Observación de conductas de riesgo:

la enfermera realizará una valoración del grupo, identificando si existen conductas de riesgo y signos de victimización en alumnos (ANEXO III).

Esta valoración se registrará como Observaciones de Enfermería (ANEXO IX) y, en caso de identificarse una situación real de bullying, se trabajará de forma específica con la víctima y el grupo, en colaboración con otros profesionales si fuera preciso.





4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Evaluación de los objetivos:

- ✓ Análisis del estudio de prevalencia: se analizarán y compararán los resultados del estudio al inicio y al final del curso, confirmando de esta manera si ha disminuido o no la prevalencia del bullying en el centro escolar.
- ✓ Análisis de la eficacia del programa formativo: se elaborará un cuestionario pre-test y pos-test en relación con el contenido de los talleres específicos que se impartan (ANEXOS X, XI y XII), analizando estas dos situaciones y valorando la mejora en los conocimientos y habilidades de alumnos, padres y profesores en relación al fenómeno del bullying.
- ✓ Observación: durante el desarrollo de los talleres se observará la adecuada atención por parte de los alumnos, modificándose o insistiendo en el desarrollo de unas actividades u otras en función de las necesidades advertidas. También se observará el desarrollo de actitudes positivas hacia este fenómeno, generando empatía, asertividad, así como la identificación y descripción de medidas de prevención de las situaciones conflictivas.
- ✓ Demostración: durante los talleres se realizarán evaluaciones in situ, utilizando simulacros o role-playing en el que los alumnos deberán demostrar cómo actuarían en determinadas situaciones propuestas, con el objetivo de verificar que han aprendido lo propuesto en cuanto a conceptos, a identificar los agentes y a desarrollar las capacidades para abordar estas situaciones así como prevenirlas.
- ✓ Autoevaluación: mediante la utilización de los registros.





5.

CURRICULUM

NURIA ALONSO PEÑA

Formación académica:

- ✎ DIPLOMADO EN ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria. Santander (2003-2006)
- ✎ CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO DE ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria. Santander (Junio- 2011)

Publicaciones:

- ✎ Alonso N. Equidad de género: nuevas perspectivas para la salud. Nuber Científ. Feb-Jun 2012; 1(6):5-15.
- ✎ Campo M, Alonso N. Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria. Nuber Científ. Jul-Oct 2013; 2(10):39-45.

Formación Complementaria:

- ✎ Asistencia al IV Congreso Nacional de Enfermería Escolar de la SCE3.
- ✎ Curso de Iniciación a la investigación para enfermería. Colegio oficial de enfermería de Cantabria. Santander, marzo 2013.

Idiomas:

- ✎ Nivel B1 de Inglés certificado por la Escuela Oficial de Idiomas de Santander.

Proyectos de Educación para la Salud:

- ✎ Proyecto de investigación: “Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria”.
 - Premiado con el ACCESIT. XI Edición premio “Sor Clara” de investigación en enfermería. Santander, mayo 2013.
 - Autora: Mónica Campo Briz
 - Co-autora: Nuria Alonso Peña



MIRIAN GARCÍA MARTÍNEZ

Formación académica:

- ✎ TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA. Escuela Superior de Oficios de Cantabria. Santander (1999-2000)
- ✎ DIPLOMADO EN ENFERMERÍA. Universidad de Burgos. Burgos (2001-2005)

Publicaciones:

- ✎ Autora y coautora de nueve comunicaciones en congresos nacionales y conferencias internacionales y beneficiaria de un premio durante los años 2008-2013. Todo, sobre el tema de cuidados en diálisis, área en la que desarrolla su actividad asistencial.
- ✎ Cobo Sánchez J.L, Sola García M.T, Begines Ramírez A, Pelayo Alonso R, García Martínez M, Cano Gil A, Merino González L, Vicente Jiménez Y, Sainz Alonso R.A, Alonso Nates R. Detection of latent infection in peritoneal dialysis patients: Tuberculin or gamma interferon test? En Abstract book 39 EDTNA/ERCA International Conference. Septiembre 2010. ISBN: 978-80-254-7892-9.
- ✎ Cobo Sánchez J.L, Pelayo Alonso R, Menezo Viadero R, Cuadrado Mantecón M, Villa Llamazares C, Gándara Revuelta M, Cepa García H, Sánchez Cano S, García Martínez M, Incera Setién E. Online haemodiafiltration vs haemofiltration with endogenous reinfusion: a biocompatibility study. En Abstract book 42 EDTNA/ERCA International Conference. Septiembre 2013. ISBN: 978-80-260-4668-4.
- ✎ Gándara Revuelta M, Menezo Viadero R, Cobo Sánchez J.L, Pelayo Alonso R, García Martínez M, Aja Crespo Ainhoa. Valoración de las necesidades de las personas con enfermedad renal en hemodiálisis en Cantabria. Nuber Científ. Nov-Feb 2011-2012; 1(5): 12-17.
- ✎ Menezo Viadero R, García Martínez M, Pelayo Alonso R, Cobo Sánchez J.L, Rojo Tordable M, Tovar Rincón A, Olalla Antolín A, Sáenz de Buruaga Perea A, Cepa García H, Incera Setién E, Pérez Garmilla A.I, Peiró Sampayo S, Higuera Roldán C, Alonso Nates R. “Hemodiafiltración en línea predilucional vs postdilucional: estudio comparativo de eficacia dialítica y hemodinámica”. Enfermería Nefrológica 2012; 2(15):108-113.
- ✎ Cobo Sánchez J.L, Pelayo Alonso R, Menezo Viadero R, Cuadrado Mantecón M, Villa Llamazares C, Gándara Revuelta M, Cepa García H, Sáenz de Buruaga A, Incera Setién E, Sainz Alonso R.A, Vicente Jiménez Y, Sánchez Cano S, García Martínez M, Alonso Nates R, Paule Peñasco B.A. “Estudio comparativo de biocompatibilidad entre la hemodiafiltración en línea y la hemodiafiltración con reinfusión endógena”. Enfermería Nefrológica 2012; 4(15):271-276.



Formación Complementaria:

- ✎ Curso de formación continuada Crecimiento y desarrollo Psicomotor del niño para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada de Emergencias pediátricas y maltrato infantil para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Obesidad y ortopedia infantil para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Soporte vital básico y avanzado en adultos y pediatría. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Generalidades en patología pediátrica para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Vacunación y exámenes de salud del niño sano para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Alteraciones pediátricas digestivas, endocrinas y respiratorias para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Alteraciones pediátricas neuromusculares, cardiológicas y nefropáticas para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Crecimiento y desarrollo psicomotor del niño para enfermería. Diciembre 2006.
- ✎ Curso de formación continuada Entrevista de enfermería en pediatría y alimentación pediátrica. Diciembre 2006.
- ✎ Curso investen: Metodología de la Investigación aplicada a los Cuidados de Salud. 2013-2014.
- ✎ Asistencia al IV Congreso Nacional de Enfermería Escolar de la SCE3.

Ponencias:

- ✎ Autora y ponente de la comunicación oral titulada “La posición del catéter de diálisis peritoneal no es esencial para un correcto funcionamiento”, en el congreso XXXIV Nacional SEDEN, octubre 2009.
- ✎ Autora comunicación oral titulada “¿Influye el acceso vascular en el estado inflamatorio de los pacientes en hemodiálisis?”, en el XXXVI Congreso Nacional SEDEN, octubre 2011.

Premios:

- ✎ Premio póster covidien 2011 por el trabajo como primera autora titulado “¿Influye el acceso vascular en el estado inflamatorio de los pacientes en hemodiálisis?”, en el XXXVI Congreso Nacional SEDEN, octubre 2011.



Otros:

- ✎ Autora Proyecto de educación para la Salud en la escuela “Salud bucodental en la escuela”. Agosto 2013.
- ✎ Autora y ponente de comunicación oral “Dientes sanos desde bien temprano”, en el IV Congreso Nacional de Enfermería Escolar de la SCE3.
- ✎ Docente de Taller “Salud bucodental en la escuela” impartido en diversos centros escolares de Cantabria. Años 2013, 2014.

Experiencia en Educación para la Salud:

- ✎ Autora del Programa de Educación para la salud “Salud bucodental en la escuela” en Centros escolares de Cantabria, desarrollando en numerosos centros escolares de la Comunidad Autónoma de Cantabria desde 2012.

Idiomas:

- ✎ Nivel B1 de Inglés certificado por la Escuela Oficial de Idiomas de Santander.

MÓNICA CAMPO BRIZ

Formación académica:

- ✎ DIPLOMADO EN ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria. Santander (2007-2010)
- ✎ CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO DE ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria. Santander (Junio 2011)
- ✎ MASTER UNIVERSITARIO “Condicionantes genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y el desarrollo”. Universidad de Cantabria. Santander (2010-2012)

Publicaciones:

- ✎ Campo M. Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España. UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Diciembre 2011.
- ✎ Campo M. Hábitos alimentarios de la población inmigrante en España. UCrea, Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Junio 2011.
- ✎ Campo M, Alonso N. Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria. Nuber Científ. Jul-Oct 2013;2(10):39-45.



Experiencia en Educación para la Salud:

- ✎ Educación para la salud “Salud bucodental en la escuela” en Centros escolares de Cantabria (2013- 2014)
- ✎ Educación para la salud “Sexualidad saludable” en Centros escolares de Cantabria (2014)

Proyectos de Educación para la Salud:

- ✎ Proyecto de investigación: “Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria”.
 - Premiado con el ACCESIT. XI Edición premio “Sor Clara” de investigación en enfermería. Santander, mayo 2013.
 - Autora: Mónica Campo Briz
 - Co-autora: Nuria Alonso Peña

Formación Complementaria:

- ✎ Curso de Iniciación a la investigación para enfermería. Colegio oficial de enfermería de Cantabria. Santander, marzo 2013.
- ✎ Curso de atención de enfermería en el medio escolar. Colegio oficial de enfermería de Cantabria. Santander, abril 2013.
- ✎ Co-autora de comunicación oral “Dientes sanos desde bien temprano” en el IV Congreso Nacional de Enfermería Escolar de la SCE3.

Idiomas:

- ✎ Nivel B1 de Inglés certificado por la Escuela Oficial de Idiomas de Santander.



6.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía infantil. [Internet]. 2014 [citado Marzo 2014] Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/educacion/escuela/acosoescolar/consecuencias.htm>
2. Muñoz Orellana R, Gómez Acero AM, Moreno Simón FJ, Carvajal García JC, Hernández Hidalgo RM, Hernández Allada AI, Ramos Sánchez JL. Proyecto de actuación e intervención en casos de acoso escolar en nuestro centro educativo. [Internet]. 2014 [citado Marzo 2014] Disponible en: http://iessantaaulalia.juntaextremadura.net/datos/acoso_escolar/proyecto_acoso_escolar.pdf
3. Menéndez Benavente I. Bullying: acoso escolar. [Internet]. 2006 [citado Marzo 2014] Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/bullying>
4. Cajigas de Segredo N, Kahan E, Luzardo M, Najson S, Ugo C, Zamalvide G. Agresión entre pares (bullying) en un centro educativo de Montevideo: Estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. Rev Med Urug. 2006; 22: 143-151.
5. Caballero Grande MJ. Convivencia escolar. Un estudio sobre buenas prácticas. School Behaviour Management. A study on good practices. Revista de Paz y Conflictos. [Internet]. 2014 [citado Marzo 2014] Disponible en: http://www.ugr.es/~revpaz/tesinas/DEA_Maria_Jose_Caballero.html
6. Olweus D: Bullying at school: What we know and what we can do. Blackwell Publishing, 1993.





7. ANEXOS

ANEXO I. TIPOS DE BULLYING

ACOSO FÍSICO	
DIRECTO	INDIRECTO
Escupir, golpear, patadas, puñetazos, empujar, agresiones con objetos, formas de encierro...	Robar, romper pertenencias, esconder cualquier clase de objeto...
ACOSO VERBAL	
DIRECTO	INDIRECTO
Insultar, burlarse, reírse entre otros, poner apodosos o mote Amenazar, menospreciar en público...	Insultos continuados, rumores Generar rumores raciales o sexistas Generar y difundir malos comentarios...
ACOSO SOCIAL	
DIRECTO	INDIRECTO
Aislar, excluir o apartar del grupo, animar a los demás a aislar, no dejar participar en las actividades...	Ignorar, tratar como un objeto o tratar como que no existe
ACOSO PSICOLÓGICO	
DIRECTO	INDIRECTO
Burlas, miradas, gestos agresivos Racismo si refieren gestos de sus orígenes...	Acciones para disminuir la autoestima Acciones para aumentar inseguridad y temor de la víctima...
ACOSO SEXUAL	
Inducción o abuso sexual. Se da cuando el maltrato hace referencia a partes íntimas del cuerpo de la víctima. Incluye el Bullying Homóforo que se da cuando el maltrato hace referencia a la orientación sexual de la víctima o cuando se intenta justificar por motivos de homosexualidad, real o imaginaria.	
CYBERBULLYING	
Uso de los medios telemáticos (Internet, telefonía móvil y videojuegos online, principalmente) para ejercer el acoso psicológico entre iguales. No se trata aquí el acoso de índole estrictamente sexual ni los casos en los que personas adultas intervienen; debe ser entre menores.	



ANEXO II. DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS

VÍCTIMA

Personalidad
Débiles, inseguros, ansiosos, tranquilos, tímidos y con bajos niveles de autoestima
Ámbito familiar
Desean pasar más tiempo en hogar, temen salir. Dentro se sienten seguros y protegidos
Aspecto físico
Suelen ser menos fuertes y no son agresivos ni violentos. Suelen tener características físicas determinadas (mayor peso, gafas...)

AGRESORES

Personalidad
<p>Carácter agresivo e impulsivo. Suelen mostrar escasas habilidades sociales.</p> <p>Carecen de sentimiento de culpabilidad.</p> <p>Por lo general son o han sido objeto de maltrato; no se sienten queridos y tratan de suplir esa carencia utilizando la violencia con el fin de alcanzar protagonismo.</p> <p>En menor medida, puede darse en chicos sobreprotegidos, “niños mimados”, con dificultades de adaptación y que presentan carencias afectivas; sienten que no les comprenden y adoptan la postura de no respetar las normas, llegando a recurrir a la amenaza e incluso a la violencia.</p>
Ámbito social
<p>Por lo general, se encuentran ubicados en grupos donde son los de mayor edad por ser repetidores. Por lo tanto, su integración social es menor, son menos populares y están muy desmotivados académicamente.</p>
Aspecto físico
<p>Se sienten fuertes, atractivos para los demás.</p>



ANEXO III. INDICADORES IDENTIFICACIÓN POSIBLES VÍCTIMAS

No es sencillo detectar el acoso escolar, y es muy posible que el profesor no lo haga por diversas razones. Por un lado, por las pocas horas que pasan con los alumnos (hay profesores que sólo los ven dos horas a la semana); por otro, porque aunque el acoso se suele dar de forma continuada, los alumnos tienen miedo y no lo cuentan.

Los rasgos que ayudan a detectar los casos de alumnos que sufren acoso son:

- ✓ Con frecuencia están solos y apartados de su grupo durante los recreos.
- ✓ En los juegos de equipo son los últimos en ser elegidos.
- ✓ Durante el recreo intentan quedarse cerca del profesor o de otros adultos.
- ✓ En clase tienen dificultad en hablar delante de los demás y dan una impresión de inseguridad y ansiedad.
- ✓ Tienen un aspecto contrariado, triste, deprimido y afligido.
- ✓ Se observa un deterioro gradual de su trabajo escolar.

Signos de victimización ⁽⁶⁾:

- ✓ Presencia de heridas, equimosis, cortes inexplicados
- ✓ Tiene pocos o ningún amigo
- ✓ Se le ve preocupado de ir al colegio
- ✓ Evita cierta gente, situaciones, lugares
- ✓ Ha perdido interés en el trabajo escolar
- ✓ Presenta cefaleas, dolores abdominales o síntomas vagos
- ✓ Se queda en casa porque está “enfermo”
- ✓ Visita frecuentemente la enfermería del colegio por síntomas para así regresar a casa.
- ✓ Tiene dificultad para dormir y/o tiene pesadillas
- ✓ Se le ve triste, deprimido, apático.
- ✓ Está silencioso, sensible y pasivo
- ✓ Presencia de estigmas: obesidad, dislalia, espamofemia, discapacidad, trastornos de aprendizaje.
- ✓ Verbalización por parte de la propia víctima o espectadores de conflictos de forma reiterativa entre los mismos alumnos.
- ✓ Disminución del rendimiento escolar e incluso fracaso escolar en breve periodo de tiempo.



OTROS INDICIOS MÁS FÁCILMENTE OBSERVABLES

- ✓ Les gastan bromas desagradables, les llaman por apodos, los insultan, ridiculizan, denigran, amenazan, les dan órdenes, los dominan, los subyugan.
- ✓ Son objeto de burlas y risas desdeñosas y hostiles.
- ✓ Los molestan, acobardan, empujan, pinchan, golpean o les dan patadas.
- ✓ Se ven envueltos en discusiones y peleas en las que se encuentran indefensos y de las que tratan de huir (posiblemente llorando).
- ✓ Les quitan los libros, dinero y otras pertenencias o se las rompen y se las tiran.
- ✓ Tienen contusiones, heridas, cortes, arañazos que no se explican de forma natural.

¿CÓMO DETECTAR EL ACOSO DESDE LA FAMILIA?

- ✓ Si los padres observan algunos de los indicios que se exponen a continuación, es posible que su hijo sea objeto de algún tipo de acoso escolar:
- ✓ Recelo de ir al colegio (buscan cualquier excusa para no ir).
- ✓ Regresan a casa del colegio con la ropa rota o desordenada, con los libros y el material escolar rotos.
- ✓ Tienen contusiones, heridas y arañazos que no se explican de forma natural.
- ✓ No les acompañan compañeros de clase o del colegio cuando vuelven a casa.
- ✓ Es posible que no tengan un solo amigo con quien compartir el tiempo libre.
- ✓ Nunca o casi nunca les invitan a fiestas y es muy posible que no sientan ningún interés en organizarlas ellos.
- ✓ Van y vienen del centro por un camino ilógico.
- ✓ Duermen intranquilos, tienen pesadillas y es posible que lloren mientras duermen.
- ✓ Pierden el interés por el trabajo escolar y sacan notas bajas.
- ✓ Tienen un aspecto triste, deprimido y de infelicidad.



ANEXO IV. CUESTIONARIOS

Cuestionario para el alumnado

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

(Adaptado de Ortega, Mora-Merchán y Mora)

Instrucciones para responder al cuestionario

1. Si te surge alguna pregunta mientras rellenes el cuestionario levanta la mano y te responderemos.
2. El cuestionario es anónimo, pero, si lo crees oportuno puedes poner tu nombre al contestar la pregunta nº 12.
3. Lee las preguntas detenidamente. Revisa todas las opciones y elige la respuesta que prefieres.
4. Anota tu respuesta en la HOJA DE RESPUESTAS, que tienes aparte, haciendo una cruz en la opción que eliges. Algunas preguntas tienen opciones que te permiten escribir texto. Hazlo siempre en la hoja de respuestas.
5. La mayoría de preguntas te piden que elijas sólo una respuesta. Sin embargo, ATENCIÓN, hay preguntas donde puedes responder seleccionando más de una opción. En todo caso se te indica en la misma pregunta.
6. En algunas preguntas aparece una opción que pone "otros". Esta se elige cuando lo que tú responderías no se encuentra dentro de las otras opciones. Si eliges esta opción, táchala en la hoja de respuestas y sobre la línea de puntos, escribe tu respuesta.
7. Cuando termines de contestar la primera hoja del cuestionario pasa a la vuelta.
8. Escribe con un lápiz. Si te equivocas al responder corrige borrando, no taches.
9. El cuestionario que te presentamos ahora es sobre INTIMIDACIÓN y MALTRATO ENTRE COMPAÑEROS O COMPAÑERAS.

Hay intimidación cuando algún chico o chica cogen por costumbre meter miedo, amenazar o abusar de sus compañeros o compañeras. Estas situaciones producen rabia y miedo en las personas que las sufren por no poder defenderse.



Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales
HOJA DE RESPUESTAS

INSTRUCCIONES:

Por favor, lee atentamente cada pregunta en tu cuestionario y marca con una x la letra o letras (según la pregunta), que mejor describa tu manera de pensar.

Instituto:.....Curso:.....Letra:.....

Localidad:.....Edad:.....

Soy: Chico Chica

Fecha:.....

1	a	b	c	d	e	f	g
---	---	---	---	---	---	---	---

Los/as Profesores/as:

2	a	b	c	d
---	---	---	---	---

3	a	b	c	d	e
---	---	---	---	---	---

4	a	b	c	d	e	f	g	h
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5	a	b	c	d	e
---	---	---	---	---	---

Las Familias:

6	a	b	c	d	e	f	g
---	---	---	---	---	---	---	---

7	a	b	c	d
---	---	---	---	---

8	a	b	c	d	e	f	g	h	i
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9	a	b	c	d	e	f	g	h
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Los/as compañeros/as:

10	a	b	c	d	e
----	---	---	---	---	---

11	a	b	c	d	e	f
----	---	---	---	---	---	---

12	a	b	c	d	e
----	---	---	---	---	---

Si tienes que añadir algo sobre el tema que no te hayamos preguntado, puedes escribirlo ahora. (Además, si lo crees oportuno, aquí puedes escribir tu nombre).

Nombre:



Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales

HOJA DE PREGUNTAS PARA EL ALUMNADO

(Adaptado de Ortega, Mora-Merchán y Mora)

1. ¿Cuáles son en tu opinión las formas más frecuentes de maltrato entre compañeros/as?
 - a. Insultar, poner motes.
 - b. Reírse de alguien, dejar en ridículo.
 - c. Hacer daño físico (pegar, dar patadas, empujar).
 - d. Hablar mal de alguien.
 - e. Amenazar, chantajear, obligar a hacer cosas.
 - f. Rechazar, aislar, no juntarse con alguien, no dejar participar.
 - g. Otros.

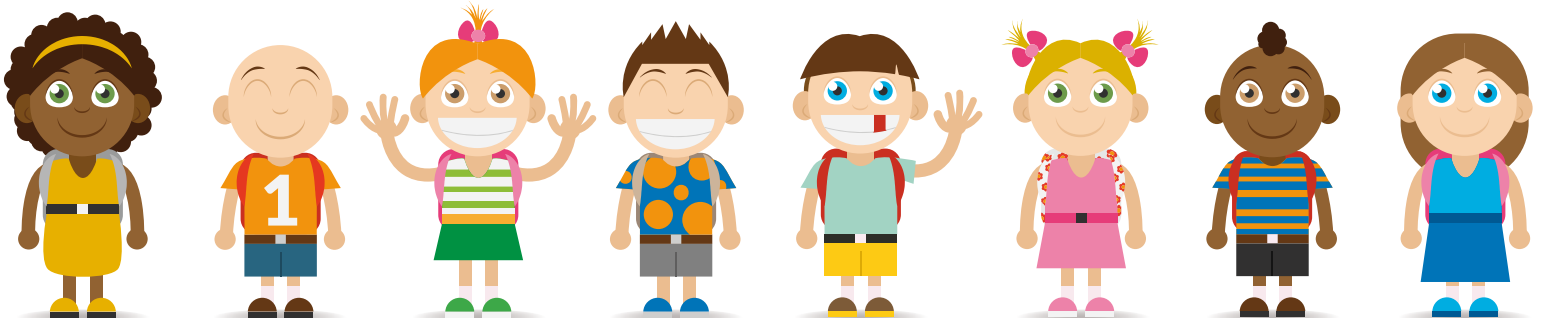
2. ¿Cuántas veces, en este curso, te han intimidado o maltratado algunos/as de tus compañeros/as?
 - a. Nunca
 - b. Pocas veces
 - c. Bastantes veces.
 - d. Casi todos los días, casi siempre.

3. Si tus compañeros/as te han intimidado en alguna ocasión ¿desde cuándo se producen estas situaciones?
 - a. Nadie me ha intimidado nunca.
 - b. Desde hace poco, unas semanas.
 - c. Desde hace unos meses
 - d. Durante todo el curso.
 - e. Desde siempre

4. ¿En qué lugares se suelen producir estas situaciones de intimidación? (Puedes elegir más de una respuesta)
 - a. En la clase cuando está algún profesor/a.
 - b. En la clase cuando no hay ningún profesor/a.
 - c. En los pasillos del Instituto.
 - d. en los aseos
 - e. En el patio cuando vigila algún profesor/a.
 - f. En el patio cuando no vigila ningún profesor/a.
 - g. Cerca del Instituto, al salir de clase.
 - h. En la calle.



5. Si alguien te intimida ¿hablas con alguien de lo que sucede? (Puedes elegir más de una respuesta)
- Nadie me intimida.
 - No hablo con nadie.
 - Con los/as profesores/as.
 - Con mi familia.
 - Con compañeros/as.
6. ¿Quién suele parar las situaciones de intimidación?
- Nadie.
 - Algún profesor.
 - Alguna profesora.
 - Otros adultos.
 - Algunos compañeros.
 - Algunas compañeras.
 - No lo sé
7. ¿Has intimidado o maltratado a algún compañero o alguna compañera?
- Nunca me meto con nadie.
 - Alguna vez.
 - Con cierta frecuencia.
 - Casi todos los días.
8. Si te han intimidado en alguna ocasión ¿Por qué crees que se lo hicieron? (Puedes elegir más de una respuesta)
- Nadie me ha intimidado nunca.
 - No lo sé.
 - Porque los provoqué.
 - Porque soy diferente a ellos.
 - Porque soy más débil.
 - Por molestar me.
 - Por gastarme una broma.
 - Porque me lo merezco.
 - Otros.





9. Si has participado en situaciones de intimidación hacia tus compañeros/as ¿por qué lo hiciste? (Puedes elegir más de una respuesta)

- a. No he intimidado a nadie.
- b. Porque me provocaron.
- c. Porque a mi me hacen lo mismo.
- d. Porque son diferentes (gitanos, deficientes, extranjeros, payos, de otros sitios...)
- e. Porque eran más débiles.
- f. Por molestar.
- g. Por gastar una broma.
- h. Otros.

10. ¿Por qué crees que algunos/as chicos/as intimidan a otros/as? (Puedes elegir más de una respuesta)

- a. Por molestar.
- b. Porque se meten con ellos/as.
- c. Porque son más fuertes
- d. Por gastar una broma.
- e. Otras razones.

11. ¿Con qué frecuencia han ocurrido intimidaciones (poner mote, dejar en ridículo, pegar, dar patadas, empujar, amenazas, rechazos, no juntarse, etc.) en tu instituto durante el trimestre?

- a. Nunca
- b. Menos de cinco veces.
- c. Entre cinco y diez veces
- d. Entre diez y veinte veces.
- e. Más de veinte veces.
- f. Todos los días.

12. ¿Qué tendría que suceder para que se arreglase este problema?

- a. No se puede arreglar.
- b. No sé.
- c. Que hagan algo los/as profesores/as.
- d. Que hagan algo las familias.
- e. Que hagan algo los/as compañeros/as.

Gracias por tu colaboración



Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales

HOJA DE PREGUNTAS PARA EL PROFESORADO

(Adaptado de Ortega, Mora-Merchán, Mora y Fernández)

Valora entre 1 (desacuerdo) y 5 (acuerdo) las siguientes frases según tu opinión:

- | | |
|---|---|
| <p>1. Las relaciones interpersonales son uno de los objetivos más importantes del desarrollo del curriculum</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>2. Las agresiones y situaciones violentas son un grave problema en mi Centro</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>3. El profesorado se encuentra indefenso ante los problemas de disciplina y agresiones del alumnado.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>4. El propio profesorado es en ocasiones el objeto de ataque del alumnado</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>5. Los padres y madres del alumnado a menudo empeoran las situaciones de conflicto.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>6. La intervención del profesorado en los casos de violencia y de conflicto creo que es parte de mi labor educativa.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>7. En mi clase, suelo controlar y atajar los conflictos y agresiones, no llegando a ser un problema.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> | <p>8. El profesorado, sin ayuda de otros profesionales, no está preparado para resolver los problemas de malas relaciones y violencia en el instituto.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>9. Para eliminar los problemas de violencia es necesario que el equipo completo de profesorado tome conciencia y se decida actuar.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>10. Para eliminar los problemas de violencia entre el alumnado que se producen en el Instituto, hay que implicar a las familias.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>11. La carga lectiva e instruccional actúa como una exigencia que impide dedicarse a asuntos como los problemas de relaciones interpersonales.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>12. Para eliminar los problemas de violencia y mejorar las relaciones interpersonales hay que modificar el curriculum escolar.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>13. Considero que comenzar un proyecto de intervención sobre las agresiones y violencia en mi Centro sería una buena idea.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> <p>14. Como profesor/a, considero tan importantes los problemas de violencia e intimidación como los que tienen que ver con el rendimiento académico del alumnado.</p> <p style="text-align: center;">2 3 4 5</p> |
|---|---|

Gracias por tu colaboración



LISTA DE CHEQUEO

Mi vida en la escuela

(AROA, 1989)

Soy: Chico Chica

Edad: Año:.....

Durante esta semana en el Colegio/Instituto	Nunca	A veces	Más de una vez
Algún chico o chica:			
1. Me ha dicho motes			
2. Me ha dicho algo bonito			
3. Fue malintencionado/a con mi familia			
4. Intentó darme patadas			
5. Fue muy amable conmigo			
6. Fue desagradable porque yo soy diferente			
7. Me dio un regalo			
8. Me dijeron que me darían una paliza			
9. Me dieron algo de dinero			
10. Intentó que le diera dinero			
11. Intentó asustarme			
12. Me hizo una pregunta estúpida			
13. Me ha prestado alguna cosa			
14. Me interrumpió cuando jugaba			
15. Fue desagradable respecto a algo que hice			
16. Conversó a cerca de ropa conmigo			
17. Me dijo una broma			
18. Me dijo una mentira			
19. Una pandilla se metió conmigo			
20. Gente intentó hacerme daño			
21. Me ha sonreído			
22. Intentó meterme en problemas			
23. Me ayudó a llevar algo			
24. Intentó hacerme daño			
25. Me ayudó con mi trabajo			
26. Me hizo hacer algo que no quería hacer			
27. Conversó conmigo de cosas de la tele			
28. Me ha quitado alguna cosa			
29. Ha compartido algo conmigo			
30. Ha sido grosero/a a cerca del color de mi piel			
31. Me gritó			
32. Jugó conmigo			
33. Trataron de que metiera la pata			
34. Me habló sobre cosas que me gustan			
35. Se rió de mi horriblemente			
36. Me dijeron que se chivarían			
37. Trataron de romperme algo mío			
38. Dijeron una mentira a cerca de mi.			
39. Intentaron pegarme			



Cuestionario sobre preconcepciones de intimidación y maltrato entre iguales

HOJA DE PREGUNTAS PARA EL PROFESORADO

(Adaptado de Ortega, Mora-Merchán, Mora y Fernández)

Valora entre 1 (desacuerdo) y 5 (acuerdo) las siguientes frases según su opinión:

1. Las relaciones interpersonales son uno de los objetivos más importantes del desarrollo del currículum.
2 3 4 5
2. Las agresiones y situaciones violentas son un grave problema en mi Centro.
2 3 4 5
3. El profesorado se encuentra indefenso ante los problemas de disciplina y agresiones del alumnado.
2 3 4 5
4. El propio profesorado es en ocasiones el objeto de ataque del alumnado.
2 3 4 5
5. Los padres y madres del alumnado a menudo empeoran las situaciones de conflicto.
2 3 4 5
6. La intervención del profesorado en los casos de violencia y de conflicto creo que es parte de mi labor educativa.
2 3 4 5
7. En mi clase, suelo controlar y atajar los conflictos y agresiones, no llegando a ser un problema.
2 3 4 5
8. El profesorado, sin ayuda de otros profesionales, no está preparado para resolver los problemas de malas relaciones y violencia en el instituto.
2 3 4 5
9. Para eliminar los problemas de violencia es necesario que el equipo completo del profesorado tome conciencia y se decida a actuar.
2 3 4 5
10. Para eliminar los problemas de violencia entre el alumnado que se producen en el instituto, hay que implicar a las familias.
2 3 4 5
11. La carga lectiva e institucional actúa como una exigencia que impide dedicarse a asuntos como los problemas de relaciones interpersonales.
2 3 4 5
12. Para eliminar los problemas de violencia y mejorar las relaciones interpersonales, hay que modificar el currículum.
2 3 4 5
13. Considero que comenzar un proyecto de intervención sobre agresiones y violencia en mi Centro sería una buena idea.
2 3 4 5
14. Como profesor/a, considero tan importantes los problemas de violencia e intimidación como los que tienen que ver con el rendimiento académico del alumnado.
2 3 4 5

Gracias por su colaboración



ANEXO V. ACTIVIDAD FORMATIVA PARA ALUMNOS: CONTENIDOS

1. CONCEPTOS BÁSICOS: se utilizarán técnicas de role-playing y dramatización para explicar los conceptos básicos.

- Para explicar en qué consiste el fenómeno y los agentes intervinientes, se realizará una dramatización en la que la enfermera escolar, con la ayuda de otro de los docentes, entrará en la clase y generará entre ellos mismos una situación de bullying, buscando las respuestas de los alumnos que los están viendo, que por supuesto desconocen que se trata de una intervención.
- Posteriormente se analizará la situación con los alumnos, formulándoles preguntas sobre cómo se han sentido en esa situación y pidiéndoles que identifiquen los agentes. Para todo ello se propone un guion recogido a continuación. También se recomienda la utilización de medios audiovisuales como películas y videos, que se seleccionarán a criterio de la Enfermera escolar, adaptándose a la edad del grupo y sus características propias (ANEXO VIII).

DRAMATIZACIÓN:

Es imprescindible que intervengan dos personas (actor 1 y 2), cuyos roles se pueden intercambiar, y que sean “iguales” para poder reproducir el fenómeno del bullying, por lo que se recomienda que sean la enfermera escolar y otro docente.

Actor 1: Enfermera escolar.

Actor 2: Otro docente.

Escena: la enfermera entra en aula y les dice a los alumnos que para el tema que van a tratar ese día que es ¿? (el que se quiera incluir), le ha pedido ayuda a su compañero Actor 2. Así, van a esperar un momento a que llegue (espera un par de minutos, actor 1 en silencio y mirando el reloj de forma constante).

Aparece el actor 2 y comienza la dramatización.

Actor 1: ¡¡¡Menos mal que has llegado!!! Llevamos un montón de tiempo esperándote.

Actor 2: Lo siento, es que he tenido...

Actor 1: ¡¡Da igual!! Bueno empezamos. Si te parece bien...

Actor 2: Sí, sí.

Actor 1: Pues en la clase de hoy vamos a hablar de ¿?. Lo vamos a explicar primero en la pizarra y luego haremos un juego, ¿te parece bien, Actor 2?

Actor 2: Sí, bueno...En realidad quizá sería mejor empezar por el juego...

Actor 1: No, no lo creo, últimamente no tienes una idea buena, ¿qué te pasa?



Actor 2: Bueno, solo era una propuesta.

El actor 2 decide sentarse en la silla detrás de la mesa, mientras que el 1 permanece delante de la mesa de manera que los alumnos puedan ver a ambos.

Actor 1: Bueno, entonces, seguimos de esta manera, ¿vale? (dirigiéndose al resto de los alumnos, buscando que los espectadores se pongan del lado del agresor...)

El actor 2 tira una botella de agua con la que está “jugando” al suelo, y al oír el ruido, el actor 1 que está hablando es interrumpido. Le dirige una mirada reprobatoria.

Actor 1: ¿Puedo continuar?

Actor 2: Sí.

Actor 1: Gracias.

El actor 1 continúa hablando y continúa con estas técnicas, mientras poco a poco se va colocando delante del actor 2, quien a su vez va adoptando poco a poco una postura cerrada, encogiéndose sobre sí mismo hasta que queda anulado.

Al finalizar la dramatización (en la que si es posible, dependiendo de la edad de los alumnos, se intentará fomentar que sean ellos mismos los que paren la escalada de tensión), se analizará con los alumnos lo que ha sucedido, identificando con su ayuda los agentes intervinientes.

2. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DESARROLLO DE HABILIDADES: se utilizarán técnicas para fomentar la empatía, asertividad y fomento de autoestima, también técnicas de role-playing y dramatización. A continuación se proponen ejemplos.

Ejemplos actividades medidas preventivas:

- ✓ Actividad para mejorar autoestima: colocar a todos los alumnos en un círculo y pedirles que presenten a su compañero de la derecha diciendo su nombre, desde hace cuánto que se conocen y algo que le guste de él/ella.
- ✓ Actividad para fomentar la asertividad y empatía: se pide a un voluntario que salga fuera de clase. Al que sale se le dice que cuando entre, en el aula tiene que dibujar algo (por ejemplo, una copa) y enseñárselo a sus compañeros a ver si alguno acierta lo que es.
 - ✓ Al resto de alumnos se les divide en dos grupos aleatoriamente, y se les dice que el que está fuera va a dibujar una copa. Los del grupo 1 le tienen que decir argumentos negativos: que lo está haciendo mal, que qué es eso, etc. Los del grupo 2, argumentos positivos y motivadores: que lo está haciendo bien, que siga así, etc.
 - ✓ Posteriormente se analizará con ellos cómo se han sentido desempeñando estos papeles: primero el “voluntario” comentará cómo se ha sentido y posteriormente el resto; haciendo hincapié en la importancia de decir a los otros lo que nos gusta y no nos gusta sin herir al otro.



- ✓ Juegos de resolución de conflictos: son juegos en los que se plantean situaciones de conflicto o que utilizan algún aspecto relacionado con éstas.
 - ✓ Unos hacen hincapié en el análisis de situaciones conflictivas, otros en los problemas de comunicación en el conflicto, en las relaciones poder/sumisión, en la toma de conciencia del punto de vista de los otros.
 - ✓ Aportan a las personas y al grupo elementos para aprender a afrontar los conflictos de una forma creativa. Algunos ejemplos de estos juegos son:

TELARAÑA	
Definición	Se trata de que todas las personas participantes pasen a través de una “telaraña” sin tocarla.
Objetivos	Desarrollar la capacidad colectiva de tomar decisiones y resolver conflictos. Fomentar la necesidad de cooperar. Desarrollar la confianza del grupo.
Participantes	Grupo, clase, a partir de 12 años.
Material	Cuerda y un espacio que tenga dos postes, dos árboles... entre los que se pueda construir la telaraña.
Consignas	Utilizando la cuerda, construir una telaraña entre dos lados (árboles, postes...) de unos dos metros de ancho. Conviene hacerla dejando muchos espacios de varios tamaños, los más grandes por encima de un metro.
Desarrollo	El grupo debe pasar por la telaraña sin tocarla, es decir, sin tocar las cuerdas. Podemos plantearle al grupo que están atrapados en una cueva o una prisión y que la única salida es a través de esta valla electrificada. Hay que buscar la solución para pasar: los primeros con la ayuda de los demás; luego uno/a a uno/a van saliendo hasta llegar al nuevo problema de los/as últimos/as.
Evaluación	¿Cómo se tomaron las decisiones? ¿Qué tipo de estrategia se siguió?



ROBAR LA BANDERA	
Definición	Se divide el grupo en policías y ladrones. Los ladrones deben robar la bandera y llevarla al campo propio con la oposición de los policías.
Objetivos	Desarrollar la capacidad de tomar decisiones de equipo. Fomentar la necesidad de cooperar.
Participantes	Grupo, clase, a partir de 8 años.
Material	Algo que simule una bandera, por ejemplo una pica fijada con un cono o un recogedor.
Consignas	Los ladrones tienen un inmune que además puede cazar a policías. Los cazados se colocan con los brazos en cruz hasta ser salvados. Se atrapa al oponente solo con tocarlo.
Desarrollo	<p>El juego empieza con la creación de dos grupos antagonistas (policías y ladrones) y la elección del inmune. Se coloca la bandera en el interior del campo de los policías. El juego termina cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es robada la bandera y llevada al campo de los ladrones • Un ladrón es cazado con la bandera <p>En el último caso, si hay duda sobre si dejó la bandera antes de ser tocado, el beneficio es para el atacante. Si un ladrón deja la bandera y esta cae al suelo, está cazado.</p>
Evaluación	¿Cómo se organizó el grupo? ¿Qué tipo de estrategia se siguió?
Variantes	Cuando el grupo es muy numeroso, es posible añadir más de un inmune, dos banderas, salvar de diferentes maneras...



ANEXO VI. ACTIVIDAD FORMATIVA PARA DOCENTES: CONTENIDOS

1. Conceptos básicos: se realizará un breve repaso teórico sobre el concepto de bullying y sus agentes, apoyado con medios audiovisuales. Se les instará a que utilicen dinámicas de grupo en sus clases, trabajos en grupo, fomentar que dentro de los grupos de trabajo se creen diferentes papeles que se deberán alternar de unos trabajos a otros con el fin de fomentar el respeto, la empatía y, en definitiva, la inteligencia emocional.
2. Medidas preventivas: se utilizará la simulación con exposición de “casos clínicos”, planteando un debate sobre cómo actuarían ante esas situaciones.

Ejemplo de caso clínico:

La profesora de educación física propone una actividad grupal, en la cual escoge a dos alumnos al azar. Ambos han de formar un equipo del que serán capitanes, escogiendo de uno en uno a sus compañeros. La elección puede estar influenciada por las amistades de cada uno de los capitanes, así como por escoger a las personas con las mejores cualidades físicas para ganar el juego. De repente la profesora se da cuenta de que priman las amistades, y de que determinadas características físicas (gafas, correctores dentales, introvertidos) se dejan para el último momento en la elección.

Tras la escenificación del caso clínico se debatirá (de forma guiada por la enfermera escolar que hará de moderador), sobre la forma en la que actuarían ante este caso. Deben incluirse las siguientes medidas preventivas:

- ✓ Identificar el acoso escolar.
- ✓ Identificar a los agentes.
- ✓ En relación a la víctima: escucha activa, conocer sus sentimientos, ponerse en su lugar, mostrar apoyo de forma activa, resolver problemas tanto de aprendizaje como emocionales, mantener confidencialidad...
- ✓ En relación con el acosador: escucha activa, seguir el método de no inculpación, mantener confidencialidad, fomentar la responsabilidad de reparar el daño causado, promover resolver la situación mediante la búsqueda activa de soluciones, evitar nombrar e implicar a quien sufre el acoso...
- ✓ En relación con la familia de la víctima: tranquilizar, apoyar, mantener comunicación sobre las medidas y sus resultados, atenuar los sentimientos de culpa y responsabilidad, transmitir que esta responsabilidad es colectiva...
- ✓ En relación con la familia del acosador: escucha activa, evitar responsabilizar ni juzgar, solicitar su colaboración para resolver la situación, mantener confidencialidad hacia la víctima, explicar las medidas que se llevarán a cabo por parte del centro y su apoyo en ellas, fomentar la empatía hacia la familia de la víctima, informar de los resultados...



- ✓ En el grupo de iguales: responsabilizar de la situación, hacerles partícipes, elegir ayudantes para contribuir a resolver la situación, fomentar su participación en la reparación del daño, fomentar que informen al profesorado sobre las agresiones que se detecten (serán informadores clave del proceso, su magnitud, su evolución y resultados).

ANEXO VII. ACTIVIDAD FORMATIVA PARA PADRES: CONTENIDOS

1. Conceptos básicos: se explicará en qué consiste el fenómeno del bullying y sus agentes con la ayuda de medios audiovisuales.
2. Medidas preventivas: se utilizará la simulación con “caso clínico” al igual que en el taller destinado a profesores, planteando un debate sobre la actuación que desarrollarían en ese supuesto.

Ejemplo de caso clínico:

María es una niña de 12 años, ha comenzado nueva en el colegio en el mes de septiembre, sus padres la han cambiado de colegio porque al que acudía desde que tenía 3 años no tiene bachiller y quieren que curse los estudios de E.S.O y de bachiller en un mismo colegio. Desde que ha comenzado al colegio, su madre la nota mucho más callada, cuando siempre ha sido muy extrovertida, con muchos amigos y una niña muy alegre; del mismo modo, se quiere cortar el pelo cuando siempre lo ha tenido muy largo, porque dice que sus amigas del nuevo colegio le dicen que está más guapa con el pelo corto. Últimamente no sale de casa, solo para acudir al colegio y por las tardes al conservatorio donde cursa cuarto curso de grado elemental de piano. Por las mañanas antes de desayunar tiene los ojos algo llorosos, y no quiere seguir acudiendo al mismo colegio.

Tras la escenificación del caso clínico se debatirá (de forma guiada por la enfermera escolar, que hará de moderador) sobre la forma en la que actuarían ante este caso. Deben incluirse las siguientes medidas preventivas:

- ✓ Escucha activa hacia sus hijos: comprender lo que sienten, sean víctimas o acosadores.
- ✓ Fomentar la comunicación en el núcleo familiar, haciendo hincapié en la expresión de las emociones.
- ✓ Fomentar la empatía hacia sus hijos.
- ✓ Fomentar la búsqueda de soluciones de forma coordinada entre los alumnos, el equipo docente y la familia.
- ✓ Fomentar la comunicación con el equipo docente y con el psicólogo del centro.
- ✓ Facilitar el acceso al psicólogo del centro siempre que sea necesario; tanto para orientación, como para ayuda para solucionar los problemas que se puedan derivar de estas situaciones.



