Salud en la Escuela

Guía para la comunidad educativa

Departamento de Salud del Estudiante, Junaeb

JUNAEB. TU EDUCACIÓN ES NUESTRO COMPROMISO

JUNAEB
Ministerio de Educación
Gobierno de Chile

Salud en la Escuela

Guía para la comunidad educativa

Departamento de Salud del Estudiante, Junaeb

JUNAEB. TU EDUCACIÓN ES NUESTRO COMPROMISO

JUNAEB
Ministerio de Educación
Gobierno de Chile

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTUDIANTE,
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS, JUNAEB, 2017.

Teléfonos:
+56 226300521
6006600400
https://www.junaeb.cl/

PRODUCCIÓN - TEXTOS - EDICIÓN

Florencia A. González Zúñiga. *Periodista - Enfermera. Profesional Departamento de Salud del Estudiante, Junaeb.*

María Alejandra Vidal Jaramillo. *Terapeuta Ocupacional. Encargada Nacional del Programa de Servicios Médicos. Departamento de Salud del Estudiante, Junaeb.*

Andrea A. Weitz Salazar. *Odontóloga. Encargada Nacional del Programa Salud Oral. Departamento de Salud del Estudiante, Junaeb.*

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Departamento de Salud del Estudiante Junaeb:

Equipo Habilidades para la Vida.

Equipo Servicios Médicos.

Equipo Salud Oral.

Equipo Psicosocial.

Paz Castillo F. *Nutricionista, Programa de Alimentación Escolar, Junaeb.*

Andrea Vio T. *Nutricionista, Departamento de Planificación, Control de Gestión y Estudios, Junaeb.*

AGRADECIMIENTOS

El Departamento de Salud del Estudiante agradece el valioso aporte realizado por:

Dra. Natalia Tamblay N. *Otorrinolaringóloga, Departamento Ciclo Vital, DIPRECE. Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud.*

Dr. Fernando Barría V. B. *Oftalmólogo. Servicio de Oftalmología, Hospital Regional de Concepción. Comité de Prevención de la Ceguera de la Asociación Panamericana de Oftalmología.*

Francisca Mansilla J. *Fonoaudióloga. Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.*

El uso de lenguaje que no reproduzca esquemas discriminatorios entre hombres y mujeres -y personas masculinas y femeninas- es una de las principales preocupaciones de Junaeb; sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas acerca de la manera de hacerlo en idioma español. En tal sentido -y para evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar "o/a; los/las" y otras formas sensibles al género neutro- se ha optado por usar, en algunos casos, la forma masculina en su tradicional acepción genérica, en el entendido que es de utilidad para hacer referencia tanto a hombres como mujeres y a personas masculinas y femeninas.

Índice

1. SALUDO INSTITUCIONAL 5
2. INTRODUCCIÓN 8
3. PROMOCIÓN DE LA SALUD 10
4. SALUD ESCOLAR 14
5. SALUD DEL SISTEMA LOCOMOTOR 18
6. SALUD VISUAL 32
7. SALUD AUDITIVA 44
8. SALUD BUCAL 56
9. SALUD MENTAL 74
10. SALUD Y RECREACIÓN: PROMOVIENDO LA CONVIVENCIA 88
11. SALUD Y SEXUALIDAD 96
12. SALUD, HIGIENE E INMUNIDAD 100
    - El lavado de manos 101
    - Las vacunas para mantener la salud 104
    - Enfermedades de notificación obligatoria, ENO 106
    - Piojos de la cabeza o Pediculosis Capitis 107
    - Sarna o Escabiosis 110
13. SALUD Y NUTRICIÓN 112
14. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, ECNT 132
15. ESTADO NUTRICIONAL – ANTROPOMETRÍA 140
16. OFERTA PROGRAMÁTICA DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTUDIANTE, JUNAEB 166
    - Programa de Servicios Médicos, SS.MM. 167
    - Programa de Salud Oral, PSO 176
    - Programa Habilidades para la Vida, HpV 181
    - Programas Psicosociales 185
17. BIBLIOGRAFÍA 194

1

Estimados Profesores y Profesoras, miembros de la Red Colaboradora de Junaeb:

En sus 53 años de vida, Junaeb se ha consolidado como una plataforma de bienestar para millones de estudiantes y sus familias, acompañándolos desde su ingreso al sistema hasta la educación superior. Lo que en sus inicios se focalizaba en la entrega de alimentación, hoy es un modelo reconocido internacionalmente por su integralidad a través de programas y servicios que se orientan a acortar brechas de desigualdad, con el fin de permitir que niños, niñas y jóvenes puedan estudiar sin obstáculos de ningún tipo, y puedan hacer efectivo el derecho a educación.

El Departamento de Salud de Junaeb ha logrado transformar la vida de millones de estudiantes y sus familias. Ejemplo de ello es que, niños y niñas que tenían dificultades en su rendimiento, accedieron a recibir la atención adecuada y avanzaron con éxito en su trayectoria académica.

Lo anterior, es consecuencia de un trabajo coordinado con la Red pública de Salud para atender de manera oportuna y especializada a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y de esta manera, acortar brechas de desigualdad permitiendo el acceso a la salud.

Hoy, ponemos a disposición de profesoras, profesores y de toda la red colaboradora y equipos de Junaeb, esta nueva actualización del Manual del Departamento de Salud del Estudiante, el que tiene como objetivo orientarlos en su trabajo diario y entregar una mejor calidad de servicio para los niños, niñas y jóvenes de Chile.

Junaeb, existe para que la educación no sea un privilegio y para que las políticas del Gobierno, a través del Ministerio de Educación, se materialicen para todas y todos, sin distinción. En medio de la Reforma Educacional, Junaeb tiene un papel protagónico que nos desafía a multiplicar los esfuerzos. No podemos transar la calidad ni la oportunidad. El futuro de millones de estudiantes y sus familias depende de nuestro trabajo, y a ellos nos debemos.

Jaime Tohá Lavanderos
Director Nacional Junaeb

Salud en la Escuela

Departamento de Salud–Junaeb

Niveles de Intervención

Apoyo a la Trayectoria Educativa

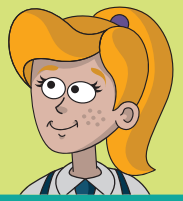
NIVEL 3
Tratamiento y Vigilancia

- Servicios Médicos
- Salud Oral

NIVEL 2
Pesquisa – Prevención

- Servicios Médicos
- Salud Oral
- Habilidades para la Vida
- Psicosocial

NIVEL 1
Promoción – Educación



- Servicios Médicos
- Salud Oral
- Habilidades para la Vida
- Psicosocial

Red de Actores

Departamento de Salud-Junaeb

2 Introducción

El recurso más importante en el que debe invertir un país para su desarrollo futuro es la infancia. Así queda estipulado en 1990 cuando la Convención de los Derechos del Niño, uno de los Derechos Humanos más ratificado en la historia, también por Chile, cambia el concepto de infancia al reconocer que las personas menores de 18 años son sujetos de derecho, que merecen protección y atención, y le pone carácter de respeto obligatorio a los países firmantes.

Dentro de sus 54 artículos, la Convención habla del derecho a la educación y cómo debe desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental de niñas y niños, enseñándoles a respetar su cultura y la de los demás; también de protegerlos de todo tipo de discriminación y del derecho al más alto nivel de salud.[1]

Estos conceptos son el foco del trabajo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junaeb, institución que desde 1964, es la encargada de generar las condiciones para que las y los estudiantes puedan acceder y mantenerse en el sistema educacional, desde el nivel preescolar hasta la educación superior, apoyando la superación de desventajas sociales, económicas, psicológicas y/o biológicas, para que completen con éxito su formación en igualdad de condiciones.

En este camino, a partir del año 1992, Junaeb retoma de manera integral su rol en la salud desde el Ministerio de Educación, aprovechando las salas de clases como un

espacio para la prevención y tratamiento de patologías u otras situaciones de salud que pueden afectar el desempeño de los estudiantes. Para ello, implementa el Programa de Salud Escolar bajo el alero del Proyecto de Mejoramiento de la Equidad y Calidad de la Educación (MECE) del Mineduc, con el objetivo de otorgar atención integral e inclusiva a los estudiantes en el ámbito visual, auditivo y postural a través del Programa de Servicios Médicos.

Más tarde, se fueron incorporando, de manera progresiva, otras áreas para conformar el actual Departamento de Salud del Estudiante (DSE), que incluye los Programas de Salud Oral, Habilidades para la Vida y Psicosocial.

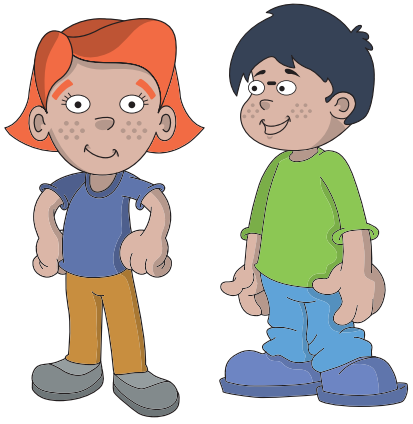
El crecimiento en cobertura en estos 25 años ha sido exponencial: de 48 mil estudiantes atendidos en 1992, a más de 1 millón 600 mil niños, niñas y jóvenes que reciben los servicios de Junaeb en la actualidad.

En su ejecución, el Departamento de Salud del Estudiante de Junaeb, se constituye a lo largo del país a través de una estructura conformada por actores regionales, comunales y, en especial, educadoras de párvulos, profesoras y profesores, vitales en los procesos que van desde la pesquisa a la vigilancia, y en la compañía permanente de estudiantes y sus familias.

Este diseño de trabajo en red, contiene nodos que pertenecen y potencian a la red nacional, inter y multisectorial, formada por instituciones de salud pública y privada, organismos estatales, no gubernamentales, profesionales y universitarios, entre muchos otros.

En el cumplimiento de los objetivos, los contenidos desarrollados en este Manual pretenden ser un aporte al trabajo cotidiano de esta red, al tratar temáticas de salud comunes en niñas, niños y adolescentes durante la etapa escolar, varias de las cuales son parte de los Programas del Departamento de Salud del Estudiante y se detallan en el último capítulo.

El abordaje de los temas busca potenciar la Promoción y Educación de la Salud, avanzar en la Prevención de Enfermedades y Pesquisa Temprana, y en el Tratamiento Precoz y Evaluación Posterior, cuando algún problema ya se ha presentado, como una forma de contribuir con información y acciones concretas que incidan directamente en el bienestar de la población infantil más vulnerable y su desarrollo futuro.



3 Promoción de la Salud

La historia de la salud y del control de las enfermedades en Chile, se remonta a la medicina aborigen y sus prácticas mágicas, religiosas y empíricas (producto de la experiencia), y a la medicina europea medieval, traída por los conquistadores, cargada de supersticiones e influencias religiosas. Dos formas de hacer y dos miradas de mundo difíciles de congeniar, que provocó grandes mortandades, en particular, de la población indígena frente a la transmisión de enfermedades originadas en el Viejo Mundo. [1]

La **promoción de la salud** constituye una estrategia fundamental que entrega herramientas al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida y entornos saludables. [2]

> ***"Las condiciones sociales en que las personas viven, influyen fuertemente en sus posibilidades de tener buena salud. La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la vivienda inadecuada, la inseguridad alimentaria, las condiciones poco saludables en la infancia y la falta de trabajo, determinan la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en materia de salud entre los países y en un mismo país".*** [3]

Para el Ministerio de Salud (Minsal), **la Promoción de la Salud** es una estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad, para modificar las condicionantes de salud y mejorar la calidad de vida.

Promover, prevenir, educar en salud

Chile ha experimentado, desde mediados del siglo pasado hasta la fecha, cambios demográficos y urbanísticos trascendentales que han influido en los estilos de vida y hábitos de las personas, con importantes variaciones epidemiológicas. Elementos que se reproducen al interior de las escuelas, que son como espacios analógicos más pequeños de lo que acontece en la sociedad.

Transición demográfica:

Características generales:

- Disminución significativa de la población menor de 15 años.
- Aumento de la población mayor de 65 años.
- Disminución total de la mortalidad infantil.
- Descenso en las tasas de fertilidad total y de natalidad bruta.
- Mayor esperanza de vida por sobre los 75 años.

Transición Urbanística:

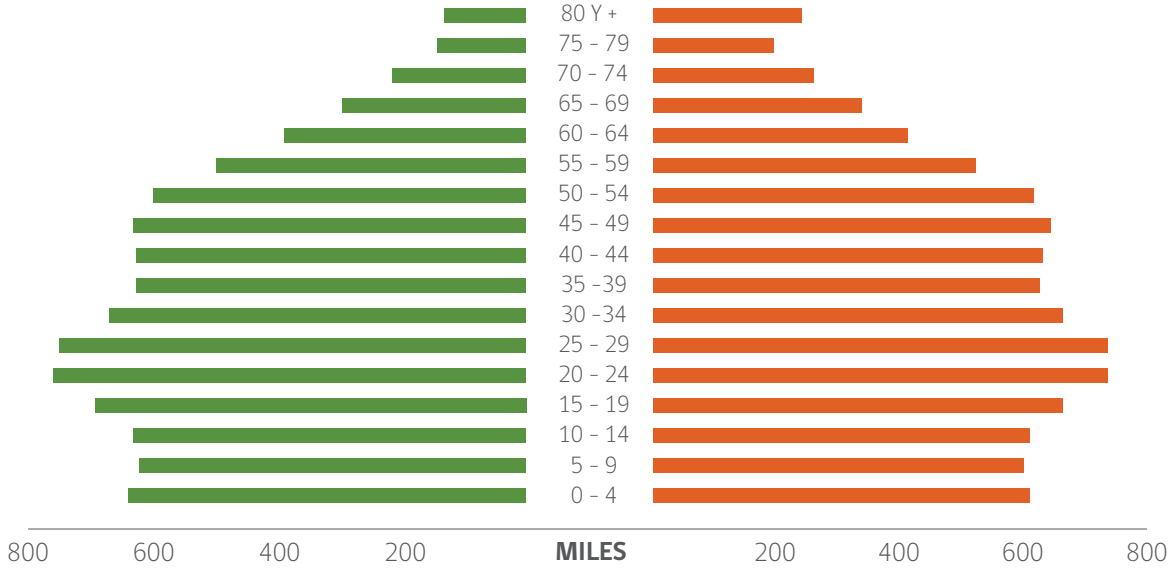
Caracterizada por la gran movilidad para vivir en las ciudades.

- **Efectos positivos**: más acceso al agua potable y alcantarillado, a la alfabetización, a la vivienda y a los servicios de salud.
- **Efectos negativos**: cambios en los estilos de alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas; contaminación ambiental; aumento de los problemas de salud mental. **Factores directamente relacionados con el aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)**.

Transición Epidemiológica:

A mediados del siglo XX, la **desnutrición infantil** constituye una preocupación importante de la salud pública en Chile, como también lo fue la mortalidad materna, la baja expectativa de vida y las enfermedades infecciosas, todo lo cual ha sido controlado, en su mayoría, con la implementación de diversos programas y acciones permanentes de **Promoción, Prevención y Educación para la Salud.**

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE CHILE, INE 2014



"Varios factores se han relacionado con la prevención y erradicación de la desnutrición infantil: distribución de agua potable y saneamiento ambiental, alfabetización de la mujer, tratamiento de las patologías prevalentes (diarrea, deshidratación, infecciones respiratorias), promoción de la lactancia materna y de una adecuada alimentación complementaria, vacunación oportuna, control del crecimiento y desarrollo y participación de la comunidad en la atención primaria". [4]

La erradicación de la desnutrición en Chile se logró entre los años 1960 y 2000, labor histórica en la que destacó el Dr. Fernando Monckeberg, Premio Nacional de Medicina 2012, junto a muchos/as profesionales de la salud y la educación.

El Programa Nacional de Inmunizaciones o Vacunas, instaurado en 1978, también fue y sigue siendo una medida de Promoción y Prevención fundamental para controlar la morbilidad (cantidad de personas que se enferman) y mortalidad (cantidad de personas que se mueren) a causa de enfermedades inmunoprevenibles y, sobre todo, la mortalidad infantil.

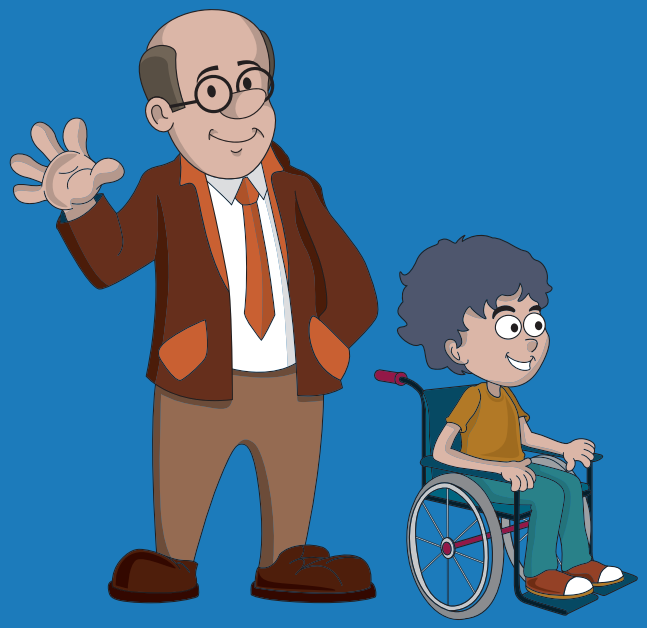
Entre otras están: la erradicación de la Viruela (1959), de la Poliomielitis (1975), la eliminación del Sarampión (1992) y de todos los daños secundarios y secuelas que prolongaban los efectos de las enfermedades no sólo en las personas sino que también en el país.

Hoy, la epidemiología ha cambiado trasladándose al otro extremo, el de la **obesidad, el sobrepeso, la vida sedentaria, los malos hábitos de alimentación, con aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)** como muestra la Encuesta Nacional de Salud 2010 y el Mapa Nutricional 2016, de Junaeb. Problemas que, en su mayoría, están asociados con estilos de vida que suelen adquirirse temprano en la infancia o en la adolescencia, de ahí la importancia de modificar los hábitos malos y potenciar los buenos, en particular, en la edad escolar.

Actualmente, "los problemas de salud pública que enfrenta Chile, son una compleja mezcla entre aquellos que presentan los países desarrollados y aquellos derivados de la inequidad. Estos dos mundos además cohabitan en una mixtura desafiante, donde parece no haber solución sin la coordinación e integración de salud con otros sectores" (Minsal 2013).

"12 Consejos para Gozar de Buena Salud". Organización Mundial de la Salud, OMS.