ANEXO VIII. PELÍCULAS ACONSEJADAS

- ✓ ‘Cobardes’. Es la historia de dos chavales de secundaria, uno la víctima y el otro, el verdugo. Guille es, en apariencia, un chico como muchos: buenas notas, buen deportista y con una familia que le respalda. Descubre que actuar de “chulito” en clase le da cierto respeto, por lo que, sin dudarlo, elige a una víctima y, con cualquier pretexto, se pasa el día acosándole con sus amigos. Gabriel es la víctima elegida. El único motivo: tener el pelo rojo.
- ✓ ‘The Klass’. Joseph es un joven taciturno, introvertido, incompetente en los deportes, distinto, raro. Todo eso hace de él un cabeza de turco ideal para los matones de su instituto. La escalada de humillaciones y el ensañamiento van creciendo mientras la vida de Joseph se vuelve más insoportable. Entonces llega Kaspar, un amigo inesperado, un aliado. Ahora ya no está solo. Ahora son dos y quieren la revancha porque los mansos se han cansado. Porque planean fría y concienzudamente su venganza... Siguiendo la estela de ‘Elephant’ (Gus Van Sant, 2003), ‘The Klass’ es una reflexión sobre la gestación de la violencia adolescente, una historia que supone una llamada de atención sobre el acoso escolar (bullying) a la vez que, con objetividad, rastrea la crueldad en la adolescencia, sus motivos y las respuestas violentas en situaciones extremas.
- ✓ ‘Bullying’. Jordi es un adolescente que cambia de ciudad junto con su madre para iniciar una nueva vida. Pero el destino le reserva una cruel sorpresa, pues cuando traspasa las puertas de su nuevo instituto, cruza sin saberlo la tenebrosa frontera del mismísimo infierno. Para escapar no tendrá más remedio que, en solitario, buscar desesperadamente la salida.
- ✓ ‘Elephant’. Recreación en clave de ficción de la matanza ocurrida en el instituto Columbine por parte de dos adolescentes. Es un bonito día de otoño. Eli, camino de clase, convence a una pareja de rockeros para hacerles unas fotos. Nate termina su entrenamiento de fútbol y queda con su novia Carrie para comer. John deja las llaves del coche de su padre en la conserjería del instituto para que las recoja su hermano. Así, un día cualquiera, los estudiantes de este instituto norteamericano hacen su vida rutinaria: van a clase, se cruzan por los pasillos y conversan, hacen deporte, comen en la cafetería, realizan sus actividades, etc. Pero ese día no será como los demás...
- ✓ ‘Ben-X’. Ben carga con la cruz de ser el raro de su clase, el favorito para las bromas y crueldades de los matones del instituto. La inteligencia de Ben es superior a la del resto de sus compañeros, pero también es retraído, exacerbadamente tímido... hasta el punto que parece rayar con el autismo. Su vida en el colegio es un infierno pero, cuando llega a casa, al refugio de su habitación, se sienta delante del ordenador y surge el Ben amo y señor del juego online favorito de millones de adolescentes, incluidos los que lo atormentan a diario. Mediante este juego, Ben logra mantenerse vivo, dejar de ser una víctima para convertirse en héroe.
- ✓ ‘Machuca’. Chile, 1973. Gonzalo Infante y Pedro Machuca son dos niños de once años que viven en Santiago. El primero en un barrio acomodado y el segundo, en un humilde



poblado ilegal recientemente instalado a pocas manzanas de distancia. Dos mundos separados por una gran muralla invisible que algunos, en su afán por hacer realidad los sueños de una época llena de esperanzas revolucionarias, quieren derribar. Uno de estos soñadores, el director de un colegio religioso privado, el padre McEnroe, con el apoyo de parte de los padres, integra en el elitista colegio a chicos de familias de escasos recursos procedentes del poblado con la firme decisión de que aprendan a respetarse mutuamente. Es así como Pedro Machuca está en la misma clase que Gonzalo Infante y, entre ellos, nace una amistad llena de descubrimientos y sorpresas. Pero a las dificultades objetivas de este intento de integración, se agregan las que se derivan del clima de abierto enfrentamiento social que vive la sociedad chilena.





ANEXO IX. MODELO DE REGISTRO DE OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

REGISTRO DE OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA	
Nombre:	Grupo: Centro:
Fecha:	Observaciones:



ANEXO X. TEST ACTIVIDAD FORMATIVA PARA ALUMNOS

1. El bullying es:
 - a. Cuando un profesor llama la atención a un compañero que se porta mal en clase.
 - b. Lo que sufre un compañero cuando uno de los demás compañeros o varios, le atacan casi todos los días de diferentes maneras.
 - c. Un deporte que se practica en la calle.
 - d. Se llama así al castigo que imponen los padres cuando nos portamos mal.

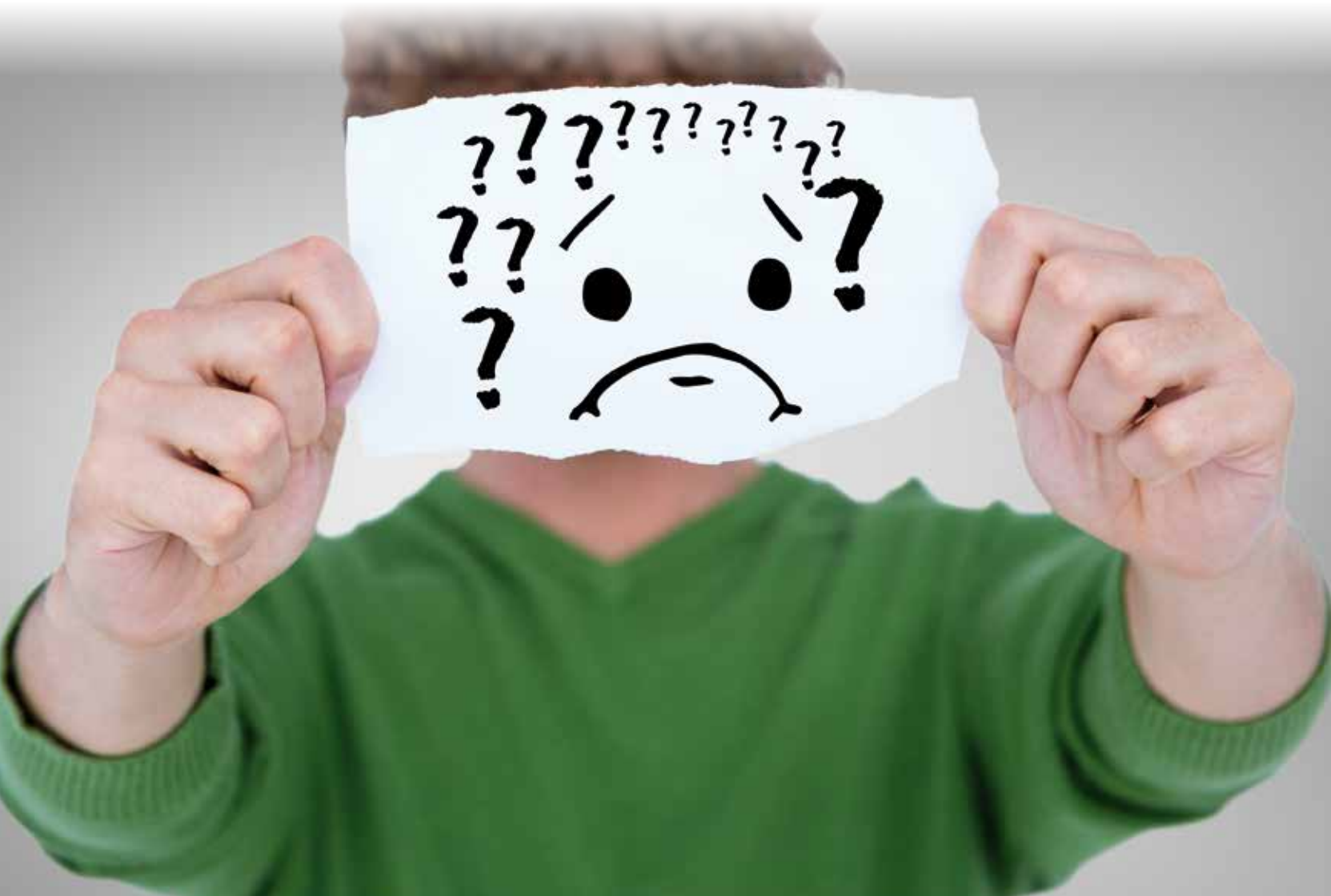
2. Crees que uno de tus compañeros es víctima de bullying si:
 - a. Sonríe habitualmente, tienes muchos amigos y le invitan a todos los cumpleaños.
 - b. Saca muy buenas notas, ayuda a sus compañeros con los deberes y le gustan los juegos en equipo.
 - c. No creo que nadie pueda ser víctima de bullying nunca.
 - d. Apenas habla con nadie, sólo se relaciona con una persona, nunca juega con los demás porque no le cae bien a nadie, hay otro compañero que se mete con él y no saca buenas notas.

3. De las siguientes respuestas, señala la falsa:
 - a. El bullying puede ser: pegar, insultar, burlarse, apartar del grupo, hacer gestos agresivos hacia otra persona.
 - b. El bullying puede ser: romper cosas, robar, hacer como que no existe otra persona, difundir rumores, atemorizar o ridiculizar.
 - c. El bullying puede ser: no incluir a un compañero en un grupo de WhatsApp que hemos creado para toda la clase, subir una foto a Facebook de toda la clase y etiquetar a todos los compañeros excepto a alguno, hacer comentarios en Facebook y otras plataformas de internet sobre compañeros.
 - d. El bullying puede ser: proponer jugar un partido de fútbol en el recreo toda la clase, decirle a otro compañero que no insulte a otro porque a los demás no les parece bien, ayudar a un compañero a buscar un objeto que ha desaparecido.



4. Si en tu clase marginan a una persona, no la escogen para los trabajos, para los juegos, y no se quieren sentar con ella, ¿qué harías?:
 - a. Intento ponerme en su lugar, y como no me gustaría estar en su situación, informaría a un profesor del asunto.
 - b. Hago lo mismo que mis compañeros, no vaya a ser que me hagan lo mismo.
 - c. Intento apartarla más, para ser más popular en mi clase.
 - d. Intento pasar del asunto porque no va conmigo.

5. Si en el recreo ves que hay un compañero que siempre está sólo, que nadie quiere jugar con él, ¿qué harías?:
 - a. Si tengo con quien jugar, me da lo mismo.
 - b. Si me aburro, voy donde él; total, peor no lo puedo pasar.
 - c. Intento jugar con él si estoy solo, o le integro en mi grupo de juegos.
 - d. Podemos jugar a chutarle el balón para ver quien le da más veces, está solo y no se puede defender.





ANEXO XI. TEST ACTIVIDAD FORMATIVA PARA DOCENTES

1. ¿Qué es el bullying?
 - a. El alejamiento que se produce entre dos alumnos que son amigos y ya no están en la misma clase.
 - b. Un conflicto entre dos alumnos como consecuencia de una discusión en clase.
 - c. El acoso reiterado y mantenido en el tiempo que se produce entre iguales (en este caso, alumnos).
 - d. La situación que viven los alumnos procedentes de familias desestructuradas.

2. Los diferentes tipos de bullying son:
 - a. Directo, indirecto, retrobullying y cyberbullying.
 - b. Personal, familiar, escolar y comunitario.
 - c. Físico, psicológico, social y familiar.
 - d. Físico, verbal, social, psicológico, sexual y cyberbullying.

3. Las víctimas de bullying habitualmente presentan una serie de características, como son:
 - a. Personas seguras de sí mismas, enérgicas, activas, les gustan las actividades al aire libre.
 - b. Suelen ser agresivos, extrovertidos, muy sociables.
 - c. Personas inseguras, tímidas, introvertidas, con bajos niveles de autoestima, les gusta pasar todo el tiempo en el hogar.
 - d. Caracteres fuertes, impulsivos, obedientes.

4. Los agresores habitualmente presentan características como:
 - a. Inseguridad, ansiedad y agorafobia.
 - b. Suelen ser los menores en edad de la clase, débiles, y con un buen rendimiento académico.
 - c. Habitualmente consideran ser culpables de las disputas que se producen con sus compañeros, rectifican y se disculpan.
 - d. Caracteres impulsivos, escasas habilidades sociales, carecen de sentimiento de culpabilidad, no se sienten queridos e intentan suplir esta carencia imponiendo su voluntad y rebajando al compañero.



5. Qué harías si a tu alumno le llaman de un modo que no corresponde con su nombre y se siente ofendido.
 - a. No haría mucho caso, es cosa de niños.
 - b. Hablaría con él en privado para ver si es una situación incómoda e intentar solventarla.
 - c. Le llamaría del mismo modo que el resto de sus compañeros.
 - d. Haría caso omiso, como si no lo escuchara.

6. Qué harías si fueses el profesor de educación física y a la hora de formar un equipo, los alumnos siempre dejasen a los mismos para los últimos.
 - a. Es cosa de niños.
 - b. Ellos deben elegir por sus preferencias amistosas.
 - c. Estamos en el colegio para aprender entre otras cosas a vivir en sociedad, por ello buscaría la forma de mezclar los equipos sin imponerlo.
 - d. Es normal, las personas más lentas deben ser escogidas las últimas.





ANEXO XII. TEST ACTIVIDAD FORMATIVA PARA PADRES

1. ¿Qué es el bullying?
 - a. El alejamiento que se produce entre dos alumnos que ya no están en la misma clase.
 - b. Un conflicto entre dos alumnos como consecuencia de una discusión en clase.
 - c. El acoso reiterado y mantenido en el tiempo que se produce entre iguales (en este caso, alumnos).
 - d. La situación que viven los alumnos que se acaban de cambiar de centro escolar y no conocen a nadie.

2. Los diferentes tipos de bullying son:
 - a. Directo, indirecto, retrobullying y cyberbullying.
 - b. Personal, familiar, escolar y comunitario.
 - c. Físico, psicológico, social y familiar.
 - d. Físico, verbal, social, psicológico, sexual y cyberbullying.

3. Cuáles podrían ser signos de victimización en los niños:
 - a. Le invitan a muchos o a todos los cumpleaños de los compañeros.
 - b. Quiere apuntarse al equipo de fútbol del colegio con sus amigos.
 - c. Se le ve preocupado por ir al colegio, le duele la tripa y la cabeza muy habitualmente, se cae mucho y viene a casa habitualmente con hematomas, evita estar con algunos compañeros.
 - d. Está contento yendo al colegio, saca buenas notas, siempre habla de tres amigos y propone quedar con ellos el fin de semana.

4. Si tu hijo ha cambiado su conducta y está más reservado y callado, ¿qué harías?:
 - a. Tendrá algún problemilla que ya solucionará, todo pasa.
 - b. Le pregunto e intento averiguar de qué se trata y ayudarle a solucionarlo.
 - c. Es normal que haya actitudes cambiantes en cuanto a la manera de ser de un joven.
 - d. Me gusta más, así no da la lata hablando tanto.



5. Si tu hijo deja de ser una persona responsable en el colegio y su rendimiento académico empeora repentinamente:
- Es normal, no siempre va a estudiar bien.
 - Este curso es más difícil.
 - Hablo con él porque las personas no cambian de repente.
 - Los profesores le tienen manía.



CAPÍTULO XI

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



María Gómez Soto
Graduada en Enfermería

Milagros Rivas Pérez
Enfermera

ÍNDICE CAPÍTULO XI

1.	INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN	305
2.	OBJETIVOS	307
3.	METODOLOGÍA	308
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	310
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	311
6.	CURRICULUM	312
7.	BIBLIOGRAFÍA	313
8.	ANEXOS	315
	• ANEXO I. Contenidos de los temas de las sesiones de EpS	315
	• ANEXO II. Actividades para el fomento de la autoestima, autoconcepto y autoimagen	316
	• ANEXO III. Actividades para desarrollar una visión crítica acerca de la influencia de la sociedad y los estereotipos	320
	• ANEXO IV. Contenidos de los temas de las sesiones de TCAs	323
	• ANEXO V. Test para la detección de factores de riesgo de TCAs	323
	• ANEXO VI. Plan de cuidados de Enfermería	326
	• ANEXO VII. Recursos socio-sanitarios en Cantabria	329



1. INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

La alimentación y nutrición de los niños comprende uno de los principales aspectos de la Salud Pública de este país. Se basa en educar para cuidar la salud, favoreciendo los hábitos saludables para su vida⁽¹⁾. En el año 1990 se desarrolló la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), incluyendo por primera vez que la promoción y educación para la salud debe estar presente en todas las áreas (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) la afianza de hábitos de los ciudadanos en salud). La LOE aborda la promoción y educación para la salud en áreas como conocimiento del medio, ciencias de la naturaleza, educación física y educación para la ciudadanía. La escuela tiene la obligación de integrar la promoción y educación para la salud en su día a día a todos los grupos que formen parte de la educación escolar. Se debe facilitar, mediante la enseñanza, los comportamientos saludables, promoviendo por tanto la elección personal de hábitos saludables^(4,5). La ley LOGSE menciona la transversalidad de la educación para la salud en los currículos de las asignaturas; esta Ley ya está derogada y la ha sustituido la LOCE, donde los profesionales sanitarios son los encargados de formar en materia de salud a los docentes⁽⁹⁾.

El estudio que la OMS realizó en 1996, sobre las reformas sanitarias en Europa, demuestra que el colectivo de Enfermería es el primer enlace entre el sistema y los usuarios. *“En la naturaleza de la Enfermería, se conjuga el ser disciplina profesional en cuanto a una práctica social, cuya misión es el cuidado de salud del ser humano individual y del colectivo a través de los procesos vitales y en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida. Su acción está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de un actuar multiprofesional y en equipo con visión holística del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental”*. Esto legitima a la Enfermería como el elemento básico de unión entre padres, docentes, alumnos y otros profesionales de la salud⁽⁹⁾.

En el año 2003 con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias como se define que *“corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”*⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, y centrados en los trastornos de la conducta alimentaria (TCAs) son un conjunto de comportamientos relacionados con alteraciones a la hora de comer pero que tienen una base emocional en los pacientes, un rechazo de su aspecto corporal que les provoca una insatisfacción consigo mismos ⁽⁶⁾.

Los TCAs están clasificados según los criterios DSM- IV de enfermedades mentales. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, contiene una



clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los dos grandes trastornos, mientras que el tercer grupo se denomina trastornos de la conducta alimentaria no específicos⁽⁶⁾.

La anorexia nerviosa es definida como la “pérdida significativa de peso en relación a la altura ocasionada por la propia persona, evitando la ingesta de alimentos que el sujeto estima que le pueden llevar a aumentar de peso”⁽⁶⁾.

La bulimia nerviosa es definida como una “preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentando episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo”⁽⁶⁾.

Debido a su elevada incidencia en la población adolescente (10.3% en mujeres y 7.8% en varones) y al hecho de que existe una elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas, los TCAs deben ser abordados desde una perspectiva preventiva. En conjunto representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes⁽⁶⁾.

Las consecuencias de unos hábitos alimentarios inapropiados en la infancia pueden proyectarse a lo largo de toda la vida de las personas, afectando a su calidad de vida y favoreciendo el desarrollo de enfermedades. El abordaje de los TCAs se debe realizar por tanto desde una edad temprana y de manera multidisciplinar. La educación para la salud, y más concretamente el aspecto nutricional en los colegios es la herramienta clave para poder evitar los TCAs⁽²⁾. Por otro lado, y debido a la gravedad que pueden adquirir los TCAs en patologías tales como alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis, fracturas, anemia, deshidratación, alteraciones electrolíticas... y, desde el punto de vista psiquiátrico, la depresión, la ansiedad, los trastornos obsesivos, el aislamiento social, los problemas familiares o incluso el suicidio.

Los gastos sociosanitarios para poder mejorar los tratamientos son extremadamente altos⁽³⁾.

Sucesos como el suicidio son de gran impacto en nuestra sociedad, más aún cuando se trata de personas muy jóvenes, algo característico de los TCAs⁽³⁾.

Por todo esto, la prevención de los TCAs debe tener una prioridad absoluta en la sociedad actual⁽³⁾.

Por todo lo anteriormente expuesto, se entiende que el desarrollo de programas de identificación y tratamiento precoz de dichas alteraciones se haya convertido en objetivo prioritario de la actuación sanitaria y en salud pública.

En el mismo sentido, cada día más se está reconociendo la relevancia de completar dichos programas con actuaciones preventivas que, dirigidas al entorno social y familiar de los alumnos, actúen sobre los factores de riesgo y los mecanismos causales de dichas alteraciones. Cabe destacar que la detección precoz mejora el pronóstico y reduce el tiempo de tratamiento. Por ello, las estrategias educativas han de centrarse en ámbitos como el centro escolar, las familias y los profesores, para que los escolares adopten patrones alimentarios y modelos corporales saludables, evitando por tanto los TCAs⁽⁶⁾.



2.

OBJETIVOS

General:

- ✓ Promover la salud en relación con TCAs en alumnos de centros escolares.

Específicos:

- ✓ Enseñar cuidados sobre aspectos de promoción de la salud en TCAs a los alumnos, profesores, personal no docente de comedores y padres del centro escolar.
- ✓ Detección de alumnos con riesgo de TCAs
- ✓ Enseñar cuidados a alumnos con riesgo de TCAs.
- ✓ Realizar seguimiento a alumnos con TCAs en colaboración y cooperación con profesionales de Atención Especializada.
- ✓ Informar a quien precise sobre recursos sanitarios en la Comunidad Autónoma relacionados con el tema.





3.

METODOLOGÍA

El proyecto emplea metodologías participativas y activas, en las que los alumnos y demás participantes se sientan integrados. Se describen, seguidamente, los objetivos planteados con sus respectivas actividades:

OBJETIVO 1: Enseñar cuidados sobre aspectos de promoción de la salud en TCAs a los alumnos, profesores, personal no docente de comedores y padres del centro escolar.

La metodología de educación para la salud (EpS) está encaminada a enseñar tanto a alumnos como a familias y personal del centro escolar (docentes o no) aquellos ítems relacionados con la promoción y prevención de la salud para evitar los trastornos de la conducta alimentaria. La metodología por tanto se clasificará según el grupo a quien vaya dirigida.

- ✓ **En alumnos:** la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria se debe de basar en el abordaje de los siguientes temas:
 - **Estilos de vida saludable o nutrición y actividad física:** Educación alimentaria y nutricional mediante charlas informativas y explicaciones teóricas (anexo I).
 - **Autoestima, auto concepto y autoimagen:** Para aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás. Se desarrollará mediante una serie de dinámicas desarrolladas en el (anexo II).
 - **Presión sociocultural, estereotipos y visión crítica:** Para aprender a reconocer la presión que la sociedad ejerce sobre el aspecto físico, y poder reconocerlo mediante un análisis en el que cada alumno saque sus conclusiones (anexo III).
 - **Información sobre los propios TCAs:** principales causas, síntomas y consecuencias: Mediante charlas informativas y explicaciones teóricas (anexo IV).
- ✓ **Familias:** Informar sobre los propios TCAs: principales causas, síntomas y consecuencias: Mediante charlas informativas, y explicaciones teóricas (anexo IV).
- ✓ **Personal del centro escolar:** Informar sobre los propios TCAs: principales causas, síntomas y consecuencias: Mediante charlas informativas y explicaciones teóricas (anexo IV).

OBJETIVO 2: Detección, prevención en alumnos con riesgo de TCAs.

Detección precoz del número de alumnos en riesgo. Para ello se utilizarán los test que sirven para la evaluación de factores de riesgo (anexo V).



OBJETIVO 3: Enseñar cuidados a alumnos con TCAs.

Enseñar a los alumnos con TCAs sobre el autocuidado, los riesgos y mitos relacionados con la alimentación y su componente emocional. Para ello se utilizará el proceso de Enfermería que consiste en constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándola, las necesidades del alumno, de la familia y de la comunidad. Por otro lado es preciso identificar las necesidades reales y potenciales del alumno, la familia y la comunidad, estableciendo los planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios (anexo VI).

OBJETIVO 4: Realizar seguimiento a alumnos con TCAs en colaboración y cooperación con profesionales de Atención Especializada.

La metodología en este caso se basará en el seguimiento de los alumnos que tengan un TCA, diagnosticado y con tratamiento en curso.

OBJETIVO 5: Informar a quien precise, sobre recursos socio -sanitarios en relación con el tema, en la Comunidad Autónoma.

La metodología en este caso se basa en aportar información sobre los recursos existentes en Cantabria para la atención especializada de los TCAs (anexo VII).





4. RESULTADOS

Los resultados se obtendrán tras la evaluación dando respuesta a los objetivos específicos.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La discusión y conclusiones se redactarán en función de los resultados obtenidos. Se debatirán y explicarán los resultados, los temas y aspectos de mejora a introducir en el futuro ó cualquier otro tema sobre el que se quiera reflexionar o comentar.





6.

CURRICULUM

MILAGROS RIVAS PÉREZ

Dirección de correo electrónico:

 mraia@hotmail.com




Formación académica:

-  **1977 Escuela de Enfermería de la Cruz Roja. Universidad Complutense de Madrid.**
-  **1979 Enfermería de Empresa.**

Experiencia profesional:

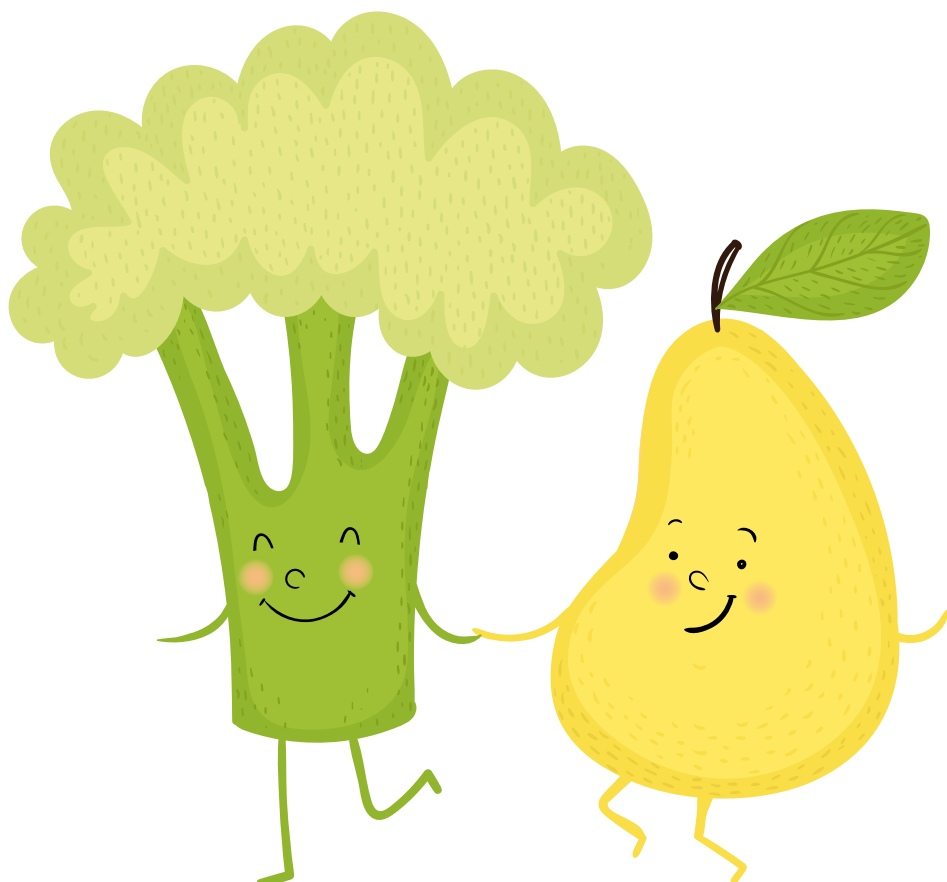
-  1982-1985 Hospital Cantonal de Lausanne (Suiza)

Otra Formación:

-  2011-Curso de Alzheimer.
-  2012- Curso: Enfermería en salud escolar.
-  2013- Curso: Metodología enfermera.

Idioma:

-  Francés.





7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cubero, J; Cañada, F; Costillo, E; Franco, L; Calderón, A; Santos, AL; Padez, C; Ruiz, C. La alimentación preescolar, educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enfermería Global*. 2012 [Internet] [Consultado el 24-02-2014]. 11 (3) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.139041>
2. Jiménez Rodríguez, D; Galindo Muñoz, JG; Gómez Díaz, M; Rodríguez González Moro, MT; Escudero Campillo, V; Hernández Morante, JJ. Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria dirigido a adolescentes. 2013 [Internet] [Consultado 24-02-2014]. 19. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/para/n19/pdf/,DanalInfo=www.index-f.com+308d.pdf>
3. Andrés,V; Cariñanos, A; Diaz Merino, L; Martín, R; Victoria Martos, M; José Vázquez, M; Villanueva, B. Programa de prevención y detección precoz de los Trastornos de la Alimentación. 1ª ed. Madrid: Editorial EOS; 2002.
4. Ganar salud en la escuela. Gobierno de España, Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social.
5. Costa, M; López, E. Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Prámide (Grupo Anaya S.A.) 1996,1998, 2000.
6. Gómez del Barrio, JA; Gaité Pindado, L; Gómez, E; Carral Fernández, L; Herrero Castanedo, S; Vázquez-Barquero, JL. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso del gobierno de Cantabria. 2012
7. Guía de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad. Fundación Mapfre. 2008
8. De la Luz, SM. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. 2001; Centro de Estudios Adams. Ediciones ValbuenaS.A., Madrid.ISBN 84-8303-225-2.
9. Fernández Candela, F; Rebolledo Malpica, DM; Velandia Mora, AN. Salud escolar, ¿por qué el profesional de Enfermería en las escuelas españolas? *Hacia la Promoción de la Salud*. Enero - Diciembre 2006; 11:21 - 28
10. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre 2003. Boletín Oficial del Estado (22 Noviembre 2003)
11. Bulechek GM, Butcher HK, McClokeyDochterman J, Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2009.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E, Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2009.



13. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskeyDochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Edición. Madrid: Elsevier; 2007.





8.

ANEXOS

ANEXO I. CONTENIDOS DE LOS TEMAS DE LAS SESIONES DE EPS

Se desarrollarán sesiones informativas que contengan los conocimientos básicos sobre nutrición, alimentación saludable y ejercicio físico, para dar respuesta al objetivo, promoviendo la salud con respecto a los TCAs.

Se pueden añadir actividades de role playing, videos, actividades en grupo... de forma que la sesión sea amena y capte la atención de los asistentes.

A modo de guía, se expone a continuación una tabla con los elementos básicos de la charla y de las distintas actividades. En cada charla y grupo de alumnos, el contenido se podrá adaptar según las circunstancias.

ALIMENTACIÓN SANA	NUTRICIÓN Y SALUD
Conceptos básicos.	Relación entre crecimiento y alimentación
Los alimentos.	Composición de una dieta equilibrada.
Los nutrientes y sus funciones en el organismo.	Alimentación en el ciclo de la vida.
Selección, conservación y preparación de los alimentos.	Alimentación en casos especiales, por ejemplo en la diarrea, gripe, sobrepeso, bajo peso... Esto se puede adaptar según las características de cada grupo.
Higiene de los alimentos	





ANEXO II. ACTIVIDADES PARA EL FOMENTO DE LA AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y AUTOIMAGEN

Actividad tomada de la “Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso del Gobierno de Cantabria” 2012⁽⁶⁾.

A continuación se proponen algunas actividades para fortalecer la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen de los alumnos. Estas actividades se pueden modificar en función de las características de cada grupo.

1. Árbol de mi autoestima. (Duración: 30 minutos).
2. Dibujo de las tortugas. (Duración: 15 minutos).
3. Anuncio publicitario. (Duración: 20 minutos).
4. Espejo mágico. (Duración: 20 minutos).
5. “Caricias” interpersonales. (Duración: 20 minutos).

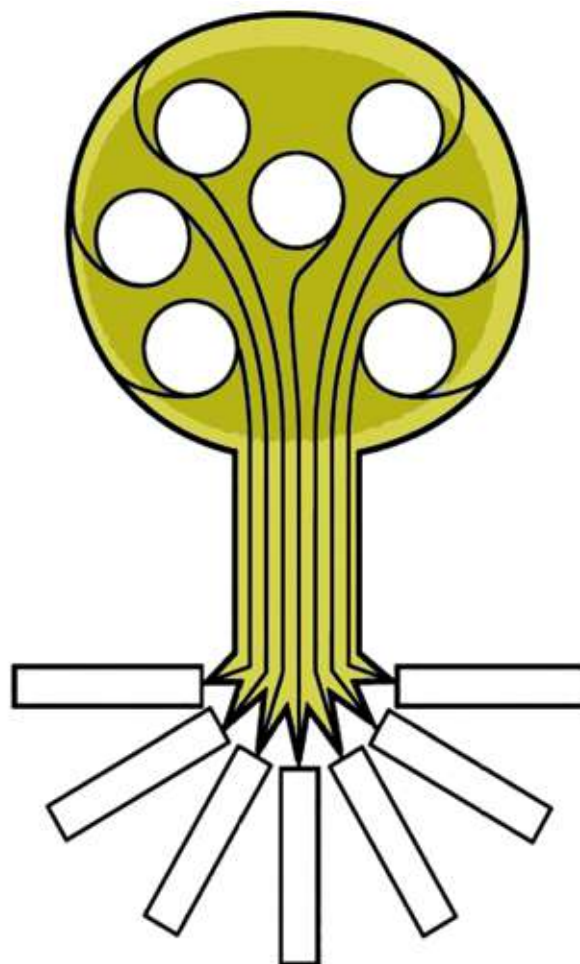
1. ÁRBOL DE MI AUTOESTIMA

Se divide al grupo en subgrupos, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la dividan en dos columnas verticales de igual tamaño.

-En una columna deben colocar los “logros” o “éxitos”: metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos...

-En la otra, sus “cualidades” físicas o corporales, espirituales o mentales. No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para cada uno/a.

Cuando hayan terminado, el/la monitor/a les indica que dibujen un árbol (similar al de la imagen) para que los participantes pongan su nombre encima y escriban los logros en los frutos y las cualidades en las raíces. Es importante que después contemplen al “Árbol de mi autoestima” durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite. Se les invita a que escriban un mensaje debajo del “Árbol de su autoestima”.





2. DIBUJO DE LAS TORTUGAS

El/la monitor/a explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas que se muestra, ampliado. Se empieza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... Para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima.

La autoestima es una evaluación de uno mismo.

Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas.

Es una evaluación, una nota que nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo.

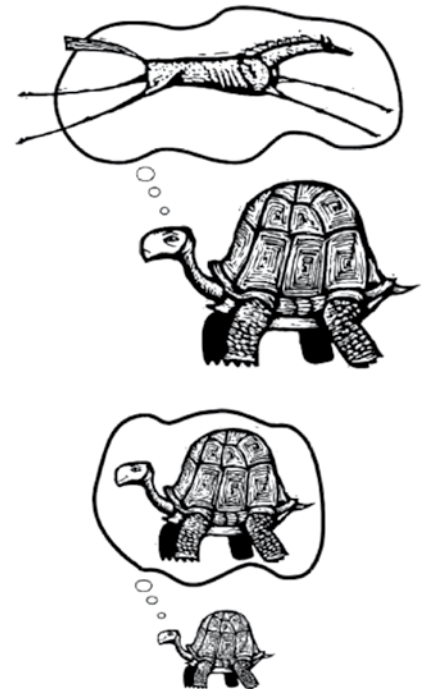
Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES:

William JAMES Autoestima =

Éxito (lo que uno consigue)/ Expectativas (lo que uno espera).

Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma.

También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonosa. Es una gran tortuga pero sueña con algo inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo.



3. ANUNCIO PUBLICITARIO

Se divide al grupo en subgrupos y se les da cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartirlo en el grupo. Deberán elegir uno de los que hayan surgido para representar o exponer delante de toda la clase. Se trata de que se vendan bien y muestren sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, una cuña radiofónica o una representación. Tienen que ser directos y entusiastas.

Ejemplos:

“La modestia es la única virtud que no poseo”. “Si no te detienes a conocerme te perderás al mejor amigo que puedas tener”. “Busca, compara y si encuentras a alguien mejor seremos tres



personas excelentes” (imitando un conocido y ya clásico anuncio de detergentes). “Sinceridad es mi lema, te lo digo de verdad”. Después de representarlo, hacer una puesta en común de cómo se han sentido.

4. ESPEJO MÁGICO

El grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta:

-Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?.

El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual:

-“Lo que más me gusta de ti es...”

A continuación pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan: “Es un espejo mágico y siempre responde”. Después, hacer puesta en común de cómo se han sentido.

5. “CARICIAS” INTERPERSONALES

Se dividen en subgrupos y dicen una cualidad física que les guste del compañero de la izquierda (por ejemplo, me gustan sus ojos) y una psíquica o espiritual del de la derecha (por ejemplo, es simpático).

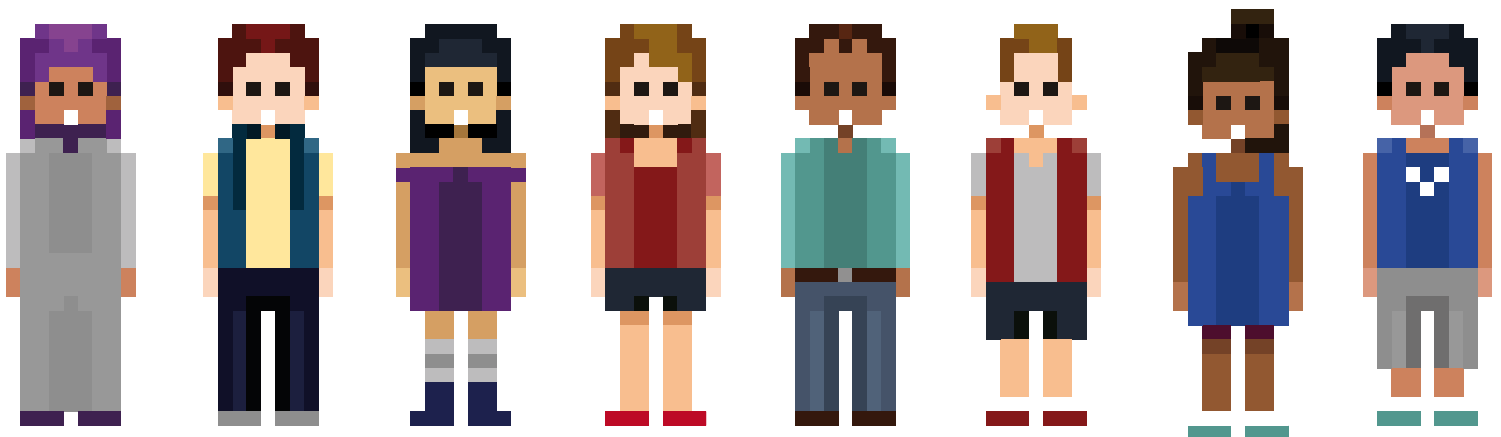
Se les explica que conviene acostumbrarnos a decir a los/as demás lo que nos gusta de ellos/as, qué cosas buenas tienen, ya que todos/as tenemos cosas buenas y nos gusta que nos lo digan de vez en cuando. Después, hacer puesta en común de cómo se han sentido.





OTRAS IDEAS:

- ✓ **ROLE PLAYING** (ejemplo de role playing que se puede llevar a cabo para mejorar el autoestima y el autoconcepto).
 - **Estatua:** Se les divide en grupos de 3 y 4 personas, y se les señala que deberán “armar” a uno de sus integrantes de acuerdo con las características que ellos reconocen en éste. Para ello pueden utilizar diversos complementos (adornos, disfraces) además de moldear el cuerpo de la persona. Durante este proceso, aquellos que moldean discuten sus impresiones y llegan a acuerdos sin que “la estatua” pueda emitir opinión. Debe permanecer en silencio durante toda la actividad. Una vez que se finaliza una estatua, se pasará por cada grupo con un espejo de manera que la persona pueda ver cómo los demás la perciben y cómo quedó después del moldeamiento. Todos deben pasar por el rol de ser estatua.
 - Materiales: Espejo (2), Ropa, adornos, disfraces.
 - Plenario (40 minutos)
 - ¿Hay relación entre mi imagen corporal y la imagen que los otros tienen de mí?
 - Cierre
 - Despedida, se recuerda próxima sesión.
 - **Dar y recibir afecto:** Se les pide a los asistentes que se ubiquen en círculo y que uno de ellos se ubique en el centro. Posteriormente, cada uno de ellos le expresa aquellos aspectos que percibe como valorables o positivos en el otro. La persona ubicada en el centro no puede hacer ningún comentario ni replicar opiniones dadas por los demás. Todos los participantes deben pasar por el centro del círculo.
 - Materiales: No se requieren.





ANEXO III. ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR UNA VISIÓN CRÍTICA ACERCA DE LA INFLUENCIA DE LA SOCIEDAD Y LOS ESTEREOTIPOS

Actividad tomada de la “Guía de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad”. Fundación Mapfre. 2008⁽⁷⁾.

A continuación se proponen algunas actividades para desarrollar una visión crítica acerca de la influencia de la sociedad y los estereotipos en nuestra vida cotidiana.

Con esta actividad se quiere desarrollar una visión crítica de los alumnos, basándose en la influencia que tiene la sociedad en los trastornos de la conducta alimentaria. Durante unos diez minutos se comentará, a modo de introducción de la actividad, a los alumnos:

- ✓ Que vivimos en una sociedad bombardeada por los medios de comunicación y la publicidad, y que su forma de funcionar tiene como único objetivo la venta de productos.
- ✓ Que hay personas que por su personalidad o características, se ven más afectadas por la presión social y la publicidad.
- ✓ Qué trucos utiliza la publicidad y cómo influye en las personas y en la forma de alimentarse, de forma que se crea un debate. Posteriormente y para reflexionar estos comentarios, proponer a los alumnos realizar unas fichas de trabajo en grupos pequeños para investigar, opinar y valorar este tema.

Se da un plazo de tiempo para realizar las actividades expuestas a continuación y posteriormente se reunirán todos en una puesta en común para comentar sus respuestas mediante la hoja de puesta en común, también desarrollada.

Dividimos la actividad en varios apartados, aportando ideas, pistas y preguntas que el educador podrá utilizar para guiar a los alumnos:

A. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y FAMILIA

1. ¿Qué opinas sobre la importancia, el poder y la manipulación de los medios de comunicación?

- Preguntas/Pistas que te ayudarán en la búsqueda de tus respuestas
- ¿Qué tipo de información dan? ¿Crees que el contenido de lo que enseñan es adecuado? ¿Crees que la forma, presentación e imágenes que transmiten son adecuadas? ¿Algo falla? ¿Qué cambiarías? ¿Seleccionan el público a quien van dirigidos? ¿Cómo actúan los medios de comunicación en relación a los Trastornos de Conducta Alimentaria?

2. ¿Conoces alguna película, novela, cómic o canción que trate sobre el tema de los medios de comunicación? Elige una y coméntala: ¿Desde qué punto de vista los trata? ¿Los ensalza o los critica?

- Pistas o ejemplos de películas sobre los medios de comunicación (puedes buscar otras): “El show de Truman”. Director: Peter Weir. Protagonistas: JimCarrey, EdHarris. “El mañana nunca muere. James Bond 007”. Director: Roger Spattiswoode. Protagonista: Pierce Brosnan.



3. Medios de comunicación y Familia.

- Comenta series de televisión en las que el tema sea la familia y el enfoque que le dan.
- Preguntas/Pistas que te ayudarán en la búsqueda de tus respuestas.
- ¿Qué importancia dan a la familia? ¿Qué tipo de relación hay entre los protagonistas? ¿Se prestan ayuda entre sus miembros? ¿Qué influencias tiene en los espectadores jóvenes? ¿Cuál sería tu crítica?
- Pistas o ejemplos (puedes buscar otros): Los Simpson, Los Serrano, Cuéntame como pasó.

B. PUBLICIDAD Y CULTO AL CUERPO

1. Cánones de belleza

- Busca cánones de belleza de diferentes épocas de la historia y comenta las modas impuestas en ese momento.
- Pistas o ejemplos que te ayudarán en la búsqueda de tus respuestas (puedes buscar otros): cánones de belleza de la historia recogidos en el arte. Venus de Milo: autor anónimo del periodo helenístico de la escultura griega. El nacimiento de Venus de Boticelli. 1482. David de Miguel Ángel: estatua realizada entre los años 1501 y 1504. Las Tres Gracias de Rubens. Mitológico. 1625-1630. La maja desnuda de Goya. 1799-1800. Años 20 con Coco Chanel, años 50 en el cine y en nuestros cines.

2. Publicidad y manipulación

- Busca anuncios publicitarios en los que se anuncia más el cuerpo del presentador o presentadora que lo que vende. Busca anuncios dónde cuentan los deseos que podría alcanzar la persona que compra, en lugar de anunciar las características del producto. Busca anuncios que describan el producto que vende.

3. Bombardeo de anuncios publicitarios

- ¿Cuántos anuncios crees que suele ver una persona al año? ¿Cuál es la finalidad de todos estos anuncios? ¿Qué resultado tiene toda esta publicidad en la persona y cómo crees que le afecta?

C. REPORTEROS INVESTIGADORES DE ALIMENTACIÓN

1. Investiga sobre los mitos de la alimentación

- Investiga con encuestas a compañeros, familia y profesores sobre los mitos de la alimentación. ¿En qué se equivocan? ¿Qué otros mitos conocen?

¿Quién cree más en los mitos de la alimentación: niños, adolescentes, adultos, mujeres, hombres o algún otro grupo en particular? ¿Por qué?



2. Investiga sobre las personas y sus deseos personales en lo referente a la alimentación

- ¿Por qué ese deseo por cambiar la dieta alimentaria diaria? ¿Quién lo inculca? ¿Cómo es que ese cambio puede llegar a alcanzar límites tan extremos como el de enfermarse de anorexia, bulimia u obesidad? ¿Cómo es que hay tantas personas que, deseando adelgazar, han iniciado regímenes, a veces estrictos, y unos enferman de trastorno de conducta alimentaria y otros no?

3. ¿Qué es lo que favorece la aparición de estas enfermedades?

- ¿Qué crees que puede hacer la sociedad para evitar el problema? ¿Qué crees que pueden hacer los niños y jóvenes para evitar el problema?

D. HOJA DE PUESTA EN COMÚN DE LAS ACTIVIDADES ANTERIORES:

El educador se reúne con sus alumnos con el objetivo de comentar las actividades realizadas y sacar unas conclusiones que se pueden resumir en la hoja de puesta en común para que todos los alumnos tengan el mismo formato y resuman sus respuestas.

1. Nuestra respuesta sobre los medios de comunicación y cómo influyen es:
2. Nuestra respuesta sobre los medios de comunicación y familia es:
3. Nuestra respuesta sobre los cánones de belleza a lo largo de la historia es:
4. Nuestra respuesta sobre la publicidad y la manipulación es:
5. Nuestra respuesta sobre mitos de la alimentación es:
6. Nuestra respuesta sobre el deseo de cambio de alimentación menos saludable es:
7. Nuestra respuesta sobre qué pueden hacer la sociedad y la persona para evitar el problema de la manipulación es:
8. Nuestra pregunta o propuesta para nuestros compañeros es:



ANEXO IV. CONTENIDOS DE LOS TEMAS DE LAS SESIONES DE TCAS

Se llevarán a cabo sesiones informativas adaptadas a cada grupo (alumnos, padres y personal del centro escolar), que contengan los conocimientos básicos sobre los TCAs. A continuación se muestra una tabla, a modo de guía, con algunos de los contenidos que pueden tener las actividades. Todo ello se puede adaptar según las circunstancias de cada grupo.

Contenidos de la sesión:
Enmarcación teórica a los TCAs: Definición
Características de los TCAs
Signos y síntomas: ¿cómo detectarlos?
Factores de riesgo
¿Qué hacer para prevenirlos? En este caso se adaptaría según el grupo a quién vaya dirigida la actividad, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos: Cómo evitarlo desde el grupo de amigos o uno mismo. • Familia de los alumnos: Cómo evitarlo desde el hogar. • Personal del centro escolar: Cómo evitarlo desde los profesores o desde los comedores del centro escolar.

Al finalizar la sesión se entregarán folletos informativos con los principales puntos de la charla. (Se adjunta un tríptico junto al proyecto).

Se pueden añadir actividades de role playing, videos o actividades en grupo, de forma que la sesión sea amena y capte la atención de los asistentes.

ANEXO V. TEST PARA LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TCAS

Test tomados de la “Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso del Gobierno de Cantabria” 2012⁽⁶⁾.

Escala Eating Attitudes Test (EAT-26)

Cuestionario autoaplicado que sirve para la detección de posibles casos adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los veintiséis ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva asignando el tres a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre”=3). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta: 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca”=3). Una puntuación por encima del punto de corte de veinte (20) implica la necesidad de una mayor investigación (exploración por su médico de atención primaria, una entrevista por un clínico experimentado) y el/la adolescente se considerará como población con riesgo, lo cual no quiere decir que tenga o vaya tener el trastorno.



CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN

Test de conocimientos nutricionales con una única respuesta válida de cinco posibles. Se puntúa sobre 10 en total.

Centro: Curso: Edad: Fecha de nacimiento:

Instrucciones: Este cuestionario mide distintas actitudes y conductas.

Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta alimentaria.

Otras, a lo que piensas y sientes sobre ti mismo/a. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS, INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. Lee cada pregunta y marca el cuadro situado en la columna que mejor se adapta a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta.





1. ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- o Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- o Tres: desayuno, comida y cena.
- o Con hacer una comida principal es suficiente.
- o Dos: comida y cena.
- o Ninguna de las anteriores.

2. ¿Qué tipo de principio inmediato (alimentos) es el que hay que comer más?

- o Hidratos de carbono.
- o Proteínas.
- o Grasas.
- o Vitaminas.
- o Ninguna de las anteriores.

3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?

- o Hidratos de carbono.
- o Proteínas.
- o Grasas.
- o Alcohol, aceites y dulces (chucherías)
- o Ninguna de las anteriores.

4. Los hidratos de carbono están en...

- o Carne magra, pescado, pollo.
- o Huevo.
- o Aceites y mantequilla.
- o Pan, patatas, pasta, cereales.
- o Ninguna de las anteriores.

5. A la semana hay que comer...

- o Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- o Huevos todos los días.
- o Hay que tomar pocas legumbres.
- o Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.

6. El desayuno debe consistir en...

- o Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
- o No hace falta hacerlo.
- o Es sólo para mayores,
- o Basta con un vaso de leche al levantarse.
- o Una pieza de fruta.

7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso...)

- o Son perjudiciales para la salud.
- o Engordan.
- o Son vegetales.
- o Van mal para los huesos.
- o Son de consumo diario.

8. Las frutas y verduras han de tomarse...

- o Con poca frecuencia.
- o Lo menos posible, pues son de mal sabor.
- o Sin lavar.
- o Varias veces al día.
- o Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

9. El agua ha de tomarse...

- o Antes de las comidas.
- o Después de las comidas.
- o Durante las comidas.
- o Poca porque engorda.
- o A cualquier hora.

10. El pan ha de tomarse...

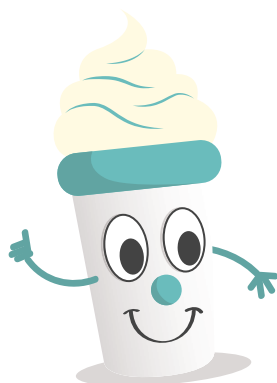
- o Poco porque engorda.
- o Todos los días.
- o Blanco
- o De molde.



ANEXO VI. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

00120 Baja autoestima situacional: La persona, ante una situación específica, responde con una autoevaluación negativa.

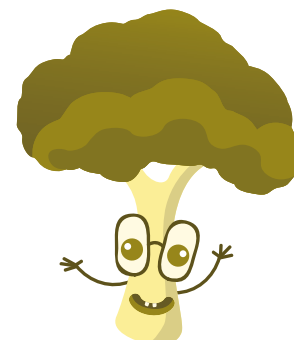
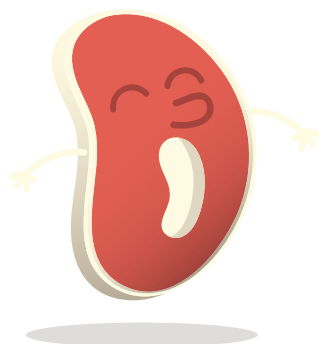
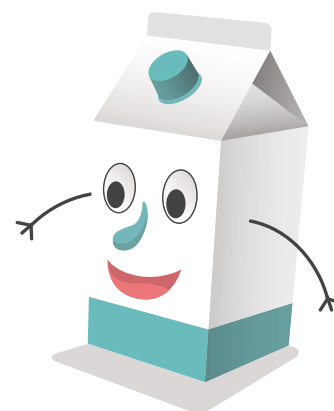
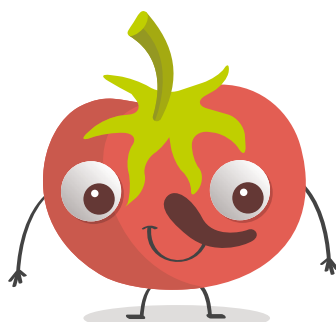
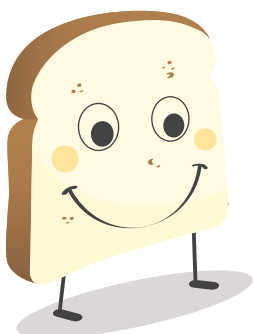
Factores relacionados:	RESULTADO NOC	INTERVENCIÓN NIC
<p>-Cambios en el desarrollo del rol social.</p> <p>-Alteración de la imagen corporal o deterioro funcional.</p> <p>- La conducta no se corresponde con los propios valores.</p> <p>-Sentimientos de haber fallado, de ser rechazado o de no ser suficientemente reconocido o recompensado.</p>	<p>*Autoestima (1205): Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo:</p> <p>INDICADORES:</p> <p>-120501 Verbalizaciones de auto aceptación.</p> <p>-120505 Descripción del propio yo.</p> <p>-120512 Aceptación de los cumplidos de los demás.</p>	<p>-Aumentar el afrontamiento (5230): ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>-Potenciación de la imagen corporal (5220): Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p> <p>-Potenciación de la autoestima (5400): Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.</p> <p>-Reestructuración cognitiva (4700): Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamientos desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p>





Puntuación diana del resultado: Mantener a: _____ Aumentar a: _____

	Puntuación global	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
Indicadores	120501 Verbalizaciones de autoaceptación.	1	2	3	4	5
	120505 Descripción del propio yo.	1	2	3	4	5
	120512 Aceptación de los cumplidos de los demás.	1	2	3	4	5





00099 Mantenimiento inefectivo de la salud: Situación en que la persona es incapaz de identificar, manejar o buscar la ayuda necesaria para mantener la salud.

Factores relacionados:	RESULTADO NOC	INTERVENCIÓN NIC
<p>-Falta o alteración significativa de las habilidades de comunicación o de la capacidad de emitir juicios deliberados y completos.</p> <p>-Deterioro perceptivo o cognitivo dependiendo del tipo y grado.</p> <p>-Afrontamiento individual o familiar inefectivo.</p> <p>-Duelo ineficaz.</p> <p>-Falta de logro en las tareas de desarrollo.</p>	<p>*Conducta de fomento de salud (1602): Acciones personales para mantener o aumentar la salud:</p> <p>INDICADORES:</p> <p>-160201: Utiliza conductas para evitar riesgos.</p> <p>-160203: Supervisa los riesgos de la conducta personal.</p> <p>-160204: Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.</p> <p>-160207: Realiza los hábitos sanitarios correctamente.</p> <p>-160209: Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud.</p>	<p>-Apoyo en toma de decisiones (5270): proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.</p> <p>-Asesoramiento (5240): Asesoramiento de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos de un paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>-Aumentar el afrontamiento (5230): Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>-Aumentar los sistemas de apoyo (5440): Facilitar el apoyo al paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>-Educación sanitaria (5510): Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>-Identificación de riesgos (6610): análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p>



Puntuación diana del resultado: Mantener a: _____ Aumentar a: _____

	Puntuación global	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
Indicadores	160201: Utiliza conductas para evitar riesgos.	1	2	3	4	5
	160203: Supervisa los riesgos de la conducta personal.	1	2	3	4	5
	160204: Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.	1	2	3	4	5
	160207: Realiza los hábitos sanitarios correctamente.	1	2	3	4	5
	160209: Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud.	1	2	3	4	5

ANEXO VII. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS EN CANTABRIA

¿Dónde podemos acudir para buscar ayuda profesional?

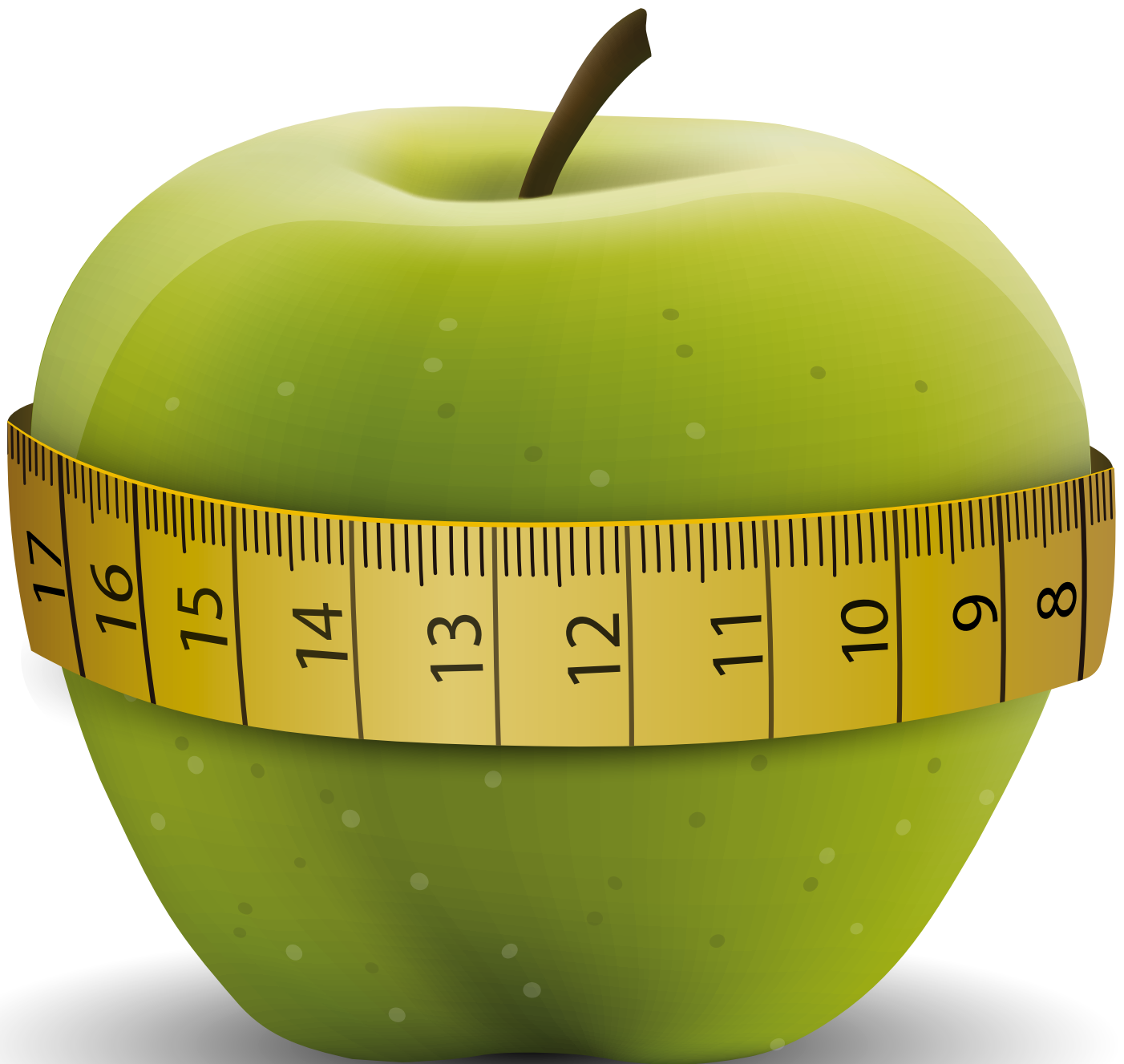
El proceso de atención para este tipo de enfermedades se inicia en tu centro de atención primaria de salud, donde el médico general o el pediatra asesorarán y valorarán cada caso. En determinadas circunstancias, es el centro/unidad de salud mental, a través de su equipo de psiquiatras, psicólogos, etc. o de un programa extra hospitalario específico, el que asumirá la atención para resolver el problema.

Existen también unidades de hospitalización (de referencia) para atender a aquellas personas afectadas que, por la gravedad de su situación, requieren hospitalización parcial o completa.



No preocuparse por la confidencialidad. Los profesionales tienen obligación de cumplir con el secreto profesional y con la Ley de Protección de datos de Carácter personal.

En Cantabria existen dispositivos hospitalarios y ambulatorios que permiten el tratamiento de los pacientes y sus familias en las distintas etapas de la enfermedad.





PROGRAMA DETECTA

En los últimos años se ha realizado un esfuerzo dirigido a la mejora en la detección, derivación e intervención precoz de los TCAs a través de actuaciones de prevención secundaria (observándose un aumento en la demanda y un mayor número de derivaciones de forma directa).

Existen diferentes tipos de Unidades dirigidas a la atención de los TCA

- ✓ Unidades de Salud Mental (USM).
- ✓ Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ): Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) son dispositivos que prestan una atención de tipo ambulatoria especializada a población menor de 18 años
- ✓ Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA): En la ciudad de Santander se encuentra localizado el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”, que cuenta en la actualidad con 32 camas (4 destinadas a los TCAs). Proporciona cobertura a toda la población de Cantabria.
- ✓ Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estancia
- ✓ Centro de Rehabilitación Psiquiátrica
- ✓ Hospitalización de Media y Larga Estancia
 - Además de los recursos para atender este tipo de enfermedades de los que dispone el Sistema Nacional de Salud, la persona afectada o sus familiares pueden encontrar apoyo para encauzar el problema en asociaciones (compartir experiencias, escuchar testimonios, contar con apoyo y asesoramiento de profesionales expertos que colaboran con estas entidades, etc.). Algunas de estas asociaciones son las siguientes:
- ✓ Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER): <http://www.adaner.org>
- ✓ Centro cívico M^a Cristina c/General Davila 124, tlf.942.231443
- ✓ Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la
- ✓ Bulimia (FEACAB) <http://www.feacab.org>

CAPÍTULO XII

SEXUALIDAD SALUDABLE



Alexandra Domingo Díaz
Diplomada en Enfermería

María Gómez Herranz
Diplomada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO XII

1.	INTRODUCCIÓN	335
2.	OBJETIVOS	339
3.	METODOLOGÍA	341
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	347
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	348
6.	CURRICULUM	349
7.	BIBLIOGRAFÍA	351
8.	ANEXOS	353
	• ANEXO I. Material didáctico: Educación Afectivo-Sexual en la Educación Infantil	353
	• ANEXO II. Cuentos para la prevención de abusos infantiles	353
	• ANEXO III. Cuentos para la diversidad	353
	• ANEXO IV. Juegos para el desarrollo afectivo.....	355
	• ANEXO V. Material didáctico: Educación Afectivo-Sexual en la Educación Primaria	356
	• ANEXO VI. Cuentos para fomentar la Educación Sexual para niños de 6 a 12 años, del Ministerio de Sanidad y Política Social	356
	• ANEXO VII. Dinámicas para trabajar con jóvenes la diversidad afectivo-sexual.....	356
	• ANEXO VIII. Contenidos para los talleres sobre sexo seguro (ETS y anticonceptivos).....	360
	• ANEXO IX. Contenidos para las clases sobre la fisiología del aparato reproductor, la fecundación y el embarazo	366



1.

INTRODUCCIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ESCUELA

El concepto de sexo, sexualidad, salud sexual y derechos sexuales, así como otros conceptos directamente relacionados, son motivo de extensas y diferentes interpretaciones en los distintos países o culturas. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó un encuentro en enero de 2002 para clarificar estas definiciones:

✎ Sexo

- ✓ *“Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres” (OMS, 2002)*

✎ Sexualidad

- ✓ *“La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006)*

✎ Salud sexual

- ✓ *“Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos “ (OMS, 2002)*

✎ Derechos sexuales

- ✓ *“Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Entre ellos se encuentra el derecho de toda persona, sin coacción, discriminación, ni violencia, a:*



- *Alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva.*
- *Buscar, recibir e impartir información sobre sexualidad.*
- *Recibir educación sexual.*
- *Que se respete su integridad física.*
- *Libre elección de pareja.*
- *Decidir si ser o no sexualmente activo.*
- *Mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo.*
- *Contraer matrimonio de mutuo acuerdo.*
- *Decidir si tener o no hijos y cuándo.*
- *Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera”.*

(OMS, 2002)

El derecho de la infancia a la información ha sido también reconocido por la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, la cual se aprobó en 1989 y ha sido ratificada por una amplia mayoría de Estados. Establece claramente el derecho a la libertad de expresión, elección y transmisión de información e ideas de todos los niños y niñas (art. 13). El art. 19 se refiere a la obligación de los estados a proporcionar, entre otros, educación y protección a la infancia frente al abuso sexual.

Recientemente, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), ha adoptado una Declaración de los Derechos Sexuales. En esta Declaración, que está basada en los Derechos Humanos aceptados internacionalmente, se incluye el derecho a la educación e información sexual.

Según la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y la organización alemana BZgA, la educación sexual en Europa sujeta a un plan de estudios formal tiene una historia de más de medio siglo. Se inició en Suecia en 1955. En los años 1970 y 1980, otros países de Europa occidental adoptaron la educación sexual. Los primeros fueron los países escandinavos, pero también en otros; por ejemplo, en Alemania se introdujo en 1968 y en Austria en 1970. En los Países Bajos y Suiza se inició en la década de 1970. La introducción de la educación sexual en la escuela continuó en la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI, primero en Francia, Reino Unido y algunos otros países de Europa Occidental. Sólo en unos pocos de los antiguos miembros de la Unión Europea, y en particular los estados en el sur de Europa, la educación sexual todavía no se ha introducido en las escuelas.

A pesar de lo que dicta Europa, en España la educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente de nuestro sistema educativo. El marco legal que regula la educación sexual lo situamos en 1990 con la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Desde entonces, y a pesar de nuevas leyes educativas (como la Ley Orgánica de Educación -LOE- en vigor desde 2006), la educación sexual se considera un contenido transversal. No cabe duda



de que la intención es realmente interesante, pero la realidad es que esta propuesta legal no garantiza una verdadera educación sexual, dejando en manos de la “buena voluntad” del profesorado su inclusión en el currículum.

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

La Educación Sexual representa un aspecto de gran importancia en la formación integral de niños y niñas, porque más allá del conocimiento puramente biológico explica procesos trascendentales como la construcción de la identidad de género o las relaciones afectivas en el ámbito de nuestra cultura.

Hoy en día es una demanda social, basada en el derecho a ser informados sobre el tema. La educación sexual comienza en la primera infancia, y aspira a proteger y apoyar un desarrollo seguro. Prepara y da competencias a niños y a niñas a través de información, habilidades y valores positivos para que comprendan, disfruten de su sexualidad y de sus relaciones de manera segura y satisfactoria, responsabilizándose de su propia salud sexual y bienestar y de la de otras personas, y les permite poder hacer elecciones de vida saludable.

Si se desea construir una sociedad en la que hombres y mujeres podamos convivir en igualdad y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar al alumnado una educación afectiva y sexual de calidad.

El conocimiento sexual ayuda a crecer como personas. Si limitamos la educación sexual exclusivamente a lo biológico, estaremos negando la posibilidad de construir una personalidad sana y de modificar aquellas ideas que, en muchos casos, están cargadas de prejuicios e impregnadas de estereotipos sexistas.

La persona es un ser sexuado, tanto desde el punto de vista biológico como social y cultural. El cuerpo es fuente de comunicación, afecto, ternura y placer.

La sexualidad está íntimamente ligada con la salud, entendiendo ésta como fomento del desarrollo óptimo del bienestar de la persona. Se trata de vivir lo mejor posible, lograr una mayor calidad de vida. Los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, el sida, constituyen otra razón importante para comprender la necesidad de información y de Educación Sexual.

Todos los niños, niñas y jóvenes tienen derecho a acceder a una educación sexual adecuada para su edad. La información debe ser rigurosa, objetiva y completa a nivel biológico, psíquico y social.





CAPACITACIÓN DE LA ENFERMERA COMO PROFESIONAL EXPERTO EN EPS

La educación sexual es abordada de forma muy ambigua en los centros escolares.

Actualmente existen varias fórmulas para abordar la enseñanza de la sexualidad, de las cuales las más frecuentes son:

- ✓ Las clases sobre sexualidad impartidas por profesores del grupo escolar. En estos casos, los contenidos e interpretaciones están directamente relacionados con la concepción cultural de la sexualidad propia del tutor.
- ✓ La enseñanza de la sexualidad se encarga a entidades sanitarias. Los profesionales que participan pertenecen al ámbito sanitario (enfermería).
- ✓ Cursos ofrecidos por entidades mercantiles cuyos productos tienen que ver de alguna forma con la sexualidad: marcas de compresas, preservativos, etc. Estas entidades suelen repartir, tras el curso, su producto entre los chicos.
- ✓ También existe la posibilidad de no abordar el tema.

La realidad evidencia que en la mayor parte de centros educativos españoles la educación sexual, aparentemente, es limitada e insuficiente. Aunque las causas de esta situación son múltiples y diversas, la formación del profesorado es clave para una práctica adecuada de la educación sexual. En una investigación reciente sobre los obstáculos y dificultades que encontraba el profesorado para la educación sexual en nuestro país, el propio profesorado reconocía como elementos más relevantes, entre otros, la falta de formación y las dificultades para acceder a la misma.

En España, sólo un 12% del profesorado tiene alguna formación universitaria en el campo de la sexualidad y la educación sexual. Este porcentaje asciende al 25% en lo referente a la formación continua. En Cantabria los porcentajes son 11,1% en formación universitaria y 30,2% en formación continua.

La formación sobre sexualidad constituye una parte importante de la cartera de servicios de las enfermeras, y debe estar incluida en el proceso de atención de enfermería dentro del ámbito educativo. Más teniendo en cuenta las deficiencias en formación sobre sexualidad del profesorado, y que la educación para la sexualidad por profesionales de enfermería constituye un proceso educativo dirigido a potenciar, promover y educar aquellos factores de la sexualidad que inciden directamente sobre la población juvenil (sin intentar vender ningún producto como hacen las entidades mercantiles). No abordar el tema es una opción que no contemplamos; consideramos que debe ser el profesional de enfermería el responsable de la formación de los educandos en los centros escolares.

Por todos estos motivos, se hace necesaria una adecuada Educación Sexual que facilite la construcción del conocimiento sexual a través del contraste de las preconcepciones del alumnado, con una información lo más objetiva, completa y rigurosa posible a nivel biológico, psíquico y social del hecho sexual humano; para así fomentar la adquisición de actitudes positivas respecto a la responsabilidad ante este hecho.



2.

OBJETIVOS

EDUCACIÓN INFANTIL

El objetivo de la Educación Sexual es favorecer la aceptación de la propia identidad sexual y disfrutar de unas relaciones interpersonales equilibradas, satisfactorias y saludables.

Los alumnos:

- ✓ Describirán su cuerpo, reconocerán y nombrarán las distintas partes del mismo y las ubicarán espacialmente en su propio cuerpo y en el de los demás.
- ✓ Identificarán los propios sentimientos, emociones, necesidades o preferencias, y serán capaces de expresarlos y comunicarlos a los demás, identificando y respetando, gradualmente, también los de otros.
- ✓ Adecuarán su comportamiento a las necesidades y requerimientos de los otros, desarrollando actitudes y hábitos sociales para la convivencia como el respeto, el diálogo, la ayuda, la negociación y la colaboración, evitando comportamientos de sumisión o dominio.

EDUCACIÓN PRIMARIA

El objetivo de la Educación Sexual es fomentar la vivencia de unas relaciones interpersonales equilibradas, satisfactorias y saludables, aceptando positivamente la propia identidad sexual desligada de discriminaciones.

Los alumnos:

- ✓ Conocerán y apreciarán los valores y las normas de convivencia, aprendiendo a obrar de acuerdo con ellas, respetando los derechos humanos.
- ✓ Demostrarán conocer, comprender y respetar las diferencias entre las personas, la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.
- ✓ Conocerán su propio cuerpo y tomarán conciencia del crecimiento del mismo, reconociendo diferencias con el otro sexo y con las personas adultas; asumiendo su cuerpo como fuente de sensaciones, comunicación y placer, así como una identidad sexual libre de elementos de género discriminatorios.





EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

El objetivo de la Educación Sexual es fomentar la vivencia de unas relaciones sexuales satisfactorias y seguras. Además de unas relaciones afectivas equilibradas y saludables.

Los alumnos:

- ✓ Fortalecerán sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de su personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazarán la violencia y los estereotipos que supongan discriminación sexista o por identidad u orientación sexual.
- ✓ Conocerán estrategias que permitan hacer frente a los riesgos de la sociedad actual en aspectos relacionados con la sexualidad (sexo seguro, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual)
- ✓ Conocerán su propio cuerpo y tomarán conciencia del desarrollo del mismo. Conocerán el ciclo ovulatorio y menstrual, y los procesos de fecundación y embarazo.





3.

METODOLOGÍA

EDUCACIÓN INFANTIL

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo de la Educación Sexual es favorecer la aceptación de la propia identidad sexual y disfrutar de unas relaciones interpersonales equilibradas, satisfactorias y saludables.

REGULADO EN:

DECRETO 143/2007, de 31 de octubre: contenidos educativos del primer ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria. (BOC de 15 de noviembre)

DECRETO 79/2008, de 14 de agosto por el que se establece el currículo del segundo ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria. (BOC del 25 de agosto)

OBJETIVOS:

- 1- Los alumnos describirán su cuerpo, reconocerán y nombrarán las distintas partes del mismo y las ubicarán espacialmente en su propio cuerpo y en el de los demás.**

METODOLOGÍA:

Es en estas edades cuando niños y niñas empiezan a tomar conciencia de su esquema corporal, mostrando gran interés y curiosidad tanto por su cuerpo como por el del otro sexo. Es importante dar respuesta a estos intereses y curiosidades de forma natural, cuidando que esta información no se adquiera aisladamente sino dentro de una visión integral y positiva del propio cuerpo y de sus funciones, todo ello a través de un proceso lo más vivencial posible.

En este caso, la metodología consiste en actividades dinámicas, participativas y adecuadas a la edad de los alumnos, a sus conocimientos y a su etapa de desarrollo. Cada profesional será libre de impartir la metodología personalizada y/o ampliada por sí mismo. Además deberá atender las necesidades concretas que puedan surgir en determinadas situaciones. (Anexo I)

EVALUACIÓN:

1. Evaluar si dan muestra de un conocimiento progresivo de su esquema corporal y de un control creciente de su cuerpo. Percibir que entienden los cambios físicos propios y su relación con el paso del tiempo.



2. Observar si tratan con respeto y aceptación a los demás, sin discriminaciones de ningún tipo, aceptando y valorando de forma positiva la diferencia (altura, peso, color de ojos, color de pelo, sexo, etc.), conociendo y respetando los distintos intereses, aptitudes, preferencias, etc., mostrando actitudes de colaboración y ayuda.

2- Los alumnos identificarán los propios sentimientos, emociones, necesidades o preferencias, y serán capaces de expresarlos y comunicarlos a los demás, identificando y respetando, gradualmente, también los de otros.

METODOLOGÍA:

A través de los juegos los alumnos exploran su parte afectiva y sentimental.

Además, aprenden a respetarse y a conocer límites.

También se les enseñará, mediante cuentos, a detectar abusos infantiles, explicándoles los límites.

(Anexo I, II y IV)

EVALUACIÓN:

1. Comprobar que van desarrollando sentimientos de autoestima y autonomía personal.
2. Valorar si conocen y respetan su cuerpo, si hacen una valoración ajustada y positiva de sí mismos, de las posibilidades y limitaciones propias.
3. Se observará si identifican y reconocen emociones como la alegría, la tristeza, el enfado, el miedo, y si son capaces de expresarlas.

3- Los alumnos adecuarán su comportamiento a las necesidades y requerimientos de los otros, desarrollando actitudes y hábitos sociales para la convivencia como el respeto, el diálogo, la ayuda, la negociación y la colaboración, evitando comportamientos de sumisión o dominio.

METODOLOGÍA:

A través de cuentos y juegos cooperativos se enseñará a los niños a respetar la diversidad, a comprender a los otros, a cooperar

(Anexo I, III y IV)

EVALUACIÓN:

1. Comprobar que saben regular su comportamiento en distintas situaciones.
2. Evaluar si hay un desarrollo progresivo de habilidades para la interacción, colaboración y actitud positiva para establecer relaciones de afecto con las personas adultas y con los iguales, contribuyendo con su actitud y sus acciones al bienestar y aprendizaje del grupo.



3. Ver si aceptan las normas de comportamiento establecidas.
4. Observar el grado de participación en juegos, comprobando sus progresos en destrezas motoras y habilidades manipulativas, y regulando la expresión de sentimientos o emociones.

EDUCACIÓN PRIMARIA

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo de la Educación Sexual es fomentar la vivencia de unas relaciones interpersonales equilibradas, satisfactorias y saludables, aceptando positivamente la propia identidad sexual desligada de discriminaciones.

REGULADO EN:

Decreto 56/2007, de 10 de mayo, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

OBJETIVOS:

- 1- Los alumnos conocerán y apreciarán los valores y las normas de convivencia, aprendiendo a obrar de acuerdo con ellos, respetando los derechos humanos.**

METODOLOGÍA:

Para lograr este objetivo se trabajará la cooperación, el respeto, la ayuda, el diálogo, el afecto, mediante:

- ✓ Adquisición de habilidades sociales.
- ✓ Desarrollo de hábitos de participación.
- ✓ Investigación, recogida e interpretación de información.
- ✓ Dramatización y simulación de conflictos en las familias, con los amigos...
- ✓ Adquisición y afianzamiento del uso de las reglas de funcionamiento de la asamblea como instrumento de participación.
- ✓ Etc.

(Anexo V)

EVALUACIÓN:

1. Comprobar que los alumnos están adquiriendo los conocimientos suficientes que les permitan seguir avanzando en su formación como personas desde un punto de vista global atendiendo a todas sus esferas (física, emocional, social).



2. Observación sistemática y continua de la implicación del alumnado en las diferentes actividades diseñadas: actitudes de respeto y aceptación ante manifestaciones y expresiones de afecto propias de la edad; conductas de cooperación, de igualdad, de responsabilidad en las relaciones interpersonales y en las tareas de la clase, de la casa ; adquisición de habilidades para realizar determinadas actividades; saber decir sí o no ante diferentes situaciones...

2- Los alumnos demostrarán conocer, comprender y respetar las diferencias entre las personas, la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.

METODOLOGÍA:

Los niños y niñas a estas edades están aprendiendo la realidad que les rodea, a través de la cual van conformando su personalidad. En este sentido, debemos facilitar un conocimiento crítico de esa realidad, que posibilite el cuestionamiento de los estereotipos sexistas mediante diversos procedimientos (dramatización, adquisición de habilidades, interpretación de la información, entrevistas, asambleas, etc.). (Anexo VI)

EVALUACIÓN:

1. Se valorará la ausencia de discriminación sexista durante la realización de las actividades.
2. Analizar si la actividad educativa se ajusta a la realidad del alumnado; a partir de ahí, valorar el alcance de los objetivos propuestos y las adaptaciones que se deben de introducir.

3- Los alumnos conocerán su propio cuerpo y tomarán conciencia del crecimiento del mismo, reconociendo diferencias con el otro sexo y con las personas adultas, asumiendo su cuerpo como fuente de sensaciones, comunicación y placer, así como una identidad sexual libre de elementos de género discriminatorios.

METODOLOGÍA:

Se enseñará a los alumnos el conocimiento del cuerpo humano y las diferencias entre sexos y según el estado de desarrollo mediante juegos, cuentos, diálogos, trabajos escritos, etc. (Anexo V, VI)

EVALUACIÓN:

1. Observación sistemática y continua de la implicación del alumnado en las diferentes actividades diseñadas: búsqueda y recogida de datos, discriminación de conductas adecuadas e inadecuadas para la salud del cuerpo, utilización de un vocabulario apropiado y no discriminatorio para referirse a las distintas partes de éste, valoración positiva de su propio cuerpo sexuado...



2. Comprobar que el alumnado sabe identificar y localizar los principales órganos implicados en la realización de las funciones vitales del cuerpo humano, estableciendo algunas relaciones fundamentales entre ellos y determinados hábitos de salud.

EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo de la Educación Sexual es fomentar la vivencia de unas relaciones sexuales satisfactorias y seguras. Además de unas relaciones afectivas equilibradas y saludables.

REGULADO EN:

Decreto 57/2007, de 10 de mayo, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

OBJETIVOS:

- 1- Los alumnos fortalecerán las capacidades afectivas en todos los ámbitos de su personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazarán la violencia y los estereotipos que supongan discriminación sexista o por identidad u orientación sexual.**

METODOLOGÍA:

Se promoverá la no discriminación por razón de género o identidad sexual mediante talleres que fomenten unas relaciones afectivas equilibradas. (Anexo VII)

EVALUACIÓN:

1. Detectar, a lo largo de la experiencia, los casos de discriminación/violencia por los motivos anteriormente expuestos e ir registrándolos.
2. Evaluar cómo evolucionan los casos de discriminación/violencia tras las actividades de fomento de la no discriminación.

- 2- Los alumnos conocerán estrategias que permitan hacer frente a los riesgos de la sociedad actual en aspectos relacionados con la sexualidad (sexo seguro, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual).**

METODOLOGÍA:

Impartir clases magistrales y talleres sobre:

- ✓ Anticonceptivos
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual

(Anexo VIII)



EVALUACIÓN:

1. Comprobar, al mismo tiempo que se imparten las clases magistrales y talleres, el interés de los alumnos y el aprendizaje de los conocimientos que se pretende transmitir.

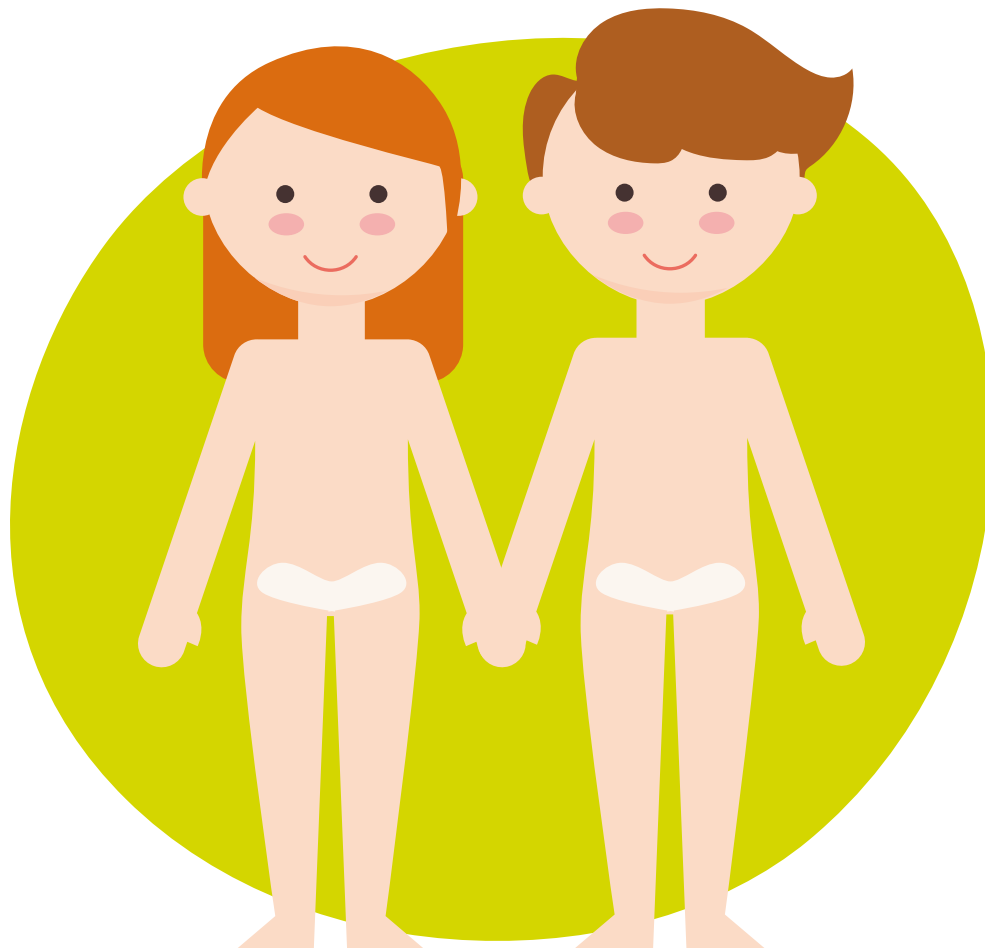
3- Los alumnos conocerán su propio cuerpo y tomarán conciencia del desarrollo del mismo. Conocerán el ciclo ovulatorio y menstrual, y los procesos de fecundación y embarazo.

METODOLOGÍA:

A través de clases magistrales se explicará a los alumnos en qué consiste la menstruación, qué es el ciclo ovulatorio, cómo se lleva a cabo la fecundación y por ende el embarazo. (Anexo IX)

EVALUACIÓN:

1. Observación sistemática y continua de la implicación del alumnado en las diferentes clases.
2. Comprobar que el alumnado sabe identificar y localizar los principales órganos implicados en las relaciones sexuales y en la fecundación.





4.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Se obtendrán dando respuesta a los objetivos específicos.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La discusión y las conclusiones con la introducción de los aspectos de mejora de la calidad, se redactarán tras el análisis de los resultados.





6.

CURRICULUM

MARÍA GÓMEZ HERRANZ








Dirección de correo electrónico:

 mariagomy@hotmail.com



Formación académica:

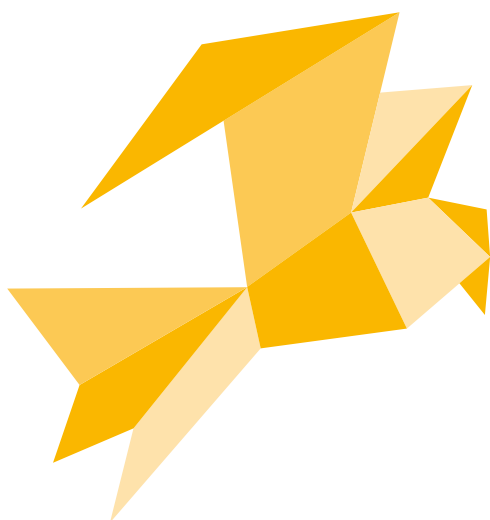
-  2012- Diplomada Universitaria en Enfermería. Universidad de Cantabria.

Otra formación:

-  Marzo 2013- Curso sobre la prevención del cáncer de cuello uterino.
-  Mayo 2013- Jornada del Día Internacional de la Enfermería: Resolver la desigualdad.
-  Junio 2013- Curso Online de VIH/SIDA. Bloque I: Generalidades VIH.
-  Junio 2013- Curso Online VIH/SIDA. Bloque II: Tratamiento antirretroviral.
-  Junio 2013- Actividades y competencias a través del coaching personal. Universidad de Cantabria.
-  Marzo 2014- Enfermero-coach, acción hacia la mejora de vida de los pacientes.
-  Abril 2014- Innovación Educativa Aplicada. Universidad Politécnica de Madrid.

Idiomas:

-  Nivel B1 de Francés
-  Nivel B1 de Inglés







ALEXANDRA DOMINGO DÍAZ






Dirección de correo electrónico:

 sandradomingo@hotmail.com

Formación académica:

-  2005- Diplomada Universitaria en Enfermería. Universidad de Cantabria.
-  2007- CAP (Certificado de Aptitud Pedagógica).

Otra formación:




-  Curso a distancia “Pediatria y puericultura, atención integral al niño I y II” (800 horas).
-  XXIV Curso de Asistencia Primaria en Pediatría.
-  II Jornadas de Atención Temprana SCS.
-  V Jornada “Alteración del desarrollo infantil en Atención Primaria”.
-  I Jornada “Educar en sexualidades y género”. Universidad de Cantabria, 11 y 12 de abril de 2014.

Idiomas:

-  Inglés, nivel medio.

Experiencia profesional:

Vida laboral (6 años):

-  Centros de Salud de Cantabria (SCS).
-  Centro Psiquiátrico Parayas (Gobierno de Cantabria).
-  Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.



7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial De La Salud. Estándares de educación sexual para Europa. Colonia: Bundeszentrale für gesundheitliche aufklärung (Centro Federal de Educación para la Salud); 2010. ISBN 978-3-937707-82-2.
2. Botia F., Catalán E. Sexualidad, identidad y afectividad. Como tratarlas desde la escuela. 1ª ed. Barcelona: GRAÓ; 2007.
3. HARIMAGUADA. Educación Afectivo-Sexual en la Educación Infantil. Materiales Curriculares. Málaga: Consejería de Educación y Ciencia - Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía; 1999.
4. HARIMAGUADA. Educación Afectivo-Sexual en la Educación Infantil. Materiales Didácticos. Málaga: Consejería de Educación y Ciencia - Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía; 1997.
5. HARIMAGUADA. Educación Afectivo-Sexual en la Educación Primaria. Materiales curriculares. Málaga: Consejería de Educación y Ciencia - Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía; 1997.
6. HARIMAGUADA. Educación Afectivo-Sexual en la Educación Primaria. Materiales Didácticos. Málaga: Consejería de Educación y Ciencia - Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía; 1997.
7. Educantabria, [Web en línea]. www.educantabria.es [Consulta: 17-2-20014]
8. Decreto 79/2008, de 14 de agosto. Establece el currículo del segundo ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria. BOC - Número 164. Lunes, 25 de agosto de 2008.
9. Consejo de Europa, [Web en línea]. www.laregladekiko.org [Consulta 21-2-20014]
10. De la Cruz C., De la Cruz M. No le cuentes cuentos. 1ª ed. Madrid: CEAPA; 2011.
11. Colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales de Madrid. Cuentos para la diversidad. 1ªed. Madrid: COGAM; 2005.
12. Mebes M. Ni un besito a la fuerza. 2ªed. Bilbao: Maite Canal; 2002.
13. Ramírez MV., Carmona AB., De la Cruz C. Cuentos para educar en familia. Dirigido a niños y niñas entre 6 y 12 años para fomentar la educación sexual. 1ªed. Madrid: CEAPA; 2009.
14. Organización Mundial de Salud, [Web en línea]. www.who.int/es/ [Consulta: 23-2-2014]
15. Decreto 56/2007, de 10 de mayo. Establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria. BOC - Número 100. Jueves, 24 de mayo de 2007.



16. Sexualidad humana: qué deben saber los niños y cuándo. Accesible en URL: <http://www.plannedparenthood.org/esp/padres/que-deben-saber-los-ninos-sobre-el-sexo-4421.htm> Consultada el 21 de febrero de 2014.
17. García MC. Los institutos de educación secundaria y la construcción de la sexualidad en la adolescencia. En: X Conferencia de Sociología de la Educación. Valencia: Universidad de Valencia; 2003.
18. Martínez JL, Orgaz B, Vicario-Molina I, González E, Carcedo RJ, Fernández-Fuertes AA, et al. Educación sexual y formación del profesorado en España: diferencias por sexo, edad, etapa educativa y comunidad autónoma. *Magister C.* 2011; 24: 37-47.
19. García MA, Cañadas-de la Fuente GA, González-Jiménez E, Fernández R, García-García I. Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. *Med Chile.* 2011; 139: 1269-1275.
20. Fernández Castillo R, Fernández Gallegos R. Educación para la salud, aprendizaje y cambio. *Metas Enferm* 2008; 11 (7): 58-61.
21. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
22. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. Londres; 2008. UK Registered Charity No. 229476.
23. Asociación Mundial por la Salud Sexual. Declaración de los derechos sexuales. En 13º Congreso Nacional de Sexología. Valencia; 1997.
24. Generelo J., Moreno O. Diferentes formas de amar. Guía para educar en la diversidad afectivo sexual. Federación Regional de Enseñanza de Madrid de CCOO y Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid; 2007.
25. Musaccho O. Sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos. Herramientas para construir una consejería comunitaria. Argentina: Ministerio de Sanidad. Presidencia de la Nación; Marzo 2011.



8.

ANEXOS

ANEXO I. MATERIAL DIDÁCTICO: EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA EDUCACIÓN INFANTIL

El material didáctico se encuentra en el siguiente enlace: www.educagenero.org

ANEXO II. CUENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ABUSOS INFANTILES

TÍTULO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	EDAD
No le cuentes cuentos	Carlos de la Cruz	Cuentos sobre sexualidad para leer en familia.	A partir de 3 años
La Regla de Kiko	Consejo de Europa	Forma parte de la campaña “Uno de Cada Cinco” del Consejo de Europa para poner fin a la violencia sexual contra los niños	De 3 a 7 años
Ni un besito a la fuerza	Marion Mebes	Prevención de la violencia sexual a menores	A partir de 4 años

ANEXO III. CUENTOS PARA LA DIVERSIDAD

TÍTULO	AUTOR	DESCRIPCIÓN	EDAD
Cuentos para la Diversidad	Colectivo de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales de Madrid	Colección de 26 cuentos sobre la diversidad (sexual, cultural, etc)	De 3 a 14 años



TÍTULO	AUTOR	EDAD
A clase como si nada	Celia Díaz Pardo	+8
Adolescencia	Juana Cortés Amunárriz	+12
Ayrton	Felisa Benítez Izuel	+10
Boda en regaliz	Fátima Verona Martel	+3
Carlos y el fútbol	Roberto Ismael Castón Alonso	+14
Casi como los demás	Juan Senís Fernández	+10
Compañeras	Juana Cortés Amunárriz	3-6
De Kiev a la Alcarria	Miguel Ángel González Merino	+10
Dos padres	José Luis Muñoz	+14
El cumpleaños	Elena Verdi	+8
Jarabes mágicos	Herminia Dionis Piquero	+12
La princesa valiente	Arancha Sánchez-Apellániz Sanz	+12
La tortuga Suga y el concurso de disfraces	Elena Orión	+6
Los amantes del mar	Nicanor Suárez Hernández	+12
Luci	Juana Cortés Amunárriz	-10
Max	Javier Termenón	+8
Me quieren	Javier Termenón	+6
Mi amigo Vania	Esperanza Mendieta	+6
Mis tíos favoritos	José Antonio Cortés Amunárriz	+10
Ni carne ni sopa	Pola Gutiérrez Alegre	+10
Nicolás tiene dos mamás	Juan Carlos Manteca y Natascha Rosen	+8
Sedna. Un planeta diferente	Lorena Castro Salillas	+10
Un suspiro ha nacido	Noelia Verona Martel	+10
Una familia diferente	Sergio Zeni Beni	+6
Villa Pared y Villa Sol	Emmanuel Vila Ibaslucea	+6



ANEXO IV. JUEGOS PARA EL DESARROLLO AFECTIVO

- ✓ **Hacer masajes en el aula:** Poniendo a los niños por parejas, éstos se realizarán “masajes”, primero uno dará el masaje y el otro lo recibirá y luego se intercambiarán los papeles. Lo ideal sería ambientar la clase, poniendo música relajante e iluminación acorde. Los niños se darán los masajes utilizando instrumentos tales como pelotas, rodillos... de manera amena y divertida.
- ✓ **La gallinita ciega:** El clásico juego de la gallinita ciega permite a los niños tocarse, acariciarse... para descubrir la identidad del niño al que no vemos.
- ✓ **Baile de la patata:** Consiste en bailar por parejas sosteniendo una patata entre los dos sin tocarla con las manos, solamente sujetándola con la frente o la barriga a la vez que se baila. Permite desarrollar coordinación y equilibrio a la vez que estimula la compenetración con el compañero.
- ✓ **Pobre gatito:** Un niño debe hacer de gatito y el resto de la clase tiene que mimarle, acariciarle y tratarle como tal. Se pretende que los niños desarrollen su parte afectiva.
- ✓ **Cajón con mensajes:** La enfermera preparará un cajón con mensajes del tipo “haz cosquillas a otro niño”. Cada niño de la clase cogerá un mensaje y deberá hacer lo que en éste ponga.
- ✓ **Carrera de parejas atadas:** Realización de carreras en las que los participantes van atados de dos en dos. Fomenta la coordinación y el entendimiento con el compañero, el trabajo en equipo.