4 Salud Escolar



En la etapa escolar, las niñas y niños están en un período fundamental de la vida, en el que potencian su desarrollo intelectual, consolidan sus capacidades físicas, aprenden los modos de relacionarse con los demás y aceleran la formación de su identidad y su autoestima.

La Salud Escolar, es una instancia que permite entregar las mejores condiciones para que niños, niñas y adolescentes puedan acceder y permanecer en la escuela, disfrutando de una educación de calidad que les permita alcanzar el máximo de sus capacidades para contribuir integralmente al desarrollo de la comunidad, y evitar cualquier forma de discriminación o maltrato en el contexto educativo. [(1), (2)]

"Las experiencias en esos primeros años afectan la estructura y funcionamiento del cerebro y la vida psíquica, que dependen de la interacción entre factores genéticos y del medio ambiente, así como de la nutrición, los contactos, las caricias, las palabras, las interacciones y las experiencias". [(3)]

Sin embargo, condiciones de inequidad y discriminación basadas en el género, clase social, etnias, migrantes, orientación sexual, situaciones de discapacidad u otras, pueden complicar el acceso igualitario y generar efectos dañinos en el desarrollo biopsicosocial en la niñez y mantenerse como problemáticas en la edad adulta.

La Salud Escolar, entonces, favorece la igualdad en el acceso a la actividad educativa, la equidad en la permanencia y la inclusión en el más amplio sentido.

¿Por qué en la escuela?

Porque la escuela y los escolares son un lugar y un grupo etáreo privilegiados para desarrollar acciones de salud con gran cobertura. Los y las estudiantes, así como toda la comunidad educativa, son una población cautiva, de fácil seguimiento en el tiempo, lo que permite medir el impacto de las intervenciones que se desarrollan para encauzarlas y/o modificarlas.

La escuela es un espacio protector por excelencia, después de la familia, donde se contribuye a garantizar el desarrollo pleno de los derechos de niños, niñas y adolescentes, contribuyendo a que los vínculos allí establecidos, tanto en sus grupos de pares como con sus profesores, sean una forma de aprendizaje respecto a cómo se establecen relaciones de colaboración y bienestar.

Es el espacio donde los profesores y profesoras pueden pesquisar las necesidades biopsicosociales de sus estudiantes; realizar actividades de Promoción, Pesquisa temprana y colaborar en estimular a niños y niñas para que sigan al "pie de la letra" los Tratamiento y Controles. Además de vincular los contenidos de cuidados de la salud con los contenidos curriculares.

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, la finalidad de las Escuelas Promotoras de la Salud es crear condiciones favorables para que las nuevas generaciones adquieran los conocimientos y las destrezas que les permitan cuidar y mejorar su salud, la de sus familias y comunidades, a través de la aplicación de los principios de la **promoción de la salud** en los espacios donde aprenden, disfrutan, conviven y trabajan.

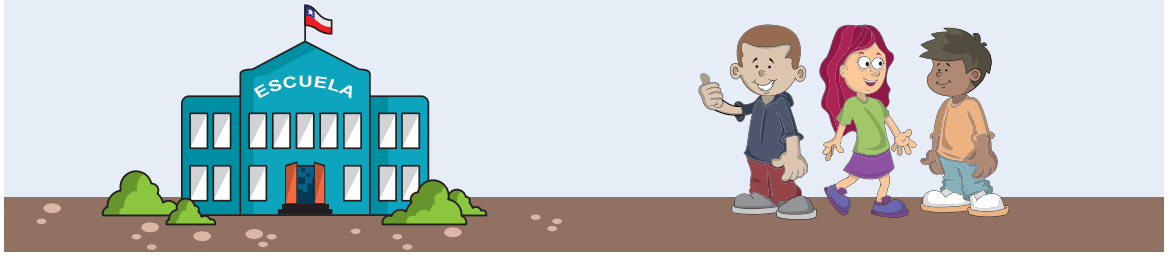
La OMS lanzó las Escuelas Prom otoras de Salud en 1995, en relación con lo establecido en la Carta de Ottawa de 1986.

"La educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a sacar gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano", **Margaret Chan, Directora General de la OMS 2013 – 2017.**

Profesores y Profesoras

Para poder Promover y Prevenir recuerden tener siempre una ficha actualizada de cada estudiante, que contenga, al menos:

- **Antecedentes familiares generales y de salud.**
- **Antecedentes Personales y de Salud del niño, niña, adolescente.**
- **Tratamientos que se esté realizando.**
- **Carné de Vacunas al día.**
- **Medicamentos o remedios que esté tomando y cuidados a considerar.**
- **¿Ingiere alguna alimentación o colación especial?**
- **¿Hay actividades que no pueda realizar o que requiera autorización médica?**
- **Tiene algún tipo de alergias.**
- **¿Otra información a entregar no consultada?**



La Salud Escolar: Hitos Relevantes de su Historia

- **1872:** decreto que hizo obligatoria la Enseñanza de la Higiene en los Colegios Fiscales.

- **1886:** ley que establece las "Policías Sanitarias".

- **1887:** Ley de la Vacuna Obligatoria y la Ordenanza General de Salubridad, que estableció una Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en estas materias.

- **1892:** ley que constituye el Consejo Superior de Higiene Pública, que estableció la Comisión de Instrucción Primaria, que debía fiscalizar la Higiene de las Escuelas.

- **Finales del siglo XIX,** fuerte Ideología Higienista en los primeros Servicios Sanitarios.

- 1898: se creó el cargo de Inspector Médico Escolar que recayó en la Dra. Eloísa Díaz. Desde su rol impulsa:
  - *Servicio Médico – Dental*
  - *Jardines Infantiles*
  - *Colonias Escolares*
  - *Policlínicos*

- **1906:** la Doctora Díaz publica su libro: "La Alimentación de los niños pobres en las Escuelas Públicas".

- **1911:** la Dra. Eloísa Díaz ejerce la Dirección del Servicio Médico Escolar de Chile, donde impulsa iniciativas como el desayuno escolar, la lucha contra el alcoholismo y la vacunación masiva.

  Servicio Médico Escolar comprendía:

  - *Un examen a los estudiantes primarios.*
  - *Profilaxis (prevención) de las enfermedades prevenibles entre los estudiantes.*
  - *Obtención de facilidades para tratamiento de escolares enfermos e indigentes.*
  - *Examen físico del profesorado primario y entrega de licencias para enfermos.*
  - *Inspección de los edificios escolares.*
  - *Educación higiénica a profesores y estudiantes.*
  - *Desayuno Escolar: desnutrición y raquitismo principales amenazas para los escolares.*

- **1915:** se funda la Junta de Beneficencia Escolar para que menores indigentes asistiesen a las escuelas públicas.

- **Hasta 1928:** las prestaciones médicas en las escuelas estuvieron a cargo del Instituto de Salud Escolar dependiente del Ministerio de Educación.

- **Entre 1930 y 1970,** dependen de cada provincia y establecimiento educacional.

- **1952:** Ley 10.383 crea el Servicio Nacional de Salud, SNS, responsable del fomento y protección de la salud y de las prestaciones médicas.

- **1962:** Ley 14.908 establece la obligación de los padres en la crianza de sus hijos.

- **1964:** Decreto de Ley 15.720 crea la Junta de Auxilio Escolar y Becas, Junaeb. En esa época, se pesquisaba en los colegios a estudiantes con problemas visuales y posturales, además de realizar Salud Oral y Colonias Escolares que son los Campamentos actuales.

- **1968:** Código Sanitario asegura atención médico-preventiva y dental para los estudiantes de establecimientos fiscales a través del SNS.

- **1973:** creación del Seguro de Accidentes Escolares.

- **1991-92:** Junaeb implementa el Programa de Salud Escolar bajo el alero del Proyecto de Mejoramiento de la Equidad y Calidad de la Educación (MECE) del Ministerio de Educación (Mineduc) para pesquisar y tratar problemas de salud relacionados con rendimiento escolar. Otorga atención completa a escolares con problemas visuales, auditivos y de columna a través de screening, diagnóstico, exámenes, tratamiento y control médico. Se reinstala también el Programa de Salud Oral.

- **1995:** la Organización Mundial de la Salud, OMS, lanza las Escuelas Promotoras de Salud, que renuevan el vínculo salud-educación para articular, en conjunto, programas de salud escolar: de prevención, protección y educación para la salud, en la idea de "generar condiciones estables en el tiempo que promuevan estilos de vida saludables en el entorno educacional".

- **Finales de los 90:** Salud Escolar de Junaeb incorpora, de manera progresiva, Habilidades para la Vida, HpV I, y más tarde, HpV II, que actualmente atienden estudiantes desde Educación Parvularia a 8° Básico. Programa que junto a Salud Oral y Servicios Médicos, conforman desde el 2002 el Departamento de Salud del Estudiante (DSE) de Junaeb.

- **2010:** se suma al DSE la Unidad de Psicosocial, que reúne los Programas de Campamentos (anteriores Colonias), Escuelas Saludables para el Aprendizaje que funcionan desde 1996, Escuelas Abiertas y Actividades Recreativo Culturales.

- **2017:** el Programa HpV comienza su extensión a Enseñanza Media.

- **2017:** la Unidad de Psicosocial suma a su oferta programática, Recreos Entretenidos.

5 Salud del Sistema Locomotor

Al igual que la locomotora con todo el tren, el Aparato Locomotor humano mueve y traslada toda nuestra estructura de un lugar a otro.

Es nuestra propia locomoción. Está formado por los Huesos, las Articulaciones y los Músculos los que en conjunto logran el movimiento.

Revisemos cada uno para poder prevenir y pesquisar mejor.

1.– Sistema Óseo o Esqueleto:

- Son 206 huesos desde la cabeza hasta los pies.
- Los recién nacidos tienen cerca de 300, algunos se unen con el tiempo, por eso disminuyen en cantidad.
- Hay huesos largos, cortos, planos y de diferentes tamaños.
- El más largo es el Fémur en el muslo y el más pequeño el Estribo en el oído, que mide un par de milímetros.

¿Por qué tenemos que cuidar los huesos?

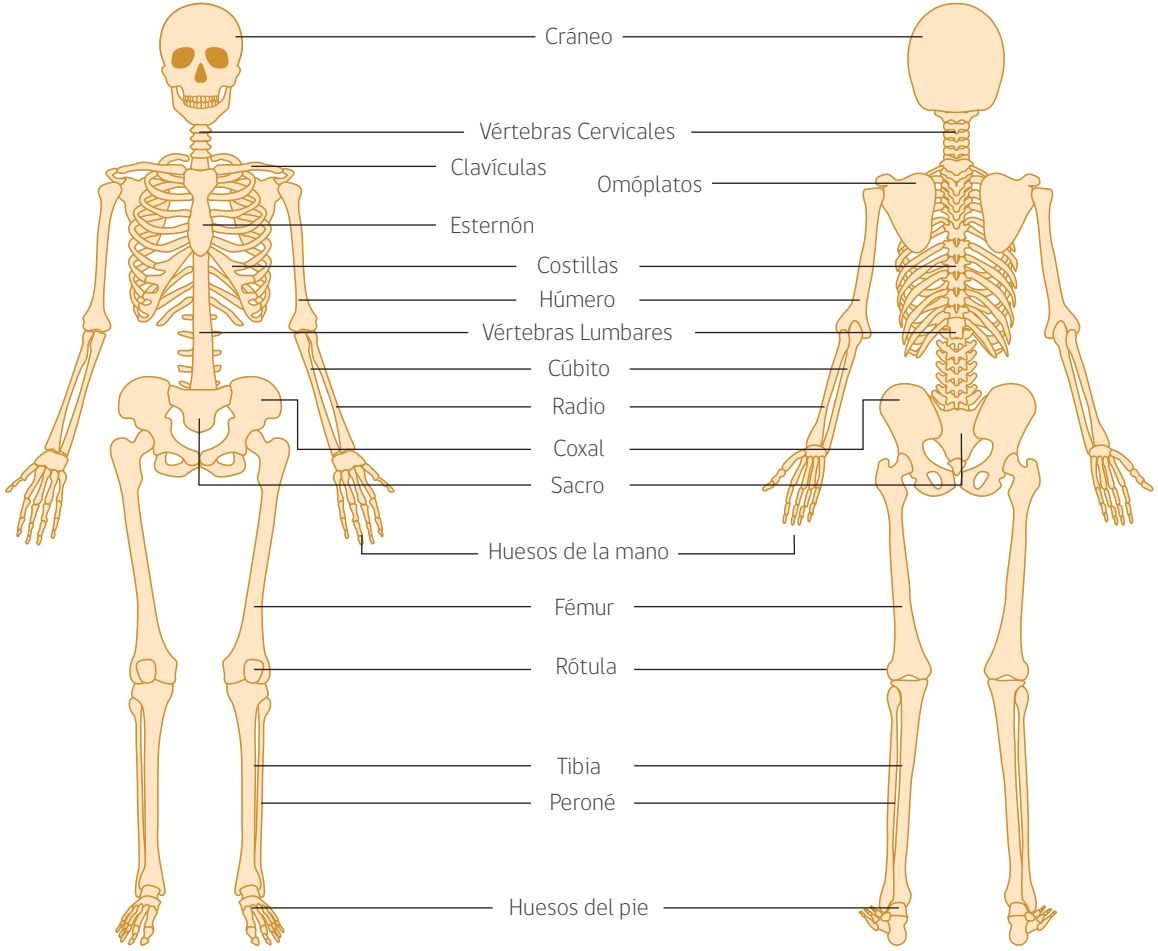
Porque son los que le dan forma y soporte al cuerpo, y protegen órganos y estructuras fundamentales.

¿Cómo nos dan forma?

Lo vemos en personas más altas o más bajas, con espaldas y caderas más anchas o más angostas, en los tipos de manos, de cabezas o de pies. También se evidencia cuando hay problemas en los huesos desde el nacimiento, y cuando se adquieren posturas viciosas, como curvar la espalda al estar de pie o sentarse, y cuando se cargan mochilas con mucho peso. Las formas del cuerpo pueden ir cambiando con los años en la medida que cambian nuestros huesos.

¡LO QUE SE ADQUIERE POR MALOS HÁBITOS, PUEDE CORREGIRSE SI SE PREVIENE O TRATA A TIEMPO!

Sistema Óseo



¿Qué protege el esqueleto?

Ni más ni menos que gran parte de los órganos y estructuras fundamentales para el buen funcionamiento del cuerpo y la vida.

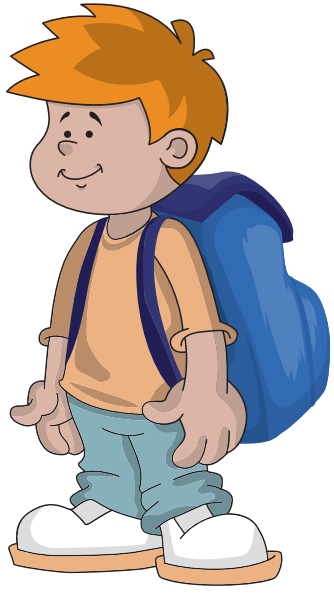
VEAMOS:

- **El Cráneo**: protege el encéfalo, esto es, cerebro, cerebelo y tronco encefálico, y le da forma a la cara.
- **La Columna**: protege la médula espinal que va por dentro de las vértebras, y las terminales nerviosas que salen de las vértebras.
- **Las Costillas**: que van desde el esternón (hueso al medio del pecho) por delante, excepto las últimas, hasta la columna vertebral. Forman la caja torácica que protege el corazón, los pulmones, parte del esófago, el diafragma –músculo que divide el tórax de la cavidad abdominal–, hígado en el lado derecho y bazo en el lado izquierdo, ambos de la cavidad abdominal.
- **La Pelvis**: protege la vejiga que guarda la orina, los órganos reproductores femeninos, algunos órganos masculinos, y la última porción del intestino grueso o colon.
- **Los Huesos Largos**, como los de las piernas y brazos, y **los Planos** como esternón y omóplatos o "paletas": protegen la médula ósea donde se producen glóbulos rojos que oxigenan las células, glóbulos blancos para la defensa y plaquetas para la coagulación.

¡HAY QUE CUIDAR MUCHO NUESTRO ESQUELETO DESDE QUE NACEMOS Y PARA SIEMPRE!

2.– Articulaciones

- Son esas zonas donde se unen dos o más huesos para darle flexibilidad y movimiento al esqueleto.
- Hay muy móviles como las caderas; menos móviles como los dedos o columna; y sin movimiento como el sacro o cráneo.
- En las articulaciones, los huesos no se tocan entre sí porque se dañarían con el roce; están amortiguados por estructuras como cartílagos, membranas sinoviales y líquidos sinoviales.
- Estamos llenos de articulaciones: las rodillas, entre los huesos de pies y manos, la columna, los codos, entre tantas otras.



¡No sobrecargar la mochila!

Los ligamentos son estructuras blandas que unen a los huesos entre sí.

3.- Músculos

- Son los motores del movimiento gracias a la capacidad de contraerse y volver a su posición, como los elásticos.
- Hay de varios tipos, formas y tamaños.
- Están:
  - Los que podemos controlar a nuestra voluntad o estriados, como por ejemplo, los de las piernas y manos. Son los que acompañan al esqueleto.
  - Los que no podemos controlar o lisos que se ubican en órganos como intestinos, estómago u otros.
  - Y un músculo muy importante: el cardíaco, es decir, el corazón.

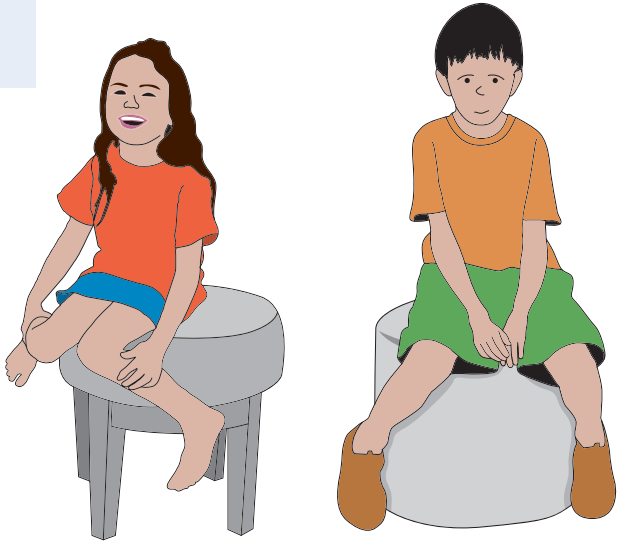
Los tendones son también estructuras blandas que unen los músculos con los huesos, como el tendón de Aquiles.

Para evitar patologías o enfermedades de la columna:

Lo más importante en esta edad son los hábitos posturales correctos.

Si las malas posiciones se mantienen en el tiempo, pueden transformarse en deformaciones definitivas en la edad adulta, cambiar la estructura de las vértebras y alterar el funcionamiento de huesos, músculos y nervios.

En la edad escolar hay que prevenir, pesquisar y tratar a tiempo los vicios posturales para evitar patologías o enfermedades de la columna.



Para comprender mejor, repasemos nuestra Columna Vertebral

- Está formada por 26 huesos llamados vértebras que protegen en su interior a la **médula espinal**.
- Permite mantener la postura de pie y es muy flexible, puede moverse hacia adelante, hacia atrás, hacia los lados y en círculos.
- Cuando se mira a una persona de lado o perfil, la columna vertebral tiene **curvaturas normales** que aumentan su resistencia, ayudan a mantener el equilibrio en posición de pie, absorben el impacto al caminar o correr y protegen a las vértebras de las fracturas:
  - **La curvatura cervical (cuello) y lumbar (espalda baja) se llaman lordosis.**
  - **La curvatura torácica y sacra ("colita") se llaman cifosis.**
- Desde las vértebras salen los nervios que recorren todo el cuerpo, vienen desde la cabeza y bajan por la columna.
- Los nervios pertenecen al Sistema Nervioso y conducen los impulsos; son nuestro cableado eléctrico.
- Están en esa "corriente" que se siente al pegarnos en los codos, en el reflejo de la rodilla, en el ciático, en el ojo para ver, en todas partes.
- **Una alteración en las vértebras puede presionar los nervios y dañarlos.**

Cuando las curvaturas de la columna son más grandes que lo normal pueden indicar alteraciones que son necesarias de abordar oportunamente.

ENTONCES:

Una buena postura para la columna es sinónimo de salud. Para prevenir problemas de columna, la indicación más importante es la adopción de hábitos posturales correctos.

En la edad escolar es clave enseñar a las y los estudiantes a adoptar posturas adecuadas, ya que si las malas posiciones pasan a ser un hábito se pueden traducir en deformaciones definitivas en la edad adulta.

La alimentación saludable, la actividad física y el deporte también son excelentes medidas para mantener sanos la columna y el sistema locomotor.

Mientras antes se empiece con hábitos de vida saludable, mucho mejor para tener buena salud.

Madres, padres, adultos responsables, apoderados/as, profesores/as, pueden realizar la detección temprana de los problemas de la columna.

Un tratamiento precoz evita:

- Aumentar los daños y comprometer funciones vitales como la respiración.
- Problemas en la edad adulta: lumbagos, ciáticas, discopatías (problemas en las vértebras) y tantos otros.

Síntomas que sugieren alteración de la columna

- Mala postura al estar de pie o sentado/a.
- Presencia de asimetrías como un hombro más bajo que el otro o una giba.
- Dolores espontáneos en la columna.
- Alteración de la marcha, claudicación o dificultad para caminar.
- Menor resistencia para los ejercicios físicos.

Factores que favorecen la mala postura

- Estrés.
- Obesidad.
- Falta de ejercicio o deporte.
- Problemas musculares.
- Uso de calzado inadecuado.
- Posición inadecuada en sillas, mesas, camas, escritorios.

Medidas para prevenir problemas posturales en los estudiantes

- Las sillas y mesas de las salas de clases deben ser adecuadas para que estudiantes mantengan una posición correcta.
- Corregir vicios posturales en escolares.
- Estantes en el colegio donde escolares puedan dejar sus útiles, para disminuir peso en sus mochilas.
- Promover la asistencia a los controles indicados y uso de tratamientos: Médico, Kinesiterapia, Corsé.
- Vigilar el sobrepeso y obesidad infantil.
- Incentivar la actividad física y el deporte.
- Adquirir hábitos de vida saludable.

¿Qué Problemas se Pueden Pesquisar en Forma Precoz?

1.- DORSO CURVO (Hipercifosis)

- Es una curvatura mayor a la normal en la zona dorsal (espalda a nivel del tórax).
- Hay diferentes tipos de dorsos curvos:
  - *Por malas posturas donde la espalda se encorva, que son más simples de resolver.*
  - *Genéticos o de causas desconocidas, que pueden ser más complicados.*

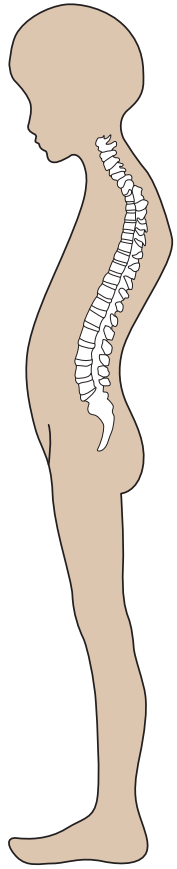
Síntomas y signos de esta curvatura:

- Dolores de espalda.
- Fatiga.
- Mala postura.
- Problemas respiratorios cuando es más grave, pues puede comprimir el tórax y los pulmones en su interior.

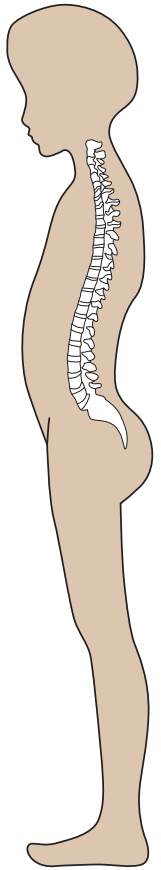
Tratamientos:

- Ejercicios o fisioterapia.
- Uso de corsé.
- Cirugía.

Actitud Normal



Actitud Cifótica



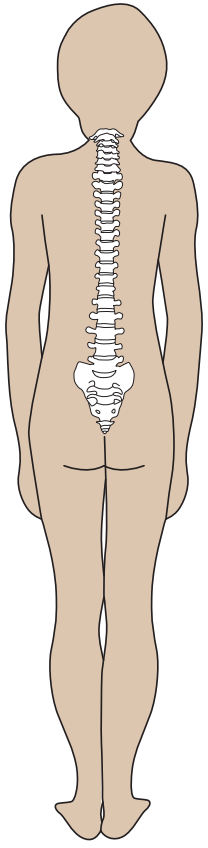
Actitud Lordótica

2.- ESCOLIOSIS

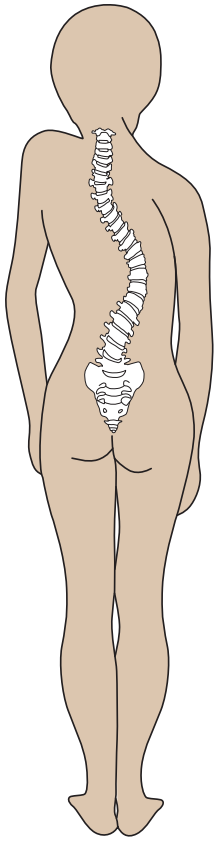
- Curvatura anormal en que la columna se desvía en forma lateral.
- Causas: genéticas, neuromusculares o desconocidas.
- Puede ser progresiva e ir aumentando si no se trata, y empeorar durante la adolescencia.
- Las relacionadas con malformaciones de la columna requieren un tratamiento más especializado.
- Siempre hay que pesquisarla y tratarla en forma precoz.

El tratamiento depende del nivel de deformación:

- **Observación** con radiografías sucesivas si es muy leve.
- **Corsé** para que no aumente la deformación si es moderada.
- **Cirugía** si es más compleja.



Columna vertebral normal



Escoliosis

Examen de Columna:

Para una pesquisa adecuada de problemas de columna, este Examen lo debe realizar el/la profesor/a de educación física o profesor/a jefe debidamente capacitado/a.

Los niñas y niños deben estar en ropa interior, sin camiseta ni calcetines, por ello es muy importante:

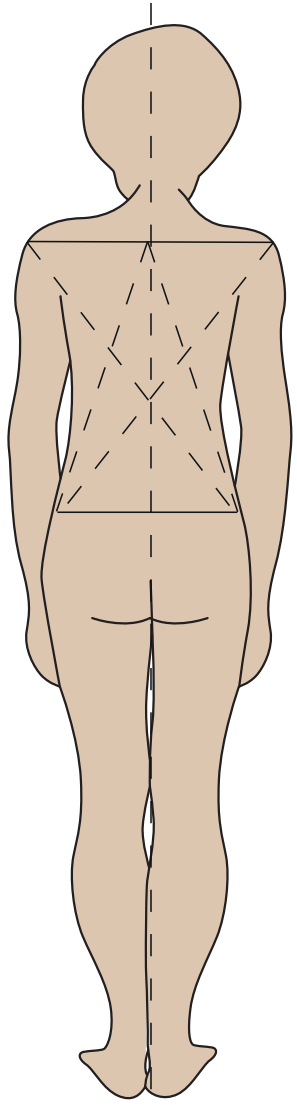
- Explicarles bien el sentido del examen.
- Informar a padres, madres y /o adultos responsables el día y hora del examen.
- Que ingresen siempre acompañados/as por algún docente, inspector u orientador.
- Habilitar un lugar especial y calefaccionado, si corresponde, para realizar el examen.
- No pueden transitar personas que no participen en el examen.
- Separar a los escolares por sexo e ingresarlos de a dos o tres al lugar.
- Poner en el suelo un cartón, papel o alfombra para que los/las estudiantes no estén en contacto directo con el piso.

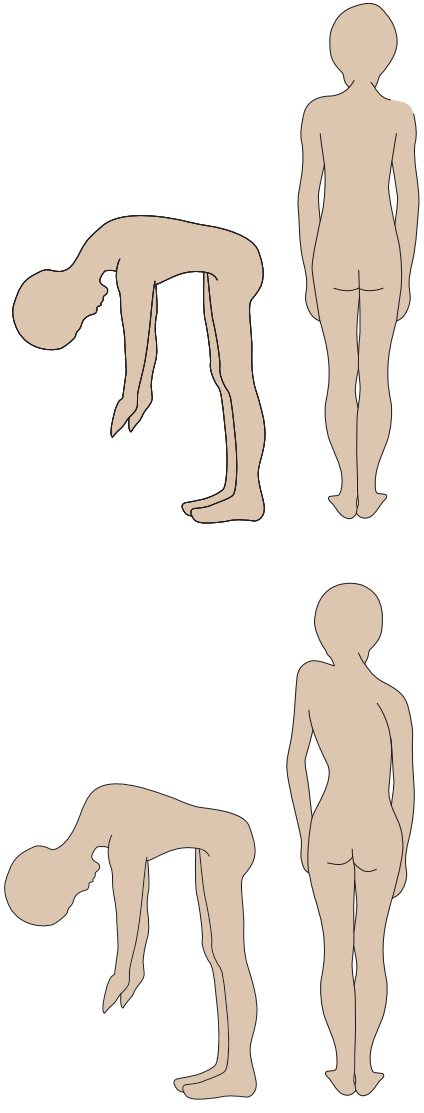
¿Qué se observa en el examen postural?

Primera Etapa:

Solicitar al estudiante que se ponga de pie, en posición firme, con los pies algo separados para tener estabilidad y revisar en una mirada la parte frontal y la parte posterior o espalda del tronco:

- El niño o la niña debe encontrarse con el cabello tomado y las piernas juntas y extendidas.
- La posición de la cabeza debe estar centrada.
- Simetría en la altura de los hombros.
- Simetría del tórax.
- Simetría de los pezones.
- Simetría en la altura de las caderas.
- Simetría en los pliegues glúteos inferiores.
- Simetría en los ángulos que se toman entre el cuerpo y los brazos (Triángulo de la Talla).





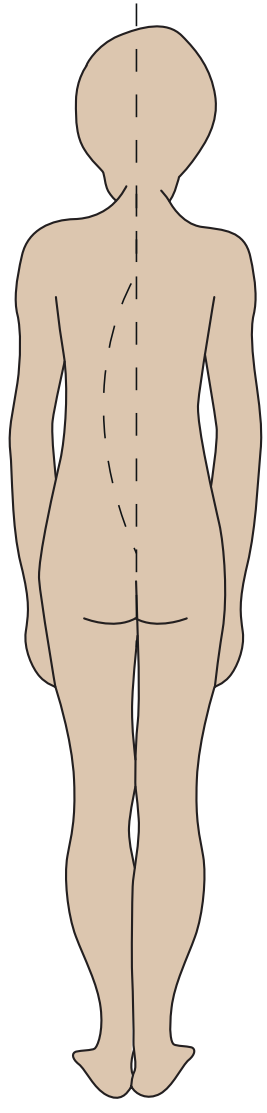
Segunda Etapa:

- Solicitar al estudiante que se incline con la cabeza y los brazos colgando hacia adelante, sin doblar las rodillas, intentando tocar o tocando sus pies con las manos, y abrir las piernas de tal modo que pueda mantener el equilibrio.
- El profesional debe observar la espalda mientras el niño o niña se encuentre inclinado/a.
- La silueta de la columna debe tener una curvatura suave.
- Se deben marcar las vértebras de la columna y hacer que el estudiante se enderece, corroborando si hay simetría o existe escoliosis o curvatura lateral.

Tercera Etapa:

Solicitar al estudiante que se ponga de lado, en posición normal, no forzada, y observar:

- Posición de la espalda que debe estar derecha.
- Posición de los hombros que deben estar a la misma altura.



¿Cuándo derivar al médico?

- **Normal "sin Escoliosis":** es observar ambos omóplatos a la misma altura cuando el niño o la niña esté inclinado/a.
- **Anormal:** es observar una giba (o curvatura anormal) dorsal o lumbar, cuando el niño o la niña esté inclinado/a.
- En caso de identificar desviaciones de la columna o situaciones semejantes a las imágenes, se debe derivar a médico traumatólogo.
- **Escoliosis y Dorso Curvo son problemas de columna que aborda el Programa de Servicios Médicos del Departamento de Salud de Junaeb.**
- **El tratamiento quirúrgico de la escoliosis se encuentra cubierto por el GES.**

Video tutorial sobre examen de columna para dorso curvo:

https://www.youtube.com/watch?v=yLX1N-J54bU

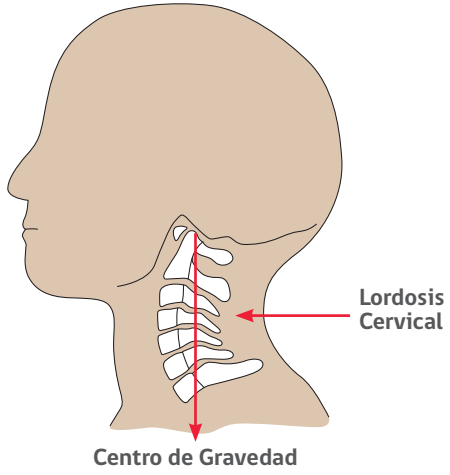
3.- Hiperlordosis o aumento de la curvatura Lordosis

Las causas de las lordosis pueden ser:

- Fisiológicas, en la mayoría de los casos por desequilibrios musculares, obesidad o malas posturas.
- Genéticas.
- Patologías o enfermedades.

Los síntomas o signos dependerán de si el problema es cervical o lumbar:

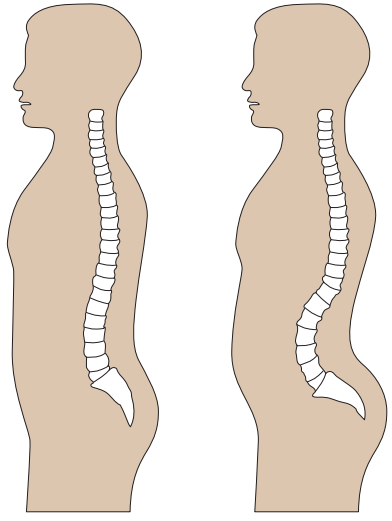
- Mareos, dolores de cabeza, mentón muy adelantado, adormecimiento de los dedos, si es cervical o cuello.



- Lumbagos y ciáticas o dolores al intentar flexionar el tronco, si el problema es en la zona lumbar.

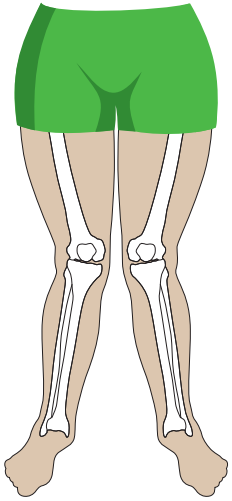
El tratamiento se relaciona con la causa:

- **Por desequilibrios musculares:** fortalecimiento muscular con ejercicios indicados por especialistas.
- **Por sobrepeso u obesidad:** hay que controlar el peso, mejorar la alimentación y realizar ejercicios o algún deporte.
- Si es más avanzado o complejo, el tratamiento será más especializado.

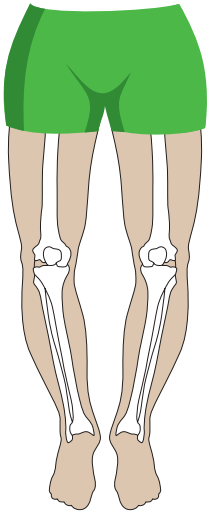


4.- Genu Valgo

- Es una posición en forma de X de las extremidades inferiores, donde las rodillas se juntan y los pies (talones) se separan. Por lo general, desaparece con el tiempo.
- Es conveniente observar a los niños y las niñas de pie y con las rodillas juntas, para medir la distancia entre ambos maléolos o tobillos internos.
- Suele durar hasta los 10 años, siendo muy notorio cerca de los tres a cuatro años.
- Puede acompañarse de rotación de los pies.
- **En niños y niñas con sobrepeso u obesidad puede ser más evidente.**
- Si persiste en la adolescencia y la distancia entre los pies (de tobillo interno a tobillo interno o intermaleolar) es mayor a 10 cms. o está asociado a otras patologías o traumatismos, debe ser derivada/o a traumatología infantil para evaluación y eventual tratamiento.
- Se informa a familiares o apoderados sobre la situación y que la derivación se realiza desde el Sistema Público de Salud.



Genu Valgo



Genu Varo

5.- Genu Varo

Corresponde a una posición de las extremidades inferiores donde las rodillas se encuentran separadas y los pies juntos (posición de vaquero).

Aumenta con la obesidad y cuando la marcha comienza muy temprano.

A veces se acompaña con rotación interna del pie.

Suele corregirse alrededor de los dos años.