ANEXO V. MATERIAL DIDÁCTICO: EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA

El material didáctico se encuentra en el siguiente enlace: www.educagenero.org

ANEXO VI. CUENTOS PARA FOMENTAR LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS, DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

TÍTULO	AUTOR
Víctor, detective privado	María Victoria Ramírez
La niña del otro lado del espejo	María Victoria Ramírez
Celeste y sus juegos	Ana Belén Carmona

ANEXO VII. DINÁMICAS PARA TRABAJAR CON JÓVENES LA DIVERSIDAD AFECTIVO-SEXUAL

1. DINÁMICAS PARA ACLARAR CONCEPTOS

Conceptos claros

- ✓ **Objetivo:** Que el grupo conozca el significado de ciertos conceptos básicos relacionados con la orientación afectivo-sexual y la identidad sexual, y propiciar que el grupo sea consciente de sus conocimientos y desconocimientos respecto al tema.
- ✓ **Materiales:** Cartulinas, rotuladores.
- ✓ **Duración:** 30 minutos, aunque puede variar en función del número de palabras propuestas para definir.
- ✓ **Desarrollo:** La enfermera crea en las cartulinas las siguientes categorías que cuelga distribuidas por el aula: orientación afectivo-sexual, género, sexo, identidad sexual. A los estudiantes, distribuidos anteriormente en grupos, se les distribuye otra serie de cartulinas en las que aparecerán otras “subcategorías” relacionadas con el tema: hombre, mujer, gay, lesbiana, bisexual, transexual, macho, hembra, transexual masculino, transexual femenino, transgénero. Los grupos tendrán cinco minutos para decidir en qué “categoría” colgarán sus “subcategorías” y por qué. Los grupos van exponiendo por qué han colocado las subcategorías en la categoría correspondiente, al mismo tiempo que van dando una definición de lo que creen que significan las mismas. La



enfermera va recogiendo los resultados en el papel continuo, al tiempo que dirigen el debate que se puede crear entre los grupos a la hora de definir los conceptos y aclaran los mismos.

Hacia la aclaración de conceptos

- ✓ **Objetivo:** Trabajar aspectos informativos en torno a la diversidad afectivo-sexual y que el grupo sea consciente de sus conocimientos.
- ✓ **Materiales:** Papel y bolígrafos o rotuladores.
- ✓ **Duración:** 30 minutos aproximadamente, aunque puede variar en función de las palabras propuestas para definir.
- ✓ **Desarrollo:** Se divide la clase en pequeños grupos. A cada uno se le pasa un listado con una serie de palabras para que las definan, al tiempo que se les pide que pongan sinónimos de las mismas. Las palabras elegidas deben hacer referencia al tema que estamos tratando (gay, lesbiana, bisexual, transexual...). Pasado un tiempo se recogen los papeles y se leen en voz alta las definiciones y los sinónimos propuestos por cada grupo. Entre todos se matizan y completan, al mismo tiempo que se reflexiona sobre los sinónimos que han podido surgir con algunas palabras y su uso (es decir, si alguno de los sinónimos se utiliza de forma despectiva o cuando queremos insultar a alguien, o en cambio sí posee una connotación positiva, etc.).

2. DINÁMICAS SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS LGTB EN LA ACTUALIDAD

A mí me gustaría que fuera...

- ✓ **Objetivo:** Reflexionar sobre la situación actual que las personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales masculinas y femeninas viven en nuestro país, así como analizar ciertos estereotipos que pueden surgir durante el desarrollo de la actividad.
- ✓ **Material:** Papel y bolígrafos.
- ✓ **Duración:** 30 minutos.
- ✓ **Desarrollo:** La enfermera lanza el supuesto de que en el año 2050 se podrá elegir la orientación y la identidad sexual de los niños y las niñas. Cada estudiante debe elegir la orientación sexual o la identidad sexual que le gustaría que tuviera su hijo o hija y explicar lo positivo o negativo que conlleva esta elección. El profesor va recogiendo los resultados en el papel continuo, aclarando estereotipos o dudas que puedan surgir y guiando el debate que pueda originarse. Ejemplos: “A mí me gustaría que mi hijo fuera bisexual porque lo tienen más fácil para encontrar pareja”; “A mí no me gustaría que mi hija fuera lesbiana porque están discriminadas”.



3. DINÁMICAS PARA TRABAJAR LOS ESTEREOTIPOS QUE EXISTEN EN TORNO A LAS PERSONAS LGTB

Completa la frase

- ✓ Objetivo: Analizar y reflexionar sobre los estereotipos asignados a lesbianas, gays, bisexuales y transexuales masculinos y femeninos.
- ✓ Material: Un cuestionario con “frases incompletas”.
- ✓ Duración: Aproximadamente 30 minutos.
- ✓ Desarrollo: Se reparte a cada alumno o alumna un cuestionario con las frases incompletas para que lo rellenen, de forma anónima, con lo primero que les venga a la cabeza. Disponen de un tiempo limitado de unos cinco minutos. Las frases que los estudiantes deben completar son del tipo: “lo que más le gusta a las lesbianas es...”, “los gays son muy...”, “si supiera que mi mejor amiga es bisexual, lo primero que haría sería...”, “si fuera una persona transexual, me gustaría que...”, etc. Es importante que las frases se ajusten a la realidad del grupo. Tras completar los cuestionarios se recogen los mismos y se pasa a una puesta en común en gran grupo, se debate y se resuelven dudas o problemas que puedan surgir.

¿Quién es?

- ✓ Objetivo: Reflexionar sobre los estereotipos asignados a lesbianas, gays, bisexuales y transexuales masculinos y femeninos, así como sobre la supuesta necesidad de “etiquetar” a las personas.
- ✓ Duración: 20 minutos.
- ✓ Desarrollo: Se pide a cuatro estudiantes voluntarios que se reúnan fuera del aula. Ahí se les explica que cuando regresen deberán mantener una conversación sobre cualquier tema en alto para que la pueda oír el resto de sus compañeras y compañeros. Al resto del grupo le decimos que enseguida entrarán sus compañeras y compañeros a discutir sobre un tema y que cada uno de ellos va a interpretar a una persona con una orientación sexual diferente y una identidad diferente. El grupo debe descubrir qué orientación sexual está interpretando cada uno de ellos, así como argumentar el porqué. Esta tarea la ignoran quienes interpretan el debate. Al final la enfermera descubre que nadie tenía la consigna de representar ninguna orientación sexual concreta, e invita a la reflexión.

Verdadero o falso

- ✓ Objetivo: Analizar prejuicios y estereotipos existentes.
- ✓ Material: Una fotocopia en la que aparece un listado de frases que recojan parte de los mitos que rodean homosexualidad, bisexualidad y transexualidad, con un hueco en el que puedan marcar “verdadero” o “falso”.



- ✓ Duración: 30 minutos.
- ✓ Desarrollo: Se divide a los estudiantes en grupos de 4 ó 5 personas. Se les pide que lleguen al acuerdo de considerar las frases verdaderas o falsas. Una vez concluido se pone en común en gran grupo. Se analiza cada una de las frases y se explican las razones que han llevado a considerar cada frase como verdadera o falsa. Ejemplos de frases: “Todos los hombres gays son guapos”, “Todas las mujeres lesbianas llevan el pelo corto”, “Todas las mujeres lesbianas carecen de relaciones sexuales completas”, etc.

4. DINÁMICAS PARA CONOCER Y ANALIZAR LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS LGTB EN EL MUNDO

Por un mundo de colores

- ✓ Objetivo: Conocer y analizar la situación de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales en el mundo.
- ✓ Material: Dibujo de los contornos de un mapamundi dividiendo los países (en tamaño grande).
- ✓ Duración: 30 minutos aproximadamente.
- ✓ Desarrollo: Se pide al alumnado que vaya pintando en el mapa aquellos países en los que piensa que lesbianas, gays, bisexuales y transexuales están perseguidos (en un color concreto), aquellos en los que cree que hay pena de muerte para lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (en otro color) y aquellos en los que existe discriminación específica hacia estas personas (en otro color distinto). Tras ello la enfermera enseña otro mapa donde aparezca especificada la situación de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales masculinos y femeninos en el mundo, y se abre turno al debate y al análisis de esta situación.

Videofórum

- ✓ Material: Reproductor de vídeo o DVD, televisión o pantalla de visualización y vídeo donde aparezca reflejada la situación de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales masculinos y femeninos en el mundo (La organización “Amnistía Internacional” tiene un vídeo elaborado para tal fin).
- ✓ Duración: Dependiendo de la duración del vídeo, y un posterior debate de unos 20 minutos aproximadamente.
- ✓ Desarrollo: Tras el visionado del reportaje, se pasa al debate y análisis del mismo en gran grupo. La enfermera será la encargada de orientar, dinamizar y moderar este debate.



ANEXO VIII. CONTENIDOS PARA LOS TALLERES DE SEXO SEGURO

ETS

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ETS), llamadas anteriormente enfermedades venéreas, son aquellas que se transmiten casi exclusivamente por contacto sexual desprotegido. Son causadas por microorganismos: virus, bacterias, protozoos y hongos.

ETS	AGENTE CAUSANTE	SÍNTOMAS	TRANSMISIÓN	PREVENCIÓN
SÍFILIS	Bacteria "Treponema Pallidum"	Aparición de úlceras	Por contacto sexual	Usar condón y limitar número de parejas sexuales
GONORREA	Bacteria "Neisseria gonorrhoeae"	Hombres: Secreción extraña por el pene. Mujeres: inflamación, sangrado anormal en el periodo	Por contacto del pene, la vagina, la boca y el ano	Usar condón, consultar a un médico en caso de cualquier síntoma y tener una pareja monógama
URETRITIS NO GONOCÓCICA	Bacteria "Chlamydia trachomatis"	Inflamación de la uretra, secreción de líquido por los genitales	Por contacto sexual	Usar condón, limitar número de parejas sexuales, consultar al médico en caso de algún síntoma
CONDILOMA ACUMINADO	Virus del papiloma humano	Verrugas genitales	Por contacto sexual	Usar condón y abstenerse de relaciones sexuales
HEPATITIS TIPO B	Virus de la hepatitis tipo B	Inflamación del hígado	Por contacto sexual	Usar condón y evitar contacto de fluidos corporales infectados
TRICOMONIASIS	Protozoo Trichomonas vaginalis	Mujeres: inflamación en la vagina y órganos genitales externos	Por contacto sexual	Usar condón, hacer prueba del papanicolau, no compartir toallas húmedas ni ropa interior
HERPES GENITAL	Herpes virus hominis	Aparición de puntos rojos en la zona genital	Por contacto sexual	Usar condón y lavar los genitales antes y después de una relación sexual
SIDA	Virus de la insuficiencia humana	Pérdida de peso, diarrea, inflamación de ganglios linfáticos, sudoración nocturna, fiebre persistente	Por contacto sexual, por transfusión de sangre contaminada o uso de jeringas contaminadas	Usar condón, abstinencia sexual y utilizar jeringas esterilizadas.

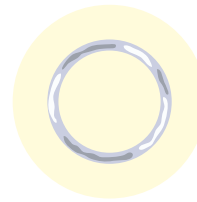
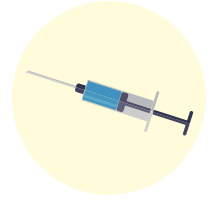
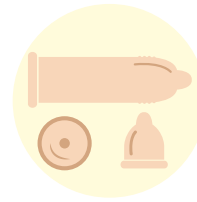
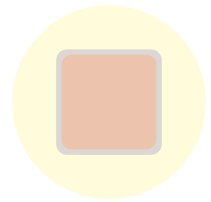
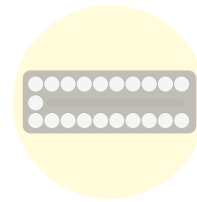
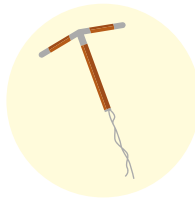


ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva del individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

La planificación familiar tiene un carácter prioritario dentro del marco amplio de salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Hay muchos factores que intervienen en esa elección: si se tiene una pareja estable, si se es soltera o soltero, la periodicidad con la que se tienen las relaciones sexuales, las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo, su precio, etc. En el caso de los jóvenes es importante hacer un especial énfasis en que el método que se elija debe darles protección anticonceptiva, pero también protegerles contra las infecciones de transmisión sexual, siendo muy recomendable el uso del condón.



NOMBRE, USUARIO Y CARACTERÍSTICAS	TIPOS, MODO DE EMPLEO Y EFICACIA	VENTAJAS, INCONVENIENTES, CONTRAINDICACIONES
<p>PÍLDORA</p> <p>Para la mujer. Combinación de estrógenos y progestágenos durante 21 días, con 7 de descanso en los que tiene lugar la menstruación. Impide la ovulación.</p> 	<p>Monofásicos todas las grageas tienen igual cantidad de hormonas y trifásicos. Las grageas tienen distintas dosis hormonales.</p> <p>Se ha de empezar a tomar el primer día de la regla. si hubiera un olvido, se tomará la píldora olvidada en las 12 horas siguientes.</p> <p>Máxima</p>	<p>Regula los ciclos y no interfiere en el coito.</p> <p>Puede causar náuseas, migrañas, aumento de peso, mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares si la mujer es fumadora.</p> <p>No se recomienda a mujeres muy jóvenes y con relaciones esporádicas o que padezcan de hipertensión, diabetes, enfermedades hepáticas u obesidad.</p>






NOMBRE, USUARIO Y CARACTERÍSTICAS	TIPOS, MODO DE EMPLEO Y EFICACIA	VENTAJAS, INCONVENIENTES, CONTRAINDICACIONES
<p>DIAFRAGMA</p> <p>Para la mujer. Método de barrera que impide penetrar a los espermatozoides en el útero.</p> 	<p>Semiesfera de caucho que tiene un reborde formado por varias láminas metálicas forradas de látex.</p> <p>Se coloca en el interior de la vagina con la ayuda de dos anillos.</p> <p>Es elevada siempre que se utilice de la forma correcta.</p>	<p>Es absolutamente inocuo.</p> <p>No tiene.</p> <p>Puede causar irritación, alergia o hipersensibilidad al material o lubricantes con que están fabricados.</p>
<p>PRESERVATIVO FEMENINO</p> <p>Para la mujer.</p> <p>Método de barrera que impide penetrar a los espermatozoides en el útero.</p> 	<p>Vaina de poliuretano que se ajusta a las paredes de la vagina.</p> <p>Se coloca en el interior de la vagina con la ayuda de dos anillos.</p> <p>Es elevada siempre que se utilice de la forma correcta.</p>	<p>Protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Disminuye la sensibilidad y la satisfacción sexual.</p> <p>Puede causar irritación, alergia o hipersensibilidad al material o lubricantes con que están fabricados.</p>
<p>DISPOSITIVO INTRAUTERINO, (DIU)</p> <p>Para la mujer.</p> <p>Introducción de pequeños objetos de diferentes formas en el interior del útero para modificar la estructura del endometrio e impedir la implantación del óvulo fecundado.</p> 	<p>Varios modelos que requieren métodos de inserción distintos y tienen una duración diferente. Los de cobre y los que liberan progesterona y producen una pérdida menstrual menor que los de plástico.</p> <p>Para comprobar su permanencia, después de cada menstruación, la mujer debe introducir sus dedos en la vagina hasta tocar el extremo de los hilos del dispositivo.</p> <p>El índice de embarazo no deseados en las mujeres que lo utilizan llega al 0,5% anual.</p>	<p>No modifica el ciclo hormonal natural.</p> <p>Aumento del sangrado menstrual y dismenorrea -molestias durante la regla-.</p> <p>No recomendable para mujeres que no han tenido hijos con anterioridad, o con varios compañeros sexuales.</p>



NOMBRE, USUARIO Y CARACTERÍSTICAS	TIPOS, MODO DE EMPLEO Y EFICACIA	VENTAJAS, INCONVENIENTES, CONTRAINDICACIONES
<p>LIGADURA DE TROMPAS</p> <p>Para la mujer.</p> <p>Método quirúrgico irreversible que consiste en la inutilización definitiva de las trompas.</p> 	<p>Las técnicas endoscópicas son las más empleadas.</p> <p>Una vez realizada, la pareja podrá tener relaciones sexuales completas sin riesgo de embarazo.</p> <p>Por encima del 99,6%.</p>	<p>No interfiere en la libido.</p> <p>Es prácticamente irreversible, aunque algunas formas quirúrgicas pueden ofrecer algunas posibilidades de reversión.</p> <p>No se aconseja en mujeres jóvenes.</p>
<p>PÍLDORA POSCOITAL</p> <p>Para la mujer.</p> <p>Administración de un preparado hormonal en las 72 horas siguientes a la relación sexual mantenida con riesgo.</p> 	<p>En general, se administran estrógenos que tienen un mayor tiempo de acción -72 horas- o sestágenos, con menos tiempo de acción -24 horas-, aunque con menos efectos secundarios.</p> <p>Después de una relación sexual sin protección se acudirá rápidamente al médico para que valore la necesidad de tomar este tipo de píldora, según el momento del ciclo y el estado de la paciente.</p> <p>alta eficacia que supera el 98%.</p>	<p>Evita tener que someterse a una posterior interrupción voluntaria del embarazo.</p> <p>Tiene muchos efectos secundarios: náuseas, vómitos, tensión mamaria...</p> <p>Las elevadas dosis hormonales administradas en un corto espacio de tiempo tienen muchas contraindicaciones.</p>
<p>IMPLANTES</p> <p>Para la mujer.</p> <p>Implantación bajo la piel del brazo de pequeñas cápsulas de silicona que contienen un preparado hormonal que anula la ovulación.</p> 	<p>Norplant, que utiliza seis cápsulas con una validez de tres años. Norplant tubos, que únicamente necesita dos implantes. Y los implantes biodegradables que no se tienen que retirar, una vez cumplido el plazo de efectividad.</p> <p>Los implantes se colocan bajo el brazo, a nivel subdérmico, con anestesia local.</p> <p>Muy alta, cercana al 100%.</p>	<p>La fertilidad se recupera inmediatamente después de extraídos los implantes.</p> <p>Provoca irregularidades en el ciclo menstrual, aumento de peso y dolor de cabeza.</p> <p>Tiene menos contraindicaciones que la píldora, ya que se liberan pocas hormonas.</p> <p>En España pocos centros lo aplican.</p>



NOMBRE, USUARIO Y CARACTERÍSTICAS	TIPOS, MODO DE EMPLEO Y EFICACIA	VENTAJAS, INCONVENIENTES, CONTRAINDICACIONES
<p>MÉTODOS NATURALES</p> <p>(Ogino, Temperatura, Basal, Billings, Bioself)</p> <p>Parejas que, por sus convicciones éticas o religiosas, rechazan otros métodos.</p> <p>Basados en la abstinencia sexual durante el periodo fértil de la mujer.</p> 	<p>Ogino, basado en la regularidad de los ciclos, Temperatura basal, basado en el descenso de la temperatura vaginal que precede a la ovulación y en la posterior elevación de la misma.</p> <p>Billings, basado en los cambios que experimenta el flujo vaginal durante la ovulación.</p> <p>Bioself, aparato que controla los periodos fértiles.</p> <p>Calcular el periodo fértil del ciclo, y durante éste no se realizará el coito.</p> <p>Muy baja -sobre un 60%-. El más eficaz de todos es el de la temperatura basal.</p>	<p>Métodos baratos y completamente inocuos.</p> <p>Insatisfacción sexual por la obligada abstinencia sexual durante determinados periodos.</p> <p>No.</p>
<p>MÉTODOS VAGINALES (espermicidas)</p> <p>Para ambos.</p> <p>Son métodos químicos que inmovilizan o inactivan a los espermatozoides.</p> 	<p>Gran variedad de espermicidas -esponja, tabletas, óvulos, cremas, gel,...</p> <p>Los espermicidas se colocan unos 10 minutos antes de realizar el coito.</p> <p>Según su presentación, papeles, óvulos conviene mojarlos previamente, así se distribuyen mejor.</p> <p>Un 80%.</p>	<p>Se pueden usar junto a otro método de barrera, como el preservativo.</p> <p>Puede producir ciertas reacciones alérgicas o de hipersensibilidad.</p> <p>Ninguna.</p>
<p>MÉTODOS VAGINALES (Condomes)</p> <p>Para el hombre.</p> <p>Método de barrera que impide penetrar a los espermatozoides en el útero.</p> 	<p>-Condón- Funda de látex que cubre el pene.</p> <p>Debe colocarse sobre el pene erecto antes de cada penetración.</p> <p>Es elevada siempre que se utilice de la forma correcta.</p>	<p>Protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.</p> <p>Disminuye la sensibilidad y la satisfacción sexual.</p> <p>Puede causar irritación, alergia o hipersensibilidad al material o lubricantes con que están fabricados.</p>



NOMBRE, USUARIO Y CARACTERÍSTICAS	TIPOS, MODO DE EMPLEO Y EFICACIA	VENTAJAS, INCONVENIENTES, CONTRAINDICACIONES
<p>PARCHE ANTICONCEPTIVO</p> <p>El anticonceptivo tiene una vida útil de siete días y debe ser renovado durante tres semanas consecutivas.</p> 	<p>Debe cambiarse el mismo día de cada semana, ya que está diseñado para que actúe exactamente durante 7 días. En la cuarta semana, cuando debe iniciar el periodo de menstruación no debe utilizarse.</p> <p>El parche tiene una eficacia comprobada del 99,4%.</p>	<p>En febrero del 2008, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, reveló que el uso del parche anticonceptivo, puede provocar trombosis por formación de coágulos en las piernas. Otro estudio publicado por Jick y cols reportó que el parche anticonceptivo presenta un riesgo similar a los anticonceptivos orales (AO) en el desarrollo de la Tromboembolia Venosa (TEV). La tasa de eventos de TEV en ambos métodos anticonceptivos fue 09, es decir, el riesgo es similar. La incidencia global de TEV fue de 52.8/100,000 en el parche anticonceptivo y de 41.8/100,000 en el grupo de AO. El riesgo de trombosis aumenta con la edad independiente del método anticonceptivo usado.</p> <p>El parche anticonceptivo ha demostrado mejorar los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual.</p> <p>En otro estudio se encontró disminución de peso en el 29% de las usuarias del parche anticonceptivo.</p>

<http://www.aorana.com/info/mejora-tu-sexualidad/tabla-de-metodos-anticonceptivos/>





TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones informada y responsable es sin duda un factor determinante para el cuidado de la salud sexual. Es un proceso en el que se ponderan dos o más opciones ante una situación dada. Existen diversos modelos para facilitar el proceso de toma de decisiones. A continuación se presenta uno que puede ser utilizado por l@s jóvenes como herramienta práctica. (Utilizar la balanza.)

MODELO PARA TOMA DE DECISIONES

Pasos	Preguntas a plantearse
1. Identificación de opciones posibles	¿Cuáles son las alternativas que existen?
2. Recopilación de información necesaria para decidir	¿Conozco todo lo que debo saber sobre la situación? ¿Qué me falta saber? ¿Dónde debo buscar dicha información?
3. Hacer una lista de ventajas y desventajas de cada opción	¿Cuáles son los posibles riesgos y beneficios que acompañan a cada alternativa?
4. Pensar en cómo resolver o reducir las desventajas	¿Puedo superar los inconvenientes de cada opción?
5. Pensar si existe la posibilidad de obtener las ventajas de una opción eligiendo las otras opciones	¿Cómo podría conseguir las ventajas de una opción eligiendo las otras?
6. Ponderación subjetiva de las ventajas y desventajas	¿Cuál es el valor medio que concedo a las ventajas y desventajas?
7. Valoración del costo emocional y relacional de cada opción	¿Cómo me sentiré si decido una cosa u otra? ¿Sufrirán mis relaciones personales?
8. Toma de la decisión y razonamiento de esa elección	¿Cuál de todas las alternativas posibles resulta para mí la mejor ahora? ¿Por qué?

ANEXO IX. CONTENIDOS PARA LAS CLASES SOBRE LA FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR, LA FECUNDACIÓN Y EL EMBARAZO











PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Pubertad: Palabra que se utiliza para referirse a los cambios físicos que tienen lugar en el cuerpo del hombre y la mujer entre los nueve y los quince años. Generalmente, en las mujeres se inician un año antes que en los hombres (aproximadamente entre los nueve y los quince años). Durante la pubertad comienza la producción de hormonas (del griego *hormon*, que significa poner en movimiento) que activan los cambios que transforman el cuerpo de los niños y las niñas. Las hormonas afectan el estado de ánimo.











Principales cambios durante la Pubertad

ESTADIOS DE TANNER. DESARROLLO DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

NIÑAS		
DESARROLLO MAMARIO	DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO	
<p>Estadio 1 (S1) Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobreelevado.</p> 	<p>Estadio 1 (P1) Ligera vellosidad infantil.</p> 	
<p>Estadio 2 (S2) Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente aumento del diámetro de la areola.</p> 	<p>Estadio 2 (P2) Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente a lo largo de los labios (dificultad para apreciar en la figura).</p> 	
<p>Estadio 3 (S3) Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.</p> 	<p>Estadio 3 (P3) Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, sobre los labios.</p> 	
<p>Estadio 4 (S4) La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.</p> 	<p>Estadio 4 (P4) Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).</p> 	
<p>Estadio 5 (S5) Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel y sólo sobresale el pezón. (Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4).</p> 	<p>Estadio 5 (P5) Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (también en la cara interna de los muslos). En el 10% se extiende fuera del triángulo pubiano (estadio 6).</p> 	



NIÑOS

DESARROLLO GENITAL	DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO
<p>Estadio 1 (G1) Pene, escroto y testículos infantiles; es decir, de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.</p>	<p>Estadio 1 (P1) Ligera vellosoidad infantil.</p>
<p>Estadio 2 (G2) Agrandamiento de escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante.</p> 	<p>Estadio 2 (P2) Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la figura).</p> 
<p>Estadio 3 (G3) Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal.</p> 	<p>Estadio 3 (P3) Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene.</p> 
<p>Estadio 4 (G4) Aumento de tamaño de pene con crecimiento de diámetro y desarrollo del glande. Continuación de agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.</p> 	<p>Estadio 4 (P4) Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).</p> 
<p>Estadio 5 (G5) Genitales de tipo y tamaño adulto.</p> 	<p>Estadio 5 (P5) Desarrollo de la vellosoidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello también crece en la cara interna de los muslos). En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba a lo largo de la línea alba (estadio 6).</p> 

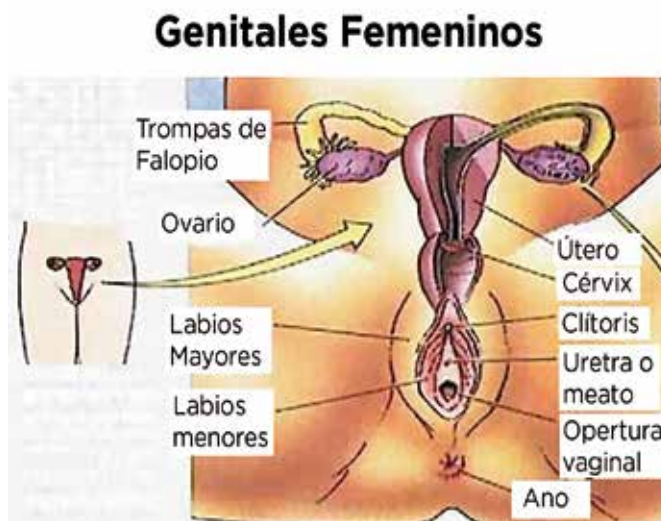


Adolescencia: Se deriva de la palabra *adolescere*, que significa crecer. Se utiliza para referirse además de a los cambios físicos, a los que suceden en esta etapa a nivel psicológico y social. Según la OMS es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Por su parte, la juventud comprende el periodo entre los 15 y los 24 años de edad. Se refiere, además de a los físicos, a todos los cambios a nivel psicológico y social.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES

Genitales externos femeninos

- A. VULVA: Genitales externos de la mujer. Incluye toda la zona situada entre las piernas: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario e introito vaginal (entrada de la vagina).
- B. MONTE DE VENUS: Elevación de tejido adiposo (graso) a la altura del pubis. Se reconoce por ser una zona triangular cubierta de vello situada en la parte frontal e inferior del abdomen.
- C. LABIOS MAYORES: Pliegues de piel gruesos cubiertos de vello púbico, en forma de labios.
- D. LABIOS MENORES: Pliegues de piel en forma de labios, crecen cercanos al orificio externo de la vagina. Cubren el *vestíbulo vaginal* en donde se encuentran los orificios vaginal y uretral. Se encuentran a su vez rodeados por los labios mayores.
www.dreduardobarrera.com
- E. CLÍTORIS: Es un pequeño bulto del tamaño de un garbanzo. Cuando éste se estimula se produce un intenso placer debido a que tiene una rica red nerviosa.
- F. MEATO URINARIO: Es un pequeño orificio que se ubica debajo del clítoris y encima del introito vaginal (entrada de la vagina).
- G. ORIFICIO VAGINAL O INTROITO: Orificio que se encuentra en la parte inferior de la vulva y debajo del meato urinario. El aspecto del orificio depende en mucho de la forma y estado del himen. HIMEN: Membrana o trozo delgado de piel que puede tener diferentes formas y tamaños; cubre de forma parcial el orificio de la vagina. No se le conoce ninguna función, sin embargo se le concede gran importancia psicológica y cultural.





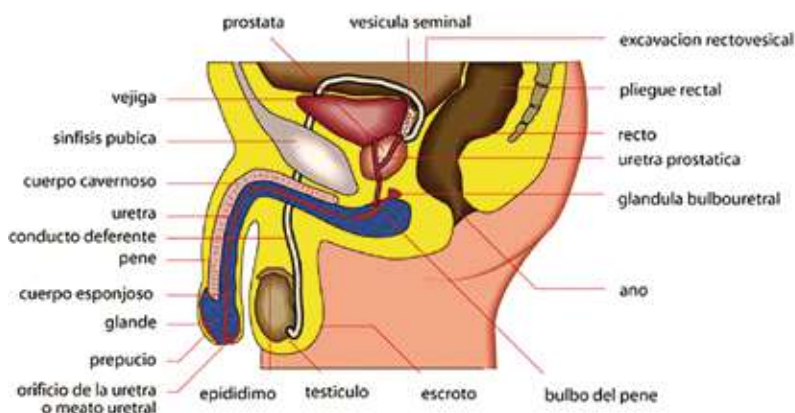
Genitales internos femeninos

- A. **OVARIOS:** Se encuentran a los lados del útero. En ellos se producen los óvulos y las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). Los ovarios contienen folículos y en cada uno de éstos hay un óvulo. La mujer nace con aproximadamente 400,000, los cuales empiezan a madurar durante la pubertad.
- B. **TROMPAS DE FALOPIO:** Conectan los ovarios con el útero. En estos conductos es donde ocurre la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide).
- C. **ÚTERO** o matriz: Órgano hueco; se encuentra conectado a las trompas de Falopio. Es en éste lugar y durante el embarazo, donde el feto se desarrolla. La capa interna del útero se llama *endometrio*, la cual se va engrosando a lo largo del ciclo menstrual hasta que se desprende provocando el sangrado mensual.
- D. **CUELLO DE LA MATRIZ O CERVIX:** Es la parte más baja del útero, que comunica con la vagina.
- E. **VAGINA:** Órgano exterior del cuerpo femenino. Es el órgano de la copulación y receptor del semen.
- F. **MAMAS.** Acumulación de grasa que determina el tamaño de las mamas, lo cual viene condicionado en gran medida por factores hereditarios. Posee un pezón formado por suaves fibras musculares y numerosas terminales nerviosas, haciéndolo muy sensible al tacto. La parte oscura que lo rodea se llama aureola. Las pequeñas bolitas que pueden aparecer en esta superficie son glándulas sebáceas que ayudan a mantener lubricado el pezón durante el amamantamiento.

Genitales externos masculinos

- A. **PENE:** Órgano masculino de la copulación.
 - ✓ **GLANDE:** cabeza del pene, la cual está dotada de nervios y es muy sensible en comparación con el resto del pene; de ahí su importancia sexual.
 - ✓ **PREPUCIO:** Pliegue de piel que cubre el pene.

Genitales Masculinos



- B. **ESCROTO:** Es una bolsa con múltiples capas que da sostén a los testículos. El escroto se contrae en respuesta al frío, la excitación sexual y otros estímulos. Se le atribuye la función de regular la temperatura para la producción de espermatozoides.

www.cuidadodelasalud.com



Genitales internos masculinos

- A. TESTÍCULOS: Glándulas responsables de la producción de espermatozoides y de la testosterona, que es la hormona masculina. Generalmente el izquierdo cuelga un poco más que el derecho. Los testículos están llenos de conductos seminíferos, en donde se producen y maduran los espermatozoides.
- B. EPIDÍDIMOS: Tubos plegados sobre los testículos donde los espermatozoides terminan de madurar y se almacenan.
- C. CONDUCTOS DEFERENTES: Dos tubos por los que, durante la eyaculación, pasa el semen y es expulsado del cuerpo a través del pene.
- D. PRÓSTATA: Glándula ubicada debajo de la vejiga. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides.
- E. VESÍCULAS SEMINALES: Dos pequeñas glándulas, una a cada lado de la próstata. Aquí se produce parte del líquido seminal, el cual tiene como función producir la movilidad de los espermatozoides.
- F. URETRA: Tubo que se inicia en el cuello de la vejiga y desemboca en el meato urinario. Tiene una doble función: el transporte de semen y la eliminación de la orina.
- G. MEATO URINARIO: Es el orificio a través del cual fluyen la orina y el semen.

CÓMO SE PRODUCE UN EMBARAZO

Todos los meses, el cuerpo de la mujer se prepara para un eventual embarazo. A esta preparación se le llama “ciclo menstrual”, pero la sangre menstrual es sólo una parte del ciclo.

El ciclo menstrual, según cada mujer, dura entre 23 y 35 días. El promedio es de 28 días. Se cuenta como día 1 del ciclo al día en el que comienza la menstruación. El ciclo termina con el inicio de la siguiente menstruación. Es importante tener en cuenta que estos plazos no son fijos ni estables.

¿Qué sucede durante el ciclo menstrual?

Durante la primera mitad del ciclo menstrual, los niveles de estrógeno (hormona) crecen y hacen que la pared interna del útero (endometrio), crezca y se ensanche. Por estímulo de diferentes hormonas, el óvulo empieza a madurar en uno de los ovarios. En la mitad del ciclo, el óvulo abandona el ovario; esto se llama ovulación.

La ovulación es la salida de un óvulo maduro de uno de los ovarios de la mujer. La ovulación tiene lugar 14 días antes de la próxima menstruación, es decir en un ciclo de 28 días la ovulación sería el día 14, aproximadamente. Una vez es expulsado del ovario viaja a través de la trompa de Falopio durante 6 días aproximadamente, hasta llegar al útero.

Si un espermatozoide se encuentra con el óvulo en las trompas y lo fertiliza, la mujer quedará embarazada.



Si el óvulo no es fertilizado, no se produce embarazo y el óvulo se disuelve. El endometrio (con el que empezó esta explicación) es liberado en forma de sangre menstrual.

¿Qué es la menstruación?

La menstruación es el sangrado mensual de la mujer. También se denomina regla. La mayor parte de los períodos menstruales duran entre tres y siete días. Pueden no ser iguales todos los meses ni ser iguales a los de otras mujeres.

Más del 50% de las mujeres sienten dolores durante la menstruación, a causa de los espasmos que se producen en este proceso.

Durante la adolescencia, las menstruaciones pueden ser muy irregulares. También pueden volverse irregulares a medida que se acerca la menopausia.

Fecundación no es lo mismo que embarazo.

El embarazo sólo se produce si el óvulo fecundado por el espermatozoide durante la ovulación de la mujer (o sea, cuando el óvulo maduro está en una de las trompas de falopio) logra trasladarse desde la trompa hasta el útero y anidar allí. Si se logra, comienza el embarazo.

El óvulo fecundado, al que se llama huevo o cigoto, es una célula que comienza a dividirse, multiplicando el número de células. A medida que pasan los días se convierte en embrión y luego en feto.

Es importante confirmar el embarazo lo antes posible. Para saber con mayor exactitud desde cuándo se está embarazada, una mujer debe contar desde la fecha de su última menstruación, no desde la fecha en que debiera haber vuelto a menstruar.

PARA TENER EN CUENTA

- ✎ Para que se produzca un embarazo debe coincidir la entrada de espermatozoides con días cercanos a la ovulación.
- ✎ La ovulación es en la mitad del ciclo menstrual. En un ciclo de 28 días, aproximadamente el día 14. Puede adelantarse o retrasarse por muchos factores físicos o emocionales.
- ✎ El óvulo puede ser fecundado en un lapso de 24 a 48 horas (uno o dos días) desde que sale del ovario.
- ✎ Los espermatozoides pueden vivir en los órganos sexuales femeninos hasta 3 días, por lo tanto pueden fecundar al óvulo hasta 3 días después de la relación sexual. Algunos estudios plantean que puede ser hasta 7 días después.
- ✎ El semen, que es un líquido gelatinoso, blancuzco, sin olor fuerte, sale a través del orificio del glande. Los espermatozoides se encuentran tanto en el semen como en el líquido pre seminal (que sale antes de la eyaculación, durante la excitación). En cada eyaculación se liberan entre 80 y 160 millones de espermatozoides.

CAPÍTULO XIII

CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Laura García Blanco
Graduada en Enfermería

María Gómez Soto
Graduada en Enfermería

Pablo Pérez Velasco
Graduado en Enfermería

1.	INTRODUCCIÓN. SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN.....	375
2.	OBJETIVOS	384
3.	METODOLOGÍA.....	385
4.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	388
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	389
6.	CURRICULUM.....	390
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	394
8.	ANEXOS	397
	• ANEXO I. Contenidos y técnicas para enseñar a los alumnos a identificar, detectar precozmente y corregir actitudes y situaciones de violencia de género	397
	• ANEXO II. Contenidos para enseñar a las familias a identificar, detectar precozmente y corregir actitudes y situaciones de violencia de género.....	397
	• ANEXO III. Contenidos para enseñar al personal docente y no docente del centro educativo a identificar, detectar precozmente y corregir actitudes y situaciones de violencia de género	398
	• ANEXO IV. Actividades para enseñar a los alumnos cuidados de promoción de la salud en violencia de género	399
	• ANEXO V. Intervenciones para profundizar en los conceptos relacionados con la violencia de género	401
	• ANEXO VI. Contenidos y metodología de las intervenciones acerca de la diversidad sexual y el respeto a la misma para los cursos de E.S.O. y Bachillerato	403
	• ANEXO VII. Recursos socio-sanitarios para la detección y protección de los casos de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Cantabria	408
	• ANEXO VIII. Tríptico informativo	412



1.

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

Miles de mujeres mueren cada año en el mundo a causa de la violencia de género ⁽¹⁾. En España, según informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “...la persistencia de los crímenes y la variabilidad de las tasas [...] pone en evidencia que la violencia de género, en su más brutal expresión, afecta a todo el territorio y golpea de forma asistemática. Cada asesinato modifica de forma sustancial las cifras y su distribución ^(1,2).”

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos políticos e institucionales para erradicar la violencia de género y proteger a las mujeres víctimas de la misma, así como a los menores a su cargo, la realidad es que todavía se está lejos de eliminar el problema ya que, la muerte de mujeres a manos de hombres, no es la única manifestación de la violencia de género, sino la consecuencia final, en muchos casos, de un problema que se encuentra plenamente de actualidad en la sociedad ⁽¹⁾.

En este sentido, cabe destacar que la definición más aceptada de violencia de género es la propuesta por la ONU en 1993: “cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer que incluye las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada” ⁽³⁾. En el cuadro que se muestra a continuación, se incluyen además otras definiciones clave para comprender el concepto ⁽⁴⁾:





DEFINICIONES Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO ⁽⁴⁾.

El **sexo** es un término que se refiere a las características biológicas y a las estructuras que se relacionan con la reproducción, se habla de sexo cromosómico, de sexo genital refiriéndose a genitales externos e internos y de sexo hormonal en la mayoría de los animales el sexo se divide en machos y en hembras, con genotipos y fenotipos diferenciados.

El término **género** es más amplio que el de sexo, ya que incluye las categorías socioculturales que caracterizan las conductas femeninas y masculinas de los seres humanos. El género es una categoría social. No es biológico, por lo tanto no es natural, es un constructo social e histórico, es decir sometido a cambio según las características propias de la sociedad, en un momento dado.

El género define el conjunto de características diferenciadoras que cada sociedad asigna a hombres y mujeres. Como la asignación se realiza en el nacimiento, en función de sus genitales externos tiende a confundirse sexo con género y por lo tanto, biológico con social. Es pues una categoría universal que atañe a todos seres humanos que predeterminará nuestras vidas desde el nacimiento, las características y valores asignados a mujeres y hombres son distintos según las diferentes sociedades, pero todas tienen en común que los hombres han de tener valor, fortaleza, autoridad y dominio; y las mujeres, en el polo opuesto, han de ser fundamentalmente buenas, en el sentido de obedientes y sumisas. Esto conforma la **identidad de género**.

La identidad de género es diferente al **rol de género**, que es el conjunto de expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos que considera apropiados para cada persona según su sexo.

Violencia de género es lo mismo que violencia de los hombres contra las mujeres; procede de la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo el resultado de la acreencia, alimentada por la mayoría de las culturas, de que el hombre es superior a la mujer con quien vive, que es posesión suya y que puede ser tratada como él juzgue adecuado.

Por ende, hablar hoy en día de violencia de género significa traer a colación uno de los problemas sociales más apremiantes y de mayor importancia dentro de la prevención y de las intervenciones, tanto en los ámbitos comunitario, familiar e individual, como dentro del ámbito educativo.

Por otro lado, tanto el Estado, como los poderes públicos en general, tienen la obligación, y la responsabilidad, de intervenir para acabar con el desequilibrio y contribuir a erradicar la desigualdad por razón de género. Esta obligación aparece consagrada en el artículo 9.2 de la Constitución Española del siguiente modo: “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en los que se integra y que sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social” ⁽⁵⁾.



La Junta de Andalucía a través de la Ley 13/2007 de 26 de noviembre recoge un protocolo y definición específicos. Entiende la violencia de género como “cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”.

Y así mismo la ley andaluza entiende que la violencia de género recoge las siguientes manifestaciones ⁽⁶⁾:

- ✓ **Violencia física**, que incluye cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.
- ✓ **Violencia psicológica**, que incluye toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia.
- ✓ **Violencia económica**, que incluye la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la convivencia de pareja.
- ✓ **Violencia sexual y abusos sexuales**, que incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima (...).

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, el Boletín Oficial dispone también de regulaciones específicas a este respecto por parte de las administraciones públicas; así por ejemplo, aparece descrito el objetivo el desarrollar las capacidades afectivas de los alumnos en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas ⁽⁷⁾, precepto que se recoge por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte como uno de los objetivos principales de la Educación Primaria ⁽⁸⁾.

Dada su repercusión social y la evidencia plausible de su prevención temprana, las leyes de educación desde hace varios años se han hecho eco del problema y, así, en la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) se expresa la obligatoriedad de impartir, transversalmente, contenidos educativos en los ciclos de Educación Primaria en relación con la igualdad entre hombres y mujeres y la prevención de la violencia de género ⁽⁹⁾.



ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Los últimos datos sobre violencia de género dan cuenta de una situación alarmante entre la población joven, entendiendo ésta como aquella formada por los menores de 30 años.

Según un estudio publicado en 2009 por Carvajal Gómez y Vázquez Bardín ⁽¹⁰⁾, entre el 3 de septiembre de 2007, fecha en la que se puso en funcionamiento el número de teléfono 016 de Atención a Víctimas de Violencia de Género, y el 31 de diciembre de 2008, se recibieron 90.666 llamadas. La mayoría de estas (un 80.2%) fueron efectuadas por mujeres que llamaron consultar acerca de su propia situación de violencia, siendo el resto realizadas por familiares y amigos de víctimas, así como por parte de entidades públicas y privadas.

De las 4498 mujeres que utilizaron dicho número, y de las que se conocía la edad:

- ✓ Un 29,3% eran jóvenes y un 70,7% eran mujeres con edades superiores a 30 años, siendo la media de edad de las víctimas de 40 años.
- ✓ El 24,4% de los agresores (169) tenía menos de 30 años y el 75,6% era mayor de esa edad (524), siendo la media de 42 años.

En cuanto a la relación entre la edad de las víctimas y de los agresores, se dispone de información en 623 de los casos, de los cuales:

- ✓ Una de cada cuatro víctimas padecían violencia de género causada por varones de hasta 30 años y tres de cada cuatro mujeres sufrían esa violencia por parte de su pareja o ex pareja mayor de 30 años.
- ✓ Seis de cada diez mujeres jóvenes sufría violencia por parte de hombres jóvenes y cuatro de cada diez por parte de varones mayores de 30 años.
- ✓ Aunque la gran mayoría de mujeres mayores de 30 años padecía violencia causada por varones mayores de esa edad, el 6,7% de las mujeres mayores de 30 años sufría violencia por parte de varones de hasta 30 años.

De los 15.647 familiares y personas allegadas a las víctimas que llamaron al número de teléfono 016, mayoritariamente fueron mujeres (91,9% del total), representando los varones únicamente el 8,1%. De estas, se conoce que:

- ✓ El 46,3% eran jóvenes, mientras que la proporción de varones jóvenes que llamaron fue del 54,8% respecto al total de varones que llamaron para obtener información que ayudase a mujeres en situación de violencia a las que les ligaba relación de parentesco o amistad.

En el estudio citado, se dispone además de datos relativos a la nacionalidad en 10.494 casos de víctimas y 6.609 de supuestos agresores que llamaron al teléfono de Atención a Víctimas de Violencia de Género en las fechas descritas:



- ✓ Por lo que se refiere a las víctimas, en el 75,2% de los casos eran españolas (7.888) y en el 24,8% extranjeras (2.609). De todas estas, se conoce la edad de 1.428, resultando alarmante la mayor proporción de mujeres españolas de más de 30 años:
 - 1.113 mujeres (el 77,9%) tenían nacionalidad española y, de ellas, 297 tenían hasta 30 años (26,7%),
 - 315 fueron mujeres extranjeras, que suponen un 22,1% del total de mujeres que llamaron al 016 facilitando su edad y nacionalidad, siendo 138 jóvenes (43,8%) y 177 mayores de 30 años (56,2%).
- ✓ El 75,0% de los agresores eran españoles (4.953) y el 25% extranjeros.

Por otro lado, la cifra de mujeres víctimas de violencia de género con medidas de protección judicial activa en esa fecha era de 113.500:

- ✓ El 68,3% eran españolas y el 31,7% extranjeras.
- ✓ El 39,2% de ellas tenían hasta 30 años y 68.159 tenían más de 30 años (el 60,8%); de 1.402 mujeres no consta la nacionalidad y este dato no se ha tenido en cuenta a efectos de porcentaje.