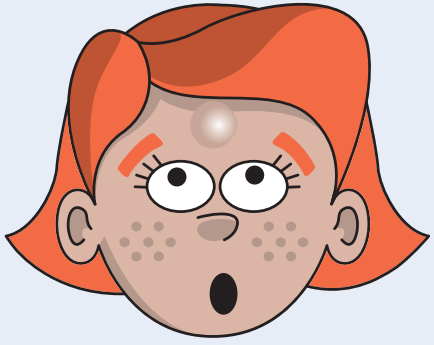
Cuando se mantiene sobre esta edad y la distancia entre las rodillas es mayor a 5 cms., o está acompañando de otras patologías óseas como raquitismo o displasias, puede ser derivado a traumatología infantil para evaluación y eventual tratamiento desde el Sistema Público de Salud.

6.-ACCIDENTES QUE AFECTAN EL SISTEMA LOCOMOTOR:

CONTUSIÓN

Lesión traumática donde, por lo general, no se rompe la piel, pero hay inflamación y "moretones".

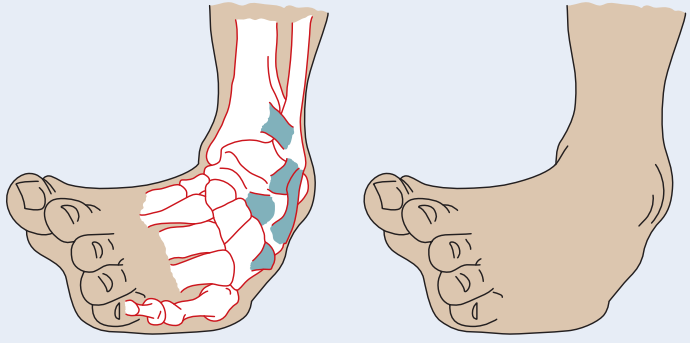
- Aplicar frío local seco o compresas heladas para evitar que se sigan rompiendo vasos sanguíneos.
- El frío calma el dolor.



ESGUINCE o "torcedura"

Es una lesión de las articulaciones donde hay un estiramiento de los ligamentos más allá de los límites normales de movilidad. Se provoca por una torsión, una extensión forzada o un movimiento mal realizado.

- El Esguince puede ser en cualquier parte del cuerpo donde haya articulación.
- Si hay, por ejemplo, un golpe en el muslo, como no hay articulación involucrada NO es Esguince.
- Generalmente hay dolor, edema o inflamación y "moretón".
- Puede ser de leve a grave.
- Por prevención, siempre inmovilizar, dejar en reposo y trasladar al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) u otro, según las condiciones personales y del lugar.

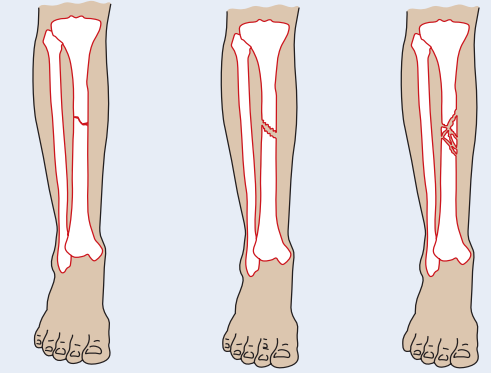


FRACTURAS

Es la ruptura de uno o más huesos en cualquier parte del cuerpo, incluidas las articulaciones.

Hay de varios tipos:

- Estables, desplazadas, cerradas, expuestas, fisuras, completas.



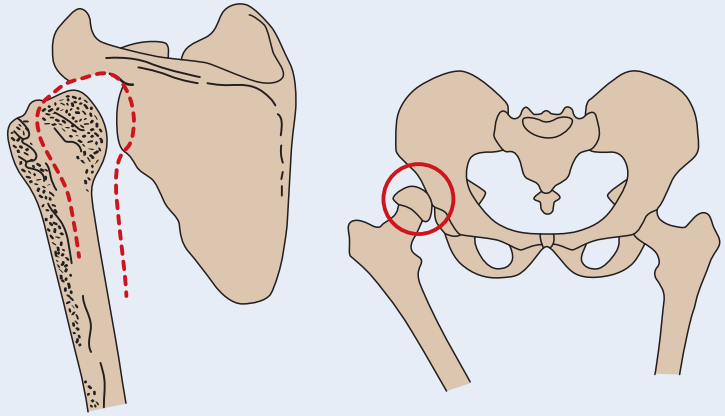
Estable, cerrada simple | Oblicua | Conminuta

Frente a la sospecha, siempre hay que inmovilizar para prevenir mayores daños, dejar en reposo y trasladar rápido al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) u otro, según las condiciones personales y del lugar.

LUXACIÓN

Es la salida de un hueso desde su articulación.

- Si hay, por ejemplo, un golpe en el brazo, como no hay articulación involucrada, NO es Luxación.
- Hay deformidad evidente, imposibilidad de mover la zona y dolor.
- Frente a la sospecha, siempre inmovilizar para prevenir mayores daños, dejar en reposo y trasladar rápido al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) u otro, según las condiciones personales y del lugar.



Nunca intente volver el hueso a su lugar, puede comprimir nervios o vasos sanguíneos aumentando el daño.

6 Salud Visual

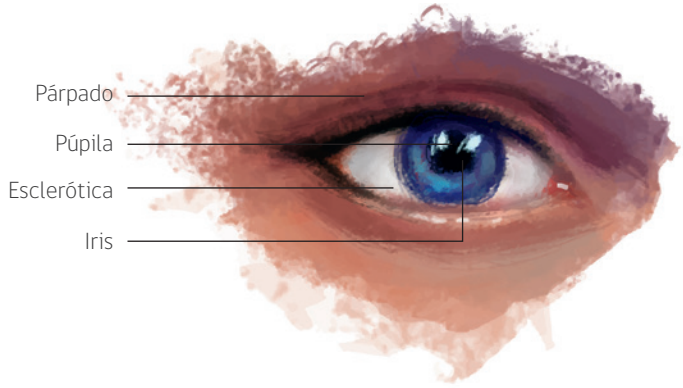
La visión en el escolar es muy importante. Los ojos son los órganos receptores de la vista que permiten conocer e identificar colores, formas, naturaleza, caras de personas queridas, letras, libros, dibujos.

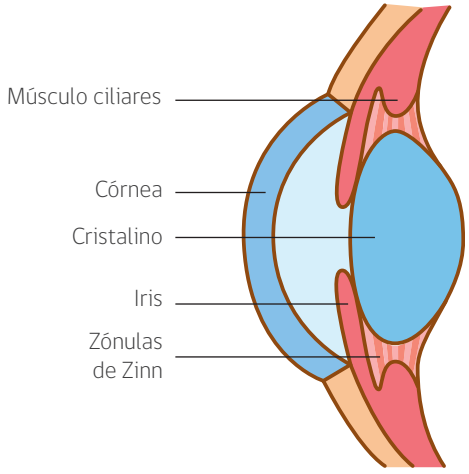
De la misma forma, permite escribir, relacionarse con otros y, por tanto, favorece el proceso de aprendizaje y es parte del bienestar biopsicosocial del niño o de la niña.

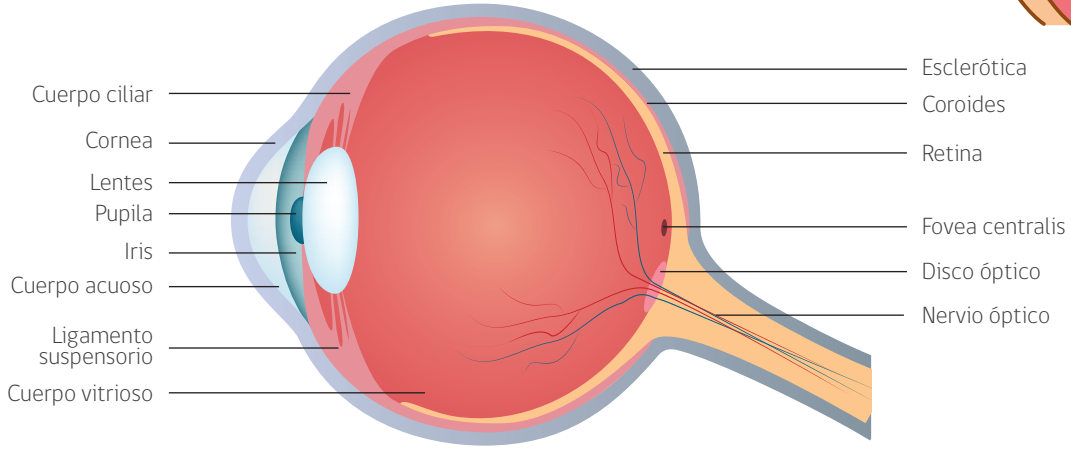
Repasemos la estructura de los ojos para comprender mejor cómo cuidar la vista.

- Los ojos son los órganos de la visión.
- Tienen el tamaño aproximado de una pelota de ping pong.
- Se ubican en las cuencas del ojo, dos áreas huecas del cráneo, y están protegidos por:
  - **Los Párpados:** ayudan a mantener limpios los ojos al abrirse y cerrarse en el pestañeo, a través de una acción involuntaria y también voluntaria.
  - **Las Pestañas:** ayudan en el cuidado de los ojos, los protegen de las impurezas externas al impedir el paso a objetos extraños y bacterias. Una de sus funciones secundarias es disminuir los reflejos causados por el sol.
  - **Las Glándulas Lagrimales:** producen las lágrimas que limpian y lubrican los ojos, eliminan gérmenes, polvo y cuerpos extraños, evitando que los ojos se sequen.

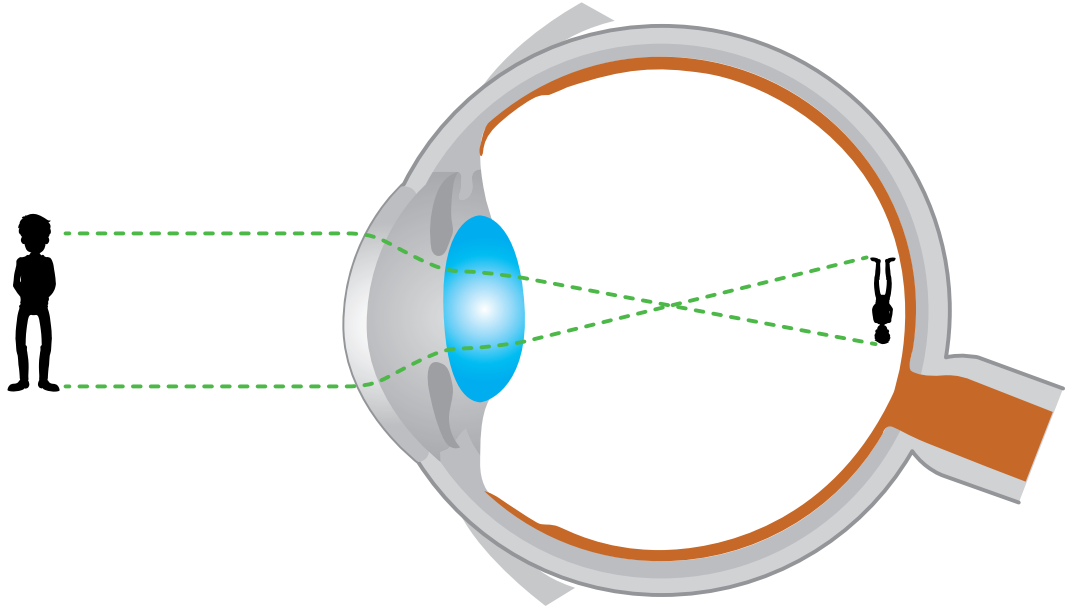
- El ojo está compuesto por:
  - **Esclerótica**: zona blanca del ojo que cubre casi todo el globo ocular. Contiene los vasos sanguíneos que llevan sangre al ojo.
  - **Córnea:** es transparente. Permite el paso de la luz desde el exterior al interior del ojo. Protege el iris y el cristalino. Ayuda al ojo a enfocar.
  - **Iris**: zona que da color al ojo. Regula la entrada de la luz como el diafragma de una cámara fotográfica.
  - **Pupilas:** círculo negro al centro del ojo y del Iris. Permite que la luz entre al ojo. Se contrae cuando hay mucha luz, y dilata cuando hay poca luz. A más luz, más pequeñas.







- **Cámara Anterior:** ubicada entre el Iris y la Córnea, está llena de un líquido que aporta proteínas, glucosa (azúcar) y oxígeno al ojo para que se mantenga sano.
- **Cristalino:** la luz pasa por las pupilas y llega al Cristalino, detrás del Iris. Es como un lente transparente e incoloro. Ayuda al ojo a enfocar. Envía los rayos de luz o imágenes invertidas a la Retina, fenómeno llamado **Refracción**.
- **Músculo Ciliar:** sostiene al Cristalino y le permite cambiar de forma según la distancia que mire. Cerca se "engruesa", lejos se "adelgaza".
- **Cuerpo Vítreo:** detrás del Cristalino. Parte más grande del ojo que contiene un material semi gelatinoso llamado Humor Vítreo. También lo atraviesa la luz en su paso hacia la retina.
- **Retina:** en la parte posterior del ojo, después del Cuerpo Vítreo. Recibe los rayos de luz o imágenes **invertidas** desde el Cristalino. Contiene millones de **Conos y Bastones**, células que transforman la luz y colores en señales nerviosas. Juntos forman las imágenes completas.
- **Bastones:** ven sólo en Blanco, Negro y tonos de Gris. Permiten distinguir cuando está oscuro. Muestran las formas de las cosas.
- **Conos:** perciben el color. Hay para rojo, verde y azul y, en conjunto, pueden ver millones de colores.
- **Conos y Bastones:** juntos, procesan la luz para formar las imágenes completas.
- **Nervio Óptico**: en la parte posterior del ojo, lleva la información **Invertida** desde la Retina al centro de la visión en el Cerebro, que la deja en su posición inicial, la procesa e identifica.

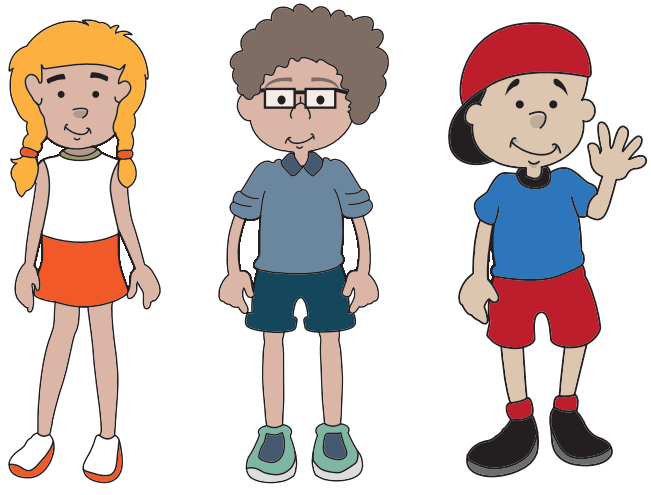


Fenómeno de la Refracción

Qué es la Agudeza Visual

La Agudeza Visual: grado con que percibimos los detalles y contornos de los objetos. Mínima distancia con que pueden separarse dos líneas y ser percibidas como tales. Determina la calidad de la vista. Puede ser distinta en cada ojo.

Durante los primeros años de vida, la visión está en pleno desarrollo; cualquier alteración o defecto visual que no sea detectado y corregido puede alterar la visión incluso en la vida adulta.



Para contar con una salud visual adecuada, es necesario promover el autocuidado a través de las siguientes prácticas:

- Leer y escribir en sitios bien iluminados y sin reflejo directo del sol.
- Ver la televisión a una distancia no menor a dos metros y por tiempos no prolongados.
- No frotarse los párpados con las manos sucias, y lavárselas antes de acostarse por si lo hace dormido/a.
- Utilizar lentes ópticos o de contacto conforme indicación.
- No leer acostado y con luz indirecta o mal acondicionada.
- Usar lentes protectores en aquellas zonas o actividades en las que pueda saltar un cuerpo extraño o químico a los ojos.
- Usar protectores oculares al realizar deportes en los que pueden sufrir daño los ojos.
- Usar lentes de sol. El exceso de sol puede provocar daños posteriores como, por ejemplo, cataratas.

El rol de Padres, Madres, Apoderados/as, Profesores/as en la pesquisa, prevención y tratamientos es fundamental.

Cuando ya hay un problema de la visión, el buen resultado de los tratamientos estará relacionado con:

a) La asistencia a los controles médicos en las fechas programadas.

b) El correcto uso y cuidado de los tratamientos que se indiquen.

La labor del profesor es esencial en:

- La observación del estudiante en el uso y evolución de los tratamientos.
- Apoyar el aprendizaje, integración y rendimiento escolar.
- La educación que puede entregar respecto al uso y cuidado de los lentes u otros aspectos relacionados con el tratamiento.
- La motivación e información hacia padres y madres, para integrarlos activamente a la atención médica, uso y cuidado del tratamiento.
- La motivación y difusión a los demás estudiantes sobre el apoyo en el uso de los tratamientos de los/las compañeros/as que utilizan lentes ópticos.
- La función esencial de potenciar que el/la escolar asista a las atenciones y controles médicos.

En Visión 2020

Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera, para la eliminación de la ceguera evitable, señalan que las estrategias para prevenir la discapacidad visual pueden dividirse en:

- **Prevención primaria:** evitar la causa con medidas preventivas como los programas de tamizaje o screening en escuelas.
- **Prevención secundaria:** identificado el diagnóstico y la enfermedad, evitar su progresión o secuelas. Ejemplo: detección de la miopía y pronta derivación a especialista para resolución.
- **Prevención terciaria:** maximizar la función residual, es decir, las funciones que no se dañaron.

SEGÚN DATOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS:

- **81% de la discapacidad visual puede evitarse con diagnóstico y tratamiento temprano.**
- **1.4 millones de niños/as podrían beneficiarse de la rehabilitación visual.**
- **Se podrían ahorrar 102 mil millones de dólares con servicios de cuidado visual apropiados.**

SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE HACEN NECESARIO EL EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

- **Dolor de cabeza.**
- **Mareos.**
- **Visión borrosa.**
- **Baja en el rendimiento escolar.**
- **Al leer, llevarse el libro muy cerca de la cara.**
- **Achicar los ojos para ver mejor.**
- **Sentir cansancio al leer.**
- **Distracción en clases, entre otros.**

Principales problemas de visión en la etapa escolar

1.-Vicios de Refracción o Ametropías:

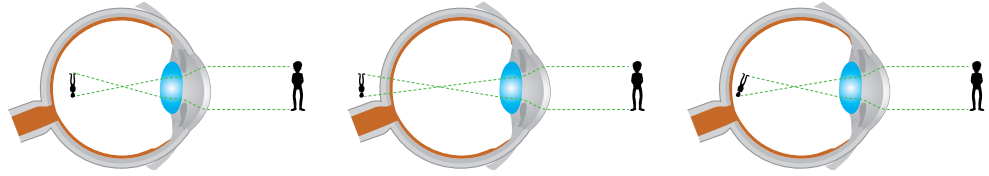
- En el ojo normal, los rayos de luz de aquello que se mira convergen sobre la retina y permiten ver imágenes nítidas.
- Se llama **Vicio de Refracción** cuando los rayos de luz caen fuera de la retina, antes o después, provocando imágenes borrosas en la visión cercana, lejana o en ambas.
- Pueden provocarse porque el globo ocular es más largo o corto, por cambios en la forma de la córnea o envejecimiento del cristalino (generalmente en adultos mayores).
- La severidad dependerá del tipo de problema de refracción.