A fecha de 31 de diciembre de 2008, en la que se recabó la información para el estudio “¿Cuánto cuenta la juventud en violencia de género?” de Carvajal Gómez y Vázquez Bardín, y desde el año 2003, hubo 414 víctimas mortales por violencia de género, de las cuales un 23,6% tenía entre 21 y 30 años, siendo la media de edad de las mujeres de 42 años y la de los agresores de 46 ⁽¹⁰⁾.

En relación a estos datos, el porcentaje de mujeres de hasta 30 años que murieron a manos de sus parejas o ex parejas se mantuvo en niveles altos durante los siguientes años ⁽²⁾. A través de la página de Instituto de la Mujer, del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, se extrae la siguiente información ⁽¹¹⁾:

- ✓ Respecto al año 2012, un 25% de las mujeres que murieron a causa de la violencia de género ese año tenían entre 21 y 30 años. Además, hubo una víctima mortal de entre 18 y 20 años, y otra menor de 16.
- ✓ Entre los años 2013 y 2015, según las cifras aportadas por el Instituto de la Mujer fueron 161 las mujeres que murieron debido a la violencia de género, entre las cuales se encuentran tres casos de víctimas mortales menores de 20 años.
- ✓ En relación a la Comunidad Autónoma de Cantabria desde 1999 hasta la actualidad han sido víctimas mortales de violencia de género 9 mujeres, según se recogen en los datos del Instituto de la mujer.

A esta realidad, se suma la distorsión que sobre el concepto de este fenómeno existe entre la población joven ⁽²⁾ y que se pone de manifiesto en un estudio realizado por el Ministerio de Igualdad y la Universidad Complutense de Madrid en el año 2010 ⁽¹¹⁾, en el cual se recoge que un porcentaje importante de chicos y chicas jóvenes hacían explícito: la falta de identificación



de conductas violentas como tales, la pervivencia de ciertos estereotipos sobre masculinidad-feminidad y la existencia de determinadas actitudes de control, dominio o expresión de los sentimientos. En concreto:

- ✓ El 28% de las chicas y el 30,7% de los chicos encuestados consideraban que “menospreciar a la pareja” no es maltrato.
- ✓ El 26,2% de las chicas y el 35% de los chicos aseguraban que el control total por parte de la pareja no es una conducta constitutiva de malos tratos.
- ✓ Tanto el 13,8% de las chicas como el 22,8% de los chicos considera que “hacer sentir miedo”, no se interpreta como comportamiento violento.

Desde esta perspectiva, cada vez se hace más evidente la necesidad de ampliar y complejizar el concepto de violencia contra las mujeres con el fin de aumentar y mejorar la visibilidad de este fenómeno en todas sus consecuencias, involucrando a la ciudadanía, muy especialmente a la población joven, en reconocer e identificar lo que es y no es violencia de género ⁽²⁾.

Los centros educativos son espacios sociales donde la enseñanza y el aprendizaje constituyen un intercambio comunicativo continuo, por lo que se considera el lugar idóneo para buscar soluciones relacionadas con la prevención y detección de los casos de violencia entre niños y jóvenes ⁽¹³⁾.

En este contexto, la violencia de género y el acoso escolar son las dos formas de violencia que pueden producirse con cierta frecuencia; y generalmente son la expresión de un modelo basado en el dominio y la sumisión, completamente opuesto a los valores democráticos ⁽¹⁴⁾. De hecho, la violencia que más preocupa a profesores, familias y alumnado es la violencia escolar, relacionada muy íntimamente con la violencia contra la mujer ⁽¹³⁾.

Esto, junto con los datos descritos anteriormente, hace pertinente plantear intervenciones de Educación para la Salud en la escuela que supongan la integración de conceptos y la modificación de actitudes y conductas hacia un modelo de socialización que favorezca una relaciones saludables y se base en el respeto y la igualdad entre hombres y mujeres. Este tipo de intervenciones, dada su trascendencia y envergadura, deberían ser planteadas de un modo transversal al currículo en los centros educativos, no teniendo un carácter puntual o aislado en el tiempo, garantizando con ello que los alumnos y la comunidad educativa sean capaces de adquirir las capacidades y actitudes necesarias para mejorar la convivencia y erradicar los problemas relacionados con la violencia de género.

Sin embargo, las demandas sociales cada vez mayores, que se realizan al profesorado, resultan excesivas. El profesorado se siente, en ocasiones, desbordado y abrumado ante tanta responsabilidad educativa que genera el hecho de tener que abordar todas esas demandas en el aula ⁽¹³⁾.

Además, la importancia de la educación sobre este tema, suele chocar con la falta de medidas concretas suficientemente generalizadas y con los recursos necesarios para el objetivo de erradicar el modelo que conduce a la violencia de género y cambiarlo por un modelo alternativo basado en la igualdad ⁽¹³⁾. La situación actual hace que, una buena parte de los conflictos que



ocurren habitualmente en el contexto escolar, quedan latentes y sin revolver, generalmente por la dificultad que supone tratar de abordar los mismos sin incurrir en ningún daño moral o que conlleve un perjuicio profesional ⁽²⁾.





JUSTIFICACIÓN

Los programas de prevención de la violencia de género desarrollados desde una perspectiva integral, basada en la construcción de la igualdad y el respeto de los derechos humanos, han demostrado su eficacia para disminuir el sexismo, reducir el acoso entre iguales en la escuela como fuera de la misma, y mejorar las relaciones con el profesorado, la familia y sus iguales ⁽¹⁴⁾.

En este sentido se destacan intervenciones llevadas a cabo por entidades y organismos públicos y privados en los últimos años son las siguientes:

El “Proyecto Relaciona”, desarrollado por el Instituto de la Mujer en colaboración con los Organismos de Igualdad de las Comunidades Autónomas y el conjunto de la comunidad educativa, y publicado bajo el epígrafe “Experiencia de relación en la escuela. Prevenir la violencia contra las mujeres”, pretende ofrecer espacios de relación e intercambio entre las mujeres y hombres que forman parte de la comunidad educativa como herramienta para prevenir la violencia, partiendo de sus realidades concretas y donde dedicar un tiempo, muy necesario, a dialogar sobre asuntos a los que habitualmente no dedican el tiempo que requieren ⁽¹⁵⁾.

En el CIEP Pablo Picasso de Valladolid (Castilla y León) elaboraron un proyecto para la Prevención de la Violencia de Género, en el que participaron alumnos, profesores, familias y personal no docente, así como el ayuntamiento de la ciudad y alguna ONG. Su objetivo es





promover una educación basada en la igualdad entre géneros tanto en alumnos, profesores y familias ⁽¹⁶⁾.

En la ciudad de Palencia se puso en marcha la campaña de prevención de la violencia de género “Contra la violencia ganas tú”. Una iniciativa que se implantó en Institutos de Secundaria, en un centro de Formación Profesional y en una de Garantía Social y cuyos resultados evidenciaron como los alumnos muestran interés y preocupación por el tema ⁽¹⁷⁾.

Además, la Obra Social Fundación La Caixa puso en marcha en 2006 un programa compuesto por una exposición itinerante, talleres escolares y un conjunto de materiales psicosociales y de divulgación, entre ellos un libro, en torno al fenómeno de los malos tratos en todos los ámbitos sociales ⁽¹⁸⁾.

Por lo tanto existen ya experiencias previas en el ámbito escolar que pueden servir de ejemplos para la elaboración de este proyecto que con posteridad sea de aplicación en los centros escolares beneficiarios de este proyecto piloto de enfermería escolar de la Fundación de la Enfermería de Cantabria ⁽¹⁹⁾.

En este sentido, las enfermeras escolares son profesionales formados en aptitudes y con la capacitación para identificar los problemas relacionados con el sexismo y la violencia, pudiendo realizar actividades e intervenciones en coeducación en las escuelas, complementando la socialización de comportamientos y la adquisición de hábitos que favorecen una mejor calidad de vida, en lo referido concretamente a la violencia de género en la comunidad educativa ⁽²⁰⁾.

Entendiendo que existe legislación suficiente, la situación actual al finalizar el año 2015 es que se han identificado 58 muertes de mujeres por violencia de género. Al finalizar este proyecto en enero de 2016 las muertes identificadas como tales han sido las de 5 mujeres.

Además, los datos incluidos anteriormente referidos a población joven son de un realismo flagrante.

Por lo tanto, resulta una responsabilidad social y, concretamente, a nivel de contextos educativos con población joven y adolescente, el cuestionarse lo que está sucediendo y la responsabilidad individual en relación violencia de género.

Por todas estas razones queda ampliamente justificado el presente proyecto a nivel escolar, cumpliendo, de este modo, con la correspondiente responsabilidad de cada uno de los miembros que conforman la comunidad educativa y la de la Fundación de la Enfermería de Cantabria.



2.

OBJETIVOS

General:

Promover la salud entre los miembros de la comunidad educativa, en analogía al establecimiento de relaciones entre sí, basadas en la igualdad y el respeto.

Específicos:

- 1) Enseñar a los miembros de la comunidad educativa a identificar, detectar precozmente y corregir actitudes y situaciones de violencia de género.
- 2) Realizar el seguimiento de casos identificados de este tipo de violencia en el centro educativo
- 3) Enseñar a los alumnos cuidados de promoción de la salud en violencia de género.
- 4) Informar a los miembros de la comunidad educativa que lo precisen, acerca de los recursos socio-sanitarios en la Comunidad Autónoma de Cantabria relacionados con el tema.
- 5) Colaborar con otros profesionales, tanto del centro educativo, como de servicios socio-sanitarios externos.





3.

METODOLOGÍA

El proyecto emplea metodologías participativas y activas, en las que participen tanto los alumnos, como el resto de miembros de la comunidad educativa, entre los que se encuentran las familias, el profesorado y el resto personal no docente de los centros educativos.

A continuación, se describen las respectivas actividades para el logro de los objetivos específicos planteados:

1) Enseñar a los miembros de la comunidad educativa a identificar, detectar precozmente y corregir actitudes y situaciones de violencia de género.

La metodología de educación para la salud (EpS) está encaminada a enseñar a los miembros de la comunidad educativa aquellos aspectos relacionados con la promoción y prevención de la salud, para evitar la violencia de género.

- ✓ **Alumnos:** mediante charlas informativas y explicaciones, con los contenidos y técnicas que se muestran en el ANEXO I, se tratará de transmitir toda la información relacionada con la violencia de género: principales causas, síntomas y consecuencias. Se adaptará la metodología a la edad, nivel cognitivo y desarrollo psico-emocional de los alumnos en función de las diferentes etapas.

Esta intervención, se complementa en el caso de los alumnos con la metodología descrita para el objetivo específico número 3.

- ✓ **Familias:** se realizarán charlas informativas dirigidas a padres, madres y otros miembros de la unidad familiar de los alumnos que resulten interesados en el tema. En las mismas se abordarán los temas expuestos en el ANEXO II, con el fin de explicar la situación de la violencia de género actualmente en España, su repercusión social, familiar e individual, los indicadores para reconocer los signos de violencia contra la mujer en el ámbito familiar, así como dotar de técnicas y estrategias para su prevención.

Estos contenidos se podrán impartir en una o más charlas informativas, en función de la disponibilidad horaria del centro escolar y las demandas de la comunidad. Se procurará dejar siempre un periodo de 20 a 30 minutos para la realización de preguntas o para el debate entre los asistentes.

Como material complementario, se podrá entregar el tríptico recogido en el ANEXO VIII que cuenta con información acerca de los recursos disponibles de información y atención a víctimas de violencia de género.

- ✓ **Personal docente y no docente del centro educativo:** se realizarán talleres teóricos para el profesorado y el personal no docente del centro educativo que se encuentre interesado. Durante los mismos, se abordarán los temas expuestos en el ANEXO III,



con el fin de explicar la situación de la violencia de género actualmente en España, su repercusión social, familiar e individual, los indicadores de para reconocer los signos de violencia contra la mujer en la escuela, así como para dotar de estrategias para su prevención.

Estos contenidos se podrán impartir en una o más sesiones, en función de la disponibilidad horaria y las demandas del equipo docente, pudiendo enfocarse a la resolución de casos específicos si los hubiere. Se procurará dejar siempre un periodo de 20 a 30 minutos para la realización de preguntas o para el debate entre los asistentes.

Como material complementario, se podrá entregar el tríptico recogido en el ANEXO VIII que cuenta con información acerca de los recursos disponibles de información y atención a víctimas de violencia de género.

2) Realizar el seguimiento de casos identificados de violencia de género en el centro educativo.

La enfermera escolar, una vez identificados aquellos casos potencialmente posibles o reales de violencia de género, realizará el seguimiento en colaboración con el equipo educativo del centro: profesores, orientador y equipo directivo, así como otros profesionales que pudieran verse directa o indirectamente implicados en la atención a los alumnos maltratados o maltratadores, como por ejemplo: trabajadores sociales, médicos y enfermeras de Atención Primaria, psicólogos, etc.

Se mantendrá en todo momento el secreto profesional y, en caso de manipular documentación confidencial, se atenderá estrictamente a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. No podrá compartirse información con los profesionales anteriormente descritos sin una autorización expresa, válida jurídicamente, aceptada y firmada por los progenitores o tutores legales del menor en cuestión. En el caso de que se tratase de alumnos mayores de 14 años, además de esta autorización, será necesario contar con el consentimiento de los mismos para realizar cualquier intervención, del tipo que sea, relacionada con ellos o que repercuta sobre su salud y sus intereses.

3) Enseñar a los alumnos cuidados de promoción de la salud en violencia de género.

Para abordar el problema de la violencia de género en la etapa escolar, desde la perspectiva de la promoción de la salud, con los alumnos se trabajarán los valores y las habilidades sociales, fomentando la autoestima, el auto concepto y la autoimagen, para que aprendan a reconocer las cualidades propias y ajenas, a través de la reflexión y los mensajes recibidos de los demás. Las actividades encaminadas a este objetivo se desarrollarán mediante una serie de dinámicas desarrolladas en el ANEXO IV.

Se plantean, además, otras intervenciones para profundizar en algunos aspectos más específicos de la violencia de género, las cuales se exponen en el ANEXO V siempre bajo el prisma de la promoción de la salud. Todas las actividades que se ajustarán a los conocimientos y nivel de desarrollo cognitivo de los alumnos.



En los cursos más avanzados, que comprenden las enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato, se propone, además de lo anterior, realizar sesiones grupales acerca de la diversidad sexual y el respeto a la misma, según se describe en el ANEXO VI.

4) Informar a los miembros de la comunidad educativa que lo precisen, acerca de los recursos socio-sanitarios en la Comunidad Autónoma de Cantabria relacionados con el tema.

Bien a través de las charlas o talleres descritos en el apartado anterior, o bien de forma personal, la enfermera escolar facilitará a los miembros de la comunidad educativa toda la información necesaria acerca de los recursos socio-sanitarios para la detección y protección de los casos de violencia de género que puedan tener lugar en el entorno escolar, y que se describen en el ANEXO VII.

Podrán emplearse así mismo otras herramientas de comunicación para la difusión de esta información de un modo más general, como por ejemplo: la página web del Proyecto de Enfermería Escolar, las redes sociales gestionadas por los profesionales que trabajan en el mismo o la aplicación móvil creada desde la Fundación de Enfermería de Cantabria a tal efecto y a través de la cual se ponen regularmente contenidos relacionados con la salud a disposición de toda la población.

Como material complementario, se podrá entregar el tríptico recogido en el ANEXO VIII que cuenta con información acerca de los recursos disponibles de información y atención a víctimas de violencia de género.

5) Colaborar con otros profesionales, tanto del centro educativo, como de servicios socio-sanitarios externos.

El trabajo conjunto con el personal docente del centro, el equipo de orientación y otros profesionales, tales como los profesionales sanitarios de los centros de Atención Primaria correspondientes al área específica, complementará el rol de la enfermera escolar en la identificación, valoración y seguimiento de aquellos alumnos que sufran o hayan sufrido violencia de género.

La identificación de casos podrá hacerse a través de la observación directa de las actitudes y manifestaciones de los alumnos, así como a través de una demanda expresada por alguno de ellos, de sus profesores o familiares. En relación a estos últimos, se tratará el tema con estricto rigor profesional y, en el caso de menores de 14 años, los progenitores o tutores legales se encontrarán informados en todo momento, tal y como estipula la ley.

A los responsables de alumno que lo soliciten, se les proporcionará la información necesaria acerca de la cuestión, de los servicios socio-sanitarios y recursos disponibles en la Comunidad Autónoma de Cantabria, y la enfermera escolar será el profesional que actúe como nexo de unión entre estos y el centro educativo, siempre y cuando sea necesario y consentido por parte de los padres o tutores legales, facilitando el contacto y protegiendo en todo caso los intereses del menor.



4. EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES

La evaluación de los distintos objetivos y actividades se llevará a cabo a través de datos cualitativos y cuantitativos obtenidos en las actividades diseñadas en la metodología del trabajo.

De este modo, será el propio enfermero escolar, como docente de las sesiones impartidas, el que evalúe cada uno de los resultados, a los efectos de lograr los objetivos planteados.





5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez puesto en marcha y evaluado el proyecto, serán extraídas las conclusiones que resulten pertinentes, las cuales se redactarán y añadirán al documento para poner de manifiesto los resultados obtenidos y proporcionar soluciones a posibles problemas hallados durante la puesta en marcha, así como aportar nuevas perspectivas que puedan resultar de interés sobre los puntos centrales del tema.





6.

CURRICULUM

LAURA GARCÍA BLANCO

Formación académica universitaria:

- Graduada en Enfermería en el año 2013 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.
- Máster en Ciencias de la Enfermería en el año 2012 por la Universidad de Alicante en Alicante.
- Diplomada Universitaria en Enfermería en el año 2009 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.

Formación complementaria:

- Actualmente cursando Experto en Enfermería Escolar.
- Enfermera experta en indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios en cuidados generales de enfermería y en T.I.C.
- Monitora de soporte vital básico y DESA.

Idiomas:

- Inglés y francés.

Experiencia profesional:

Desde octubre de 2014 hasta la actualidad:

- Enfermera Escolar en el Proyecto de Enfermería Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Desde junio de 2009 hasta Agosto de 2015:

- Enfermera en los centros de Atención Primaria y Especializada del Servicio Cántabro de Salud.

Actividad docente:

- Promoción de la Salud como Enfermera Escolar.
- Monitora de “Soporte Vital Básico y Desfibrilación Semiautomática”.
- Tutora del curso “Estrategias y Recursos en Educación para la Salud”.



Publicaciones:

Durante los años 2014-2015:

- ✎ El rol de enfermería en la valoración y manejo del dolor infantil en los servicios de urgencias hospitalarias.
- ✎ Problemas éticos, deontológicos y jurídicos de la negación al tratamiento.
- ✎ Proyecto de Enfermería Escolar: cuidados a alumnos con procesos crónicos.

Entre los años 2009 y 2013:

- ✎ Guía de educación para la salud: el juego como recurso educativo.
- ✎ Estudio descriptivo de los conocimientos sobre recursos y uso de los servicios de salud de los estudiantes del I.E.S. Villajunco de Santander.
- ✎ Propuesta educativa sobre hábitos saludables.

Comunicaciones presentadas a congresos o jornadas (en el año 2015):

- ✎ Enfermería Escolar: fomento del desayuno saludable en los escolares de Cantabria a través del juego.
- ✎ Resultados del primer año de pilotaje del proyecto de enfermería escolar en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- ✎ Enfermería escolar: enseñanza de las técnicas de primeros auxilios en alumnos de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- ✎ Enfermería Escolar: descubrir quienes fuimos para comprender quienes somos.
- ✎ Enfermería Escolar: rompiendo barreras a través de aplicación móvil. Proyecto.

MARÍA GÓMEZ SOTO

Formación académica universitaria:

- ✎ Experta universitaria en Cuidados Avanzados en Enfermería Aplicada en el año 2015 por la Universidad de León.
- ✎ Graduada en Enfermería en el año 2014 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.
- ✎ Diplomada Universitaria en Enfermería en el año 2012 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.

Formación complementaria:

- ✎ Formación continuada en: reanimación cardiopulmonar, manejo de la mascarilla Laríngea, cuidados de enfermería cardiológica, interpretación radiológica para Enfermería, aplicación del lenguaje normalizado NANDA, NOC y NIC, y enfermero-coach.



Idiomas:

- ✎ inglés.

Experiencia profesional:

Desde octubre de 2015 hasta la actualidad:

- ✎ Enfermera Escolar en el Proyecto de Enfermería Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Entre los años 2012 y 2015:

- ✎ Enfermera en los centros de Atención Primaria y Especializada del Servicio Cántabro de Salud.

Actividad docente:

- ✎ “Desayunos Saludables en Escolares de Cantabria” y proyecto “Vida Sana”.
- ✎ Prevención de riesgos laborales y primeros auxilios del curso de Aplicador de productos fitosanitarios.

Publicaciones (en el año 2014):

- ✎ Proyecto de Salud Escolar: trastornos de la conducta alimentaria.
- ✎ Cuidar al Cuidador informal.

Comunicaciones presentadas a congresos o jornadas (en el año 2015):

- ✎ Enfermería escolar: enseñanza de las técnicas de primeros auxilios en alumnos de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

PABLO PÉREZ VELASCO

Formación académica universitaria:

- ✎ Graduado en Enfermería en el año 2012 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.
- ✎ Máster Universitario de Especialización en Cuidados de Enfermería (Urgencias, Emergencias y Catástrofes Naturales), en el año 2011 por la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia.
- ✎ Diplomado Universitario en Enfermería en el año 2010 por la Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria.



Formación complementaria:

- Diploma de Formador de Formadores por la Universidad Camilo José Cela.

Experiencia profesional:

Desde octubre de 2014 hasta la actualidad:

- Enfermero Escolar en el Proyecto de Enfermería Escolar de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Entre los años 2010 y 2015:

- Enfermero en los centros de Atención Primaria y Especializada del Servicio Cántabro de Salud.

Actividad docente:

- Promoción de la Salud como Enfermero Escolar.
- Reanimación Cardiopulmonar Básica en centros de Educación Secundaria.
- Curso sobre “control y manejo de la vía aérea con la mascarilla laríngea de intubación Fastrach”.

Publicaciones (en los años 2013 y 2014):

- Control de la vía aérea con mascarilla laríngea de intubación Fastrach por el profesional de enfermería en el paciente politraumatizado adulto.
- Importancia de una comunidad educativa formada en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar.

Comunicaciones presentadas a congresos y jornadas:

En el año 2015:

- Resultados del primer año de pilotaje del proyecto de enfermería escolar en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Enfermería Escolar: fomento del desayuno saludable en los escolares de Cantabria a través del juego.
- Enfermería escolar: enseñanza de las técnicas de primeros auxilios en alumnos de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Enfermería Escolar: descubrir quienes fuimos para comprender quienes somos.
- Enfermería Escolar: rompiendo barreras a través de aplicación móvil. Proyecto.

En el año 2013:

- Experiencia de un programa de Reanimación Cardiopulmonar en Centros Educativos.



7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IV Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Informe Ejecutivo [en línea]. Madrid: Secretaría de Estado de Igualdad; 2011 [acceso el 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.uca.es/recursos/doc/unidad_igualdad/1693412868_112201112649.pdf
2. Zurbano Berenguer B, Campos Mansilla B. Concepto y Representación de la Violencia de Género: Reflexiones sobre el Impacto en la Población Joven [en Internet]. Oñati Socio-legal Series. 2015 [acceso el 8 de Enero de 2016]; 5 (2): 822-845. Disponible en: <http://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/373/693>
3. Resolución de la Asamblea General Resolución 48/104. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1993. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/organs/ui/legisla/int/7-r48-104.pdf>
4. Ruiz-Jarabo Quemada C. Blanco Prieto P. La violencia contralas mujeres. Prevención y detección. Díaz Santos. España. 2006.
5. Artículo 9. Constitución Española de 1978. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=9&tipo=2>
6. Medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Ley 13/2007 de 26 de noviembre. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 247, (18/12/2007).
7. Decreto 27/2014, de 5 de junio, que establece el currículo de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, BOC extraordinario nº29, (13-6-2014).
8. mecd.gob.es [sede web]. Madrid: Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Gobierno de España. [Acceso el 29 de diciembre de 2015]. Educación. Sistema educativo. Objetivos de la Educación Primaria. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/sistema-educativo/enseanzas/educacion-primaria/objetivos.html>
9. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Boletín Oficial del Estado, nº295, (10-12-213).
10. Carvajal Gómez MI, Vázquez Bardín A. ¿Cuánto cuenta la juventud en violencia de género? [en Internet]. Revista de estudios de juventud. 2009 [acceso el 8 de Enero de 2016]; 86: 217-233. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ86-14.pdf>
11. Instituto de la Mujer para la Igualdad de Oportunidades [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Actualización en 2015 [acceso el 11 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?metodo=buscar>



12. Ministerio de Igualdad, Universidad Complutense. Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia [en línea]. 2010 [acceso el 28 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Noticias/Igualdad%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20en%20la%20adolescencia.pdf>
13. Ruiz Ruiz E, Alario Trigueros T. La prevención de la violencia de género en la formación inicial del profesorado. *Tabanque Rev Pedagog.* 2010; 23: 127-144.
14. Díaz Aguado MJ. Prevenir la violencia de género desde la escuela [en Internet]. *Revista de estudios de juventud. INJUVE.* 2009 [acceso el 8 de Enero de 2016; 86: 31-46]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ86-04.pdf>
15. Cerviño Saavedra MJ, Serrato Azat G, Hernández Morales G, Latorre Hernando L, Yago Alonso C. Experiencias de relación en la escuela. Prevenir la violencia contra las niñas y las mujeres [en Internet]. *Serie Cuadernos de Educación No Sexista nº 19. Proyecto Relaciona. Instituto de la Mujer.* 2006 [acceso el 8 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/educacion/publicaciones/serieEducacNoSexista/docs/cuaderno19.pdf>
16. Proyecto para la Violencia de género “Trátame bien, trátale bien” [en Internet]. C.E.I.P. Pablo Picasso. Valladolid: Consejería de Educación de la junta de Castilla y León. [Acceso el 8 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.colepicasso.es/pdf/igualdad/proyecto.pdf>
17. Lobejón Sánchez MC, Albillo Vega MM, Franco García M, Hermano Rebolledo E, Ibáñez Herrán M, Molina Alonso MI, Antolín Montero L. Campaña de prevención de la violencia de género dirigida a jóvenes “Contra la violencia, ganas tú” [en Internet]. *TABANQUE Revista pedagógica.* 2010 [acceso el 8 de Enero de 2016]; 23: 99-126. Disponible en: <file:///C:/Users/Maria/Downloads/Dialnet-CampanaDePrevencionDeLaViolenciaDeGeneroDirigidaAJ-3829802.pdf>
18. Obra social Fundación La Caixa. *Violencia: Tolerancia cero. Programa de prevención.* Barcelona; 2006.
19. Ruiz Iglesias L, Cardeñoso Herrero R, Elena Sinobas P, Fernández Carreras R. *Proyecto de Enfermería Escolar.* Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria. 2014.
20. Macías Seda J. *Formación en género en los estudios de enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género [tesis doctoral].* Universidad de Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería. 2012 [acceso el 8 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/2164/formacion-en-genero-en-los-estudios-de-enfermeria-actitud-y-capacitacion-para-el-abordaje-de-la-violencia-de-genero/>
21. Acció Escolta de Catalunya. *Juguemos... Guía de actividades para la coeducación y la no violencia de género.* Barcelona: Acció Escolta de Catalunya. 2004 [acceso el 9 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.scout.es/uploads/genero/Juguemos.pdf>



22. Jara Royo M, Cruz Santamaría M. Proyecto de salud escolar: consumo de sustancias nocivas. Proyecto de Enfermería Escolar. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria. 2014.
23. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso del Gobierno de Cantabria. Cantabria: Gobierno de Cantabria. 2012 [acceso el 9 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
24. Amnistía Internacional. Derechos humanos y diversidad afectivo-sexual. Madrid: Amnistía Internacional Publicaciones. 2007.
25. Guille, un chico de mi instituto. El amor y el deseo no son de un solo color. Guía sobre diversidad afectivo-sexual para adolescentes. 2007 [acceso el 9 Enero de 2016]. Disponible en <https://ceapa.es/sites/default/files/uploads/ficheros/publicacion/guiasobrediversidadafectivo-sexualparaadolescentes.pdf>
26. Ni ogros ni princesas. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO. Instituto asturiano de la mujer. 2007 [acceso el 9 Enero de 2016]. Disponible en <http://educarenigualdad.org/ni-ogros-ni-princesas-gua-a-para-la-educacion-afectivo-sexual-en-la-eso/>
27. Salud Cantabria [sede web]. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Ministerio de Sanidad; 2011 [acceso el 9 de Enero de 2016]. Ciudadanía. Violencia contra las mujeres. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=violencia2>
28. Salud Cantabria [sede web]. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Ministerio de Sanidad; 2011 [acceso el 9 de Enero de 2016]. Profesionales. Salud de las mujeres. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=violencia-contra-las-mujeres>
29. Infomaltrato mujer [sede web]. Cantabria: Parlamento de Cantabria; [acceso el 9 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.infomaltrato.com/index.php?pagina=cantabria>





8.

ANEXOS

ANEXO I. CONTENIDOS Y TÉCNICAS PARA ENSEÑAR A LOS ALUMNOS A IDENTIFICAR, DETECTAR PRECOZMENTE Y CORREGIR ACTITUDES Y SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

A continuación se desarrollan las diferentes técnicas para trabajar con los alumnos en el aula, en relación al objetivo específico número 1 del programa. En todas las intervenciones se procurará crear un ambiente que favorezca la participación activa de los alumnos, en mayor o menor medida según sea consecuente, para dinamizar las sesiones y poder evaluar el objetivo de enseñanza a través de la técnica de *feed-back* entre el docente y los educandos.

1. Impartición de charlas informativas, basadas en una metodología expositiva, en las cuales la enfermera escolar desarrollará el tema en base a los contenidos que a continuación se detallan, adaptando los conceptos y las explicaciones a la edad y desarrollo cognitivo de los alumnos:
 - ✓ Concepto de violencia de género.
 - ✓ Porqué existen tantos casos en nuestra sociedad y situación actual.
 - ✓ Características de este tipo de violencia.
 - ✓ A quién va dirigida la violencia de género.
2. Desarrollo de dinámicas tipo *rol playing* para favorecer la adquisición de conocimientos y actitudes de un modo práctico, haciendo que los alumnos se pongan tanto en la piel de la persona maltratada como del maltratador.
3. Proyección de material audiovisual relacionado con el tema. Se recomiendan las siguientes películas: “Te doy mis ojos” de Iciar Bollain (2003) y “Solo mía” de Javier Balaguer (2001).

ANEXO II. CONTENIDOS PARA ENSEÑAR A LAS FAMILIAS A IDENTIFICAR, DETECTAR PRECOZMENTE Y CORREGIR ACTITUDES Y SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

De los siguientes contenidos se seleccionarán a aquellos que por la limitación temporal, las necesidades o las demandas realizadas por este colectivo de la comunidad educativa, resulten pertinentes:

- ✓ Concepto y diferenciación entre: sexo, género, identidad de género y violencia de género.
- ✓ Impacto de la violencia de género sobre la salud infantil.



- ✓ Señales de alarma sobre casos de violencia de género:
 - Indicadores de violencia de género en la escuela y en el ámbito doméstico.
 - Características de los maltratadores y de las personas maltratadas.
- ✓ Herramientas para la transmisión de valores sobre igualdad de género en la edad escolar.
- ✓ Recursos socio-sanitarios relacionados con la protección a la mujer y víctimas de violencia de género (ver anexo VII). Esta información se entregará, además, en formato papel a los asistentes.

ANEXO III. CONTENIDOS PARA ENSEÑAR AL PERSONAL DOCENTE Y NO DOCENTE DEL CENTRO EDUCATIVO A IDENTIFICAR, DETECTAR PRECOZMENTE Y CORREGIR ACTITUDES Y SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

De los siguientes contenidos se seleccionarán a aquellos que por la limitación temporal, las necesidades o las demandas realizadas por este colectivo de la comunidad educativa, resulten pertinentes:

- ✓ Concepto y diferenciación entre: sexo, género, identidad de género y violencia de género.
- ✓ Señales de alarma sobre casos de violencia de género:
 - Indicadores de violencia de género en la escuela y en el ámbito doméstico.
 - Características de los maltratadores y de las personas maltratadas.
- ✓ Contenidos para trabajar en el aula: conceptos relacionados con la violencia de género.
- ✓ Herramientas para la transmisión de valores sobre igualdad de género en la edad escolar, adaptados a las diferentes etapas educativas.
- ✓ Recursos socio-sanitarios relacionados con la protección a la mujer y víctimas de violencia de género (ver anexo VII). Esta información se entregará, además, en formato papel a los asistentes.





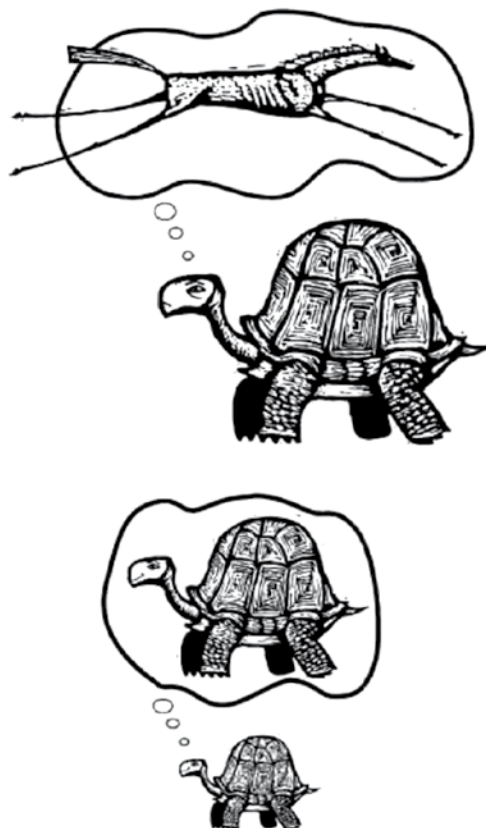
ANEXO IV. ACTIVIDADES PARA ENSEÑAR A LOS ALUMNOS CUIDADOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN VIOLENCIA DE GÉNERO

En este anexo se proponen algunas actividades para fortalecer la autoestima y el autoconcepto de los alumnos. Estas actividades se pueden modificar en función de las características de cada grupo. Las actividades han sido tomadas de la “Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso del Gobierno de Cantabria” (21, 22).

DIBUJO DE LAS TORTUGAS

El coordinador del juego explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas que se muestra. Se empieza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima.

La autoestima es una evaluación de uno mismo.



Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES:

*William JAMES Autoestima =
Éxito (lo que uno consigue)/ Expectativas (lo que uno espera).*



Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma.

También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonca. Es una gran tortuga pero sueña con algo inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo.

ESPEJO MÁGICO

El grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que si se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: *Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?*

El alumno se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: *Lo que más me gusta de tí es...*

A continuación pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan: *“es un espejo mágico y siempre responde...”*.

Al finalizar la actividad, se recomienda hacer una puesta en común de cómo se ha sentido cada uno de los participantes.





ANEXO V. INTERVENCIONES PARA PROFUNDIZAR EN LOS CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A continuación se presentan una serie de actividades tomadas de la guía de actividades educativas para la coeducación y la no violencia de género de la Acció Escolta de Catalunya ⁽²³⁾.

“¡ESTE ES MI CÍRCULO!” (Educación Infantil y Primaria)

- ✓ **Objetivo:** es una actividad en la que cada participante debe reconocer que cada uno tiene un espacio para sí: su espacio vital; y es preciso velar para conservarlo. Al final, hay que concluir con la reflexión de que hay que respetar a los demás y de ese modo la convivencia y la unión de las personas es más sencilla y tranquila.
- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** El grupo de participantes se dispersa por el patio o una zona grande, y cada uno forma un círculo a su alrededor. Unos participantes lo harán más grande, otros más pequeño. Cuando todos los participantes estén dentro de su círculo, se pedirá a uno de ellos que salga del suyo (se puede poner una prenda dentro para dejar claro que no se puede entrar), y será necesario que el chico o chica que no tiene círculo (el liberado) entre dentro de otro. Puede hacerlo como desee (sin hacer daño), mediante el poder de persuasión, un descuido, un salto... Cada participante, sin embargo, debe proteger su círculo, y no debe dejar entrar a nadie. Si el participante liberado consigue entrar en un círculo, ya será “el dueño”, y el otro deberá buscar un nuevo círculo, un nuevo espacio. Se puede ampliar el juego haciendo que haya más de un liberado, para hacerlo más complicado.

STOP - BESITO (Educación Infantil y Primaria)

- ✓ **Objetivo:** se trata de una actividad para fomentar el amor y el afecto por el otro, potenciando las relaciones humanas a través del afecto y solidaridad, y del sentido del tacto: tocar o besar a otra persona supone relacionarse con esta en un nivel más íntimo que únicamente mediante palabras o gestos.
- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** Todos los participantes comienzan a moverse por la sala y, uno de ellos, elegido al azar o intencionadamente será quien deberá “pillar” al resto de compañeros, lo cual se consigue simplemente tocándolos. Estos, para evitar ser “pillados”, podrán decir en alto la palabra “stop”, quedando protegidos pero también inmovilizados hasta que otro compañero, que no esté en “stop”, les dé un beso.

MI TRABAJO (Educación Primaria)

- ✓ **Objetivo:** cada participante deberá escoger un trabajo de una lista. El problema es que se encontrarán que sólo pueden escoger entre algunas profesiones “propias” del sexo opuesto.



- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** Se dividirá el grupo en parejas mixtas o en pequeños grupos con miembros de los dos sexos. A cada uno se le dará una copia de la hoja de la actividad. Deberán escoger una profesión dentro de la lista que tienen, y comunicar la elección a los miembros de su equipo. Tendrán 5 minutos para comentar su elección.

Después, con todo el grupo, se hará una puesta en común, resaltando aspectos como: ¿Qué reacción has tenido ante tu lista? ¿Por qué y cómo has escogido tu trabajo? ¿Qué trabajos te habría gustado ver en tu lista? ¿Qué razones te han dado en contra de tu elección? ¿Cuáles han sido tus sentimientos? De toda la información, se deberán extraer conclusiones que, en el caso de los alumnos más jóvenes, serán guiadas por la enfermera escolar y, en el caso de los alumnos de cursos más superiores, serán expuestas por los propios alumnos, de manera individual o en grupo.

PETICIÓN O AMENAZA (Educación Primaria)

- ✓ **Objetivo:** diferenciar entre una amenaza y una petición.
- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** Se pedirá a dos alumnos que salgan de la sala o espacio donde se desarrolla la actividad. Después se dirá a los que se han quedado que tienen que pedir a las dos alumnos algo que deseen, como por ejemplo un chicle, la hora, de qué color es su camiseta, como se llama su madre... Pueden ser cosas muy simples en el fondo. La condición es que a la primera persona que entre se lo tienen que pedir muy mal, exigiendo lo que quieren, siendo duros y secos y amenazando. A la segunda persona, en cambio, deberán pedírselo de la forma más educada posible, siendo amables y pacientes. Cuando termine, se pedirá a las dos personas que han respondido las preguntas que expliquen cómo se han sentido: reconocidos, interesantes, imprescindibles... o quizá atacados, violentos, molestos... El resto del grupo también podrá comentar qué tipo de pregunta les ha hecho sentir más cómodo, y cuál les ha resultado difícil de interpretar. Para terminar, el dinamizador comentará la diferencia de significado entre amenaza y petición, y hará un comentario general a partir de las aportaciones de todos los participantes y las participantes.

LAS RESPONSABILIDADES (5º y 6º de Educación Primaria)

- ✓ **Objetivo:** esta actividad consiste en escribir el trabajo que realiza cada miembro de la familia, y por lo tanto darse cuenta de quién hace la mayoría de tareas domésticas. Cada miembro tiene un rol.
- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** Se dará una tabla a cada miembro y se pedirá que la rellenan lo más cuidadosamente posible, poniendo las horas o fracciones de hora donde corresponda. Cuando esté terminado, se hará una lectura oral para ver las diferencias entre todos los participantes, y se comentará el resultado.



ANEXO VI. CONTENIDOS Y METODOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES ACERCA DE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y EL RESPETO A LA MISMA PARA LOS CURSOS DE E.S.O. Y BACHILLERATO

ORIENTACION SEXUAL ^(24, 25)

- ✓ **Objetivo:** aclarar los conceptos de: orientación del deseo, homosexualidad, heterosexualidad y transexualidad, aceptando y respetando las diferentes formas de ser varones y de ser mujeres de las personas.
- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** Para empezar, se les pide que individualmente contesten a la encuesta. No se pretende con ella más que introducir el tema, pero si se plantease alguna duda o pregunta es el momento de, entre todos y todas, abordarlas.

ENCUESTA

¿Cuándo descubriste tu orientación sexual?

- De siempre.
- En mi adolescencia.
- Hace poco.
- Aun no me lo he planteado.

¿Te costó mucho aceptar que lo eres?

- Sí, aún me cuesta.
- Un poco.
- En realidad estoy encantado.

¿Conoces casos similares?

- Sí.
- No.
- No lo sé. La gente no habla de esas cosas.

¿Piensas contárselo a tus padres?

- Sí, supongo, y creo que me entenderán. Son muy abiertos.
- No, nunca les contaría algo así.
- Creo que les costaría mucho aceptarlo. Su educación es muy tradicional.
- Ya lo he hecho.



¿Y a tus amistades?

- Sí, supongo y creo que lo entenderán, ya que algunos de ellos también son heterosexuales.
- No, nunca les contaría algo así
- Supongo que les costaría aceptarlo.
- Ya lo he compartido con ellos.

¿Te has sentido alguna vez discriminado/a por ser heterosexual?

- Algunas veces.
- Sí, continuamente.
- No, porque oculto lo que soy.

¿Crees que una pareja del mismo sexo puede formar una familia y educar hijos sin que sea un trauma para ellos?

- Sí.
- No.
- Depende; porque ihay cada padre y madre!

¿Qué sientes cuando oyes la expresión: “heterosexual de mierda” o las continuas bromas y chistes gratuitos al respecto?

- Me duele y me gustaría desaparecer.
- Mientras no me lo digan a mí...
- Es que realmente los heterosexuales somos así.
- Abiertamente me defiendo y defiendo a los que son como yo.

A continuación vamos a aclarar conceptos:

Se puede escribir en la pizarra un esquema y comentarlo, para, posteriormente, y se aclaran todas las dudas conceptuales que hayan aparecido.

Ejemplo:

¿QUIÉN SOY YO?		
Mi identidad personal		
Mi identidad sexual	Mi orientación sexual	Mi identidad social
VARON	HETEROSEXUAL	¿Cómo soy yo varón?
MUJER	HOMOSEXUAL	¿Cómo soy yo mujer?



Por último, se proyectará el siguiente cómic y, a partir de él, se llevará a cabo un coloquio en el tiempo restante. Se les puede pedir una reflexión personal por escrito como trabajo para casa.



TRATAR LA DIVERSIDAD SEXUAL ⁽²⁶⁾

- ✓ **Objetivo:** Desterrar mitos y falsas creencias sobre la homosexualidad en mujeres y varones.
- ✓ **¿Cómo se desarrolla?** Empezamos formando grupos de cuatro o cinco estudiantes y cada grupo debe elegir un portavoz. Se les reparten las hojas con las afirmaciones sobre la homosexualidad y se les pide que comenten y anoten las reflexiones en torno a cada una de ellas explicando si están de acuerdo o en desacuerdo y por qué.

Posteriormente se realiza una ronda de intervenciones sobre cada una de las afirmaciones, realizando las aclaraciones que se crea oportunas, ofreciendo argumentos que pueden ser útiles.

Se finalizara comentando todas las frases sobrase tiempo, se podría abrir un debate sobre en qué medida el reconocimiento de los derechos de las personas homosexuales que otorgan las leyes favorecerá la aceptación social.

AFIRMACIONES: VERDADERO O FALSO.

1. La homosexualidad es un vicio.
2. Se sabe que una mujer es lesbiana porque son “marimachos”.
3. Todos los gays son afeminados.



4. El hecho de tener una relación sexual o fantasías con una persona de tu mismo sexo significa que eres gay o lesbiana.
5. Un gay/lesbiana siempre desea sexualmente a sus amigos del mismo sexo.
6. Todos los gays y todas las lesbianas son personas promiscuas.
7. Algunas personas se hacen homosexuales porque tienen dificultades para establecer relaciones con personas del otro sexo.
8. La persona homosexual desea cambiar de sexo.
9. La homosexualidad es una enfermedad y se puede curar sometiéndose a tratamiento médico o psicológico.
10. Antes había menos gays y lesbianas que ahora.

ARGUMENTOS PARA DESMITIFICAR LA HOMOSEXUALIDAD.

1. La homosexualidad es un vicio.

Al hablar de homosexualidad se hace referencia a las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo. Este tipo de prácticas está atestiguado desde los inicios de la Historia. Por lo tanto se trata de un fenómeno natural, documentado en el género humano y también en diversas especies animales.

A lo largo de la Historia han existido culturas que abordan con naturalidad el fenómeno de la homosexualidad y otras que lo condenan a partir de determinados argumentos. Ésta última actitud ha propagado diversas ideas, entre otras, que se trata de un vicio.

2. Se sabe que una mujer es lesbiana porque son “marimachos”.

El aspecto físico no es un elemento que nos permita determinar si una persona es homosexual. Normalmente existe la idea de que los gays son afeminados y las lesbianas unos marimachos. Pero eso no siempre es así. Hay gays con aspecto muy masculino y lesbianas femeninas, del mismo modo que hay heterosexuales que por sus modales, timbre de voz u otros rasgos podrían parecer gays.

3. Todos los gays son afeminados.

Lo mismo que lo anterior.

4. El hecho de tener una relación sexual o fantasías con una persona de tu mismo sexo significa que eres gay o lesbiana.

Tener dudas o fantasías con personas del mismo sexo es algo que ocurre a muchas personas. Eso no significa que automáticamente deban considerarse gays o lesbianas. Si estas fantasías generan dudas, lo mejor es aceptarlo con naturalidad. La orientación sexual se irá definiendo por sí misma. El miedo sólo sirve para generar angustia y auto-rechazo. En cualquier caso cualquier orientación sexual es igualmente válida y respetable.



5. Un gay o una lesbiana siempre desea sexualmente a sus amigos del mismo sexo.

No es cierto que todos los gays o todas las lesbianas aspiren a mantener relaciones sexuales con sus amistades. Aunque puede darse la circunstancia de que un gay o una lesbiana sientan atracción sexual por algún amigo o amiga, no es lo habitual, del mismo modo que en una pandilla de chicos y chicas hay quienes sienten alguna atracción sexual y en otros muchos casos simplemente es amistad.

6. Todos los gays o lesbianas son personas promiscuas.

Al igual que entre las personas heterosexuales, entre los homosexuales hay quienes son totalmente fieles a su pareja, del mismo modo.

7. Algunas personas se hacen homosexuales porque tienen dificultades para establecer relaciones con personas del sexo contrario.