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO:

- **Puede corregir a tiempo estos problemas.**
- **Previene el desarrollo de otros mayores como la ambliopía.**
- **Evita secuelas que pueden ser para toda la vida.**
- **Permite una integración adecuada del o de la estudiante al proceso educativo.**

ENTRE LOS VICIOS DE REFRACCIÓN MÁS COMUNES ESTÁN

Miopía	**Enfoque de rayos de luz por delante de la retina.**	**Visión clara de cerca pero borrosa a distancia.**
Astigmatismo	**Curvatura irregular de la córnea.**	**Visión borrosa y distorsionada. Problema de enfoque.**
Hipermetropía	**Enfoque de los rayos de luz por detrás de la retina.**	**Visión borrosa de objetos cercanos y clara de lejos.**



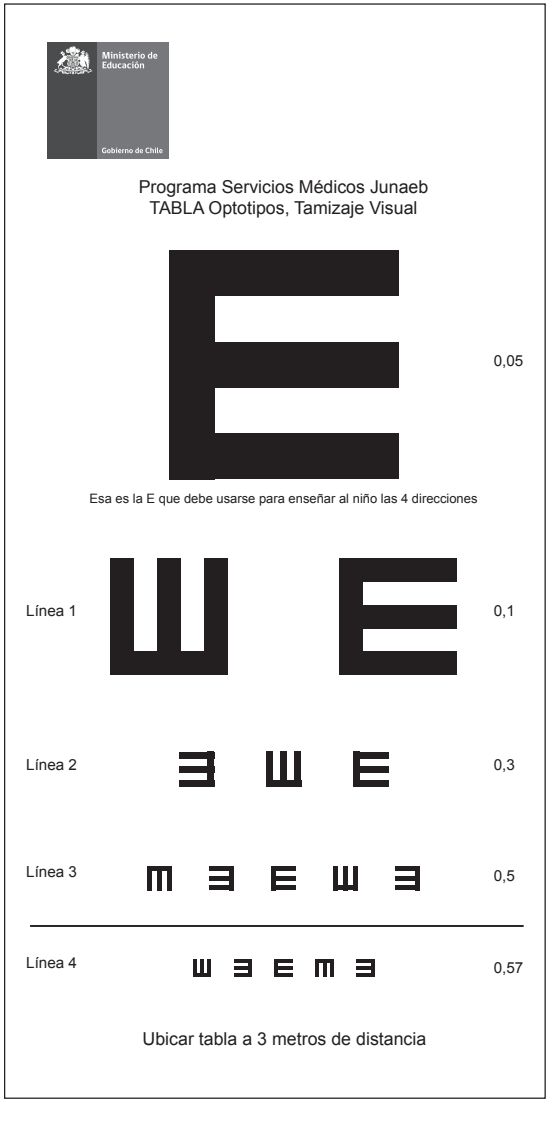
Miopía **Hipermetropía** **Astigmatismo**

Es muy importante detectarlos y tratarlos en la niñez.

Orientaciones para la realización del Examen de manera adecuada

Materiales:

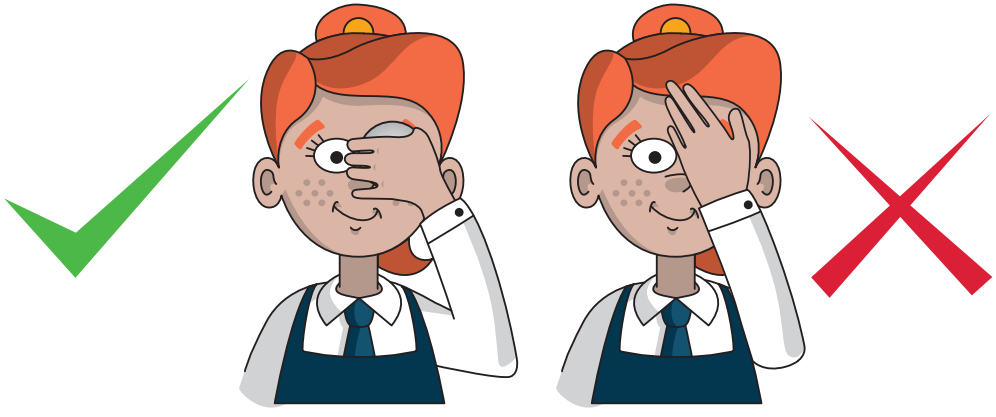
- Una silla **con respaldo**, para que la niña o el niño se sienten con la espalda apoyada y derecha.
- **Tabla Snellen E Abreviada:** tabla utilizada para la evaluación de la **Agudeza Visual** de los/las escolares.
  - Está formada por la letra E, en distintas posiciones.
  - Ordenada en líneas de mayor a menor tamaño.
  - Cada línea tiene un número al costado.
  - La Tabla se observa a:
    - 3 metros para preescolares y estudiantes de 1ro Básico.
    - 5 metros para la autopesquisa de estudiantes de 6to Básico.
  - Los cursos priorizados en que Junaeb, a través de su Programa de Servicios Médicos, interviene de manera precoz con el fin de detectar sospecha de daño visual, corresponden al Primer Nivel de Transición, Segundo Nivel de Transición, 1ro Básico y 6to Básico.
- **Huincha:** u otro que permita medir la distancia de tres o cinco metros entre la tabla y el niño o niña.
- **Pedazo de tiza:** u otro elemento que permita marcar la posición de la silla donde se sentará el o la estudiante. Se puede dejar con una marca permanente para favorecer la autopesquisa.
- **Puntero:** lápiz u otro instrumento adecuado para indicar las letras.
- **Un vasito plástico o un cono de cartulina:** para cubrir el ojo que no se está evaluando, sin presionarlo pues puede distorsionar la medición posterior del ojo tapado.
- **Hoja de registro:** para anotar la agudeza visual observada.
- Hay que enseñar a los y las estudiantes a autopesquisarse de manera correcta.



Etapas del examen

- Explicar a los y las estudiantes que serán evaluados/as, el objetivo y para qué sirve el examen.
- Se sugiere entregar en forma inicial una explicación colectiva a todo el curso y luego individual.
- Ubicar la Tabla Snellen Abreviada en un muro o puerta, a 3 ó 5 metros del estudiante, más o menos a la altura de sus ojos, considerando que está sentado.
- La Tabla Snellen debe estar **iluminada**, ojalá con **luz natural**. sin reflejos que encandilen.
- Favorecer la concentración de niños y niñas, evitando que haya personas, ruidos, animales o cosas que desvíen su atención.
- Se debe evaluar un ojo a la vez, comenzando por el ojo derecho (OD).
  - *Se cubre con un vaso o cono de cartón el ojo izquierdo (OI).*
  - *Debe ser opaco y cubrir todo el ojo, sin presionarlo.*
- Comenzar apuntando las letras más grandes cuidando de no taparlas con el cuerpo.
- Hay que pedir al estudiante que señale con su mano o con algún modelo en cartón, la dirección en que están las "patitas" de la E.
- Se debe mostrar a lo menos dos dibujos por línea.
- Repetir, tapando el ojo derecho para que pueda evaluar el **ojo izquierdo (OI).**
- Registrar los resultados por cada uno de los ojos. **La agudeza visual del examinado corresponde a la última fila leída correctamente.**

El Programa de Servicios Médicos (SSMM) de Junaeb realiza la pesquisa de estos problemas en los colegios.



Videos tutoriales de apoyo para examen visual:

https://www.youtube.com/watch?v=3f7n_42SeEc

https://www.youtube.com/watch?v=3QmQXg9VECA

Previo al tamizaje en prescolares:

https://www.youtube.com/watch?v=xXLP0BUD5Yc

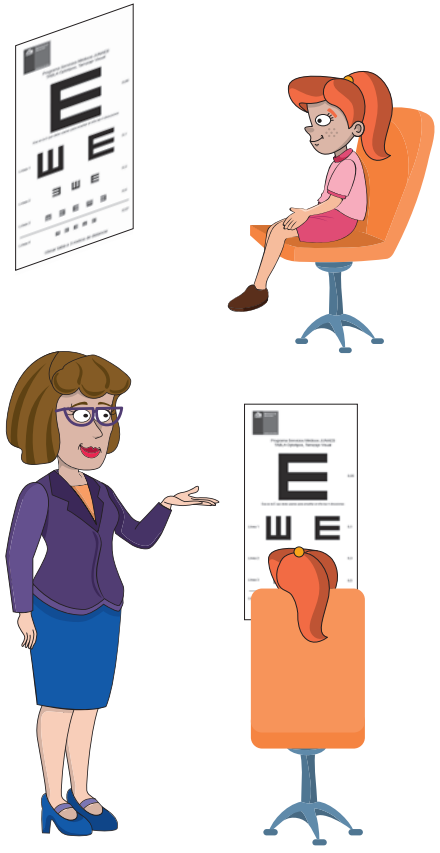
Examen de Agudeza Visual en las/los Estudiantes

- Medir la Agudeza Visual permite evaluar cómo están funcionando los ojos y detectar trastornos a tiempo.
- Se sugiere antes de realizar el examen, verificar los antecedentes de salud del estudiante.
- Es necesario que los estudiantes sean capacitados y motivados antes de la realización del examen, para asegurar su colaboración y participación activa.

Los niños que utilizan lentes no deben ser evaluados en esta etapa, pues al contar con un tratamiento deben ir directamente a la atención con médico especialista.

¿A quién evaluar?

- Todo/a escolar con molestias para leer o con los síntomas señalados anteriormente.
- Todos los estudiantes de Primer y Segundo Nivel de Transición y 1ro Básico.*
- Todos los estudiantes de Sexto Básico **(autoexamen).***



En estos dos últimos casos y frente a la sospecha de daño visual, los estudiantes podrán ser atendidos por el Programa de SS.MM. de Junaeb

Derivación

Deben enviarse a Tamizaje o Screening Visual, realizado por un/a Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología en el mismo colegio, o Atención Primaria, a quienes presenten los siguientes criterios:

- Menores de 5 años: 0.5 parcial (uso de tabla Snellen Abreviada).
- Mayores de 5 años: 0.5 parcial (uso de tabla Snellen Abreviada).
- Estudiantes que no cooperan en la pesquisa deben ser derivados directamente al Tamizaje.
- Sospecha de patología o enfermedad ocular (Ej. estrabismo).

Tratamientos:

- Los Lentes Ópticos son el tratamiento más simple, efectivo y usado para tratar los vicios de refracción.
- Los Lentes de Contacto son también una buena alternativa, no obstante, son indicados especialmente a estudiantes de mayor edad por el cuidado especial que requieren.
- Cirugía refractiva, no es comúnmente usada en niños y adolescentes.

2.- Estrabismo

La visión normal es binocular, al mirar un objeto con los dos ojos se suma lo que ve cada uno y las imágenes se superponen y fusionan formando una imagen única. Esto depende del perfecto equilibrio de los sistemas sensorial y motor de la visión y del ojo propiamente tal.

Hay patologías o condiciones que pueden alterar ese equilibrio y anularlo.

En condiciones normales, la imagen del objeto que se mira cae sobre la fóvea de cada ojo, que es la zona de máxima agudeza visual de la retina.

Cuando la imagen de uno de los ojos cae sobre la fóvea y la del otro cae fuera de ella, hay Estrabismo.

Un/a estudiante con sospecha de Estrabismo debe ser referido de inmediato a la Atención Primaria para gestionar derivación al Plan Auge o GES.

Tratamientos

La mayoría de los Estrabismos deben corregirse lo más temprano posible. La pesquisa precoz es fundamental, los resultados del tratamiento dependerá de ello:

- A los cuatro años se esperan buenos resultados en el 80% de los casos.
- A los seis o siete años ya baja a un 40% la posibilidad de éxito.

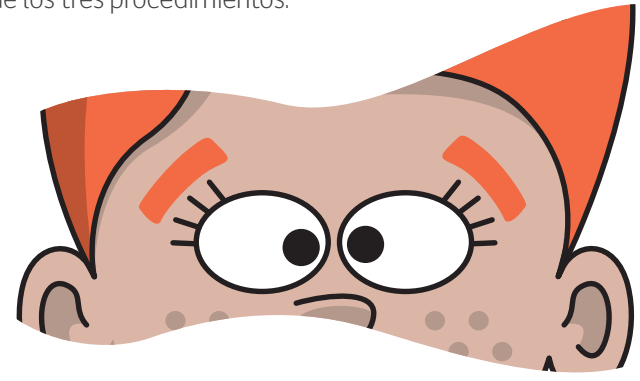
Entre las indicaciones del oftalmólogo/a están:

- Lentes.
- Terapia ortóptica (ejercicios).
- Cirugía.
- Una combinación de los tres procedimientos.

Las niñas y los niños que sufren de Estrabismo se enfrentan a un problema funcional y también estético de su visión, que es muy importante considerar.

¿Cómo detectar el Estrabismo?

1. A través de la **observación** de la o del estudiante.
2. Al consultar a padres, madres o adultos responsables sobre la existencia de **familiares con este problema.**
3. Con la aplicación del **Test de la Oclusión**.



No existe ningún Estrabismo que se cure solo.

Test de la oclusión

- Es esencial la colaboración del/de la estudiante.
- Se le solicita fijar la vista en un punto al frente y se tapa un ojo con un cartón. Hay que observar:
  - Si el ojo no se mueve, el escolar **no tiene Estrabismo**.
  - Si el ojo que quedó descubierto realiza un movimiento de corrección, estamos ante un **posible Estrabismo** y es necesario derivar a oftalmología.
  - Si al destapar el ojo, previamente tapado, éste hace un movimiento de enderezamiento para fijar la vista, será signo de desviación o **posible Estrabismo** y es necesario derivar a oftalmología.

Para ver el otro ojo hay que repetir el procedimiento.

3.- Ambliopía

- Disminución de la Agudeza Visual mono (un ojo) o binocular (ambos ojos), sin causa que la explique.
- Independiente de la causa, la Ambliopía se produce porque la imagen que se forma en la retina de uno o ambos ojos está borrosa y/u oscurecida.
- Hay una degradación de la imagen en la retina durante el **período de plasticidad sensorial** que va desde el nacimiento hasta los 7 u 8 años**.**
- El tratamiento y el pronóstico visual tienen buenos resultados cuando al conocer la causa se trata dentro del período de plasticidad sensorial.
- La Ambliopía puede desarrollarse por causa de un vicio de refracción bilateral o unilateral.
- **La Ambliopía es la causa más común de pérdida de visión monocular en niños y niñas.**

Tratamiento de la Ambliopía

- **Idealmente tratar la ambliopía antes de los 7 años por la plasticidad sensorial.**
- Mientras antes se comience, mejores serán los resultados.
- La edad de ingreso a la educación escolar es la más adecuada para realizar el primer tamizaje o examen.
- Los resultados del tratamiento dependen en gran medida de la adherencia de quien tenga el problema y su red de apoyo.

La Terapia implica:

- **Corrección con lentes ópticos,** cuando la magnitud del vicio de refracción puede ser considerada como causante de la Ambliopía.
- **La Oclusión** del ojo de mejor visión es el tratamiento más usado. Este ojo domina al ojo de menor visión y lo inhibe.
  - *La oclusión del ojo dominante estimula al ojo Ambliope "obligándolo" a recibir el estímulo visual necesario para que se desarrolle.*
  - *Es habitual el uso del parche alternado por días completos o por algunas horas al día.*
- **Penalización:** es la disminución transitoria de la agudeza visual de uno de los ojos utilizando lentes o atropina.
- **Cirugía** para tratar la causa de la Ambliopía.

Pronóstico visual del ojo ambliope, depende de muchos factores como:

- La edad en que se realiza la detección.
- La causa y la severidad de la ambliopía.
- La historia de tratamientos previos y adherencia a éstos.
- El tiempo que ha permanecido sin diagnóstico ni tratamiento.

La Ambliopía debe ser detectada y tratada de manera precoz para no perder la visión.

Si la detectas y no la tratas, tienes riesgo de perder la visión.

4.- Baja Visión

- Son todos los niños y niñas con severa limitación visual (mejor ojo menor de 5/15 o 0,3). Una condición que puede ser adquirida o que se porta desde el nacimiento.
- Estos/as estudiantes, deben ser referidos a centros especializados de Baja Visión para lograr recibir alguna de las ayudas existentes, de acuerdo con sus capacidades remanentes.
- Es fundamental fortalecer el proceso de inclusión e integración social, familiar y educativa, especialmente, por parte de los equipos profesionales vinculados a los Proyectos de Integración de los establecimientos.
- **El Programa de Servicios Médicos del Departamento de Salud de Junaeb, colabora con este tema en los colegios.**

5.- Accidentes que pueden afectar a los ojos y la vista

- **Si entra una "basurita", hay que hacer que lagrimee para que salga. Si NO sale y la molestia continúa, HAY que llevarlo al Oftalmólogo/a.**
- **Si por accidente se incrusta en el ojo algún objeto y de cualquier material, NUNCA LO SAQUE, cubra el ojo con un vasito plástico para evitar que se incruste más y traslade al estudiante rápido a un centro de urgencia de salud para que lo vea un/a oftalmólogo/a.**

7 Salud Auditiva

La audición es uno de los sentidos más importante, que permite el desarrollo del lenguaje, estimula los aprendizajes e influye en el estado de bienestar físico, social y sicológico de las y los escolares.

¿Cómo promover una adecuada salud auditiva?

- Nunca se debe introducir NADA dentro de los oídos.
- Los cotonitos, palos de fósforos, clips y otros, NO limpian más y SÍ pueden dañar mucho los oídos.
- El aseo de los oídos debe realizarse sólo en el pabellón auricular externo y hasta donde se logra ver a simple vista. Nunca más adentro.
- El cerumen NO es suciedad de las orejas, protege los conductos de cuerpos extraños, sin embargo, cuando hay un exceso DEBE extraerlo un Otorrino.
- Nunca realice tratamientos con "cucuruchos" de diario y humo u otros similares, pues pueden **romper los tímpanos** y dañar la audición.

- Controle el uso de audífonos/fonos para escuchar música entre los estudiantes más pequeños. En los más grandes tiene que ser a un volumen moderado y deben cubrir las orejas por fuera.

Está comprobada científicamente la Pérdida de Audición por volumen alto mantenido en el tiempo.

La Pérdida de Audición NO se recupera. Hay que prevenir y tratar precozmente.

Si ya hay una pérdida, hay que evitar que siga aumentando.

El Proceso de la Audición

El mundo en el que vivimos es principalmente sonoro y los sonidos tienen cualidades que permiten diferenciarlos entre sí: Agudo o Grave **(frecuencia),** Fuerte o Débil **(intensidad),** o Más o Menos Agradable **(timbre).**

El ser humano se contacta con el mundo de los sonidos **a través de la audición.** Para esto tiene un **aparato auditivo** que consta de tres partes:

- **Oído externo:** compuesto por el pabellón auricular (oreja) y el conducto auditivo externo.
- **Oído medio:** formado centralmente por el tímpano, la cadena de huesecillos y la trompa de Eustaquio.
- **Oído interno:** compuesto por dos segmentos:
  - El aparato coclear o caracol (área auditiva) y
  - El aparato vestibular (área del equilibrio).

El sonido viaja por el pabellón auricular y es transmitido por el conducto auditivo externo y la cadena de huesecillos al oído interno.

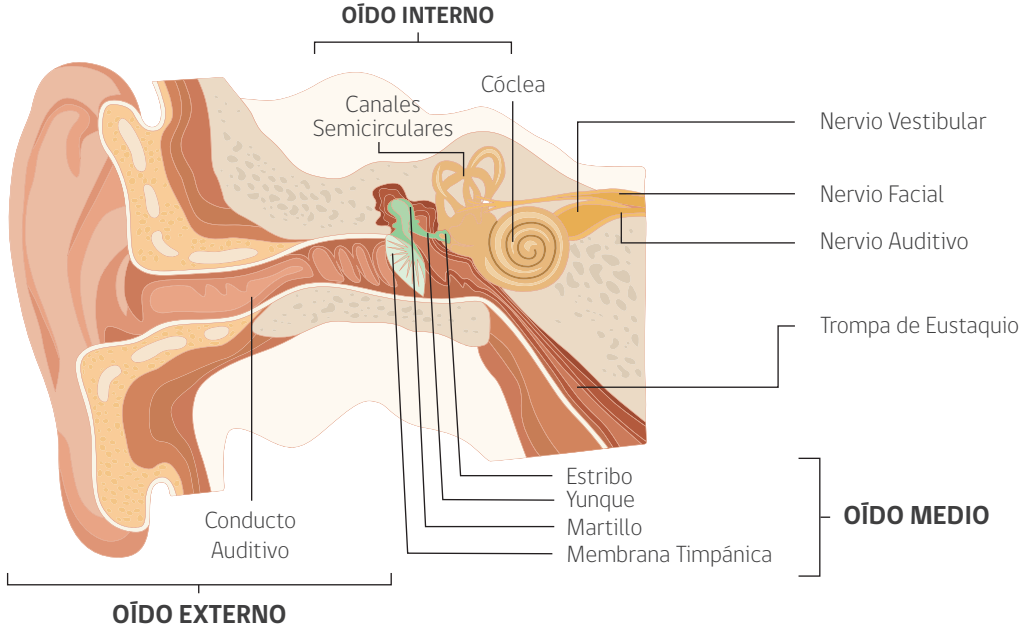
En la cóclea, el fenómeno mecánico de la vibración es transformado en impulso nervioso, siendo transmitido hacia el Sistema Nervioso Central por el nervio auditivo.

La Pérdida Auditiva o Hipoacusia

Se define como la **incapacidad de oír normalmente**, ya sea de manera permanente, transitoria o progresiva. Varía según el grado, las frecuencias comprometidas y las causas o etiologías.

Pueden ser de dos tipos:

- **Pérdidas auditivas conductivas:** producidas a nivel del oído externo y/o medio. La mayoría de los casos, son tratados con procedimientos farmacológicos y/o quirúrgicos, pudiendo ser corregidas si el diagnóstico es oportuno.
- **Pérdidas auditivas neurosensoriales:** producidas a nivel del oído interno.



DESARROLLO PSICOSOCIAL Y AUDICIÓN		
FUNCIONES DE LA AUDICIÓN	**¿PARA QUÉ SIRVE?**	**¿QUÉ SUCEDE CUANDO FALLA?**
CONEXIÓN CON EL MEDIO	• Adaptar y conectar con el medio. • Proporcionar información de sonidos permanentes e inconscientes de lo que ocurre alrededor. • Permitir que el individuo se mantenga conectado con su medio, dar la sensación de vida.	• Aislamiento e incomunicación con el mundo exterior. • Puede aparecer distraído en clases. • Sentimiento de soledad. • Retraso del lenguaje, escaso vocabulario. • Dificultades para su integración social y familiar. • Bajo perfil. • Niños/as problema. • Acentuado deseo de comunicación social con sus profesores y compañeros.
SEÑAL DE ALERTA	• Anunciar acontecimientos relevantes. • Tener respuestas inmediatas, incluso de hechos fuera del campo visual.	• Dificultad para seguir la clase. • Interrupción de las actividades que realiza, para mantener control visual del ambiente. • Aparentar problemas de atención en clases por estar muy pendiente de los estímulos externos.
COMUNICACIÓN	• Ser un factor de integración social al favorecer la adquisición del lenguaje oral que acompaña al desarrollo emocional, social y educacional del sujeto.	• Limitación de experiencias vitales como son las conversaciones, las voces, entre otras. • Tendencia a inmadurez social con baja capacidad de autocrítica y autoconciencia. • Mayor grado de concretismo. • Vulnerabilidad emocional. • Dependencia de otros. • Mayor tendencia a la frustración. • Problemas de baja autoestima.

Las causas de la disminución en la audición están asociadas a:

- **Tapón de cerumen.**
- **Infecciones repetidas (otitis).**
- **Líquido en el oído medio.**
- **Alteración de los huesecillos por golpes.**
- **Destrucción del tímpano por uso de objetos punzantes con fines de limpieza, rascarse, otros.**

En la mayoría de los casos el problema puede ser corregido si el diagnóstico es oportuno.

Toda persona en contacto permanente con la niña o el niño puede apreciar **signos y síntomas que hacen sospechar problemas de audición. Estas condiciones se pueden clasificar en:**

1. **Signos físicos y síntomas que pueden indicar trastornos auditivos visibles en la niña o el niño:**
   - Supuración y mal olor del oído, repentinamente.
   - Tapones de algodón frecuentes en el oído.
   - Dolor de oídos o zonas vecinas.
   - Sensación de oídos tapados.
   - Sensación de vértigo o mareos.
   - Dificultad para oír en ambientes ruidosos.
2. **Otras conductas que pueden indicar defectos en la audición:**
   - El escolar escucha bien a 1 o 2 metros de distancia y de espaldas, no escucha bien.
   - Inclina o desvía la cabeza buscando que el sonido llegue mejor al oído para escuchar.
   - Al hablarle de lejos, el escolar se acerca para escuchar mejor.
   - Se demora en responder o lo hace con un "no sé", "¿eh?", u otros y necesita que le repitan lo que le han dicho.
   - Mira fijo a la cara y en especial a los labios para comprender mejor lo que hablan.
   - Habla en voz muy baja o muy alta.
   - No es capaz de seguir conversaciones, dictados y otras instrucciones orales dentro de la sala de clases.
   - Se coloca frecuentemente la mano detrás de la oreja.
   - Puede ser muy dependiente de sus padres, presentar rabietas injustificadas.
   - Pueden presentar conductas de aislamiento o de agresividad ante la frustración de no poder comunicarse.

Es de gran ayuda realizar una historia de antecedentes familiares y personales del escolar.

La presencia de alguno de los siguientes antecedentes implicará sospecha de problemas auditivos:

- **La madre tuvo rubeola durante el embarazo.**
- **Preguntar si el o la escolar:**
  - *Fue prematuro/a.*
  - *Sufrió asfixia al nacer.*
  - *Presentó ictericia (se puso amarillo) importante que requirió de hospitalización.*
  - *Presentó Meningitis.*
- **Tiene algún familiar menor de 40 años que sea sordo/a o con problemas auditivos.**

Diagnóstico Oportuno

La detección temprana de Hipoacusia en niñas y niños influye directamente en los trastornos del aprendizaje, con graves consecuencias para el desarrollo de sus habilidades y sociabilidad.

Los niños hipoacúsicos deben tener la oportunidad de aprender y desarrollar lenguaje oral, escrito, lectura labial y lenguaje de señas, de acuerdo con sus propias necesidades y capacidades.

Tanto educadoras de párvulos como profesores/as, pueden ayudar a prevenir y a pesquisar los problemas auditivos desde la sala de clases para lograr el tratamiento precoz y potenciar al máximo las capacidades del niño/a, si la pérdida auditiva ya está presente.

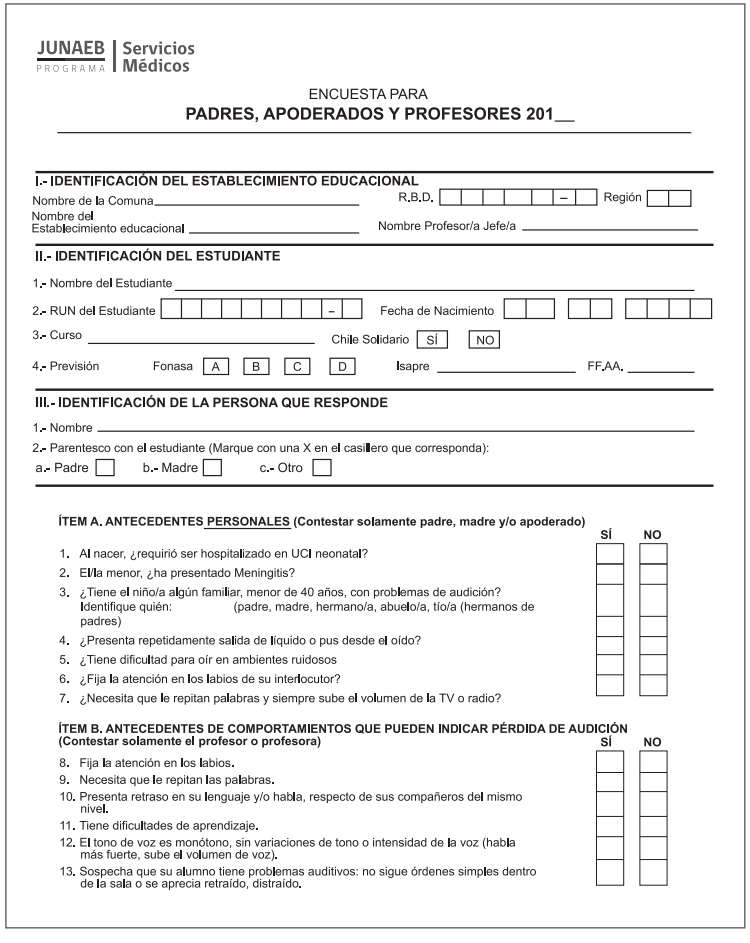
Pesquisa de Problemas Auditivos

- La pesquisa de problemas auditivos debe promoverse especialmente desde el jardín infantil y hasta el primer ciclo básico a través de la Educadora de Párvulos y Profesores de Educación Básica.
- Se sugiere que antes de realizar la pesquisa, los profesores puedan verificar los antecedentes de salud del estudiante mediante la revisión del carné de control sano.
- Uno de los instrumentos que actúan a nivel de la escuela como predictor de daño auditivo, es la Encuesta Padres utilizada por el Programa de Servicios Médicos de Junaeb.

  La aplicación de este instrumento, se realiza a la totalidad de la matrícula de los cursos correspondientes a NT1, NT2 y 1° Básico, bajo la orientación e instrucción del educador o profesor evaluador, según corresponda.

Encuesta para Padres

Una vez aplicada la Encuesta, se revisan las respuestas positivas que indican la necesidad de derivar a los estudiantes a tamizaje del Programa de Servicios Médicos de Junaeb o Atención Primaria, para determinar si requieren ser atendidos por el otorrinolaringólogo o médico especialista.



JUNAEB PROGRAMA | Servicios Médicos

ENCUESTA PARA
PADRES, APODERADOS Y PROFESORES 201__

I.- IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL

Nombre de la Comuna _____ R.B.D. [ ][ ][ ][ ][ ][ ] – [ ] Región [ ][ ]

Nombre del Establecimiento educacional _____ Nombre Profesor/a Jefe/a _____

II.- IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

1.- Nombre del Estudiante _____

2.- RUN del Estudiante [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] – [ ] Fecha de Nacimiento [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

3.- Curso _____ Chile Solidario [SÍ] [NO]

4.- Previsión Fonasa [A] [B] [C] [D] Isapre _____ FF.AA. _____

III.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE RESPONDE

1.- Nombre _____

2.- Parentesco con el estudiante (Marque con una X en el casillero que corresponda):

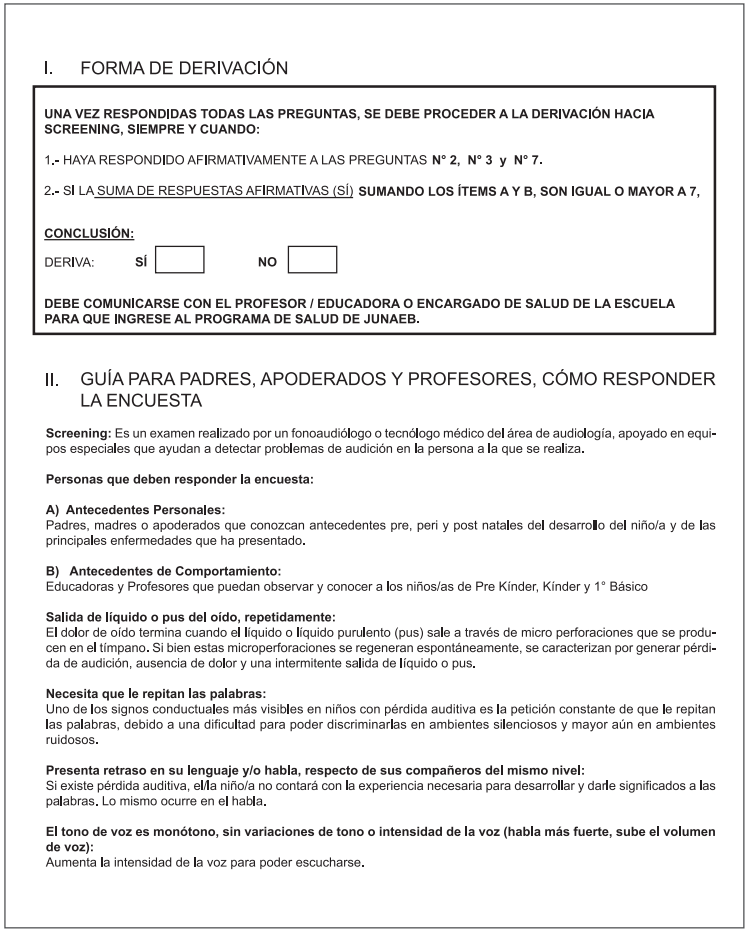
a.- Padre [ ] b.- Madre [ ] c.- Otro [ ]

ÍTEM A. ANTECEDENTES PERSONALES (Contestar solamente padre, madre y/o apoderado)

	SÍ	NO
1. Al nacer, ¿requirió ser hospitalizado en UCI neonatal?		
2. El/la menor, ¿ha presentado Meningitis?		
3. ¿Tiene el niño/a algún familiar, menor de 40 años, con problemas de audición? Identifique quién: (padre, madre, hermano/a, abuelo/a, tío/a (hermanos de padres)		
4. ¿Presenta repetidamente salida de líquido o pus desde el oído?		
5. ¿Tiene dificultad para oír en ambientes ruidosos		
6. ¿Fija la atención en los labios de su interlocutor?		
7. ¿Necesita que le repitan palabras y siempre sube el volumen de la TV o radio?		

ÍTEM B. ANTECEDENTES DE COMPORTAMIENTOS QUE PUEDEN INDICAR PÉRDIDA DE AUDICIÓN (Contestar solamente el profesor o profesora)

	SÍ	NO
8. Fija la atención en los labios.		
9. Necesita que le repitan las palabras.		
10. Presenta retraso en su lenguaje y/o habla, respecto de sus compañeros del mismo nivel.		
11. Tiene dificultades de aprendizaje.		
12. El tono de voz es monótono, sin variaciones de tono o intensidad de la voz (habla más fuerte, sube el volumen de voz).		
13. Sospecha que su alumno tiene problemas auditivos: no sigue órdenes simples dentro de la sala o se aprecia retraído, distraído.		



I. FORMA DE DERIVACIÓN

UNA VEZ RESPONDIDAS TODAS LAS PREGUNTAS, SE DEBE PROCEDER A LA DERIVACIÓN HACIA SCREENING, SIEMPRE Y CUANDO:

1.- HAYA RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE A LAS PREGUNTAS **N° 2, N° 3 y N° 7.**

2.- SI LA SUMA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS (SÍ) **SUMANDO LOS ÍTEMS A Y B, SON IGUAL O MAYOR A 7,**

CONCLUSIÓN:

DERIVA: **SÍ** [ ] **NO** [ ]

DEBE COMUNICARSE CON EL PROFESOR / EDUCADORA O ENCARGADO DE SALUD DE LA ESCUELA PARA QUE INGRESE AL PROGRAMA DE SALUD DE JUNAEB.

II. GUÍA PARA PADRES, APODERADOS Y PROFESORES, CÓMO RESPONDER LA ENCUESTA

Screening: Es un examen realizado por un fonoaudiólogo o tecnólogo médico del área de audiología, apoyado en equipos especiales que ayudan a detectar problemas de audición en la persona a la que se realiza.

Personas que deben responder la encuesta:

A) Antecedentes Personales:
Padres, madres o apoderados que conozcan antecedentes pre, peri y post natales del desarrollo del niño/a y de las principales enfermedades que ha presentado.

B) Antecedentes de Comportamiento:
Educadoras y Profesores que puedan observar y conocer a los niños/as de Pre Kínder, Kínder y 1° Básico

Salida de líquido o pus del oído, repetidamente:
El dolor de oído termina cuando el líquido o líquido purulento (pus) sale a través de micro perforaciones que se producen en el tímpano. Si bien estas microperforaciones se regeneran espontáneamente, se caracterizan por generar pérdida de audición, ausencia de dolor y una intermitente salida de líquido o pus.