Entre las personas existen todo tipo de caracteres, en algunas predomina la timidez a la hora de relacionarse con otra gente mientras que en otros casos la extroversión y la simpatía facilita esa comunicación. Este hecho no guarda ninguna relación con la orientación sexual. Si alguien se caracteriza por su timidez, será igual de tímido como gay, como lesbiana o como heterosexual.

8. La persona homosexual desea cambiar de sexo.

La homosexualidad es la atracción que se siente por personas del mismo sexo. Un caso diferente es la transexualidad, que ocurre cuando en una persona no coinciden el sexo físico y el género con el que se identifica. Hay hombres que se sienten mujeres, son transexuales femeninas y mujeres que se sienten hombres, transexuales masculinos. Muchas de estas personas desean cambiar de sexo mediante una operación conocida como cirugía de reasignación de sexo (CRS). Aún así, hay también personas transexuales que no llegan a someterse a dicha operación.

9. La homosexualidad es una enfermedad y se puede curar sometiéndose a tratamiento médico o psicológico.

Hubo épocas en las que se creía que la homosexualidad era una enfermedad. Sin embargo, desde hace mucho tiempo tanto médicos como psiquiatras rechazan esta idea. Organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) decidieron eliminar la homosexualidad y el lesbianismo del listado de enfermedades.

10. Antes había menos gays y lesbianas que ahora.

Eso es algo que nunca se sabrá. Antes, debido a la represión existente, muchos gays y muchas lesbianas no se atrevían a manifestar públicamente su orientación sexual o sus afectos. El desarrollo del movimiento social LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) ha permitido iniciar un proceso de normalización en numerosas partes del mundo con el que se ha logrado un aumento de la visibilidad de estas personas.



ANEXO VII. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS PARA LA DETECCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

INFORMACIÓN ONLINE

- ✓ **Información proporcionada a la ciudadanía, acerca de la violencia contra la mujer, por el Gobierno de Cantabria a través de su página web:** <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=violencia2> ⁽²⁷⁾

En esta página se muestra toda la información acerca del concepto y de la definición de violencia de género, las causas y sus efectos, así como una relación de los servicios disponibles en caso de ser víctima de la misma.

- ✓ **Información proporcionada a los profesionales, acerca de la violencia contra la mujer, por el Gobierno de Cantabria a través de su página web:** <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=violencia-contra-las-mujeres> ⁽²⁸⁾

En esta página se muestra información acerca del concepto y de la definición de violencia de género. Se encuentran disponibles para descargar los protocolos de actuación ante la detección de casos de violencia de género, los indicadores de atención, la normativa relacionada y otra información divulgativa en forma de trípticos y vídeos.

- ✓ **“Infomaltrato mujer” es la página web que pone a disposición el Parlamento de Cantabria** y, en la cual, pueden consultarse todos los recursos disponibles en Cantabria, así como otra información de interés relacionada con el tema: <http://www.infomaltrato.com/index.php?pagina=cantabria> ⁽²⁹⁾

¿DÓNDE ACUDIR? ^(27, 29)

Relación de servicios disponibles en la Comunidad Autónoma de Cantabria donde poder acudir en caso de estar sufriendo violencia de género.

- ✓ **Servicio telefónico de atención e información 24 horas: 016**, a través del cual se ofrece asesoramiento jurídico, confidencial y gratuito, y la posibilidad de realizar consultas y recibir información.
- ✓ **Servicio Cántabro de Salud (SCS)**: en caso de sufrir violencia se recomienda acudir al Centro de Salud de referencia, allí cualquier profesional sociosanitario (médicos/as, personal de enfermería, matronas, trabajadoras/es sociales, fisioterapeutas, etc.) podrá prestar atención, apoyo, asistencia social y psicológica. Además, la Unidad de Salud Mental aborda la intervención psicológica a mujeres víctimas de violencia derivadas desde otros servicios.
- ✓ **Centro Integral de Atención e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria**: este centro es el primer recurso especializado en la atención



integral de mujeres víctimas de violencia de género en Cantabria. Se accede a él a demanda de la propia mujer, o desde los centros y servicios de la Comunidad Autónoma. Expertas en maltrato atienden y prestan apoyo gratuito, asistencia social, jurídica y psicológica, a mujeres víctimas de violencia y a sus hijos e hijas, proporcionando además el enlace y la coordinación necesarios con el Centro de Emergencia y Acogimiento.

- ✓ Otros centros de atención a la mujer en Cantabria son:

DIRECCIÓN GENERAL DE IGUALDAD, MUJER Y JUVENTUD.

Consejería de Presidencia y Justicia.

En c/ Castelar, 5 - 1º. 39004 Santander.

Teléfono de contacto: 942 20 72 95.

CENTRO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A MUJERES. DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER.

En Avda. de la Constitución nº 14, bajo. 39300 Torrelavega

Teléfono de contacto: 942 80 32 08.

Correo electrónico: espaciomujerestorrelavega@unidaddeigualdad.es

ESPACIO MUJERES CAMARGO. CENTRO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A MUJERES.

En c/Santa Ana, 2 - Bajo. Maliaño.

Teléfono de contacto: 942 25 11 41.

Correo electrónico: espaciomujerescamargo@unidaddeigualdad.es

CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER.ÁREA DE IGUALDAD DE CASTRO URDIALES.

En Edificio Eladio Laredo (Edificio Royal), c/ Jardines 3, 2º. Castro Urdiales.

Teléfono de contacto: 6942 859 094.

Correo electrónico: centromujer@castro-urdiales.es

CENTRO DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA A LA MUJER. AYUNTAMIENTO DE SANTANDER.

En c/ General Dávila 124, 39007 Santander.

Teléfono: 942 20 08 33

Correo electrónico: concejalia.mujer@ayto-santander.es



CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER. ÁREA DE IGUALDAD.

En carretera Guamizo-Villacarriedo s/n. 39694 Santa María de Cayón

Teléfono de contacto: 942 51 78 45,

CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER. ÁREA DE IGUALDAD.

C/ Ceballos nº 12. 39340 Suances.

Teléfono de contacto: 942 81 15 56.

Correo electrónico: oficinadelamujer@aytosuances.com

CENTRO DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL GOBIERNO DE CANTABRIA.

En c/ Rualasal 22, 1º. Santander.

Teléfono de contacto: 942 21 41 41.

CENTRO DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA DE LA MUJER C.I.A.M. DEL AYUNTAMIENTO DE SANTANDER.

En c/ General Dávila, nº 124. 39007 Santander.

Teléfono de contacto: 942 20 08 33.

CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER. ÁREA DE IGUALDAD.

En Edificio Cruz Roja, c/ Barrera nº 2-3º. 39700 Castro Urdiales.

Teléfono de contacto: 942 86 99 83.





OTROS RECURSOS DISPONIBLES

La Secretaría de Estado de Seguridad, dependiente del Ministerio del Interior, dispone de los Servicios de Atención a la Familia (S.A.F.), las Unidades de Prevención, Asistencia y Protección (UPAP) en el ámbito de la Policía Nacional y los Equipos de Mujer y Menor (Emumes) en la Guardia Civil. Con estos tres servicios se intenta proteger los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género, proporcionando una asistencia integral, personalizada y especializada.

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA FAMILIA (SAF).

Jefatura Superior de Policía.

En c/ López Dóriga, 4. 39071 Santander.

Teléfono: 942 36 10 80.

EQUIPO MUJER MENOR (EMUME).

Unidad Orgánica de Policía Judicial. Comandancia de la Guardia Civil.

En c/ Campogiro, 90. 39011 Santander.

Teléfono: 942 - 321400 ext. 2320.

UNIDAD DE PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y PROTECCIÓN (UPAP).

Policía Nacional. Santander.

Teléfono: 942 36 10 38 / 46.

Correo electrónico: santander.upap@policia.es





ANEXO VIII. TRÍPTICO INFORMATIVO

¿Qué es la violencia de género?



Se entiende por violencia contra la mujer, o violencia de género, "cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer que incluye las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada" (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

Actualmente, la violencia de género constituye un problema de primer orden social dado que cada año mueren en el mundo miles de mujeres a causa de la misma. Sin embargo, desde el año 1979 se reconoce que la violencia que se ejerce contra las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos reconocido del mundo.

La importante prevalencia de este problema y las grandes repercusiones que tiene para la salud de las mujeres llevó a la Organización Mundial de la Salud, en 1966, a establecer la prevención de la violencia contra las mujeres como una prioridad en Salud Pública.



PROYECTO DE ENFERMERÍA ESCOLAR DE CANTABRIA

c/ Cervantes nº 10, 5ª planta
39001 Santander
Cantabria
Teléfono: 942 31 02 50

E-MAIL:
enfermeriaescolar@fundacionenfermeriacantabria.org

Página web:
www.fundacionenfermeriacantabria.org/
enfermeriaescolar

VIOLENCIA DE GÉNERO

RECURSOS SOCIOSANITARIOS PARA LA DETECCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA




FUNDACIÓN DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA
Teléfono: 942 31 02 50

La web del PARLAMENTO DE CANTABRIA existe la información actualizada acerca del maltrato. Ofrece la posibilidad de proteger las búsquedas y evitar así su rastreo por otros usuarios.

www.infomaltrato.com

En ella pueden consultarse todos los recursos disponibles en Cantabria, con sus respectivas direcciones y teléfonos de contacto.

Esta página cuenta, además, con un cuestionario para la identificación de casos de violencia física y psicológica, para poder reconocer realmente una situación de este tipo.



El abuso de una mujer por parte de su pareja o expareja tiene repercusiones tanto sobre la salud física, como sobre la psicológica.

Las consecuencias físicas incluyen lesiones y síntomas físicos de diversa índole, entre los que se encuentran los dolores de cabeza, abdominales o de espalda.

Pero para muchas mujeres, los efectos más incapacitantes son los psicológicos que los físicos: miedo, ansiedad, fatiga, depresión, alteraciones del sueño o de la alimentación.

¿Dónde puedo pedir ayuda si soy víctima de la violencia de género?

- A cualquier personal de su **Centro de Salud**, de la red del Servicio Cantabro de Salud.
- Al **Centro Integral de Atención e Información a Víctimas de Violencia de Género** del Gobierno de Cantabria.
- De forma anónima, en el **Servicio Telefónico de Atención e Información 24 horas**.

Castro Urdiales:
Centro de información a la mujer

Molina:
Espacio Mujeres Camargo.
Centro de Atención e Información a Mujeres.

Santa María de Cayón:
Centro de Información a la Mujer.

Santander:
Dirección General de Igualdad, Mujer y Juventud.
Centro de información y asistencia a la mujer.
Centro de asistencia y atención a víctimas de violencia de género del Gobierno de Cantabria.
Servicio de atención a la familia (SAF).
Equipo Mujer Menor (EMUME).

TELÉFONO 016.



Suances:
Centro de Información a la Mujer.

Torrelavega:
Centro de Atención e Información a Mujeres.

CAPÍTULO XIV

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS



Marta Jara Royo

Graduada en Enfermería

María Cruz Santamaría

Diplomada en Enfermería

ÍNDICE CAPÍTULO XIV

1.	INTRODUCCIÓN	415
2.	OBJETIVOS	418
3.	METODOLOGÍA	419
4.	RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	460
5.	ASPECTOS ÉTICOS	461
6.	EVALUACIÓN Y RESULTADOS	463
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	464
8.	ANEXOS	465
	• Anexo I. Material didáctico	465
	• Anexo II. Cuestionario de satisfacción / evaluación de la actividad	465
	• Anexo III. Test de evaluación de conocimientos teóricos (1º y 2º ciclo de E.S.O.).....	466
	• Anexo IV. Evaluación general de la actividad.....	474
	• Anexo V. Díptico divulgativo para los estudiantes.....	475
	• Anexo VI. Díptico informativo para padres /madres /docentes	476



1.

INTRODUCCIÓN

“El alcohol es una droga social”. Quizá esta afirmación sea una de las más utilizadas cuando se hace alusión a la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país. Y razón no le falta, en tanto en cuanto el consumo de alcohol ha estado ligado a lo largo de los tiempos a las costumbres de las personas, e influenciado su consumo por factores sociales, demográficos, culturales y religiosos, en las diferentes sociedades y épocas históricas.

Si bien es cierto que el consumo de bebidas alcohólicas ha sido un hábito extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales, es preciso señalar que los patrones de uso y de consumo de riesgo del alcohol han variado de forma importante. Los cambios económicos, sociales y culturales han hecho que *“abandonemos el viejo “patrón mediterráneo” que limitaba la ingesta de alcohol a tan sólo pequeñas cantidades de vino en las comidas que se realizaban en familia y reservadas a los adultos, quebrándose el proceso de acceso progresivo al consumo controlado y socialmente adaptado de alcohol. El inicio en el consumo de alcohol no sólo se produce hoy en el seno familiar, sino que cada vez más frecuentemente se produce en el grupo de amigos y compañeros, a edades muy tempranas, próximas a los trece años”*.

España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con el mismo tienen gran importancia. Según datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) para el Plan Nacional sobre Drogas, que se obtuvieron entre 2007 y 2009, prácticamente toda la población española (94,2%) había probado alguna vez en su vida alguna bebida alcohólica, el 78,7% había bebido alcohol en el último año, el 63,3% lo había hecho en el último mes y el 11% lo hacía diariamente. Al igual que en años anteriores, en 2009 las drogas que se consumieron por término medio a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco y las bebidas alcohólicas, situándose la edad media de primer uso para esta última en los 16,7 años. En el caso de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población de 15 a 64 años, en el año 2009 también, se sitúa en un 58,8%, una cifra discretamente inferior a la media estatal, aunque alejada del 74,2% del vecino Principado de Asturias.

Con respecto a las diferencias por edad, se observa que la prevalencia de consumo en el último año es superior en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años (80,1%) que en el de 35 a 64 años (77,7%) aunque la diferencia entre ambos grupos ha disminuido con respecto a ediciones anteriores. De igual modo, la prevalencia de consumo diario es más elevada en la población de 35-64 años (25,4%) que en la de 15-34 (5,5%). Sin embargo, las diferencias a favor del grupo de menor edad se hacen muy notables cuando se valoran los consumos de tipo intensivo como las borracheras (prevalencia anual de 35,2% en el grupo de 15-34 años frente a 15% en los de más edad) o los consumos “en atracón” (binge drinking) (21,7% en 15-34 años frente a 10,3% en población de más edad). Estos datos no hacen sino confirmar la extensión del patrón de consumo diario



en comidas y cenas en grupos de mayor edad y el consumo más bien episódico de fin de semana en los más jóvenes.

Precisamente como consecuencia de estos cambios producidos en la forma de consumo, las autoridades sanitarias tanto en nuestro país como a nivel de la Unión Europea, han ampliado la preocupación que cau-

saba el consumo de alcohol de la población en general, a la que causa el consumo de jóvenes y adolescentes, no sólo porque éstos beben cada vez más cantidad y más frecuentemente, sino también porque desconocen los riesgos reales derivados del uso de esta sustancia, con los consiguientes efectos nocivos para su salud.

Según los datos obtenidos en la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010, el 75,1% de los estudiantes de 14 a 18 años ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y el 63% lo ha hecho en el último mes. Así mismo, comienzan a consumir drogas a una edad temprana; en 2010, las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. La proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad, produciéndose el mayor incremento del consumo para alcohol, tabaco y cannabis entre los 14 y los 16 años. Por otra parte, la encuesta revela importantes diferencias intersexuales en el consumo de drogas: los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir ocurre lo contrario. No sucede lo mismo en el caso del alcohol, ya que la proporción de consumo en los últimos 30 días es de un 62,7% entre los chicos y de un 63,2% entre las chicas. Por último, es preciso señalar que Cantabria se encuentra, junto con Castilla y León, La Rioja, Aragón, Asturias, Navarra y Castilla-La Mancha, entre las comunidades con una proporción de bebedores significativamente superior a la estatal (prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días del 69,7% entre los estudiantes de 14 a 18 años de Cantabria frente al 63% en el conjunto de España).

La 58.^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, en su reunión de 2005, (WHA 58.26) en su punto 13.14, trató como una alarma “la magnitud de los problemas de salud pública asociados



al consumo nocivo de alcohol y las tendencias de consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos estados miembros”, y pide a los Estados Miembros que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol.

En base a lo expuesto con anterioridad, queda constatado que el consumo de alcohol, en la población en general, y más concretamente en menores y adolescentes, constituye un importante problema de salud pública que es necesario abordar desde las diferentes instituciones y ámbitos. Centrándonos en el consumo de los jóvenes, es lógico pensar que cualquier estrategia destinada a la prevención debe necesariamente implicar a todos los agentes intervinientes en la educación de este sector de la población y en aquéllos con competencias en la promoción y educación de la salud. Resulta de vital importancia, por tanto, el desarrollo de contenidos transversales en todo el currículo, independientemente de las asignaturas, ya que constituye la manera más práctica de ofertar una formación sobre el alcohol (y otras sustancias) en los centros escolares. No menos relevante es la sensibilización de familias (padres y madres fundamentalmente) y del personal docente, dado que en la medida es que estos agentes posean la información, habilidades y recursos necesarios para afrontar de manera efectiva esta problemática, menores serán las dificultades con que se topen y los objetivos más alcanzables. Es en este punto en dónde instituciones y profesionales sanitarios entran en juego, como organismos capaces de desarrollar programas y estrategias de prevención en los diferentes niveles (primaria, secundaria y terciaria).

La EpS puede definirse como *“un proceso planificado que conduce a la modificación de las conductas relacionadas con la salud. Esta modificación puede dar lugar tanto a la adopción de conductas saludables como al cambio de conductas que perjudican la salud por conductas saludables”*. *“La EpS aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Así mismo, incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud”*.

La gravedad del problema, así como la existencia de conductas de riesgo asociadas al mismo, justifican el abordaje de la problemática jóvenes-consumo de alcohol desde esta disciplina, puesto que la EpS es una herramienta que se dirige precisamente a actuar sobre la conducta.

En el marco de un convenio de colaboración entre el Colegio de Enfermería de Cantabria y la Concejalía de Familia, Servicios Sociales y Protección Ciudadana del Ayuntamiento de Santander, se desarrolla este programa de prevención del hábito alcohólico en menores y adolescentes, constituyendo una herramienta de intervención comunitaria.



2.

OBJETIVOS

Se establece como objetivo general de esta intervención de EpS la adquisición por parte de los estudiantes asistentes a las sesiones de los conocimientos y las habilidades necesarias que les capaciten para evitar el consumo de alcohol (y otras drogas cuyo uso frecuentemente va asociado) y/o retrasar la edad de inicio de consumo del mismo.

Así mismo, se plantean también una serie de objetivos específicos:

- ✓ La adquisición por parte de los estudiantes de conocimientos acerca de la estructura y funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC), el modo en que el alcohol y el cannabis inciden sobre el cerebro y los efectos nocivos para la salud, sobre todo los inmediatos, que estas sustancias producen.
- ✓ La adquisición por parte de los estudiantes de conocimientos acerca de la actuación adecuada ante una intoxicación aguda por consumo de alcohol, así como de recomendaciones para conseguir un consumo controlado de esta sustancia.
- ✓ El análisis y enjuiciamiento razonado de determinados mitos y creencias planteados en relación al consumo de alcohol y cannabis, y su contra argumentación.
- ✓ La adquisición, por parte de los estudiantes, de conocimientos en relación a los conceptos de autoestima, autoeficacia, asertividad y presión de grupo, identificándolos como variables implicadas en la toma de decisiones respecto al consumo de drogas.
- ✓ La configuración de una actitud cercana al no consumo de alcohol y cannabis en los estudiantes, elaborada en base a la adquisición de conocimientos teóricos y al razonamiento y análisis de otras variables influyentes, con el objeto de conseguir conductas saludables en este sentido.
- ✓ La adquisición, por parte de los padres, madres y docentes asistentes a la sesión, de conocimientos generales sobre drogodependencias, motivaciones de los jóvenes para consumir alcohol, factores de riesgo en adolescentes que les hacen más vulnerables a padecer una adicción y signos de alarma a identificar con el fin de realizar una detección precoz de un posible consumo.
- ✓ La orientación a padres y madres en estrategias dirigidas a facilitar la creación de espacios de confianza con los adolescentes, con el objeto de posibilitar una comunicación eficaz en relación a temas como el consumo de alcohol y cannabis.



3.

METODOLOGÍA

CAPTACIÓN

En un primer momento se llevará a cabo la ejecución de un proyecto piloto en dos centros de Educación Secundaria de la localidad de Santander, uno de titularidad pública y otro privado concertado, seleccionados en base a criterios tales como la posibilidad de insertar el programa en las horas docentes sin perjuicio del desarrollo de los contenidos curriculares y el número de alumnos matriculados en cada curso, ya que un número demasiado elevado haría inviable la intervención por la dificultad del manejo de grupos demasiado numerosos.

POBLACIÓN DIANA

Los alumnos a los que va dirigida la intervención serán aquéllos que se encuentren cursando el primer o el segundo ciclo de E.S.O (1º, 2º, 3º y 4º curso) en los centros señalados con anterioridad.

Las edades de los mismos están comprendidas entre los 12 y los 16 años (llegando a los 18 en el caso de los alumnos que repiten curso). Dado que esta diferencia de edad implica diferentes niveles de conocimientos, diferentes niveles de desarrollo psicológico y presumiblemente diferentes posibles conductas y factores de riesgo, se realizará un abordaje específico para cada uno de los dos ciclos, orientando los contenidos de la intervención para alumnos de primer ciclo hacia la prevención primaria y ampliando los mismos hacia una prevención secundaria en el caso de los alumnos de segundo ciclo.

Por otra parte, se ha diseñado una tercera intervención educativa dirigida a padres/madres/tutores y a docentes, con el objetivo de aumentar la sensibilización ante la problemática que nos ocupa y proporcionarles conocimientos técnicos básicos sobre drogodependencias, así como habilidades de comunicación con adolescentes y pre-adolescentes.

DIFUSIÓN DEL PROGRAMA

El proyecto se difundirá a través de la Concejalía de Salud del Ayuntamiento de Santander.

DISTRIBUCIÓN HORARIA

Se establecerán 8 grupos de alumnos, dos por cada uno de los cursos, con el objeto de conseguir grupos más reducidos en número, facilitando así el manejo de los mismos. En el caso de la intervención dirigida a padres y docentes, no se considera necesaria la reducción del tamaño grupal, por tanto se realizará una única sesión con todos los asistentes.



Todas las sesiones serán de 50 minutos de duración y tendrán lugar en las aulas o salas que los centros educativos dispongan a tal efecto, atendiendo al calendario que se concrete con cada centro escolar.

METODOLOGÍA DOCENTE: TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL, MODELO ASE

Atendiendo a los datos que ofrecen las encuestas consultadas sobre prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas, tanto en la población general (EDADES), así como en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) en España, queda constatado que el consumo de estas sustancias en los adolescentes constituye un importante problema de salud pública que precisa un abordaje interdisciplinar y que debe ser llevado a cabo desde todos los niveles (instituciones, profesionales sanitarios, centros educativos y ámbito familiar y comunitario).

De igual modo ocurre a nivel de la Comunidad Autónoma de Cantabria, por lo que en estos hechos se halla la justificación del desarrollo de este programa de promoción de la salud sobre la prevención de consumo de alcohol y cannabis en centros escolares.

El campo de la prevención de las drogodependencias ha experimentado en los últimos años una importante evolución; si bien es cierto que las primeras tendencias consideraban la transmisión de información (modelo médico aplicado en prevención) la estrategia más relevante de los programas preventivos, *“la situación actual puede caracterizarse por lo que Calafat (1998) denomina <<prevención institucionalizada y científica>>”*. El avance en la utilización de modelos científicamente contrastados en prevención ha ido acompañado de la determinación de unas pautas metodológicas precisas, que pasan por:

- ✓ Ajustarse a la valoración previa de necesidades.
- ✓ Cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
- ✓ Estar basados en teorías contrastadas.

La importancia de basar los programas de educación para la salud en teorías contrastadas viene determinada, tal y como señalan Acero y Moreno (2002), por la necesidad de *“señalar o acotar los aspectos clave sobre los que debe*

trabajarse, tanto para la determinación de los componentes del programa como para el establecimiento de los criterios y directrices del estilo de intervención”.

Es decir, en un primer momento deberá realizarse un análisis del problema de salud y de las variables que en él influyen, así como de su relación con la conducta. En este sentido, nos remitimos a las encuestas citadas con anterioridad.

Por otra parte, los modelos teóricos constituyen una herramienta para evaluar la eficacia y efectividad de los distintos programas que se ponen en marcha.

Tal y como recoge el “Manual práctico sobre el uso de la información en programas de



prevención del abuso de alcohol en jóvenes”, “*un modelo es válido cuando su formulación se apoya en una base empírica amplia, de modo que permite explicar y predecir con la mayor exactitud posible la diversidad de fenómenos del campo al que se aplica, y cuando da lugar a actuaciones eficaces*”. En el caso de los modelos que inspiran programas de prevención de las drogodependencias, (y siguiendo el citado manual), existen además otros criterios que deben ser tenidos en cuenta a la hora de escoger un marco teórico, tales como:

- ✓ Que el modelo integre todas las variables que condicionan el consumo de drogas y su consolidación, evitando planteamientos simples, parciales o reduccionistas.
- ✓ Que el modelo sea operativo, que esté orientado hacia la práctica y que se refiera a factores sobre los que es posible intervenir.

Con el fin de entender la complejidad que entraña la elección de un marco teórico y un modelo adecuados, es importante señalar que los distintos enfoques teóricos “*no surgieron de modo simultáneo como diferentes visiones de una misma realidad*”, sino que son el producto de una evolución histórica, caracterizada por la integración de nuevas variables en el transcurso de la experiencia. Si bien las primeras teorías se basaron en un planteamiento racional-informativo, que asumía que los individuos tomaban decisiones libremente, y por tanto, la transmisión de conocimientos era suficiente para evitar que llevaran a cabo determinadas conductas, la experiencia ha demostrado que la información es necesaria pero no suficiente, de modo que ha sido preciso contemplar otros aspectos y variables que influyen las conductas en los programas de prevención, al amparo de marcos teóricos más integradores, basados en el aprendizaje de competencias, especialmente habilidades sociales y personales.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Siguiendo el “*Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*”, conocer la pregunta fundamental a la que trata de responder cada modelo es de gran utilidad para orientar la elección de uno u otro. En el caso del programa que nos ocupa, nos ha parecido apropiada la elección de la *Teoría del Aprendizaje Social* de A. Bandura, dado que responde fundamentalmente a la pregunta de qué variables explican el consumo de drogas, y por lo tanto nos orienta acerca de sobre qué elementos debemos intervenir en la prevención.

Aunque no nos extenderemos en una descripción detallada de esta teoría (puede encontrarse en el manual que nos sirve como referencia), cabe señalar que constituye el marco teórico más sólido de los que sirven como base a programas preventivos. En esencia, la Teoría del Aprendizaje Social plantea que los comportamientos de las personas, (incluido el consumo de drogas) son el resultado de “*procesos de aprendizaje a través de la interacción entre el individuo y su entorno*”, existiendo además una reciprocidad entre estos dos elementos (individuo y entorno) y la conducta en sí. Mediante la experiencia, se han ido determinando las variables más importantes que condicionan el comportamiento, esto es, hacia las que deben ir dirigidas las intervenciones preventivas, y que el autor clasifica del siguiente modo:



1. Variables del entorno próximo

- ✓ Modelos
- ✓ Presión del grupo
- ✓ Disponibilidad de la sustancia
- ✓ Valores y normas sobre el consumo/conducta
- ✓ Alternativas de ocio

2. Variables del entorno amplio

- ✓ Publicidad
- ✓ Aceptación social del consumo/conducta
- ✓ Valores sociales
- ✓ Intereses económicos

3. Variables del individuo

- ✓ Edad
- ✓ Habilidades y recursos personales
- ✓ Expectativas de autoeficacia
- ✓ Creencias y expectativas sobre la sustancia y sus efectos

Tampoco detallaremos aquí las dimensiones y el modo en que estos elementos ejercen su influencia sobre la adopción (o no) de una determinada conducta, aunque evidentemente hay mucho que decir en relación a cada uno de ellos.

MODELO ASE

La Teoría del Aprendizaje Social es una teoría general del comportamiento humano cuya aplicación ha de complementarse con modelos más específicos con el fin de incrementar su operatividad. Para el desarrollo de este programa en concreto nos servirá como guía el *Modelo ASE* (**acrónimo de las palabras inglesas** Attitude, Social Influence y Efficacy) y que fue descrito por los profesores H. De Vries y G. Kok del departamento de EpS de la Universidad de Maastricht. Este modelo (Fig.1) (basado así mismo en la Teoría del Aprendizaje Social y en la Teoría de la Acción Razonada de los americanos Fishbein & Ajzen), postula tres elementos esenciales: actitudes, influencia social y autoeficacia, que combinados, predicen la intención, la cual, a su vez, predice la conducta, siempre y cuando dotemos de habilidades y eliminemos las barreras (tanto personales como sociales, políticas, etc.). Las variables externas (fuera del modelo), como la edad, el sexo, la profesión, el estatus cultural y económico, influyen la conducta a través de estos tres determinantes y de la intención.

Hemos intentado solapar, de alguna manera, las variables que contempla la Teoría del Aprendizaje Social con los elementos que tiene en cuenta el Modelo ASE, estableciendo así los aspectos diana a trabajar a en el programa.

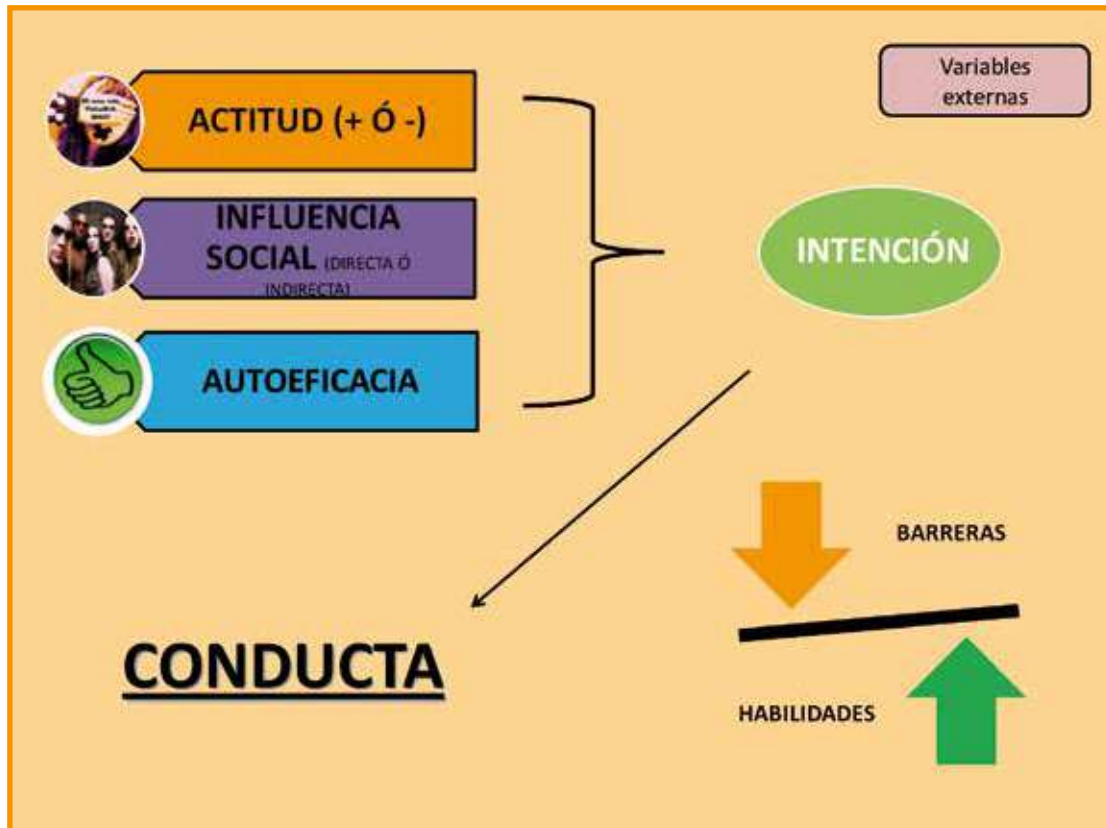


FIG. 1 Modelo ASE

A continuación se expone el modo o las estrategias que se pretenden utilizar para incidir en cada uno de estos elementos.

En primer lugar, en lo que respecta a las actitudes que los adolescentes poseen hacia la conducta buscada (el no consumo, o en su defecto, el consumo controlado y tardío) consideramos que factores como las creencias, expectativas y conocimientos sobre la sustancia y sus efectos, los modelos, los valores y normas sobre el consumo (de su entorno próximo y de la sociedad en general) y la aceptación social del consumo son constituyentes de las mismas. El abordaje de estas variables se realizará, fundamentalmente, mediante la transmisión de información/conocimientos, desde la perspectiva de la biología humana y más concretamente mediante la descripción y explicación (adaptadas a los conocimientos previos de cada grupo) del funcionamiento del sistema nervioso central, el modo en que el alcohol y el cannabis actúan sobre él, los efectos nocivos que estas sustancias producen, los mitos y creencias erróneas y la actuación adecuada ante una situación de compromiso vital. Las técnicas docentes utilizadas serán la lección magistral y el debate.

En segundo lugar, en referencia a la importancia de la influencia social (determinada a su vez por otros aspectos como la presión del grupo, la publicidad, los modelos y la aceptación social del consumo), es preciso señalar que desde nuestro punto de vista, además de exponer a los adolescentes (también en forma de lección magistral) todos estos elementos como determinantes de la conducta, proporcionándoles así conocimientos, también resultaría interesante la posibilidad de profundizar más en algunos de ellos, por ejemplo, la publicidad o la



aceptación social del consumo, en forma de talleres u otras actividades en las cuáles pudiesen intervenir como elementos activos (desentrañando ellos mismos las estrategias publicitarias, analizando los hábitos sociales que inducen el consumo etc.)

En cuanto a la autoeficacia, creemos relevante explicar a los adolescentes la característica singular de este concepto, que consiste en que así como *“la percepción de autoeficacia contribuye de modo causal a la conducta, es a su vez la propia conducta manifiesta el principal determinante de las expectativas de autoeficacia”*. Es decir, a través de la propia experiencia, el individuo adquiere la percepción de ser o no ser capaz de llevar cabo una conducta. En este caso, la técnica docente será la misma que hasta el momento, aunque consideramos que el concepto de autoeficacia puede trabajarse con los adolescentes de un modo más práctico, llevando a cabo experimentos, en los que, utilizando otro tipo de conductas como ejemplo, sería posible reforzar los elementos que influyen en la percepción que poseemos sobre nuestra capacidad para llevarlas a cabo: la propia experiencia, la experiencia vicaria y la persuasión social.

Por otra parte, proporcionar a los adolescentes conocimientos sobre las habilidades necesarias para afrontar positivamente situaciones en las que se verán inducidos al consumo es necesario y se llevará a cabo también mediante clase magistral. En este sentido, pretendemos fomentar el pensamiento crítico y la toma de decisiones propias. Sin embargo, consideramos que conceptos como la autoestima y la asertividad serían susceptibles de desarrollarse más ampliamente mediante técnicas grupales y participativas (role playing por ejemplo), quizá algo más descriptivas y tangibles para los adolescentes.

Señalar además que variables externas como la edad y sexo de los estudiantes, su nivel sociocultural, las alternativas de ocio de que disponen y la disponibilidad existente de las sustancias, no son susceptibles, al menos de momento, de intervención alguna por parte de este programa. En cuanto a las barreras que contempla el modelo, consideramos como tales los posibles intereses económicos de la industria del ocio en general, así como aquéllos otros elementos que se pongan de manifiesto en cada caso concreto (por ejemplo, podrían considerarse como barreras una baja autoeficacia o la imposibilidad de un adolescente de acceder a otros tipos de ocio por razones económicas, culturales, familiares etc.).

Si bien es cierto que este programa dista mucho de la perfección metodológica y estratégica, se ha intentado aproximar en la medida de lo posible, sobre todo en la parte eminentemente práctica, esto es, las intervenciones directas en el aula que pretenden llevarse a cabo. En este sentido, nos encontramos con una gran limitación: el factor tiempo. Desarrollar todos estos contenidos en sesiones de 50 minutos, y hacerlo, además, utilizando técnicas eficaces, prácticas y que fomenten la interacción, la participación del grupo y el acercamiento al docente se antoja ciertamente complejo. Es por esto, que la casi totalidad de las intervenciones se proponen como lecciones magistrales, en contraposición a lo que los expertos al parecer señalan como más efectivo. No obstante, al hilo de lo que algunos estudios indican, una buena parte de los jóvenes aluden al miedo a las consecuencias sobre su salud y a la pérdida de atractivo y de rendimiento físico como motivo para no fumar o no abusar del alcohol, rompiendo una lanza a favor de la eficacia de las acciones informativas y sensibilizadoras.

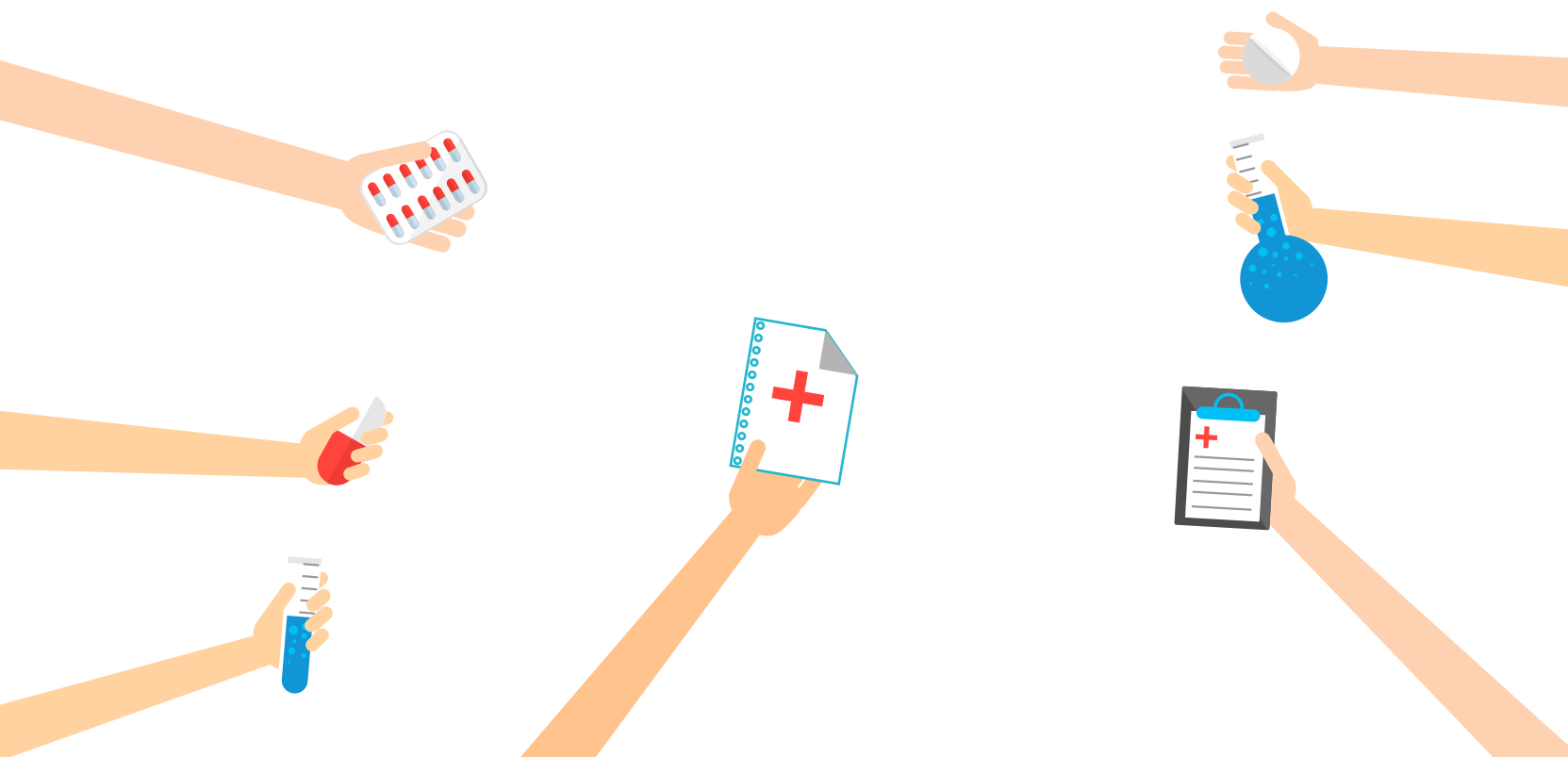


Al margen de lo anterior, y en relación a la intervención dirigida a padres, madres y docentes, es preciso señalar que no se ha tenido en cuenta todo lo expuesto con anterioridad, sino que se trata de una intervención orientada a suministrar información precisa con el objeto de aumentar la sensibilización de estos agentes en lo que al consumo de alcohol y cannabis por parte de los adolescentes se refiere y que se llevará a cabo mediante una sesión en la cual se expondrán los contenidos, siendo deseable establecer la mayor interacción posible con el grupo.

A continuación se exponen los contenidos propiamente dichos de cada una de las tres sesiones planificadas, dirigidas a los grupos diana seleccionados.

Por otra parte, señalar que en el caso de las intervenciones dirigidas a los estudiantes, a pesar de que en este documento la descripción de los contenidos se realiza utilizando un lenguaje técnico y riguroso, en el momento de la ejecución de las mismas no podrá obviarse la importancia de recurrir a un canal más próximo al de los adolescentes y pre-adolescentes, sin caer en el argot que en ocasiones es inespecífico y que además suele ir asociado también a algunas de las conductas que precisamente pretendemos prevenir.

En este sentido, nos parece interesante plantear las sesiones como charlas- coloquios, apoyadas en material didáctico en forma de presentaciones en Power-Point™ (sintéticas, con mensajes directos y sencillos), recurriendo al uso de ejemplos y metáforas, así como establecer una relación de cercanía y confianza, tendiendo a un vínculo entre iguales pero delimitando identidades; no cabe el “colegueo” dado que vamos a aportarles conocimientos de los que carecen.





CONTENIDOS DOCENTES

SESIÓN DIVULGATIVA / DEBATE DIRIGIDA A ESTUDIANTES DE 1º CICLO DE E.S.O. (1º Y 2º CURSO)

ESQUEMA GENERAL

- ✎ Introducción: ¿Por qué funcionan las drogas?
- ✎ El sistema nervioso: conceptos básicos.
- ✎ De cómo el alcohol y el cannabis secuestran mi cerebro...
- ✎ Efectos sobre la salud del alcohol y el cannabis.
- ✎ Mitos sobre alcohol y cannabis.
- ✎ Habilidades personales y sociales: autoeficacia, autoestima, asertividad y la influencia del grupo.

En primer lugar se realizará una introducción del tema, posteriormente se tratará el Sistema Nervioso, explicando la estructura de las células principales que lo componen, (las neuronas), y la importancia de las comunicaciones que establecen entre ellas. A continuación se tratarán de clarificar de manera didáctica y sencilla los mecanismos biológicos por los cuáles sustancias como el alcohol y el cannabis secuestran nuestros circuitos cerebrales, conduciéndonos a la adicción a las mismas, detallando los efectos nocivos que producen sobre la salud, así como se realizará un análisis de determinados mitos y creencias en relación a las citadas sustancias. Por otra parte, se expondrán contenidos relativos a los conceptos de autoeficacia, autoestima, asertividad e influencia social como elementos fundamentales que pueden determinar el comportamiento humano.

INTRODUCCIÓN. ¿POR QUÉ FUNCIONAN LAS DROGAS?

De todos es sabido que cuando una persona, cualquiera de nosotros, consume alguna de las muchas sustancias psicoactivas (también denominadas “drogas”) que existen, casi inmediatamente ocurren en su organismo una serie de efectos que producen cambios físicos, psíquicos y conductuales.

Ante la pregunta: ¿por qué funcionan las drogas?, es decir, porqué pueden producir efectos en nuestro organismo, la respuesta es simple: las drogas funcionan porque nuestro sistema nervioso funciona.

Cuando fumamos un cigarrillo, un “porro” o tomamos una copa, estas sustancias químicas de alguna manera perturban, se “entrometen”, en nuestros circuitos cerebrales, alterándolos y desestabilizándolos. Por tanto, el hecho de que la sustancia actúe no se explica únicamente por las características de la sustancia en sí, sino también por la existencia en nuestro organismo de mecanismos que son capaces de alterarse en presencia de la misma.

En consecuencia, es lógico pensar que es preciso comprender cómo funciona nuestro cerebro para poder entender de qué manera actúan las drogas.



EL SISTEMA NERVIOSO: CONCEPTOS BÁSICOS

El sistema nervioso es el encargado de llevar a cabo funciones de control y coordinación de todas las actividades que tienen lugar en los seres vivos y de su interacción con el medio. Desde un bostezo, un movimiento involuntario de la mano, pasando por los gustos personales y los afectos a nuestros semejantes, todos y cada uno de estos acontecimientos son regulados por nuestro S.N. Toda la información que recibimos del exterior (a través de los órganos de los sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto) y de nuestro propio interior, es procesada en diferentes áreas de nuestro encéfalo, con el objeto de que éste la “analice” (en base a nuestra memoria y la información y experiencia previa) y emita la respuesta que crea oportuna para cada situación. Así, por ejemplo, cuando abrimos una caja de bombones y escogemos, tendemos a elegir aquél que sea atractivo para nosotros, probablemente porque lo hemos probado previamente y nos ha gustado, o hemos probado alguno similar a él. Por ejemplo, muchos de nosotros al tomar chocolate experimentamos una sensación placentera, que indudablemente nos va a conducir a repetir: seguro que “cae” un segundo bombón.

La neurona

La protagonista indiscutible de nuestro S.N. es la neurona, que es la célula especializada del mismo. Los seres vivos estamos formados por células de diferentes tipos y dependiendo del tejido al que pertenezcan tienen diferentes funciones, es decir, van a tener que hacer “cosas” diferentes, y según las “cosas” que hagan tendrán una forma (morfología) y una estructura características.

Para entender cómo son capaces de hacer lo que hacen, es necesario que sepamos cómo son estructuralmente estas células. En la imagen (Anexo II) podemos observar que nuestras neuronas están formadas por tres elementos que son: el cuerpo o soma, las dendritas y el axón o fibra nerviosa.

En el cuerpo o soma, que tiene forma redondeada, es dónde se aloja el núcleo celular. El núcleo es el corazón de las células y en él se encuentra el ADN, la información genética, el código de vida.

Del cuerpo de la neurona parten múltiples prolongaciones de la membrana, a modo de infinitos “brazos” neuronales, que se denominan dendritas. Estas ramificaciones son muy numerosas y poseen una longitud variable, pero siempre menor a la del axón o fibra nerviosa, que es una prolongación única y que puede llegar a medir más de un metro en algunos casos.

Es precisamente gracias a estas prolongaciones que nuestras neuronas se comunican. El tejido cerebral se constituye en una extensa red de redes de neuronas con sus prolongaciones, que conforman un entramado celular, junto con otras células que no vamos a mencionar pero que poseen funciones de soporte estructural, nutricional, de protección etc.

De modo que cada una de estas ramas de cada neurona, en su terminación, va a entrar en contacto con una segunda neurona. ¿Y cómo se comunican nuestras neuronas.



La sinapsis

Las zonas de “contacto” entre neuronas (que no son de contacto propiamente dicho), se denominan “sinapsis” o “espacios sinápticos”, y en realidad se corresponden con los espacios existentes entre las mismas.

Es en estos espacios sinápticos en dónde se produce la comunicación interneuronal. La información, que puede ser de cualquier tipo, como por ejemplo una orden de levantar un brazo, una sensación de frío, un sentimiento de angustia etc., se transmite en forma de impulso nervioso.

El proceso es el siguiente: una corriente eléctrica recorre toda la longitud de una neurona 1 hasta alcanzar el final de una de sus prolongaciones; una vez que llega a este punto, esa corriente eléctrica propicia que la neurona 1 libere al espacio sináptico pequeñas vesículas que contienen unas sustancias denominadas neurotransmisores. Estas moléculas, los neurotransmisores difunden en este espacio hasta entrar en contacto con la neurona 2, en la que activan una nueva corriente eléctrica. De este modo, la información (por ejemplo, “me estoy quemando con el agua caliente”) que previamente estaba en la neurona 1 ahora ha pasado a la neurona 2, y así sucesivamente, hasta llegar a su destino. Es lógico pensar que estas comunicaciones no suceden de manera aislada si no que nuestro cerebro no es más que una complicadísima red de conexiones entre millones de neuronas diferentes, conectándose unas con otras en todo momento.

Células sociales

Conocido el proceso de comunicación, es preciso señalar que no es tan importante cuántas neuronas tenemos sino de qué manera y en qué medida se relacionan entre ellas. Nuestras neuronas son células sociales, tienden a comunicarse, y de éstas comunicaciones que establecen entre ellas van a depender nuestras conductas, emociones y pensamientos etc.

Esta capacidad que tienen las neuronas de establecer nuevas conexiones entre ellas, se denomina *plasticidad cerebral*. Es un concepto conocido hace tiempo, pero lo novedoso de él es que ahora se sabe con seguridad que esta capacidad no es exclusiva de la etapa del crecimiento, sino que perdura en la edad adulta. Un ejemplo de ello es un estudio que un grupo de investigadores realizaron comparando los hipocampos (región del cerebro que controla la memoria espacial) de los taxistas de Londres con los de otros individuos, obteniendo como resultado que los hipocampos de los taxistas estaban más desarrollados que los del grupo control.

DE CÓMO EL ALCOHOL Y EL CANNABIS SECUESTRAN EL CEREBRO...

Llegados a este punto podemos intuir que el cerebro constituye uno de los órganos más complejos del cuerpo. De él dependen nuestra manera de pensar, de actuar, nuestros sentimientos, nuestro mundo interior y la capacidad y la forma en que nos relacionamos con otras personas y con el entorno.



El sistema límbico y los circuitos de recompensa cerebral

Las sustancias psicoactivas inciden directamente sobre el cerebro y tienen en común que todas ellas lo hacen sobre una estructura concreta, el sistema límbico, provocando una sensación artificial de placer. Pero el cerebro no está preparado para recibir estímulos de la intensidad que estas sustancias producen y es por esta razón que el uso de las mismas afecta al funcionamiento del sistema límbico, lo altera y desestabiliza, e inicia el proceso de adicción.

Podemos decir que el sistema límbico (cerebro de los afectos, la motivación y las emociones) está constituido por una serie de estructuras cerebrales que controlan emociones e impulsos primarios, y lo hacen atribuyendo a los diferentes estímulos sensoriales que llegan del exterior una connotación agradable o desagradable. Para ello, dispone de unos centros de recompensa, cuya estimulación produce una sensación placentera, y de unos centros de castigo, cuya activación conlleva una sensación desagradable. Este sistema va a controlar la conducta dirigiéndola a obtener estimulación de los centros de recompensa y evitar la activación de los centros de castigo.

Cuando un individuo consume una sustancia psicoactiva (alcohol o cannabis por ejemplo), estas sustancias van a incidir directamente sobre los circuitos de recompensa, estimulándolos mediante el incremento de la liberación (entre otros mecanismos) de una molécula denominada dopamina, que no es más que el neurotransmisor que los centros del placer utilizan para comunicarse. De esta forma las drogas adictivas ejercen su influencia, “secuestran” estos circuitos, de modo que su consumo produce una sensación placentera.

Mecanismo de acción del alcohol

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración (fermentación o destilación, siendo éste último el que dota a las bebidas alcohólicas de mayor graduación).

Cuando se produce el consumo, esta sustancia actúa sobre las neuronas de los centros del placer (área tegmental ventral y núcleo accumbens), aumentando la liberación de dopamina por parte de las mismas. Los mecanismos por los que el alcohol activa la vía dopaminérgica no están totalmente establecidos, y parece ser que el alcohol estimularía esta vía de forma indirecta, a través de su acción sobre diferentes sistemas de neurotransmisión, fundamentalmente los sistemas GABA-érgico, opioide endógeno, glutamatérgico y el serotoninérgico.

Esta sensación de placer inducida por el consumo del alcohol, se acompaña de un mensaje, que se imprime en el cerebro y es memorizado. Esta memoria actúa como un refuerzo de la conducta (connotación positiva) de búsqueda de un nuevo consumo cuando se disipa la acción del alcohol (cuando disminuyen los niveles de dopamina).



Mecanismo de acción del cannabis

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado, siendo el hachís el de mayor concentración (entre el 15 y el 50%).

Se consume habitualmente fumado en un cigarrillo liado con tabaco (porro, canuto, peta etc.), por lo que sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas. El THC, principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente.

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones de modulación relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor, la neuroprotección, la conducta motora y las emociones, entre otros.

Cuando se consume cannabis, se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que realiza; el THC y los demás cannabinoides se unen a los receptores CB1 y CB2, que tiene capacidad para modular la transmisión sináptica de los neurotransmisores glutamato y ácido gamma-aminobutírico (GABA) así como actuar sobre la neurotransmisión postsináptica dopaminérgica. De este modo, el THC actúa sobre el sistema cerebral de recompensa, aumentando la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Los receptores cannabinoides están ampliamente distribuidos en el cerebro.

El sistema límbico responde adecuadamente a estímulos naturales tales como los alimentos, el sexo o el miedo, pero no está preparado para ser estimulado por drogas. La estimulación repetida de este sistema por este tipo de sustancias produce cambios adaptativos (neuroadaptación) en los circuitos de neurotransmisores, que conllevan una disminución de la actividad de los centros de recompensa y un incremento de la actividad de los centros de castigo. Esto da lugar a una disminución progresiva de los efectos placenteros producidos y hace que el individuo se encuentre cada vez peor en ausencia de la sustancia. A partir de este momento, la ausencia de consumo de la sustancia se traduce en una sensación de discomfort y ansiedad (el síndrome de abstinencia o “mono”), que cursa con múltiples síntomas físicos y psíquicos y que conduce a buscar el próximo consumo con premura para aliviar esos síntomas, es decir, ya se ha establecido la adicción física a la sustancia.

Sea del modo que sea, es un hecho que todas estas sustancias no conducen sino a un desequilibrio de nuestro sistema nervioso, y por ende, de nosotros mismos. El saber que poseemos recursos suficientes y apropiados para desenvolvernos en nuestra vida cotidiana, es un buen motivo para evitar el consumo: todo lo que hagan las drogas en nuestro organismo es lo que no estamos dejando a nuestro cerebro hacer por sí mismo.

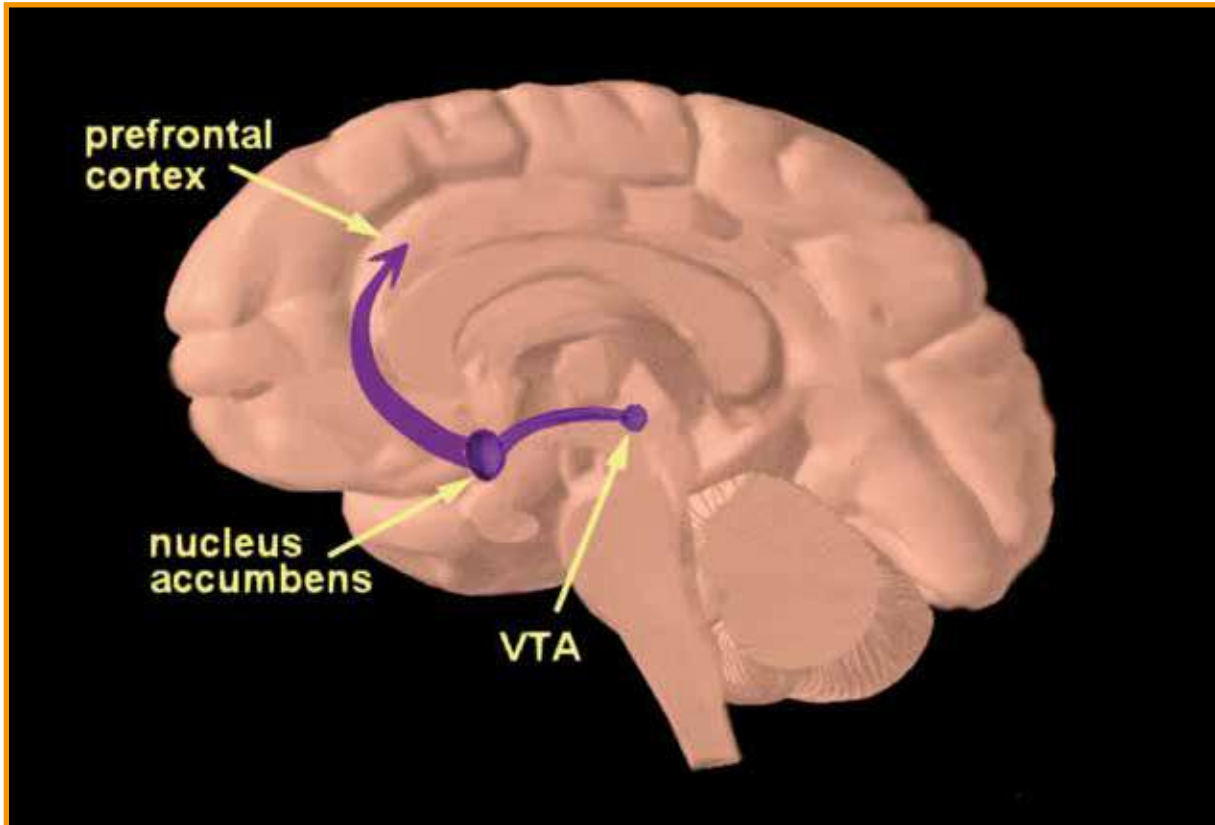


FIG. 2 Sistema cerebral de recompensa. En la figura se muestran las áreas cerebrales implicadas, sobre las cuáles inciden sustancias como el alcohol y el cannabis aumentando la liberación de dopamina.

EFFECTOS SOBRE LA SALUD DEL ALCOHOL Y EL CANNABIS

Existe una extensísima bibliografía sobre este apartado, siendo muy numerosas las investigaciones y experimentos realizados para dilucidar cuáles son los efectos de estas sustancias sobre el organismo, y son múltiples las enfermedades causadas por el alcohol y el cannabis, afectando a todos los órganos, aparatos y sistemas.

Por lo tanto, no nos extenderemos en este punto detallando cada una de estas enfermedades producidas por o asociadas al consumo de las mencionadas sustancias, si no que nos centraremos en explicar las que se encuentran más relacionadas con los patrones de consumo de los adolescentes (por ejemplo, “binge drinking” ó consumo “en atracón” para el caso del alcohol), que por otra parte, se caracterizan en muchos casos por presentarse en el corto plazo tras el consumo, ser de elevada intensidad y susceptibles de poner en riesgo la vida.

Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol

✓ Intoxicación alcohólica aguda

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central. En las fases iniciales de la intoxicación aguda produce un efecto estimulante, con la aparición de un menor autocontrol, mayor fluidez verbal, sensación de bienestar, risa fácil y desinhibición.



Después aparecen los efectos sedantes, tales como: reducción de la capacidad de rendimiento y asociativa, torpeza motora, dificultad al andar (ataxia) y desequilibrio, pérdida de reflejos, sedación, disminución del rendimiento psicomotor y de la habilidad de conducir vehículos o manejar maquinaria.

Otros efectos son: vasodilatación cutánea que produce pérdida de calor, aumento de la secreción salivar y gástrica, náuseas, vómitos e incremento de la diuresis (al inhibir la hormona antidiurética ADH). Los casos más graves de intoxicación pueden producir aspiración de contenido gástrico, hipotermia o descenso de la temperatura corporal por debajo de 35°C; arritmias cardíacas, hipoglucemia (frecuente en jóvenes y etilismos crónicos) y conducir a la pérdida de consciencia, coma e incluso, muerte por depresión cardiorrespiratoria.

Las características clínicas del cuadro de embriaguez dependen de factores como: la existencia de tolerancia (bebedores crónicos), el tipo y la cantidad de bebida ingerida, la rapidez del consumo, toma simultánea o no de alimentos, o el uso de otras sustancias.

Así mismo, el consumo simultáneo de alcohol y cannabis (hachís, marihuana) también produce una mayor sedación y empeoramiento del rendimiento psicomotor, aumentando las probabilidades de sufrir accidentes. Aumenta la sensación de «colocado» y los efectos cardiovasculares del cannabis (taquicardia, taquipnea, hipertensión).

Por otra parte, existe otra entidad clínica frecuente en jóvenes, la *intoxicación patológica o intoxicación atípica*, en la que se produce una excitación brusca y extrema con un comportamiento irracional o violento, incluso después de tomar pequeñas dosis de etanol. Su duración oscila entre unos minutos u horas y van seguidas de un período de sueño tras el que el sujeto presenta amnesia parcial o total del episodio. Durante los episodios de intoxicación pueden aparecer ideas delirantes, alucinaciones o, incluso, se pueden cometer acciones violentas. Se producen reacciones de disociación psicológica o excitación paradójica.

✓ *Trastornos del S.N.*

Neurotoxicidad

La exposición del cerebro al alcohol de forma temprana puede afectar gravemente a la forma cómo éste se desarrolla, incluyendo alteraciones de la conducta, de la actividad motora, y de los procesos de memoria y aprendizaje.

✓ *Trastornos digestivos* (Relacionados con el patrón de consumo en forma de intoxicaciones agudas).

- Gastritis aguda

Cursa con dolor epigástrico, ardor, e incluso náuseas y vómitos.



- Síndrome de Mallory-Weiss

Desgarro de la mucosa esofágica en la zona del esfínter cardial, que se manifiesta por náuseas y vómitos con hemorragia digestiva alta, dolor epigástrico intenso y sensación de ahogo.

- Pancreatitis aguda

Se presenta tras ingesta masiva de alcohol o en casos de reacción idiosincrásica especial tras el consumo. Cursa con dolor abdominal intenso “en cinturón”, náuseas, vómitos, febrícula y en casos avanzados shock y muerte.

✓ *Trastornos hepáticos*

En los jóvenes las alteraciones hepáticas que podemos encontrar asociadas al consumo del alcohol corresponderán a los primeros estadios de la patología hepática alcohólica (esteatosis hepática, fibrosis, cirrosis alcohólica, hepatocarcinoma).

✓ *Trastornos cardiovasculares*

Arritmias auriculares (*fibrilación auricular paroxística*) y ventriculares (*fibrilación ventricular*, muerte súbita). Así mismo, el consumo de alcohol a lo largo de los años está relacionado con el desarrollo de miocardiopatía dilatada.

✓ *Trastornos cerebrovasculares*

La ingesta aguda de alcohol es un factor etiológico para el desarrollo tanto de infartos como de hemorragias cerebrales.

✓ *Trastornos endocrinos*

La ingestión de alcohol provoca una disminución de la GH (hormona del crecimiento, que desempeña un papel fundamental en el crecimiento y maduración de los adolescentes durante la pubertad).

El consumo de alcohol en varones produce un descenso de los niveles de testosterona, lo cual a su vez retrasa la maduración de los caracteres sexuales secundarios, disminuye la masa corporal, altera la distribución del vello, disminuye de la libido y la potencia sexual.

Por el contrario, en la mujer se produce un aumento de los niveles de testosterona, lo que puede retrasar la maduración puberal y la aparición de caracteres sexuales femeninos.



Efectos derivados del consumo de cannabis

“Los efectos agudos del cannabis son muy variables entre personas y dependen de la dosis, del contenido de THC, de la proporción THC/CBD (tetrahidrocannabinol / cannabidiol), de la forma de administración, así como de la personalidad, las expectativas y experiencia previa del sujeto y también del contexto en que se consume” (Camí y Cols, 1989).

En su fase inicial, el consumo de esta sustancia produce una estimulación del SNC, y el sujeto experimenta sensaciones de euforia, bienestar, aumento de la percepción y ansiedad. A esta clínica le sigue una fase donde predomina la sedación (relajación, somnolencia y sueño).

Del mismo modo, se produce una agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles (efecto alucinógeno), así como una ligera distorsión del espacio y tiempo. También aparece risa fácil, locuacidad y aumento del apetito y se altera la memoria reciente y se dificultan la concentración y la atención.

Otros efectos: ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico.

✓ Intoxicación aguda por cannabis

Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama “*borrachera cannábica*”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

Además, puede producir síntomas psicóticos tales como despersonalización, desrealización, sensación de pérdida de control e ideas paranoides. Así mismo, el consumo de cannabis puede originar psicosis inducidas, de corta duración y que ceden con la abstinencia prolongada.

Un dato a tener en cuenta es que la mayoría de los estudios que tratan de establecer relaciones de causalidad entre el consumo de cannabis y los trastornos psicóticos (como por ejemplo, la esquizofrenia), sugieren que el consumo de cannabis lleva a la aparición de psicosis (puede aumentar en 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida), aunque otros han demostrado que sujetos potencialmente psicóticos tienen mayor probabilidad de consumir cannabis, lo que avala la teoría de que la psicosis puede predisponer al consumo.

Por otra parte resulta de gran importancia destacar que el consumo de alcohol y cannabis (así como de otras sustancias) conlleva la adopción de conductas de riesgo en diferentes situaciones: relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos de barrera que protejan de ITS (infecciones de transmisión sexual) y embarazos no deseados y conducción temeraria fundamentalmente. Los efectos de estas sustancias psicoactivas determinan una baja percepción del riesgo y una falsa sensación de seguridad y de control de las situaciones, por no mencionar los casos de relaciones sexuales no consentidas en adolescentes y mujeres bajo los efectos de drogas. Así mismo, también se ve afectada negativamente con mucha frecuencia la esfera de



relaciones tanto familiar, como con el grupo de amigos y con los maestros, desencadenando un bajo rendimiento escolar, agresiones, violencia y alteración del orden público.

<i>EFFECTOS</i>	<i>CONSECUENCIA CLÍNICA</i>
Cardiovasculares	Aumento frecuencia cardiaca. Aumento presión arterial. Aumento gasto cardíaco.
Respiratorios	Ligera broncodilatación. Exposición al humo y sustancias cancerígenas del tabaco.
Oculares	Enrojecimiento conjuntivas. Reducción presión intraocular.
Gastrointestinales	Sequedad de boca. Antiémesis.
Músculo estriado	Relajación muscular.
Efectos inmunológicos	Alteración de la inmunidad celular.
Endocrinos	Disminución hormonas sexuales. Aumento de la prolactina (galactorrea).
Embarazo y lactancia	Mayor riesgo de bajo peso al nacer. Paso de cannabinoides a la leche.

FIG.3 Efectos sistémicos agudos del cannabis.

MITOS SOBRE ALCOHOL Y CANNABIS

Atendiendo a lo expuesto con anterioridad, parece evidente que variables como la aceptación social existente y los valores y normas sobre el consumo de determinadas sustancias psicoactivas son determinantes clave en la actitud que los adolescentes van a configurar en relación a las mismas. Aunque el caso del alcohol es mucho más llamativo, y cómo ya se ha señalado con anterioridad una gran parte de la población lo considera una “droga social”, también es cierto que el cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida en España, la primera que suele comenzarse a consumir después de los inhalables volátiles, y en muchas ocasiones su consumo va a determinar el acceso y consumo de otras sustancias.

De alguna manera, existen en la sociedad, y en mayor medida en aquéllos sectores de la población más vulnerables (quizá por encontrarse en un proceso de maduración afectiva e intelectual) tales como el de los adolescentes, una serie de creencias establecidas, que, en cierto modo, justifican el consumo buscando la normalización e intentando disminuir el riesgo percibido.

A continuación señalaremos sólo algunos ejemplos de los múltiples “mitos” existentes en relación al consumo de alcohol y cannabis, con el objeto de realizar un análisis y contra argumentación de los mismos.



Mitos y realidades sobre el alcohol

- ✓ *Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.*

El daño que provoca el alcohol depende del llamado “patrón de consumo”, es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no divertirse sin beber.

- ✓ *El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.*

El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza. Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

- ✓ *El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.*

El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez hay que abrigar y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

- ✓ *El alcohol es un alimento.*

El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.

- ✓ *El alcohol es bueno para el corazón.*

Diversos estudios han puesto de manifiesto que en adultos, el consumo moderado de alcohol disminuye el riesgo de padecer enfermedades de corazón, pero estos efectos beneficiosos no aparecen en todas las personas ni en todos los casos.

- ✓ *El alcohol facilita las relaciones sexuales.*

Al contrario, el consumo abusivo muchas veces dificulta o incluso impide unas relaciones sexuales plenas, provocando impotencia y otras disfunciones asociadas.



- ✓ *El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.*

No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y “aguantar” un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho puede ser que el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

Mitos y realidades sobre el cannabis

- ✓ *Es un producto inofensivo para la salud, ya que es un producto natural. Es una droga ecológica, es la sustancia de la paz y el relax.*

Producto natural y producto inocuo no son sinónimos. El tabaco y el opio también son naturales y nadie duda de sus riesgos. El consumo de cannabis provoca alteraciones en el funcionamiento normal del cerebro, lo cual no es nada ecológico.

- ✓ *Los jóvenes consumen cannabis porque está prohibido: si se legalizara se consumiría menos.*

Las drogas que más se consumen entre los jóvenes son el alcohol y el tabaco, y éstas son legales. Además, en el consumo, más que la prohibición, influye la facilidad para conseguir la sustancia y el grado de aceptación social de la misma.

- ✓ *El cannabis tiene efectos terapéuticos, por lo que no debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando.*

Los usos médicos del cannabis se realizan de manera controlada y no tienen nada que ver con su uso recreativo. También existen medicamentos derivados del opio y nadie piensa que sea sano consumir heroína.

- ✓ *El consumo de cannabis puede controlarse ya que no produce adicción.*

Existen estudios científicos que demuestran que su consumo continuado puede producir adicción, especialmente cuando se consume en la adolescencia.

- ✓ *Fumar cannabis resulta menos perjudicial que fumar tabaco.*

El cannabis contiene muchos de los carcinógenos y mutágenos del tabaco y en mayor cantidad (un 50% más). Además, la forma de consumirlo (fumada, sin filtro y con aspiraciones profundas) aumenta los riesgos de padecer cáncer. Tiene efecto broncodilatador, lo que favorece la absorción de las sustancias tóxicas, y al igual que ocurre con el tabaco, también es perjudicial para los fumadores pasivos.



HABILIDADES PERSONALES Y SOCIALES: AUTOEFICACIA, AUTOESTIMA, ASERTIVIDAD Y LA INFLUENCIA DEL GRUPO

El abordaje de estos aspectos se torna fundamental en el diseño de cualquier programa de EpS dirigido a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y en general, de cualquier programa que persiga cambios de actitud y/o conducta.

Tal y cómo se ha señalado en otros capítulos de este programa, el hecho de que el adolescente posea un adecuado entrenamiento en términos de asertividad o empatía, así como que disponga de un buen concepto de sí mismo, seguridad en la toma de decisiones y capacidad para llevar a cabo un análisis racional y propio del mundo que le rodea (pensamiento crítico), va a constituirse en un factor protector frente al inicio en el consumo de drogas y el mantenimiento del mismo.

Entendemos que, tal y cómo se ha diseñado la intervención en el aula, no es viable (atendiendo al factor tiempo) la puesta en práctica de técnicas de entrenamiento “in situ” con los estudiantes; por lo tanto, el abordaje de los citados aspectos pasa por realizar una definición y explicación de los mismos, mediante el uso de ejemplos y material audiovisual, relacionándolos además con las motivaciones que con mayor frecuencia refieren los jóvenes para el consumo de alcohol.

Conceptos generales

Llegados a este punto, se puede afirmar que cualquier tipo de trastorno por adicción a sustancias, posee, evidentemente, una base biológica clara e indiscutible. Cuando un individuo cae en la “trampa” y se inicia en el consumo de cualquier sustancia psicoactiva se convierte en un perfecto candidato a desarrollar una drogadicción. En su cerebro comenzarán a producirse una serie de cambios adaptativos que conducen al desarrollo de los fenómenos de tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia física.

No obstante, atendiendo al enfoque integral desde el cual pretendemos abordar esta problemática, no pueden obviarse el resto de variables implicadas, es decir, aquéllas que mueven a los individuos a iniciarse en el consumo y a mantenerlo.

Aspectos tan generales como la aceptación social del consumo, la presión del grupo, los modelos de referencia, los valores y normas sobre el consumo, la publicidad o las expectativas de autoeficacia (que forman parte del conjunto de factores determinantes de la conducta que establece el marco teórico bajo el cual se desarrolla este programa), poseen una traducción tangible entre los adolescentes, en forma de creencias, actitudes e influencias, que van a conducir a una actitud positiva o negativa hacia el consumo. Es por este motivo, que el entrenamiento en habilidades personales y sociales y el fomento del pensamiento crítico va a ser decisivo en la configuración de esta actitud.

En el siguiente cuadro (Fig. 4), se recogen los motivos que con más frecuencia aducen los adolescentes para justificar el consumo de alcohol, en concreto, durante la práctica del “botellón”.



Motivaciones	Primer motivo		Segundo motivo		Tercer motivo	
	Rec.	%	Rec.	%	Rec.	%
Porque lo hacen mis amigos/as	69	7,5	67	8,0	42	6,5
Porque está de moda entre la gente	57	6,2	22	2,6	7	1,1
Para ligar	47	5,1	71	8,5	47	7,3
Para divertirme	439	47,9	158	18,9	60	9,3
Está bien visto en mi grupo de amigos/as	98	10,7	20	2,4	17	2,6
Porque mejora/facilita las relaciones con otros	21	2,3	74	8,9	66	10,2
Por el gusto de hacer algo prohibido	13	1,4	28	3,4	30	4,7
Para hacer cosas que sino no haría	7	0,8	41	4,9	42	6,5
Porque no dejan entrar en pubs/discotecas	12	1,3	37	4,4	33	5,1
Porque se puede hablar tranquilamente	34	3,7	143	17,1	90	14,0
Porque es exclusivo de los más jóvenes	9	1,0	20	2,4	22	3,4
Porque puedo beber más y más barato	75	8,2	135	16,2	174	27,0
Otro motivo	32	3,5	19	2,3	15	2,3
Ns/nc	3	0,3				
Total	916	100,0	835	100,0	645	100,0

FIG. 4 Motivos para beber alcohol en el botellón según su importancia (Fuente: EL FENÓMENO DEL BOTELLÓN. ESTUDIO COMPARADO EN MADRID, GALICIA Y JAÉN, 2002-2003).

Entendemos que la mayoría de ellas guarda relación directa con déficits o carencias en este tipo de habilidades. El refuerzo de las mismas supone una herramienta fundamental para afrontar las situaciones de riesgo de manera efectiva.

Autoeficacia

“La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados. Uno no puede hacer todas las cosas bien, eso requeriría poseer dominio de cada aspecto de la vida. Las personas difieren en las áreas de vida en las cuales desarrollan su sentido de eficacia y en los niveles para los cuales desarrollan el mismo en determinadas actividades”.

En relación a este concepto, es interesante el hecho de que así como “la percepción de autoeficacia contribuye de modo causal a la conducta, es a su vez la propia conducta manifiesta el principal determinante de las expectativas de autoeficacia”. Es decir, a través de la propia experiencia, el individuo adquiere la percepción de ser o no ser capaz de llevar cabo una conducta.

La autoeficacia percibida va a ser determinante en multitud de situaciones y ante múltiples dilemas: “¿seré capaz de divertirme sin beber alcohol?, ¿seré capaz de decir “no quiero beber” a mis amigos?, ¿seré capaz de defender ante el grupo mi decisión de no consumir drogas?”



etc. Por tanto, es lógico pensar que en la medida en que el adolescente disponga de una mayor autoeficacia percibida, mayor capacidad va a poseer para el manejo de estas cuestiones, y por ende, las probabilidades de que se inicie en el consumo se verán disminuidas.

Autoestima

Cuando nos colocamos frente a un espejo, éste nos envía una imagen de nosotros mismos que a veces nos agrada y a veces no tanto. Además, cada uno llevamos en la cabeza una idea de cómo somos, como si fuera una imagen mental, y, por otra parte nos encontramos con la forma en que nos ven los demás, la gente que nos rodea, la gente cercana y la menos cercana. ¿Y quién de todos estos “YO” somos en realidad? Posiblemente somos un poquito de cada uno de ellos, y lo que es indudable, es que debemos intentar conocernos por dentro cada día un poco más, aceptarnos cómo somos y querernos mucho.

La autoestima no es una autoevaluación grandiosa de nosotros mismos, como puede sucederle por ejemplo a individuos con personalidad narcisista o en estados maníacos.

Las personas representamos ante los demás, e incluso ante nosotros mismos, una *versión* algo mejorada o idealizada, es decir, las autovaloraciones son normalmente más generosas que las valoraciones hechas por otros.

Este hecho suele constituir un mecanismo adaptativo, ya que la confianza en uno mismo puede motivarnos para alcanzar determinados objetivos y puede ayudarnos a mantener la esperanza en épocas difíciles...No obstante, también puede crearnos problemas, sobre todo si no somos conscientes de ello.

Por tanto, podemos definir la autoestima como una actitud positiva hacia uno mismo, que implica:

- ✓ Conocerte: autoconciencia.
- ✓ Autoaceptarte: incondicionalmente.
- ✓ Conducirte: es decir, pensar, sentir y actuar de la forma más sana, feliz y autosatisfactoria, que buenamente puedas, teniendo en cuenta el presente y el medio y largo plazo.

Es lógico pensar que poseer una buena autoestima, que es como decir que tenemos una buena relación con nosotros mismos, nos va a facilitar tener una buena relación con los demás también. Nuestra autoestima es una herramienta que nos facilita las relaciones sociales, y que seamos capaces de desarrollar habilidades para desenvolvernos mejor con los demás, con más seguridad y desde el respeto.

Si pensamos en una casa de dos plantas, la autoestima se encuentra en la planta baja, muy relacionada con los cimientos, y las habilidades sociales están en la segunda planta. Para llegar a ellas debemos construir primeramente nuestra autoestima.



Asertividad

La asertividad es la autoafirmación y defensa de nuestros derechos, deseos y necesidades. Podemos decir, por tanto, que es la expresión de la autoestima a nivel interpersonal.

Para entender mejor este concepto, enumeramos una lista de derechos asertivos, es decir, actitudes y acciones que son propias de una persona que es capaz de decir con seguridad según sus intereses sin menoscabar los derechos de sus semejantes. Son ejemplos los siguientes:

- ✓ Ser tu propio juez.
- ✓ Elegir si te haces o no responsable de los problemas de los demás.
- ✓ Elegir si quieres o no dar explicaciones.
- ✓ Cambiar de opinión.
- ✓ Cometer errores.
- ✓ Decir “no lo sé”.
- ✓ No necesitar la aprobación de los demás.
- ✓ No comprender las expectativas ajenas.
- ✓ Tomar decisiones ajenas a la lógica.
- ✓ No intentar alcanzar la perfección.

Las personas no asertivas pueden comportarse en forma inhibida o agresiva o, más comúnmente, oscilar entre la inhibición y la agresividad. También pueden ser pasivo-agresivas (quien no se atreve a mostrarse directamente agresivo, pero lo hace indirectamente, “tira la piedra y esconde la mano”).

En primer lugar, hablamos del estilo inhibido, cuyo lema pudiera rezar: “*yo no tengo derechos, tu sí*”. La persona con conducta inhibida permite que los demás la “pisen”, no defiende sus intereses y hace lo que quieren los demás, sin importar lo que ella piense o sienta al respecto.

Una ventaja de ser pasivo es que es difícil recibir un rechazo directo por parte de los demás, aunque por el contrario, los demás se aprovechan y se acaba por acumular resentimiento y malestar.

En contraposición al estilo inhibido, encontramos el estilo agresivo, más cercano al lema: “*yo tengo derechos, tú no*”. La conducta agresiva es la que no respeta los derechos y sentimientos de los demás. Algunos ejemplos son: la pelea, la acusación y la amenaza. En ocasiones ayuda a conseguir lo que uno quiere, pero provoca la enemistad de los demás, que tienden a responder hostilmente y a alejarse.

La conducta ideal, la que debemos perseguir es la conducta asertiva: “*yo tengo derechos, tú también*”.



La influencia del grupo

La pertenencia a un grupo es quizá uno de los motivadores más potentes del comportamiento del adolescente y uno de los elementos más necesarios para el desarrollo por su papel modulador de la conducta, de la afectividad y del autoconcepto. No existe adolescencia sin grupo. Por ello, la presión del grupo constituye una influencia poderosa sobre el comportamiento de los miembros individuales.

Un adolescente seguro de sí mismo, en posesión de un autoconcepto positivo y capaz de manejarse en su día con asertividad y de ser empático, será menos vulnerable ante las presiones ejercidas por el grupo de iguales, favoreciendo el mantenimiento de las características singulares y propias de su personalidad, lo cual, entendemos, no ha de estar reñido con la pertenencia al mismo.

Durante el desarrollo de la intervención se visualizará un vídeo de breve duración explicativo del fenómeno de la influencia social en los individuos.





SESIÓN DIVULGATIVA / DEBATE DIRIGIDA A ESTUDIANTES DE 2º CICLO DE E.S.O. (3º Y 4º CURSO)

ESQUEMA GENERAL

- ✎ Introducción: ¿Por qué funcionan las drogas?
- ✎ El sistema nervioso: conceptos básicos.
- ✎ De cómo el alcohol y el cannabis secuestran mi cerebro...
- ✎ Efectos sobre la salud del alcohol y el cannabis.
- ✎ Mitos sobre alcohol y cannabis.
- ✎ Habilidades personales y sociales: autoeficacia, autoestima, asertividad y la influencia del grupo.
- ✎ “El botellón acabó mal...” Actuación ante una intoxicación aguda por consumo de alcohol.
- ✎ Recomendaciones para un consumo controlado de alcohol.

En primer lugar se realizará una introducción del tema, posteriormente se tratará el Sistema Nervioso, explicando la estructura de las células principales que lo componen, (las neuronas), y la importancia de las comunicaciones que establecen entre ellas. A continuación se tratarán de clarificar de manera didáctica y sencilla los mecanismos biológicos por los cuáles sustancias como el alcohol y el cannabis secuestran nuestros circuitos cerebrales, conduciéndonos a la adicción a las mismas, detallando los efectos nocivos que producen sobre la salud, así como se realizará un análisis de determinados mitos y creencias en relación a las citadas sustancias. Por otra parte, se expondrán contenidos relativos a los conceptos de autoeficacia, autoestima, asertividad e influencia social como elementos fundamentales que pueden determinar el comportamiento humano. Por último, se detallará brevemente la actuación correcta ante una situación de emergencia o compromiso vital provocada por el consumo de alcohol (extensible también a otras sustancias en términos generales) y las recomendaciones a seguir para un consumo controlado.

Tal y como se desprende del esquema general diseñado para esta sesión, los contenidos son muy similares a los de la sesión orientada a los estudiantes de primer ciclo, con la salvedad de que, en este caso, y teniendo en cuenta un enfoque de prevención secundaria, se incluye además un capítulo encaminado a proporcionar recomendaciones para un consumo controlado de alcohol, partiendo de la afirmación de que cualquier consumo en menores es considerado de riesgo. Por otra parte, también se ha incluido la actuación ante la intoxicación aguda por sustancias por el mismo motivo.

Ambos capítulos se exponen a continuación.



“EL BOTELLÓN ACABÓ MAL...” ACTUACIÓN ANTE UNA INTOXICACIÓN AGUDA POR CONSUMO DE ALCOHOL

“Imaginemos que el fin de semana hemos quedado con nuestros amigos/as del instituto para salir por ahí a dar una vuelta. Uno de esos amigos/as se ha pasado con el alcohol y ha entrado en coma etílico. Esto es algo que nos han contado después porque, por el momento, nosotros lo único que sabemos, es que, aunque iba muy “borracho”, caminaba él sólo y hablaba hasta hace un momento, en el que, de repente, ha caído desplomado al suelo golpeándose la cabeza, ha comenzado a moverse cómo si estuviera convulsionando, con los ojos en blanco y no responde, está inconsciente”.

Saber actuar correctamente ante este tipo de situaciones puede influir notoriamente en el pronóstico de la persona.

P.A.S.: Proteger, avisar y socorrer

PROTEGER

- Antes de prestar auxilio asegurar nuestra protección y la del accidentado.

AVISAR

- A los servicios sanitarios de emergencia.
- 061 y 112.

SOCORRER

- Actuar sobre el accidentado verificando: conciencia - respiración - pulso.

FIG. 5 Conducta PAS



✓ *Proteger*

Protegiéndose a uno mismo y a los demás, siendo consciente de los riesgos y asumiendo conductas de autoprotección. Por ejemplo, si un ahogado está tumbado en la orilla y continúa tragando agua, lo primero que haremos será alejarlo del agua; si nos encontramos próximos a una carretera en peligro de ser atropellados, deberemos ponernos a salvo a nosotros a la víctima etc.

✓ *Avisar*

Ser conscientes de la importancia de ser el primer testigo, como elemento indispensable para activar de manera eficiente, la asistencia a la víctima o enfermo repentino, dando de una manera clara y eficaz el aviso al centro coordinador de emergencias 112 / 061, con el fin de que se activen los recursos adecuados para la asistencia más rápida y eficaz a la víctima o víctimas. Por lo tanto, una vez que nosotros y la persona intoxicada estemos seguros, lo más importante es AVISAR. No sirve de nada intentar hacernos los héroes, sólo pondremos peor las cosas y haremos peligrar la vida de nuestro amigo/a; si son varias las personas que presencian la situación, una de ellas deberá avisar lo más prontamente posible a los servicios de emergencia. Es importante proporcionar una buena información sobre el lugar en qué se encuentra, qué le ha pasado, qué ha consumido, cuánto tiempo lleva en ése estado etc.

✓ *Socorrer*

Para socorrer no basta solamente con tener buena voluntad para ayudar sino que debemos conocer y aplicar una serie de conocimientos, técnicas y actitudes fáciles de aprender y a la vez eficaces, con protocolos estandarizados y avalados internacionalmente. El hecho de aplicar mal una determinada técnica de primeros auxilios puede ocasionar más perjuicio que beneficio, así que si no estamos seguros de poder hacerlo bien, es mejor esperar a que acudan los servicios sanitarios.

✓ *Intoxicación alcohólica aguda*

- Si la persona está CONSCIENTE:
 - Provocar el vómito: para eliminar el alcohol que queda dentro del tubo digestivo y que aún no ha pasado a la sangre. Esto puede hacerse indicando a la persona que introduzca sus dedos índice y corazón lo más profundamente que pueda en la cavidad oral hasta producir náuseas. Si no es capaz de hacerlo, también podemos hacerlo en su lugar.
 - Evitar la deshidratación: para ello es recomendable administrar bebidas azucaradas en pequeñas cantidades.



- Si está agitado (fase de euforia), procurar que no se lesione, pero con una actitud conciliadora para que no lo perciba como una amenaza, lo que podría originar conductas agresivas.
- Si la persona está INCONSCIENTE:
 - Posición lateral de seguridad (PSL): La posición lateral de seguridad o de recuperación se usa en caso de que la persona se halle inconsciente, con presencia de respiración y pulso. Esta posición previene el atragantamiento y la aspiración de vómitos.
 - Proteger de la pérdida de calor: debemos cubrirlo con ropa de abrigo, mantas o similar, sobre todo si está en la calle.
 - NO provocar el vómito ni dar nada por vía oral (no dar nada de beber). Una persona inconsciente es incapaz de realizar una deglución efectiva, por lo que tanto el vómito como las ingestas orales le producirían una broncoaspiración.
 - No dejarle sólo en NINGÚN caso hasta que acudan los servicios de emergencia.
 - Controlar la respiración; si se detecta un fallo respiratorio (la persona deja de respirar) es muy posible que en poco tiempo entre en PCR (parada cardiorrespiratoria). En este caso, es preciso iniciar la maniobra de RCP cuánto antes (“el tiempo es vida”).

TÉCNICA:

- **Con el paciente boca arriba, extender el brazo más cercano a nosotros y ponerlo cerca de la cabeza tanto como sea posible para dejar libre el giro.**
- **Flexionar la pierna más alejada.**
- **Girar al paciente suavemente.**
- **Recoger el brazo que gira externamente para darle dos puntos de soporte (rodilla y brazo).**

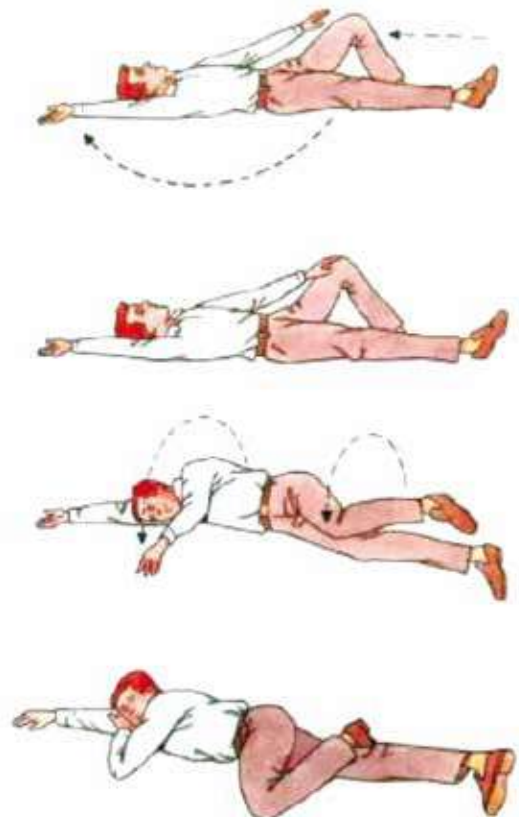


FIG. 6 Técnica para colocar a una persona inconsciente en PLS.



FIG. 7 Posición lateral de seguridad

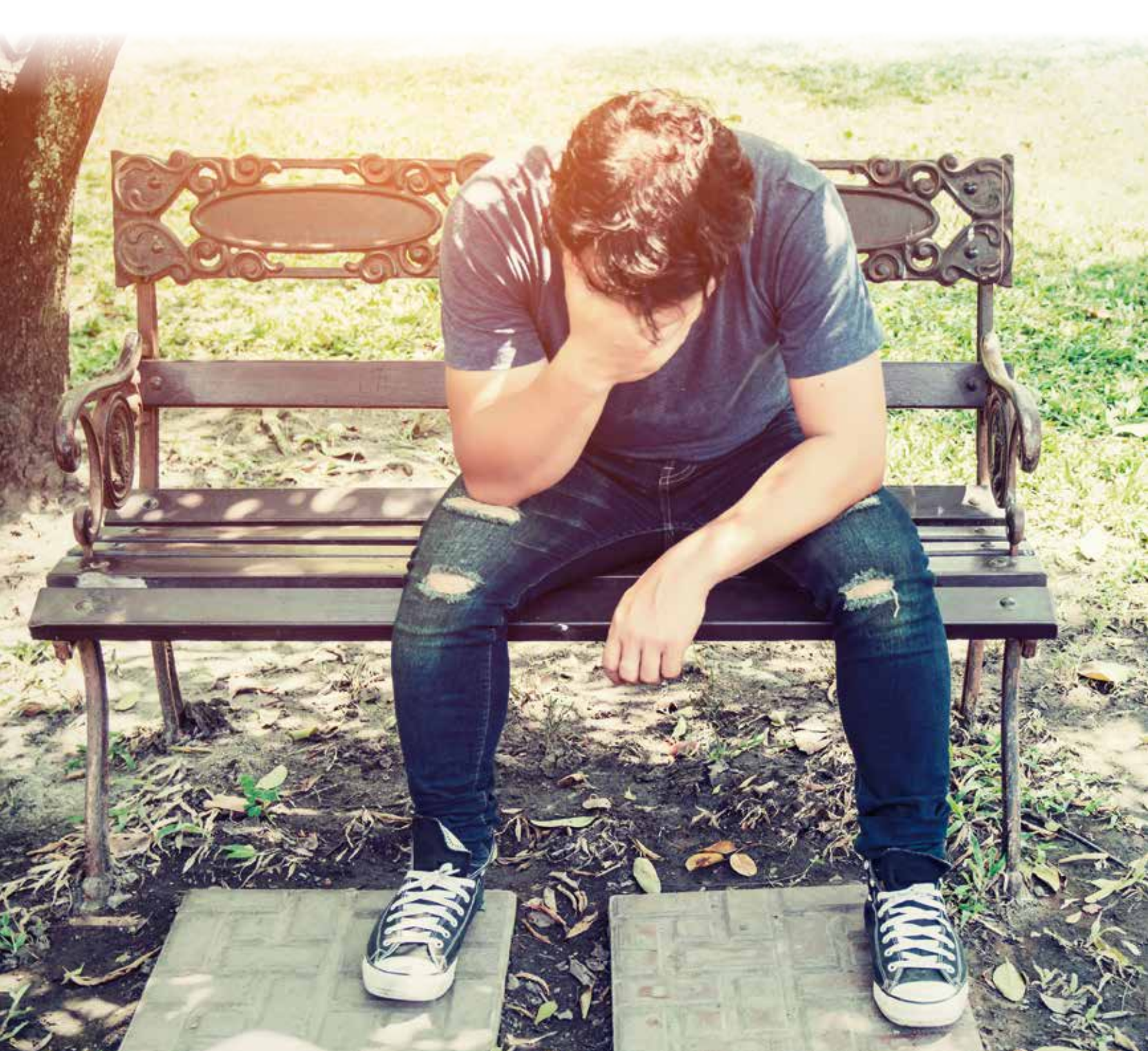
RECOMENDACIONES PARA UN CONSUMO CONTROLADO DE ALCOHOL

En este punto, debemos tener en cuenta varias cuestiones; en primer lugar, cualquier tipo de consumo de alcohol en menores es considerado como un consumo de riesgo. Por otra parte, se entiende por *consumo controlado* aquél que “se modera para evitar la intoxicación o el consumo de riesgo. El término se aplica especialmente cuando hay motivos para poner en duda la capacidad de beber de manera controlada en todo momento”. Aunque lo deseable es el consumo cero, parece lógico tener en cuenta los datos que las encuestas arrojan sobre la prevalencia de consumo, los cuáles son abrumadores en adolescentes, derivándose de este hecho la necesidad de transmitir a los jóvenes una serie de pautas que deben considerar durante el consumo de alcohol.