Necesita que le repitan las palabras:
Uno de los signos conductuales más visibles en niños con pérdida auditiva es la petición constante de que le repitan las palabras, debido a una dificultad para poder discriminarlas en ambientes silenciosos y mayor aún en ambientes ruidosos.

Presenta retraso en su lenguaje y/o habla, respecto de sus compañeros del mismo nivel:
Si existe pérdida auditiva, el/la niño/a no contará con la experiencia necesaria para desarrollar y darle significados a las palabras. Lo mismo ocurre en el habla.

El tono de voz es monótono, sin variaciones de tono o intensidad de la voz (habla más fuerte, sube el volumen de voz):
Aumenta la intensidad de la voz para poder escucharse.

¿Qué hacer cuando un/a estudiante ya tiene problemas auditivos?

Además de conversar con los padres y madres y/o apoderados de los estudiantes que presentan algunos de los problemas descritos y orientarlos sobre la importancia de la asistencia a la evaluación médica, controles y seguir adecuadamente el tratamiento indicado por el médico, es necesario contemplar las siguientes medidas orientadas a mejorar el desenvolvimiento global en la sala de clases y facilitar su proceso de desarrollo.

A nivel de lenguaje receptivo:

- Sentar al estudiante en un sitio cercano al profesor, cuidando que con frecuencia se dirija directamente la palabra, para facilitarle la lectura de los labios.
- Cuidar que la luz de la sala dé en la cara del que habla y no del estudiante que mira.
- Estimular el desarrollo de habilidades de comunicación.
- Estimular el enriquecimiento del lenguaje, lo que colaborara al conocimiento de los demás y de sí mismo.
- Mantener una preocupación y disposición constante del profesorado.
- Hablar claro, con intensidad normal, a un ritmo moderado, dando expresión facial y corporal a lo que se dice o desea comunicar.
- En el caso de transmisión oral de palabras o materiales, apoyarlo a través de material visual.

A nivel de lenguaje comprensivo:

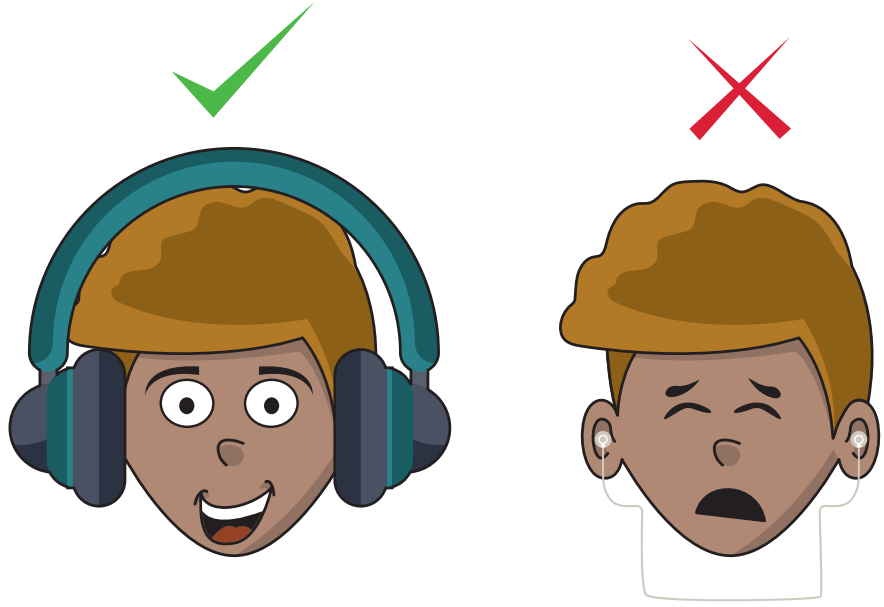
- Facilitar textos de apoyo al estudiante, para mayor comprensión de los temas.
- Repetir los contenidos utilizando sinónimos.
- Usar lenguaje preciso, claro y hablarle siempre de frente.
- Utilizar escrituras, esquemas, dibujos, gestos, dramatizaciones, como apoyo al aprendizaje.
- Comunicar a los padres y/o apoderados las materias a tratar durante la semana, para que complementen y refuercen con anterioridad y posterioridad a la clase.

Recomendaciones para el docente en las actividades Enseñanza Aprendizaje

- Entregue libertad de movimiento en el aula, por ej.: frente a debates en clases, que el o la estudiante con pérdida auditiva pueda moverse y ver la cara de quienes dialogan.
- Hable con naturalidad y en tono normal, sin exagerar el movimiento de los labios.
- Intente no cubrirse la boca con libros, manos u otro cuando hable.
- Frente a una idea que el o la escolar no comprenda, no la repita de la misma forma, si no con nuevas oraciones que se refieran a lo mismo. Algunas palabras son más difíciles de leer en los labios que otras.
- Procure, si es posible, que el o la estudiante tenga un/a compañero/a que lo ayude en las tareas escolares.
- Una pérdida auditiva tiende a provocar alteraciones del lenguaje y habla, hay que estimular su participación aportando ideas de manera oral, escrita, con dibujos, dramatizaciones, gestos u otras.
- Trate de conocer cuál es la actitud del estudiante hacia su problema auditivo, lo que puede permitir ayudarle a un mejor ajuste social y educacional.
- Escriba fechas de pruebas y/o trabajos en el pizarrón con los contenidos a evaluar; generalmente pierden esta información si es oral.
- Intente complementar el mensaje oral con expresión facial y corporal. Recuerde que la visión es fundamental para obtener la información.
- Mantenga un contacto permanente con padres, madres o adultos responsables para apoyar y atender las necesidades educativas especiales de los niños hipoacúsicos.
- Fortalecer su autoestima, valorando sus capacidades, intereses y habilidades.
- Aceptar y naturalizar las características de su lenguaje, sobre todo, por sus pares.
- Desarrollar las competencias lecto-escritas a través de diversas metodologías.
- Si ya usa audífonos, cautele que se encuentre en buenas condiciones.
- Conocer el flujo y canales de derivación para reparación y entrega de accesorios para la mantención de audífonos e Implantes.

Trauma Acústico por el Uso de Audífonos y Ruidos Fuertes

- 1.100 jóvenes en el mundo presentan actualmente riesgo de tener pérdida de audición por la exposición al ruido (OMS).
- Casi el 50% de los adolescentes y jóvenes entre 12 y 35 años está expuesto a niveles de ruido perjudiciales por el uso de dispositivos de audio personales como los reproductores de MP3 y smartphones.
- Alrededor del 40%, está expuesto a niveles de ruido potencialmente nocivos en clubes, discotecas y bares.
- En Chile, el 21% de los jóvenes de 15 a 24 años refiere no escuchar bien y la sordera representa el 4% de las causas de discapacidad.
- En Santiago, el 12% de los jóvenes está expuesto a niveles de ruido que producen trauma acústico crónico y sordera, especialmente cuando escuchan música en el bus o en el metro.
- Es más frecuente en hombres, sólo el 13% usa audífonos supraurriculares, que son más grandes que las orejas y van encima de ella, no adentro.



NIVEL DE VOLUMEN

No sobrepases el 60% del nivel de volumen de tu reproductor de música.

TIEMPO DE USO

*No escuches música con audífonos por más de **una hora.***

AUDÍFONOS

Usa audífonos supra-auriculares, que aíslen el ruido ambiente.

Los padres y profesores tienen un rol clave para educar a hijos y estudiantes en la adopción de prácticas auditivas seguras.

¿Qué tipo de consecuencias puede generar el uso de auriculares a un volumen alto?

- Pérdida auditiva a mediano plazo.
- Daño auditivo irreversible.
- Existen otros peligros asociados al uso de audífonos relacionados con la seguridad, como, por ejemplo, que al caminar por la calle o andar en bicicleta sin escuchar lo que ocurre alrededor, aumenta la probabilidad de que la persona sea atropellada por un automóvil.

¿Qué son los "pititos en el oído" al salir de un concierto?

Cuando una persona asiste a un concierto donde el volumen es muy alto, puede salir con una sensación de tinitus, acúfeno o **pitito en el oído** por la pérdida auditiva que se produce, la que posteriormente se va mejorando en la medida que las células sensoriales se van recuperando.

Sin embargo, cuando se trata de sonidos muy fuertes o la exposición es frecuente y/o prolongada, las células sensoriales y otras estructuras pueden dañarse **de manera permanente, lo que ocasiona una pérdida irreversible de la audición.**

¿Qué puede producir la exposición a ruido en niños/as?

- Pérdida auditiva, que incide negativamente en la adquisición del lenguaje.
- Se han observado dificultades de aprendizaje.
- Ansiedad por la exposición crónica al ruido dentro de la sala de clases.
- Dificultades en el rendimiento académico en áreas como la capacidad lectora, comprensión, memoria a corto y largo plazo y motivación.
- Los estudiantes en entornos de aprendizaje ruidosos, obtienen calificaciones más bajas.

¿Qué puede producir la exposición de ruidos en adolescentes?

- Contribuye a la pérdida de audición relacionada con la edad.
- Una protección auditiva inadecuada en ambientes bulliciosos o con música fuerte, puede provocar pérdida auditiva y dificultades de comunicación en etapas posteriores.

¿Qué hacer para evitar la Pérdida Auditiva?

1.– Mantener el volumen bajo:

- Utilizar audífonos para escuchar música en lugares silenciosos, ya que en lugares con mucho ruido (como el transporte público) se tiende a subir el volumen.
- Reducir el tiempo de uso de los audífonos **a menos de una hora diaria y a bajo volumen**.
- Lo ideal es ajustar el volumen a un 60% del máximo y que los demás no puedan oír lo que se está escuchando.
- Utilizar audifonos supraurículares que aíslen más los oídos del ruido externo.
- Existen audífonos con la función 'cancelación de ruido' que permiten reducir los ruidos externos. Son más caros, pero pueden resultar una buena inversión para la salud auditiva.
- Descargar aplicaciones que muestren en decibeles el nivel de volumen que se está utilizando y ajustarlo a no más de 75 decibeles.
- No crear ruidos molestos e innecesarios, como abusar de la bocina del auto, hablar a gritos, entre otros.

2.– Limitar el tiempo de exposición a ruido:

- Dentro de un club nocturno, discoteca o instalación deportiva con mucho ruido, lo ideal es hacer breves descansos auditivos y salir a tomar aire para reducir el tiempo total de exposición al ruido.
- Alejarse de las fuentes de ruido como los parlantes o altavoces y trasladarse a lugares silenciosos dentro del local.

3.– Prestar atención a las señales de advertencia de pérdida de audición:

- Las personas que sospechen que presentan una pérdida auditiva deberían acudir a una atención profesional, para realizar una evaluación auditiva integral.
- En el caso de estar expuesto a ruido constantemente, se sugiere realizar evaluaciones auditivas periódicas.

Accidentes que afectan la Audición

- **Si el niño/a se introduce un objeto pequeño dentro del oído, nunca intente sacarlo si ya entró. Es mayor el riesgo de introducirlo o impactarlo aún más. Hay que llevarlo a un/a Otorrino.**
- **Si le entra un insecto, puede:**
  - **Poner al niño/a en una zona oscura e iluminar su oído con una linterna en la posibilidad que salga siguiendo la luz.**
  - **Siempre llevarlo/a rápido al Otorrino.**

8

Salud Bucal

Según la OMS, "la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y NO solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (1)

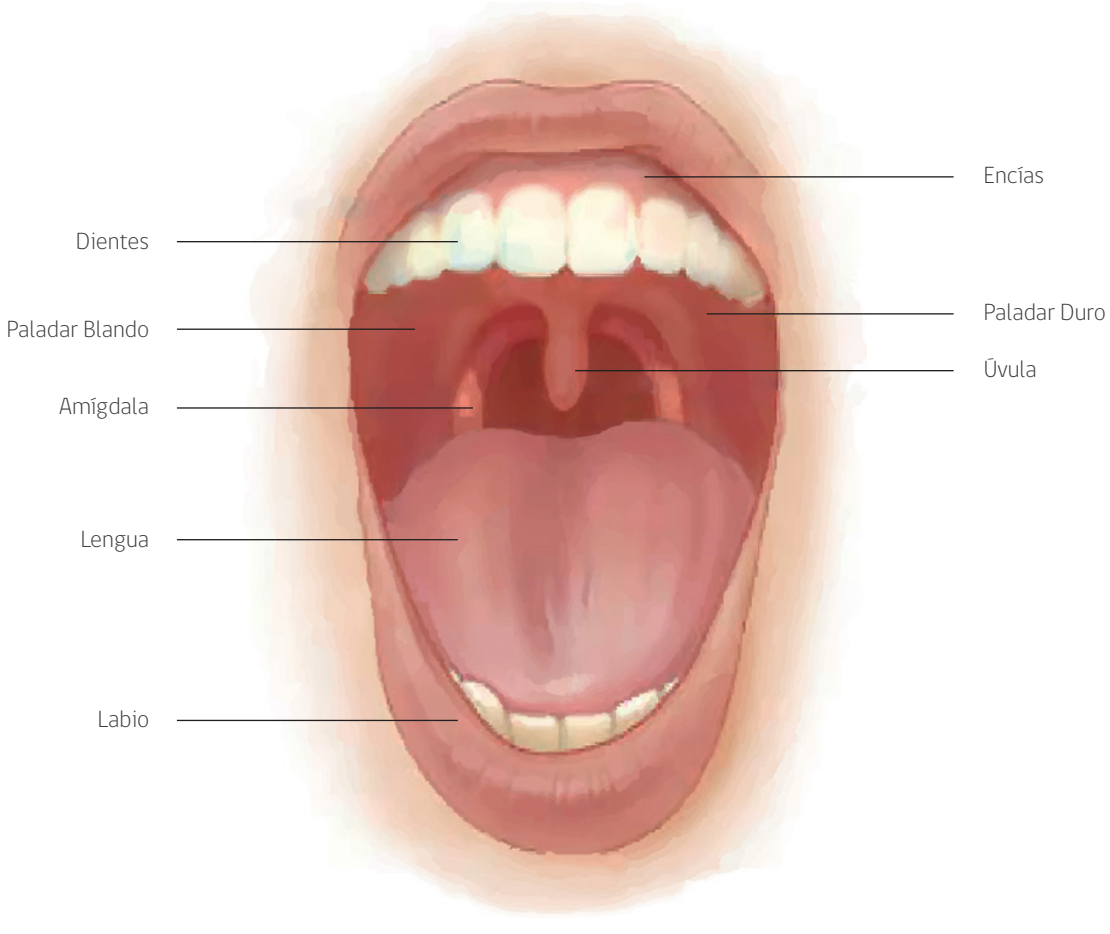
La Salud bucal es parte integral de la Salud General de todas las personas, niños, niñas, adultos y personas de tercera edad. Su cuidado es necesario para tener un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Tener Salud Bucal es importante, hay que mantenerla a lo largo de la vida, desde que nacemos hasta nuestra vejez.

Nos ayuda a:

- **Sonreír**
- **Comer**
- **Hablar**
- **Besar**
- **Relacionarnos con otros**

REPASEMOS LA CAVIDAD BUCAL [2]



Conociendo las estructuras de la cavidad bucal sanas, se pueden prevenir las enfermedades y reconocer cuando se presentan.

SUS FUNCIONES SON:

- **Masticación**
- **Salivación**
- **1er tiempo de Deglución**
- **Degustación**
- **Fonética**
- **Respiración**

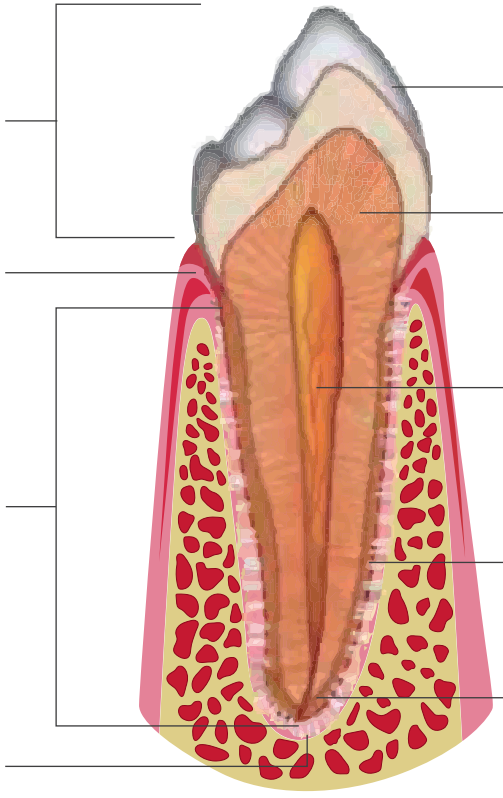
CONOZCAMOS LOS DIENTES [2]

CORONA: porción del diente que se observa a simple vista en la boca.

ENCÍA: reviste el hueso hacia el exterior. Color rosa pálido, firme, adherida al hueso, sin sangramiento en normalidad.

RAÍZ: porción del diente que va dentro del hueso y que no se ve en la boca.

LIGAMENTO PERIODONTAL (LP): une al cemento y hueso alveolar. Su función es amortiguar las fuerzas de masticación.



ESMALTE: capa más externa. Protege y resiste las fuerzas de masticación.

DENTINA: capa intermedia. Distribuye las fuerzas de masticación y protege a la pulpa dental.

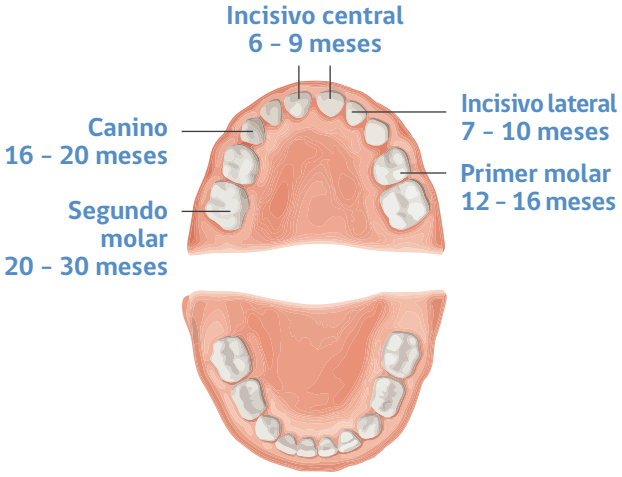
PULPA (NERVIO DENTAL): capa más interna. Es la parte sensible del diente, que lo nutre y defiende de los daños externos (caries u otros).

HUESO ALVEOLAR: el diente se encuentra inserto en él junto al ligamento periodontal.