- ✓ *Bebe despacio, haciendo pausas entre tragos y posando el vaso cuándo no vayas a beber (no lo mantengas en las manos constantemente).*
- ✓ *No ingieras bebidas alcohólicas con el estómago vacío y toma algún alimento mientras bebes.*
- ✓ *No ingieras bebidas alcohólicas si estás tomando algún medicamento ya que puede alterar el efecto de los fármacos y producir reacciones adversas.*



- ✓ *Alterna bebidas alcohólicas con otras que no tengan alcohol; entre copa y copa puedes tomar un refresco o agua.*
- ✓ *No bebas si vas conducir. Cualquier consumo, por mínimo que sea, influye en la capacidad de conducción. Es importante elegir un conductor alternativo, es decir, aquel amigo que llevará el coche y por tanto no beberá, o buscar otros medios de transporte para llegar a casa.*
- ✓ *Si sientes náuseas, mareos, visión borrosa, desorientación o cualquier otro síntoma deja de beber. Tu cuerpo te está pidiendo que pares.*





SESIÓN DIVULGATIVA DIRIGIDA A PADRES/MADRES Y DOCENTES

ESQUEMA GENERAL

- ☞ Generalidades de las adicciones a sustancias psicoactivas.
- ☞ Patrones juveniles de consumo abusivo de alcohol.
- ☞ Factores de riesgo en adolescentes.
- ☞ Signos de alarma: ¿Tiene mi hijo/a ó alumno/a un problema con las drogas?
- ☞ La comunicación con el adolescente.

A través de esta intervención se pretende la divulgación de conocimientos y conceptos de interés para padres y docentes, con el objeto de aumentar la sensibilización de estos colectivos respecto al consumo de sustancias entre los jóvenes y destacar la importancia de llevar a cabo estrategias de prevención conjuntas. En primer lugar se realizará una justificación de esta intervención a modo de introducción, posteriormente se explicarán determinados conceptos generales sobre la adicción a sustancias y sobre los patrones juveniles de consumo abusivo de alcohol. Así mismo, se detallarán aquéllos factores de riesgo que determinan una mayor vulnerabilidad del adolescente a padecer una drogadicción. Por otra parte, se explican cuáles son los signos que debemos identificar para averiguar si nuestro hijo/a ó alumno/a consume alguna sustancia psicoactiva, y finalmente, se abordará el tema de la comunicación con el adolescente.

GENERALIDADES DE LAS ADICCIONES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

¿Qué es una droga?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores”.*

Atendiendo a esta definición pueden resaltarse varios aspectos:

- ✓ al especificar que las drogas son sustancias, excluimos conductas adictivas como la ludopatía, videojuegos, sexo, compras etc., a las que se denomina adicciones sin sustancia.
- ✓ hace hincapié en “todas”, por lo que incluimos tanto las legales como las ilegales. De hecho, las drogas más consumidas en nuestra sociedad y que causan mayor número de problemas son el tabaco y el alcohol, cuyo uso está permitido.
- ✓ no especifica la vía, ya que las drogas pueden administrarse de muchas maneras, por ejemplo, alcohol y medicamentos por vía oral, tabaco y marihuana por vía respiratoria, heroína por vía endovenosa y cocaína inhalada.



- ✓ las drogas pueden excitar (estimulantes), relajar y eliminar el dolor (depresoras) y ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad (alucinógenas).
- ✓ todas las drogas pueden generar dependencia, estando ésta influenciada por el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo del mismo, entre otras variables.

Dependencia, abstinencia y tolerancia

Según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS, el término *dependencia* hace referencia a:

“un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicoactivas”.

Tal y como recoge la CIE-10, cuando existe dependencia a una sustancia o a un tipo de ellas, tienen lugar en el individuo una serie de manifestaciones fisiológicas, de tipo conductual y cognoscitivas. Las fisiológicas son, fundamentalmente, la abstinencia y la tolerancia.





La *abstinencia* hace referencia al “conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren cuando una persona dependiente de una sustancia cesa su consumo”. Para que se produzca el síndrome de abstinencia debe haberse desarrollado neuroadaptación a la sustancia, esto es, un cambio en el funcionamiento de nuestras neuronas producido porque los receptores están ocupados por sustancias psicoactivas o porque las sustancias han producido alteraciones en los circuitos neuronales. La abstinencia se caracteriza por la presencia de síntomas específicos para cada tipo de sustancia.

Se entiende por *tolerancia* la necesidad de consumir una cantidad superior de la sustancia o con más frecuencia, a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado (en términos fisiológicos, eliminar o disminuir la demanda de dopamina de los centros cerebrales de recompensa que han sido “secuestrados” por la sustancia psicoactiva), lo cual aumenta el riesgo de sufrir una sobredosis. En el adicto, según va instaurándose la dependencia fisiológica aparece la tolerancia y de ahí el incremento del consumo.

Es frecuente escuchar a personas no dependientes afirmaciones tales como: “ahora tardo más en emborracharme” o “la bebida no me hace el mismo efecto que antes”, las cuáles constituyen ejemplos de la aparición de este efecto de tolerancia.

Entre las manifestaciones conductuales se encuentran la *búsqueda de la sustancia y su consumo y consumir mucha cantidad* o hacerlo en un *momento que no procede* (por ejemplo, consumir cuando se conduce un coche).

Por otra parte, para entender las manifestaciones cognoscitivas es útil la Teoría del Condicionamiento Clásico (I. Pávlov), que muestra la importancia de la memoria y el aprendizaje en el área de las motivaciones. En el famoso experimento del perro de Pávlov, si se asocian reiteradas y múltiples veces la administración de comida con el sonido de un silbato, el perro acaba por segregarse saliva abundantemente cuando oye el silbato, aunque no se le dé comida. Además, podemos entender el deseo como propio, es decir, que nace en nuestro propio cuerpo (abstinencia, hambre); o impuesto desde fuera, es decir, provocado por señales externas (aprendizaje, gula): aunque el individuo no tenga hambre, si ve un anuncio de un helado sentirá ganas de comer.

Por último, cuando existe dependencia de una sustancia el resto de deseos pasan a un segundo plano, y todo el esfuerzo es destinado a conseguir esa sustancia, es decir, se prioriza el consumo frente a cualquier otra cosa. El resultado de esta elección es que la persona interrumpe o reduce muchas actividades que realizaba previamente, lo que contribuye al deterioro físico, psicológico y social del individuo.

Clasificación de las sustancias que producen dependencia

A continuación se recogen los diferentes tipos de sustancias clasificados en función del efecto fisiopatológico que producen en el organismo y los síntomas más relevantes que originan.



	¿QUÉ PRODUCEN?	SÍNTOMAS	REPRESENTANTES
DEPRESORES (Psicolépticos)	Enlentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.	<ul style="list-style-type: none"> - Euforia - Relajan actividad cerebral - Aturdimiento - Letargo - Muerte → paraliza el centro respiratorio(H) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol - Heroína - Benzodiazepinas - Disolventes volátiles
ESTIMULANTES (Psicoanalépticos)	Excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales.	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora estado ánimo - Aparente aumento capacidad mental y física - Falta sueño y apetito - Mayor actividad general 	<ul style="list-style-type: none"> - Cocaína - Anfetaminas - Metanfetamina (speed) - Metilendioximetanfetamina (éxtasis o MDMA) - Nicotina (tabaco)
ALUCINÓGENOS (Psicodislépticos)	Alteran el estado de conciencia, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones (visuales y auditivas) - Experiencias muy placenteras o terroríficas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ácido lisérgico (LSD) - Cannabis - Drogas de diseño - Mescalina (peyote)

FIG. 8 Clasificación de sustancias psicoactivas

PATRONES JUVENILES DE CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

La mayoría de los jóvenes conoce las consecuencias de beber en exceso, entonces ¿por qué lo hacen?

Son numerosas las investigaciones que se han dirigido a identificar las claves de este fenómeno. Muchas de ellas han demostrado que, generalmente, este consumo de alcohol de manera extrema no es algo que se produzca de manera accidental, si no que se prevé y planifica de antemano (por ejemplo, bebiendo deprisa para llegar a la intoxicación, o consumiendo en casa alcohol antes de salir para maximizar los efectos de una noche fuera).

Los factores que intervienen en las motivaciones de los jóvenes para el consumo abusivo de alcohol son múltiples (de desarrollo, culturales y sociales); entre estas motivaciones podemos citar las siguientes:



- ✓ Beber como facilitador de las relaciones entre iguales.
- ✓ Beber como herramienta para enfrentarse a los problemas.
- ✓ Exploración de nuevas libertades que identifican con la etapa adulta.
- ✓ Beber para “divertirse”: promover la confianza, ser sociable, conocer a gente, sentirse bien, “disfrutar” de la embriaguez.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, a pesar de conocer la existencia de consecuencias negativas para la salud asociadas al consumo de alcohol, éstas se perciben como lejanas en el tiempo y poco frecuentes e importantes, en contraposición a lo que sucede con los efectos “positivos”, que se presentan de manera inmediata y se perciben como más importantes y frecuentes.

Por último, no puede obviarse la propia aceptación social de la embriaguez y la publicidad, como factores que inciden directamente en la configuración de una actitud positiva o negativa ante el consumo abusivo por parte de los jóvenes.

Teniendo en cuenta lo anterior, y según el *“Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España”*, *“al hablar de consumo abusivo de alcohol y jóvenes, estamos hablando de:*

1. *Un colectivo de personas entre 18 y 34 años, inmersas en una situación social y familiar caracterizada por la prolongación de la dependencia económica respecto a los padres, una fuerte orientación al consumo y una identificación de su propia identidad como jóvenes en función de ciertos rasgos relacionados con vivir situaciones extremas y una visión cortoplacista de la realidad.*
2. *El hecho de vivir en el hogar familiar, junto a la necesidad vital de relacionarse con los iguales en espacios propios, determina en gran medida la tendencia a ocupar los espacios públicos para su tiempo de ocio.*
3. *La relativa facilidad para encontrar trabajos eventuales de escasa calificación les permite disfrutar de los niveles de consumo deseados.”*

En este marco los jóvenes desarrollan diferentes patrones de consumo abusivo de alcohol, siendo los más comunes el *“binge drinking”* y el *“botellón”*.

- ✓ Binge drinking: *“hace referencia al patrón de consumo de alcohol de los jóvenes que concentran la ingesta de grandes cantidades del mismo en un corto espacio de tiempo”.*
- ✓ Botellón: *“término que describe la costumbre extendida en España desde finales del siglo XX, sobre todo entre los jóvenes, de consumir bebidas alcohólicas, acompañadas o no de comida, refrescos, tabaco u otras drogas, en grupos numerosos en la vía pública. En sociología se define como: “Reunión masiva de jóvenes de entre 16 y 24 años, fundamentalmente, en espacios abiertos de libre acceso, para beber la bebida que han adquirido previamente en comercios, escuchar música y hablar”.*



Entre las razones aducidas por los propios jóvenes para participar en esta práctica aparecen siempre dos: el elevado precio de las consumiciones en los locales de ocio nocturno y evitar el garrafón (adulteración de las bebidas alcohólicas con agua o con sustancias químicas como el alcohol metílico). Estudios llevados a cabo por la OCU en 2002 (Organización de consumidores y usuarios) cuestionan de manera importante ambas motivaciones.

FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

La vulnerabilidad para desarrollar una drogadicción difiere de una persona a otra. En general, cuántos más “factores de riesgo” y menos “factores protectores” estén presentes en un individuo, mayor será la probabilidad de que el uso de una sustancia se convierta en abuso y dependencia.

No puede hablarse de un sólo factor implicado en el desarrollo de las adicciones, si no que son varias las variables que van a determinar un mayor o menor riesgo. *“Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. Los factores de protección se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas”.*

En primer lugar, los factores biológicos, que van a verse influenciados por la propia genética, el sexo (mujeres más vulnerables), la etnia, la etapa de desarrollo (ser adolescente es ya un factor de riesgo en sí mismo) y la existencia de patología psiquiátrica. Por otra parte, los factores ambientales juegan un importante papel, de modo que según las investigaciones llevadas a cabo por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) de Estados Unidos (2001), los factores de riesgo más importantes son los que afectan al desarrollo temprano de la familia, por ejemplo:

- ✓ Ambiente familiar caótico, particularmente cuando los padres abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales.
- ✓ Paternidad ineficaz, especialmente con niños de temperamentos difíciles y con desórdenes de conducta.
- ✓ Falta de enlaces mutuos y de cariño en la crianza.

Otros factores de riesgo tienen que ver con las relaciones entre los niños y con otros agentes sociales fuera de la familia, especialmente en la escuela, con los compañeros y en la comunidad. Algunos de estos factores son (NIDA, 2001):

- ✓ Comportamiento inadecuado de timidez y agresividad.
- ✓ Fracaso escolar.
- ✓ Dificultad en las relaciones sociales.
- ✓ Afiliación con compañeros de conducta desviada.
- ✓ Percepción de aprobación del uso de drogas en el ambiente escolar y social.



Así mismo, un consumo temprano de las sustancias también constituye un factor que aumenta el riesgo de adicción.

Becoña, en *“Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas”*, recoge que, Clayton (1992), señala que existen varios principios generales que deben ser tenidos en cuenta cuando hablamos de factores de riesgo, que para él son cinco:

1. *“Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.”*
2. *La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello.*
3. *El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.*
4. *La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.*
5. *Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.”*

Son varias las clasificaciones de factores de riesgo incluidas en el citado documento, a continuación se expone la realizada por Moncada en 1997:

Factores de riesgo según Moncada (1997)

Factores de riesgo ambientales

- 1) La deprivación social
- 2) La desorganización comunitaria
- 3) La disponibilidad y accesibilidad de las sustancias
- 4) La percepción social del riesgo
- 5) La movilidad de la población
- 6) Las normas y leyes de la comunidad



Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno

- 1) Historia familiar de alcoholismo
- 2) Pautas educativas
- 3) Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres
- 4) Conflictos familiares
- 5) Los valores
- 6) La agresividad
- 7) La búsqueda de sensaciones
- 8) Otros problemas de conducta
- 9) Las actitudes hacia las drogas
- 10) El fracaso escolar
- 11) El grupo de iguales

SIGNOS DE ALARMA. ¿TIENE MI HIJO/A - ALUMNO/A UN PROBLEMA CON LAS DROGAS?

Ser capaces de realizar una detección precoz del uso de cualquier sustancia por parte de los menores o adolescentes es de vital importancia, tanto por los efectos derivados del consumo a corto y medio plazo, como por el riesgo de desarrollar una adicción.

Éstas son algunas señales de alerta:

- ✓ Cambio brusco en el cuidado y aseo personal.
- ✓ Trastornos del sueño con insomnio y/o pesadillas y temblores.
- ✓ Pérdida de peso o apetito excesivo.
- ✓ Disminución del rendimiento escolar o abandono de los estudios.
- ✓ Aislamiento físico, tendencia a aislarse en su habitación.
- ✓ Disminución de la comunicación verbal y afectiva.
- ✓ Aumento en la demanda de dinero, sospecha de pequeños hurtos.
- ✓ Empobrecimiento del vocabulario.
- ✓ Abandono de aficiones e intereses.
- ✓ Cambios bruscos de humor.
- ✓ Abandono del círculo de amistades habitual.
- ✓ Pérdida de responsabilidad.



LA COMUNICACIÓN CON EL ADOLESCENTE

Estrategias para un abordaje efectivo del tema del consumo de alcohol y/o cannabis (aplicable a otras sustancias).

FORMA ADECUADA	FORMA INADECUADA
<p>Encontrar un momento en que hay algún pretexto para hablar del tema: anécdota cotidiana etc.</p> <p>Utilizar fórmulas como: “hijo/a, estoy realmente preocupado y supone para mí...” o “yo me siento mal...necesito hablar contigo sobre...”</p>	<p>Un momento lleno de interferencias: estar haciendo otra cosa, mucha gente por el medio...</p> <p>Comenzar una conversación con reproches</p>
<p>Conocer ¿qué piensan del alcohol? ¿Qué saben? ¿Qué sienten? ¿Qué les gustaría saber?</p>	<p>Someter al hijo a un interrogatorio en un tono autoritario.</p>
<p>Lograr un ambiente de diálogo y conversación distendida.</p>	<p>Dramatizar e intentar asustarle y meterle miedo, deformando la realidad.</p>
<p>Estar dispuestos a escuchar opiniones que no nos gusten y permitir que sean expresadas sin que se monte un drama.</p>	<p>Darle un discurso o sermón.</p>
<p>Intercalar preguntas ¿tú qué crees? ¿Tú qué opinas?... con comentarios y la información necesaria que favorezca su reflexión.</p>	<p>Hablarles de situaciones exageradas y poco comunes a su realidad para enfatizar los riesgos del consumo.</p>
<p>Utilizar mensajes sencillos que incluyan ejemplos cercanos a su realidad.</p>	<p>Hablarles de consecuencias negativas a largo plazo, por ejemplo; alcoholismo, cáncer... lejanas al joven, en lugar de hacer hincapié en los efectos a corto plazo (accidentes de tráfico, “cortar el rollo” de una noche divertida...).</p>
<p>Información objetiva sobre los efectos positivos y negativos.</p>	<p>No responder a sus dudas y preguntas. Si no se saben, buscar la respuesta y hablar con ellos en otro momento, cuando nos hayamos informado.</p>
<p>Resaltar los efectos positivos del no consumo.</p>	

No es un objetivo de este punto dictaminar cuál es la forma más adecuada de educar a los adolescentes. Tampoco lo es hacer un juicio de valor sobre las normas que en cada núcleo familiar estén establecidas. No pretendemos decir a los padres lo que tienen o no tienen que hacer. Lo que en una determinada familia puede verse como algo “normal”, quizá en otra pueda parecer una aberración. Consideramos además, que cada caso tiene sus particularidades individuales y colectivas. Lo que sí se pretende es ofrecer a los padres (fundamentalmente) una serie de pautas que pueden ser de utilidad a la hora de enfrentarse a una conversación con sus hijos sobre temas como el consumo de alcohol o cannabis.



Es lógico pensar que, salvando las diferencias que pudieran existir en cuanto a la percepción del riesgo, para la mayoría de los padres el consumo de alcohol y otras drogas por parte de sus hijos supone una preocupación importante. Durante la etapa de la adolescencia, los menores tienden a alejarse de sus padres, familiares y profesores (es decir, de los adultos), en busca de su identidad, la cual está más próxima en su grupo de iguales. Una identidad propia que van a manifestar través del lenguaje, de la forma de vestir, de la estética (piercings, tatuajes) etc. y de una actitud de rebeldía casi constante, en su afán de regirse bajo sus propias normas y no las de los adultos. Este distanciamiento va a determinar en muchos casos un empobrecimiento de la comunicación; ellos siguen comunicándose, lo hacen a todas horas, pero en muchos casos en términos que nos es difícil entender. Además, parece complicado acceder a ese mundo interior que guardan celosamente. Las estrategias que aquí se presentan pretenden servir como guía para que resulte un “poquito” más fácil entablar con los adolescentes una conversación sobre los temas que nos ocupan, sin que éstos se sientan controlados, juzgados o agredidos, lo cual provocaría muy probablemente, un rechazo casi inmediato.

Hasta aquí los contenidos docentes propiamente dichos, en relación a los mismos señalar dos cuestiones:

- 1) Se llevará a cabo una adaptación en el aula, durante el desarrollo de las sesiones, utilizando como apoyo didáctico sendas presentaciones audiovisuales en formato Power Point™, incluidas en el anexo I.
- 2) Del mismo modo, la exposición oral contará con ejemplos y metáforas, no recogidas en este programa por considerarse poco rigurosas, pero sí de gran utilidad para la comprensión de los contenidos. Así mismo, el lenguaje, las características del emisor y del mensaje se resolverán siguiendo las recomendaciones del “Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención sobre el uso de alcohol en jóvenes”.



MÉTODO DOCENTE

La elección del método docente viene determinada principalmente por las características de los contenidos a impartir, dado que algunos no son apropiados para determinados métodos; así mismo, también se han tenido en cuenta otros aspectos tales como el tamaño del grupo, la edad de los estudiantes, los recursos disponibles, el nivel de conocimientos previos (estimado) de los alumnos, padres y docentes, sus capacidades y las nuestras propias.

Por tanto, las sesiones se impartirán mediante:

- ✓ Método pasivo, en el que la mayor parte del tiempo de la intervención lo ocupa la actividad del formador.
- ✓ Método activo, en el que en el aula prevalece la actividad del destinatario de la intervención, mediante su participación en determinadas actividades planteadas, así como la interacción mediante coloquio.

Se utilizarán diversas técnicas docentes, entre ellas: la lección magistral y el debate fundamentalmente.





4. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

En la tabla siguiente se recogen los diferentes recursos, tanto humanos como materiales, que son precisos para el desarrollo de las intervenciones educativas planteadas en este proyecto.

MEDIOS	NECESARIOS	DISPONIBLES
HUMANOS	1 Enfermero/a (D.U.E.)	Colegio de Enfermería de Cantabria
MATERIALES	Espacio físico: aula o salón Asientos suficientes para los asistentes Pizarra y rotuladores Cañón proyector	Centros Educativos
	Ordenador con altavoces y puerto USB	Colegio de Enfermería de Cantabria
	Trípticos informativos Cuestionarios pre y post sesión	Ayuntamiento de Santander

FIG. 9 Recursos humanos y materiales





5.

ASPECTOS ÉTICOS

A través de la promoción y la educación para la salud, los profesionales sanitarios y otros agentes implicados, como las instituciones, pretenden establecer los medios necesarios para que las personas consigan obtener, mejorar y mantener su salud, en muchas ocasiones incidiendo sobre los diferentes estilos y hábitos de vida y sobre las conductas asociadas a los mismos.

Desde el punto de vista de la disciplina Enfermera, la evolución que esta profesión ha sufrido a lo largo de su historia moderna, ha sido un factor determinante para que los aspectos bioéticos tomen una gran relevancia en cualquiera de los ámbitos de actuación de los profesionales de Enfermería. Atrás quedó el modelo biomédico de mediados del s. XIX para dar paso a una concepción biopsicosocial de la persona (paciente) en la que nos movemos hoy día, con todo lo que este término conlleva.

Es lógico pensar, por tanto, que los valores y principios éticos deben estar presentes en la educación para la salud, en todos los niveles en que ésta se desarrolle, incluyendo las intervenciones comunitarias a nivel escolar.

En la Conferencia del Alma - Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978), se establece que la atención primaria de salud *“comprende, entre otras actividades, la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes”,* así como *“exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar”.*

Tal y como León Correa señala en su artículo *Bioética, salud pública y educación para la salud,* *“desde la bioética de protección se insiste en integrar la responsabilidad moral con la eficacia pragmática, y ambas nos llevan a respetar la pluralidad de intereses y valores que presentan las colectividades, sin imponer comportamientos que podrían infringir los derechos fundamentales de las personas, sino ofreciendo modelos de comportamiento considerados válidos desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud”.*

Según el mismo autor, *“este respeto a la autonomía o empoderamiento del sujeto agente, es el fin primordial de toda educación en salud. La atención en salud no se puede separar de la educación en salud”.*

En un trabajo de investigación cualitativa sobre este tema, Alejandrina Arratia ha analizado las implicaciones que tiene la bioética en la educación para la salud, referida de modo especial a los profesionales de Enfermería, pero con relevancia para todo el equipo asistencial. En el citado artículo de León Correa, el autor resume las conclusiones extraídas del trabajo de Arratia del siguiente modo:



“La educación para la salud es una meta primaria y la principal estrategia para promover la salud, a través de la cual se ayuda al usuario/paciente a alcanzar un estado favorable, maximizando su potencial individual. Uno de sus objetivos es abordar los problemas con diversos métodos de aprendizaje, para facilitar el autocuidado en salud: esta conducta lleva implícita una dimensión ética, que desde la perspectiva educativa, implica tener en cuenta la libre voluntad del usuario... Por lo que es necesario la consideración de diversas decisiones, que exigen una determinada preparación, conocimiento y compromiso por parte de los profesionales”, para evitar conductas autoritarias o coercitivas, por un lado, y para considerar, por otro lado, las carencias económicas, ambientales, políticas y de comportamiento de los individuos y la comunidad. Esto lleva a implementar programas educativos descontextualizados de los actuales requerimientos de la población; procesos educativos en salud que se desenvuelven en sistemas tradicionales, que favorecen la coerción por parte de los profesionales y la pasividad y la desmotivación en el usuario; procesos comunicacionales empobrecidos, en los que se observa el predominio del profesional sobre la participación del usuario/comunidad”.

“El aporte de la bioética en la educación para la salud es, precisamente, la generación de espacios de respeto por el otro, permitiendo que los usuarios crezcan y actúen en un ambiente de exigencias, con libertad y autonomía. Esto requiere planificar procesos educativos que consideren los deseos, requerimientos y preferencias de los mismos.”

Por otra parte, y centrándonos en las intervenciones concretas que se llevarán a cabo en la ejecución de este proyecto, se plantean una serie de cuestiones que deben manejarse atendiendo a lo expuesto con anterioridad, es decir, teniendo en cuenta la implicación de la bioética en nuestra intervención de EpS, que son las siguientes:

- ¿El planteamiento establecido para el desarrollo de este proyecto permite la interacción con los destinatarios de la misma?
- ¿Es un proceso de comunicación bidireccional, o posee una estructura jerárquica con carácter paternalista?
- ¿El enfoque asumido por los docentes (sanitarios) respeta el derecho de autonomía del paciente?
- ¿El proyecto se ajusta lo suficiente a la evidencia científica como para no lesionar el principio de no maleficencia?
- ¿Se han puesto en juego los recursos suficientes para mantener íntegro el principio de justicia, por ejemplo en términos de accesibilidad al proyecto?
- ¿En qué medida el suministro de determinada información puede entrar en conflicto con valores o principios morales de la esfera familiar o personal de alumnos y docentes?



6.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

La evaluación de las intervenciones tiene como fin objetivar y cuantificar su eficacia y por otra parte, detectar los puntos débiles y los posibles errores cometidos. Se realizará a dos niveles: cualitativo y cuantitativo.

✓ Evaluación cualitativa:

Se efectuará mediante la realización de un cuestionario (ANEXOII) cerrado por parte de docentes y padres y madres, que hayan asistido a la sesión específica para ellos.

✓ Evaluación cuantitativa:

La evaluación de los conocimientos teóricos de los alumnos será llevada a cabo mediante la realización, por parte de los mismos, de un cuestionario tipo test previo a la impartición de la sesión y otro posterior a la misma (ANEXOIII).

✓ Evaluación a medio plazo:

Por otra parte, resultaría interesante la posibilidad de realizar una nueva evaluación a medio-largo plazo (en los 3, 4 o 5 años posteriores a esta intervención educativa), ya que es una característica casi definitoria de este tipo de intervenciones, el hecho de que su éxito o su fracaso no pueden constatarse sino en el transcurso de períodos de tiempo relativamente largos, esto es, la EpS no siempre cuenta con efectos inmediatos, sino que se aproxima más a una carrera de fondo. Por lo tanto, deberían establecerse los mecanismos oportunos para poder llevar a cabo este tipo de evaluaciones a posteriori, avanzando así en esta disciplina, en la que en muchas ocasiones resulta complicado evaluar los resultados.

Esta evaluación se realizará salvando condicionantes como lo son la aceptación de los estudiantes, padres y docentes. En ese caso, se diseñará un pequeño proyecto a modo de muestreo.

✓ Evaluación general de la actividad (ANEXO IV)

Los siguientes capítulos quedan pendientes de desarrollo tras la finalización de la actividad como muestra piloto y su posterior ampliación, si fuera posible, a otros centros escolares.



7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al igual que los resultados, la discusión y conclusiones se elaborarán tras la realización de la actividad.





8. ANEXOS

ANEXO I. MATERIAL DIDÁCTICO

Presentación en Power-Point™ de las sesiones divulgativas dirigidas a los estudiantes de 1º y 2º Ciclo de E.S.O., así como de la sesión dirigida a padres, madres y docentes.

ANEXO II. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN / EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

	5	4	3	2	1
La realización de intervenciones de EpS en el ámbito escolar me parece necesaria y apropiada.					
Me parece interesante que los profesionales sanitarios colaboren con instituciones, docentes y familias en materia de prevención de drogodependencias.					
Considero que intervenciones como la de hoy están justificadas en nuestro entorno.					
Considero que el consumo de alcohol y otras drogas entre los jóvenes es un problema de primer orden para las familias y la sociedad en general.					
Los contenidos desarrollados en esta sesión, en general, me han parecido los oportunos.					
Determinados contenidos de los impartidos no me han parecido necesarios.					
En caso afirmativo, detalle cuál/es:					
Creo que deberían haberse desarrollado otros temas en esta sesión.					
En caso afirmativo, detalle cuál/es:					
La duración de la sesión me ha parecido suficiente (no escasa).					
Considero que la persona responsable de impartir la sesión ha sabido transmitir los mensajes y la información de manera clara y fácil de entender.					
La sesión me ha resultado amena.					
Me hubiera gustado haber realizado alguna actividad o ejercicio en el que hubiera podido participar activamente					
Considero que esta intervención me va a resultar útil desde el día de hoy y en un futuro.					
Creo que la información transmitida se ajusta a la realidad que conozco.					

Escala de graduación tipo Likert, sobre las afirmaciones contenidas en los ítems:

5= Totalmente de acuerdo; 4= Bastante de acuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

2= Poco de acuerdo; 1= Nada de acuerdo

(Disponible en documento Excel® o Power Point® para su impresión).



ANEXO III. TEST DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS (1º CICLO DE E.S.O.)

1. El sistema encargado de llevar cabo funciones de control y coordinación de todas las actividades del ser humano es:
 - a) El sistema endocrino.
 - b) El corazón.
 - c) El sistema nervioso.
 - d) La médula espinal.
2. Las neuronas son células especializadas:
 - a) Del aparato respiratorio.
 - b) De la médula espinal.
 - c) Del cerebro.
 - d) Del sistema nervioso.
3. Las partes que componen una neurona son:
 - a) Cuerpo, axón y cilios.
 - b) Cuerpo, flagelo y cilios.
 - c) Núcleo, dendritas y axón.
 - d) Cuerpo, dendritas y axón.
4. Los espacios que existen entre neuronas y que sirven para llevar a cabo la comunicación entre ellas se denominan:
 - a) Espacios neuronales.
 - b) Espacios interneuronales.
 - c) Sinapsis o espacios sinápticos.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
5. Los neurotransmisores son:
 - a) Un tipo de drogas.
 - b) Moléculas que se liberan en los espacios sinápticos.
 - c) Un tipo de corriente eléctrica.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
6. Señale la correcta:
 - a) Las neuronas tienen la capacidad de establecer conexiones nuevas entre ellas.
 - b) Las neuronas no pueden establecer conexiones nuevas entre ellas, sólo las van perdiendo con el paso del tiempo.
 - c) La capacidad de establecer nuevas conexiones perdura durante la edad adulta.
 - d) A y C son correctas.



7. Todas las drogas actúan en una región del cerebro que se denomina:
- Corteza cerebral.
 - Tálamo.
 - Sistema límbico.
 - Hipófisis.
8. El sistema límbico:
- Es el cerebro de las emociones, los afectos y la motivación.
 - Es el cerebro del pensamiento racional y creativo.
 - Controla impulsos y emociones primarias.
 - A y C son correctas.
9. En relación al alcohol, señale la correcta:
- Es una droga depresora del sistema nervioso central (SNC).
 - Su principal componente es una sustancia química denominada alcohol etílico o etanol.
 - Aumenta la liberación del neurotransmisor dopamina en el cerebro.
 - Todas las anteriores son correctas.
10. En relación al cannabis, señale la correcta:
- Su principal componente es el THC, un tipo de cannabinoide.
 - Cuando se consume cannabis, el THC se une a receptores específicos para él en nuestro sistema nervioso.
 - Al tomar cannabis, nuestro sistema cannabinoide endógeno (que es el que tenemos de manera natural), se altera y comienza a funcionar mal.
 - Todas las anteriores son correctas.
11. En una intoxicación etílica aguda, es cierto que:
- En la fase inicial existe un efecto estimulante, que produce sensación de bienestar, desinhibición, risa floja y fluidez verbal.
 - En fases posteriores aparecen los efectos sedantes, torpeza, desequilibrio, pérdida de reflejos y del autocontrol.
 - Consumir simultáneamente cannabis aumenta el efecto sedante del alcohol.
 - Todas las anteriores son correctas.



12. Señale la correcta:

- a) A medio y largo plazo el alcohol produce daños y enfermedades en prácticamente todos los aparatos y sistemas del organismo.
- b) Los efectos a largo plazo del alcohol sobre el organismo aún no se han demostrado, y no ocurren en todas las personas que beben.
- c) Beber alcohol con moderación, o hacerlo sólo los fines de semana, no es perjudicial para la salud.
- d) El único riesgo de beber es “pasarte”, porque si controlas no influye sobre la conducta (no haces nada que no quieras hacer).

13. En relación al cannabis señale la correcta:

- a) Como el cannabis es una droga alucinógena, al consumirla los sentidos se agudizan mucho más y percibes mejor la realidad que te rodea.
- b) En la primera fase tras el consumo produce un efecto estimulante, que origina sensación de euforia y bienestar, pero después aparece sedación, ansiedad y somnolencia.
- c) No es cierto que el consumo de cannabis origine trastornos psiquiátricos.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

14. Una actitud positiva o negativa en relación al consumo de drogas está influenciada por:

- a) La genética únicamente.
- b) Lo que cada persona piense y crea que más le conviene.
- c) Muchos factores, por ejemplo, la publicidad, la aceptación por parte de la sociedad, las costumbres, los modelos que tomamos como ejemplo etc.
- d) Los gustos personales de cada individuo.

15. La “autoeficacia percibida”:

- a) Es la creencia de las personas acerca de su propia capacidad para lograr determinados objetivos.
- b) Cuanto mayor sea la autoeficacia percibida de uno mismo, menor será la capacidad para llevar a cabo una determinada acción.
- c) La propia experiencia no influye para nada en la autoeficacia percibida.
- d) Autoeficacia percibida y autoestima son el mismo concepto.

16. En relación al concepto de “asertividad”, señale la correcta:

- a) Es la autoafirmación y defensa de nuestros derechos, deseos y necesidades, sin menoscabar los derechos de nuestros semejantes.
- b) Una ventaja de ser pasivo es que es difícil recibir un rechazo directo por parte de los demás.
- c) El estilo agresivo provoca la enemistad de los demás, que tienden a responder hostilmente y a alejarse.
- d) Todas las anteriores son correctas.



17. Responda verdadero o falso a las siguientes afirmaciones:

	VERDADERO	FALSO
Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.		
El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.		
Consumir alcohol hace entrar en calor y combate el frío.		
El alcohol es un alimento.		
El alcohol es bueno para el corazón.		
El alcohol facilita las relaciones sexuales.		
El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.		
El cannabis es un producto inofensivo para la salud, ya que es un producto natural. Es una droga ecológica, es la sustancia de la paz y el relax.		
Los jóvenes consumen cannabis porque está prohibido: si se legalizara se consumiría menos.		
El cannabis tiene efectos terapéuticos, por lo que no debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando.		
El consumo de cannabis puede controlarse ya que no produce adicción.		
Fumar cannabis resulta menos perjudicial que fumar tabaco.		

Test de evaluación de conocimientos teóricos (2º ciclo de E.S.O.)

- El sistema encargado de llevar cabo funciones de control y coordinación de todas las actividades del ser humano es:
 - El sistema endocrino.
 - El corazón.
 - El sistema nervioso.
 - La médula espinal.
- Las neuronas son células especializadas:
 - Del aparato respiratorio.
 - De la médula espinal.
 - Del cerebro.
 - Del sistema nervioso.



3. Las partes que componen una neurona son:
 - a) Cuerpo, axón y cilios.
 - b) Cuerpo, flagelo y cilios.
 - c) Núcleo, dendritas y axón.
 - d) Cuerpo, dendritas y axón.

4. Los espacios que existen entre neuronas y que sirven para llevar a cabo la comunicación entre ellas se denominan:
 - a) Espacios neuronales.
 - b) Espacios interneuronales.
 - c) Sinapsis o espacios sinápticos.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.

5. Los neurotransmisores son:
 - a) Un tipo de drogas.
 - b) Moléculas que se liberan en los espacios sinápticos.
 - c) Un tipo de corriente eléctrica.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.

6. Señale la correcta:
 - a) Las neuronas tienen la capacidad de establecer conexiones nuevas entre ellas.
 - b) Las neuronas no pueden establecer conexiones nuevas entre ellas, sólo las van perdiendo con el paso del tiempo.
 - c) La capacidad de establecer nuevas conexiones perdura durante la edad adulta.
 - d) A y C son correctas.

7. Todas las drogas actúan en una región del cerebro que se denomina:
 - a) Corteza cerebral.
 - b) Tálamo.
 - c) Sistema límbico.
 - d) Hipófisis.

8. El sistema límbico:
 - a) Es el cerebro de las emociones, los afectos y la motivación.
 - b) Es el cerebro del pensamiento racional y creativo.
 - c) Controla impulsos y emociones primarias.
 - d) A y C son correctas.



9. En relación al alcohol, señale la correcta:

- a) Es una droga depresora del sistema nervioso central (SNC).
- b) Su principal componente es una sustancia química denominada alcohol etílico o etanol.
- c) Aumenta la liberación del neurotransmisor dopamina en el cerebro.
- d) Todas las anteriores son correctas.

10. En relación al cannabis, señale la correcta:

- a) Su principal componente es el THC, un tipo de cannabinoide.
- b) Cuando se consume cannabis, el THC se une a receptores específicos para él en nuestro sistema nervioso.
- c) Al tomar cannabis, nuestro sistema cannabinoide endógeno (que es el que tenemos de manera natural), se altera y comienza a funcionar mal.
- d) Todas las anteriores son correctas.

11. En una intoxicación etílica aguda, es cierto que:

- a) En la fase inicial existe un efecto estimulante, que produce sensación de bienestar, desinhibición, risa floja y fluidez verbal.
- b) En fases posteriores aparecen los efectos sedantes, torpeza, desequilibrio, pérdida de reflejos y del autocontrol.
- c) Consumir simultáneamente cannabis aumenta el efecto sedante del alcohol.
- d) Todas las anteriores son correctas.

12. Señale la correcta:

- a) A medio y largo plazo el alcohol produce daños y enfermedades en prácticamente todos los aparatos y sistemas del organismo.
- b) Los efectos a largo plazo del alcohol sobre el organismo aún no se han demostrado, y no ocurren en todas las personas que beben.
- c) Beber alcohol con moderación, o hacerlo sólo los fines de semana, no es perjudicial para la salud.
- d) El único riesgo de beber es “pasarte”, porque si controlas no influye sobre la conducta (no haces nada que no quieras hacer).

13. En relación al cannabis señale la correcta:

- a) Como el cannabis es una droga alucinógena, al consumirla los sentidos se agudizan mucho más y percibes mejor la realidad que te rodea.
- b) En la primera fase tras el consumo produce un efecto estimulante, que origina sensación de euforia y bienestar, pero después aparece sedación, ansiedad y somnolencia.
- c) No es cierto que el consumo de cannabis origine trastornos psiquiátricos.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.



14. Una actitud positiva o negativa en relación al consumo de drogas está influenciada por:
- La genética únicamente.
 - Lo que cada persona piense y crea que más le conviene.
 - Muchos factores, por ejemplo, la publicidad, la aceptación por parte de la sociedad, las costumbres, los modelos que tomamos como ejemplo etc.
 - Los gustos personales de cada individuo.
15. La “autoeficacia percibida”:
- Es la creencia de las personas acerca de su propia capacidad para lograr determinadas objetivos.
 - Cuanto mayor sea la autoeficacia percibida de uno mismo, menor será la capacidad para llevar a cabo una determinada acción.
 - La propia experiencia no influye para nada en la autoeficacia percibida.
 - Autoeficacia percibida y autoestima son el mismo concepto.
16. En relación al concepto de “asertividad”, señale la correcta:
- Es la autoafirmación y defensa de nuestros derechos, deseos y necesidades, sin menoscabar los derechos de nuestros semejantes.
 - Una ventaja de ser pasivo es que es difícil recibir un rechazo directo por parte de los demás.
 - El estilo agresivo provoca la enemistad de los demás, que tienden a responder hostilmente y a alejarse.
 - Todas las anteriores son correctas.
17. Uno de sus amigos/as ha consumido alcohol y se encuentra mal: tiene náuseas, palidez, no puede caminar bien, no responde adecuadamente a las preguntas... ¿qué actuación debe seguirse?:
- Darle de beber un café bien cargado con sal.
 - Intentar provocarle el vómito, vigilar que no pierda el conocimiento y avisar.
 - Evitar que se deshidrate dándole bebidas azucaradas en pequeñas cantidades.
 - B y C son correctas.
 -
18. Uno de sus amigos/as ha consumido alcohol y de pronto pierde el conocimiento (no responde cuándo se le habla ni al abofetearle la cara), ¿qué debe hacer?
- Salir corriendo en busca de un médico, aunque lo dejemos en cualquier lugar y de cualquier modo (tirado en medio de una calle, por ejemplo).
 - Colocarle boca arriba para que la vía respiratoria esté más abierta y avisar al 061 o al 112.



- c) Proteger de los peligros que pueda haber alrededor, a usted mismo y a su amigo/a, avisar al 061 o al 112 y colocarlo en posición lateral de seguridad, controlando la respiración y abrigándolo con una manta o ropa de abrigo.
- d) Avisar al 061 o al 112 y mientras acuden intentar provocarle el vómito, con el fin de que el alcohol que ha ingerido no le haga más daño.

19. Responda verdadero o falso a las siguientes afirmaciones:

	VERDADERO	FALSO
Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.		
El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.		
Consumir alcohol hace entrar en calor y combate el frío.		
El alcohol es un alimento.		
El alcohol es bueno para el corazón.		
El alcohol facilita las relaciones sexuales.		
El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte		
El cannabis es un producto inofensivo para la salud, ya que es un producto natural. Es una droga ecológica, es la sustancia de la paz y el relax.		
Los jóvenes consumen cannabis porque está prohibido: si se legalizara se consumiría menos.		
El cannabis tiene efectos terapéuticos, por lo que no debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando.		
El consumo de cannabis puede controlarse ya que no produce adicción.		
Fumar cannabis resulta menos perjudicial que fumar tabaco.		

(Disponibles en documento de Word® para su impresión).



ANEXO IV. EVALUACIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

Estructura	Proceso	Resultados	Observaciones
Recursos: <ul style="list-style-type: none"> Humanos (1) Físicos (2) Organizativas (3) 	Monitorización de la actividad <ul style="list-style-type: none"> Nº de sesiones/previstas. Tema de las sesiones. Contenido de las actividades (4) 	Eficiencia = efectividad en relación al coste <ul style="list-style-type: none"> Nº de personas Efectividad de la intervención (5) Coste/beneficio (efectos) (6) Coste/utilidad (7) 	
Notas:	Notas:	Notas:	

(1) Recursos humanos: nº de profesionales, competencia y formación del profesional.

(2) Recursos físicos: instalaciones y materiales.

(3) Recursos organizativos: distribución del trabajo, accesibilidad para los usuarios.

(4) Contenido de las actividades: procedimiento de cada actividad con el fijado con anterioridad, indicar los contenidos y si se han logrado.

(5) Resultados en relación con los objetivos, ¿se han logrado?

(6) Expresa si los beneficios obtenidos exceden a los costes del programa (opiniones profesionales) (el coste se refiere al monetario).

(7) Beneficios percibidos de forma subjetiva por los individuos: individuales e institucionales.



ANEXO V. DÍPTICO DIVULGATIVO PARA LOS ESTUDIANTES

¿DEJARÁS QUE TE DIGAN LO QUE TIENES QUE HACER?

- ✓ **DECIDE** por **TI MISMO**, tú sabes mejor que nadie lo que es bueno para ti.
- ✓ ¿De verdad crees que alguien puede "pillarse" por ti si siempre que te ve estás colodad@? ¡Deja que te conozcan **TAL Y COMO ERES** en realidad!
- ✓ Tomar drogas no te hace más "guay", lo que **MARCA LA DIFERENCIA** es tu personalidad.
- ✓ ¿Te gustaría comer lo mismo todos los días? Entonces, ¿por qué hacer lo mismo todos los "findes"? ¡**CAMBIA DE PLANES** de vez en cuando!

PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS EN ADOLESCENTES



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA



YO TAMBIÉN HE HECHO UNA DE ESTAS 20 ESTUPIDECES...

1. Que se me caiga el chicle de la boca cuando estoy hablando.
2. Salir con la etiqueta de la ropa a la calle.
3. Fumar porros porque algunos de mis colegas lo hacen.
4. Tirar la cuchara a la basura y el yogurt al fregadero.
5. Saludar a alguien, darme cuenta de que me equivoqué y mirar a otro lado disimuladamente...
6. Salir el sábado para beberme dos botellas de calimocho y cuatro tequilas, perder el conocimiento, vomitar y hacer el ridículo.
7. Sacar el móvil del bolsillo, mirar qué hora es, guardar el móvil en el bolsillo... ¡y ni idea de qué hora es!
8. Acordarme de algo cuándo voy sol@ por la calle, empezar a reirme y que la gente se me quede mirando.
9. Subirme en el coche de alguien que está borracho@ o colodad@ porque así me creo más mayor que los "pringados" de mi clase.
10. Ir corriendo por el pasillo y golpearme el dedo pequeño del pie con el marco de la puerta.
11. Abandonar mis estudios y ponerme a trabajar para ganar "pastá" y poder salir de fiesta todo lo que quiera... y 5 años después pensar: ¿por qué no seguí estudiando?



12. Empezar a fumar porque mis amigas también lo hacen.
13. Ir caminando por la calle, tropezar y seguir andando como si no hubiera pasado nada.
14. Infectarme con el VIH porque tuve relaciones sexuales con un chico un sábado de "pedo" sin usar condón.
15. Meter el móvil en el bolsillo, ir al baño y... ¡cloc! Adiós móvil.
16. Salir todos los "findes" a hacer botellón aunque no me apetezca y prefiera ver el partido o una peli.
17. Tardar 5 minutos en taparme con la manta y dejarme el mando encima de la mesa.
18. Competir con mis amigos a ver quién aguanta más bebiendo para ser el más "gallo" y acabar ingresado en el hospital.
19. Hacer caso de las páginas para saber quién visita mi perfil aún sabiendo que ninguna funciona.
20. Fumar marihuana porque todo el mundo "sabe" que es mejor que fumar tabaco.



ANEXO VI. DÍPTICO DIVULGATIVO PARA PADRES / MADRES / DOCENTES.

SIGNOS DE ALARMA

- Cambio brusco en el cuidado personal y el humor.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida de peso o apetito excesivo.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Tendencia a aislarse en su habitación.
- Disminución de la comunicación verbal y afectiva.
- Aumento en la demanda de dinero, sospecha de pequeños hurtos.
- Empobrecimiento del vocabulario.
- Abandono de aficiones e intereses.
- Abandono del círculo de amistades habitual.
- Pérdida de responsabilidad.

¡ NO PASES PALABRA !

Prevención de consumo de alcohol y cannabis en adolescentes y pre-adolescentes



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