CEMENTO: porción que rodea al diente en la raíz.

Los dientes son estructuras duras, pequeñas de color blanco amarillento, dispuestos en forma de arco en ambos huesos.

TIPOS DE DIENTES [2]

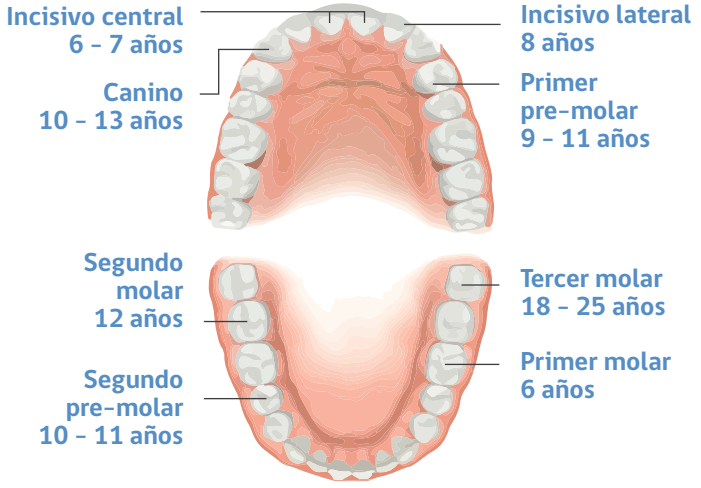


LA DENTICIÓN TEMPORAL

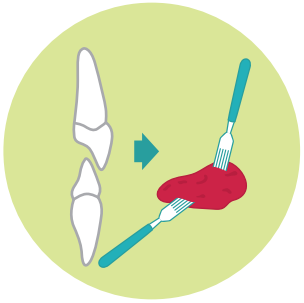
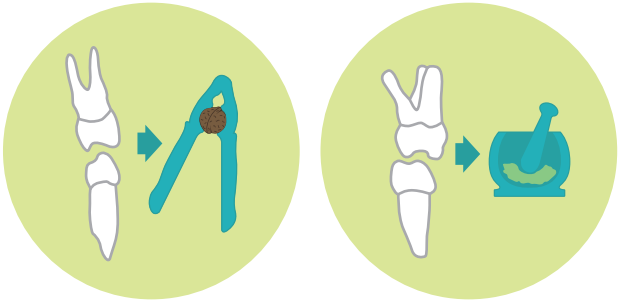
- Se conoce como "dientes primarios o dientes de leche". Son IGUAL DE IMPORTANTES que los dientes permanentes o definitivos.
- Formada por 20 dientes: 8 incisivos, 4 caninos (o "colmillos") y 8 molares temporales.
- Su erupción o salida en boca, comienza alrededor de los 6-8 meses de edad y sigue hasta completarse entre los 2 y 3 años.
- Sirven de guía para que los Dientes Permanentes o Definitivos salgan en el lugar y posición correctos.
- Caries profundas en la Dentición Temporal pueden provocar daños en los Dientes Definitivos.
- Golpes y caries, pueden generar una caída prematura de los Dientes Temporales con posible pérdida del espacio para la salida de los Dientes Definitivo. Pueden salir chuecos o maloclusión.

DENTICIÓN DEFINITIVA

- Formada por 32 dientes: 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.
- El primer molar definitivo, es el primer Diente Permanente en erupcionar o salir en la boca, alrededor de los 5,5 años en mujeres y 6 años en hombres.
- Suelen confundirlo con un molar "de leche".
- NO SE CAMBIA, si no que aparece por detrás de los molares temporales. Por esa ubicación posterior, es difícil de limpiar. Es muy importante cuidarlo y mantenerlo sano.
- La dentición permanente se completa alrededor de los 18 años con la aparición de los terceros molares o "muelas del juicio".



FUNCIONES DE LOS DIENTES [2]

	INCISIVOS	CANINOS	PREMOLARES Y MOLARES
			
DURANTE LA MASTICACIÓN [2]	**Cortan los alimentos**	**Desgarran los alimentos**	**Trituran y muelen los alimentos**
DURANTE LA RESPIRACIÓN	El crecimiento mandibular puede ser un factor que altere el espacio aéreo nasal. [3]	Las personas que respiran por la boca pueden tener alteraciones en la mordida y la posición de los dientes.	Las personas que respiran por la boca pueden tener alteraciones en la postura corporal.
DURANTE LA FONACIÓN	Las estructuras de la cavidad oral actúan como órganos de articulación. [4]	Los dientes participan en la formación de fonemas como por ejemplo, los que van con las letras “t” y “d”.	La ausencia de piezas dentales y problemas en la mordida pueden producir un mal pronunciamiento de ciertas palabras.

¿CÓMO PODEMOS CUIDAR LOS DIENTES Y LA CAVIDAD BUCAL? [2]

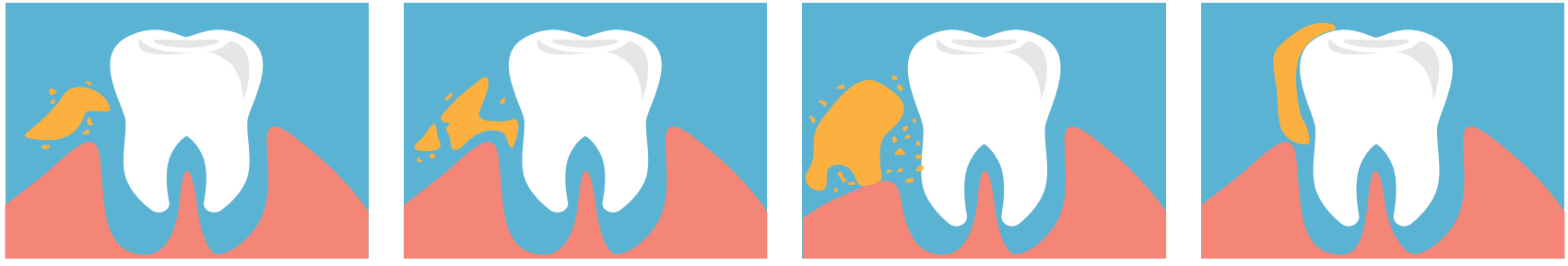
Los dientes y la cavidad bucal se cuidan con buenas técnicas de higiene oral, una alimentación adecuada y evitando malos hábitos.

HIGIENE ORAL

Uno de los factores más importantes para lograr una buena salud bucal es el uso correcto de la técnica de cepillado.

- Se debe realizar después de cada comida, en forma sistemática, ordenada y constante, con un cepillo suave y de uso personal, con buena luz y un espejo a una altura adecuada que permita lavarse los dientes y mirar cómo se realiza.
- La técnica de higiene oral realizada con el cepillo es fundamental para lograr una buena limpieza de nuestros dientes, incluso sin pasta dental.
- El flúor presente en la pasta dental nos ayuda a prevenir las caries. Se puede encontrar también en algunos colutorios o enjuagatorios.
- El uso de pasta dental y enjuagatorios con flúor complementan la acción de la remoción mecánica de la placa bacteriana realizada con el cepillado de dientes.

Formación de la Placa Bacteriana

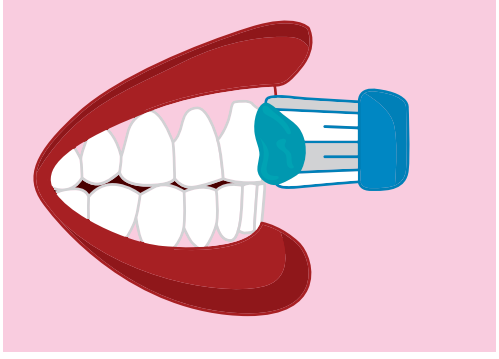


La placa bacteriana, es una capa compuesta por microorganismos, restos alimenticios, elementos de la saliva, entre otros, que se fija en la superficie de los dientes y puede causar una caries o una infección en las encías si no se mantiene una adecuada higiene bucal.

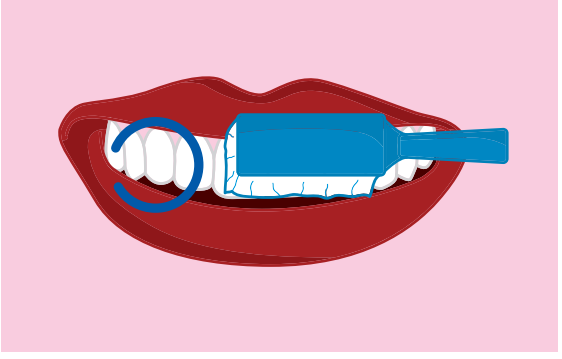
Se forma en aproximadamente 12 horas, y con el tiempo comienza a endurecerse sobre el diente hasta formar el tártaro (sarro).

En el Programa de Salud Oral de Junaeb se enseñan dos técnicas de cepillado, determinadas por la edad del niño o niña.

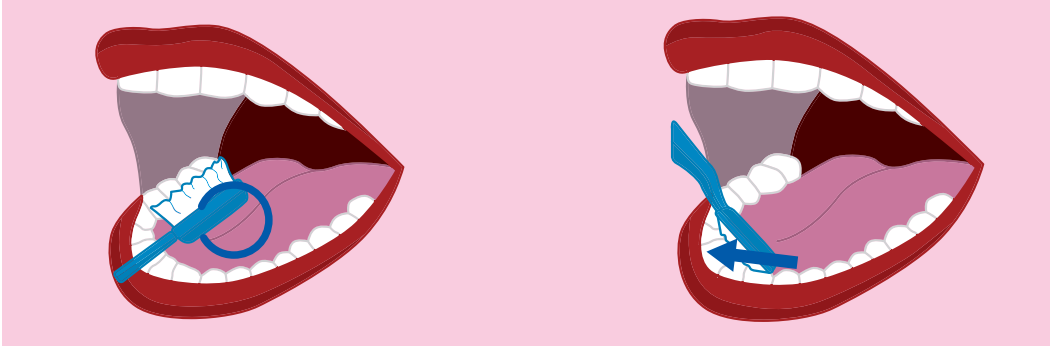
TÉCNICA CIRCULAR DE FONES
Dirigida a menores de 6 años



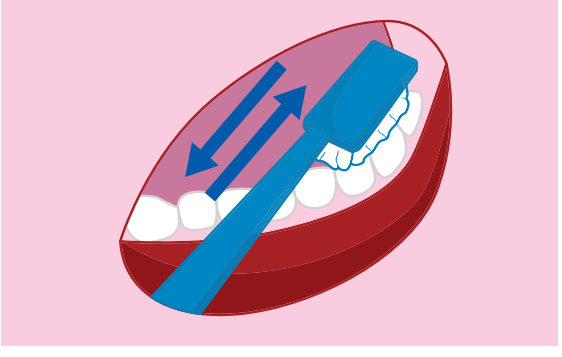
Con los dientes en oclusión (mordiendo) coloque el cepillo en posición horizontal.



Realice movimientos circulares contra la siperficie de los dientes, desde la encía del diente de arriba hasta la encía del diente de abajo.

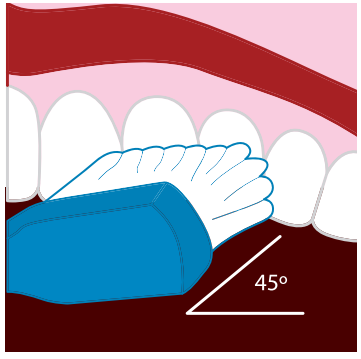


Las superficies linguales, deben limpiarse con el cepillo en posición vertical y con movimientos de vaivén.

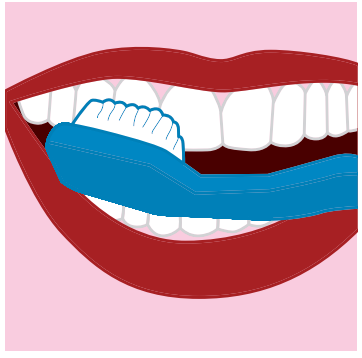


Limpie las superficies masticatorias con movimientos hacia atrás y adelante.

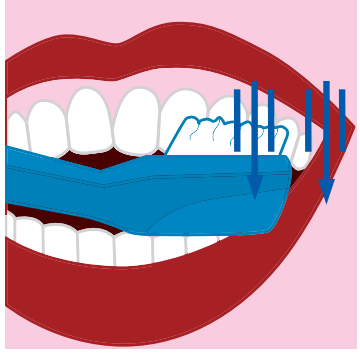
TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA
Dirigida a mayores de 6 años



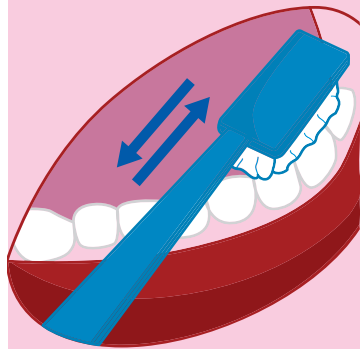
Coloque el cepillo en este ángulo respecto a los dientes.



Apoye el cepillo parcialmente sobre el surco entre encia y diente.



Realizar un movimiento de barrido desde la encía hacia el borde del diente. Lo mismo se repite en la arcada inferior, con movimientos de barrido de abajo hacia arriba (de encía a diente), tanto la cara interna como la externa.



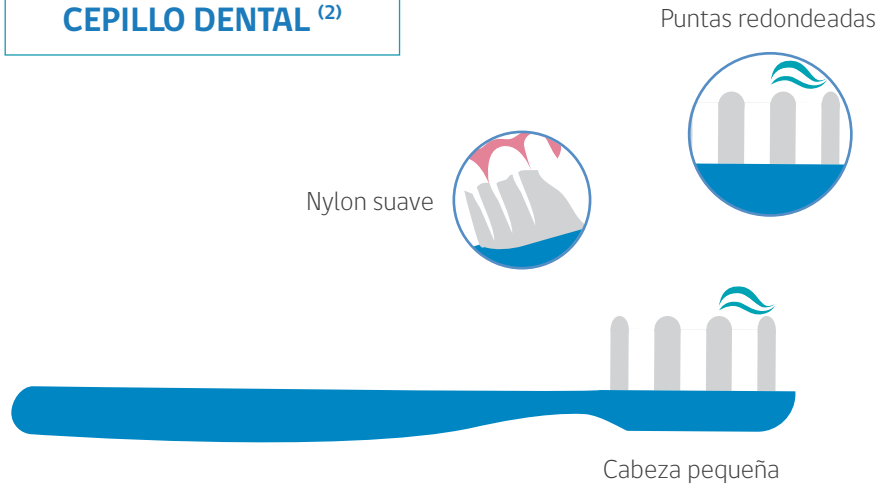
Luego se cepillan las superficies masticatorias, con movimientos de atrás hacia adelante en forma continua.

Veamos las técnicas correctas de cepillado en Youtube:

Técnica Circular: https://youtu.be/tx0YPpKZtfU

Técnica de Barrido: https://youtu.be/BxQD-Hm_Q9Y

CEPILLO DENTAL [2]



Debe ser proporcional a la boca del niño o niña para tener acceso a todos los dientes y muelas. **Cabezal pequeño** y **mango grueso.**

Los filamentos deber ser de **nylon suave**, todos de la misma altura y de **extremos redondeados** para no dañar la encía.

Debe **lavarse bajo el chorro** del agua y estilar en **forma vertical, evitando el contacto** de la cabeza con otros cepillos dentales.

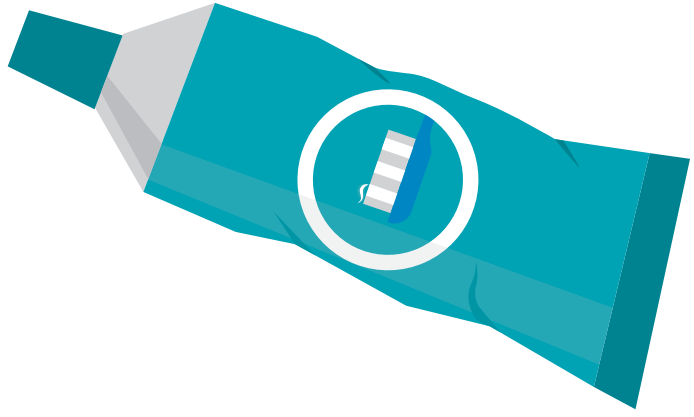
Hay que **CAMBIARLO** cuando los filamentos se desordenan (cepillo chascón).

La pasta dental usada a diario, es una de las formas más eficientes de evitar la aparición de caries dentales, debido al flúor que tiene en sus componentes.

LA INGESTA EXCESIVA DE PASTA DENTAL en pre-escolares puede producir fluorosis o dientes manchados, en los Dientes Permanentes.

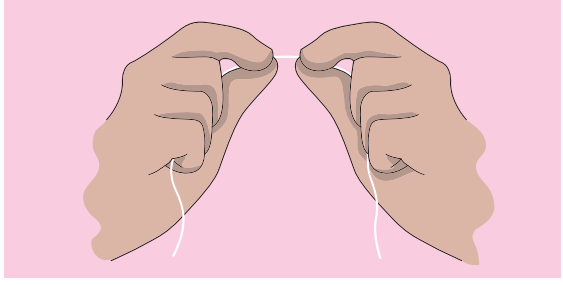
Su dosificación debe ser del tamaño de una lenteja, NO más grande.

PASTA DENTAL [2]

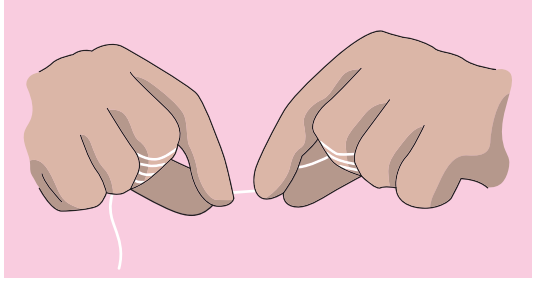


SEDA DENTAL [2]

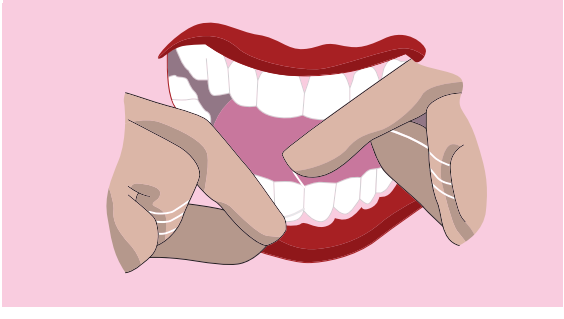
Su función es limpiar entre los dientes y la encía, espacio donde el cepillo no llega, evitando que las bacterias proliferen. Previene el daño a las encías y huesos. [2]



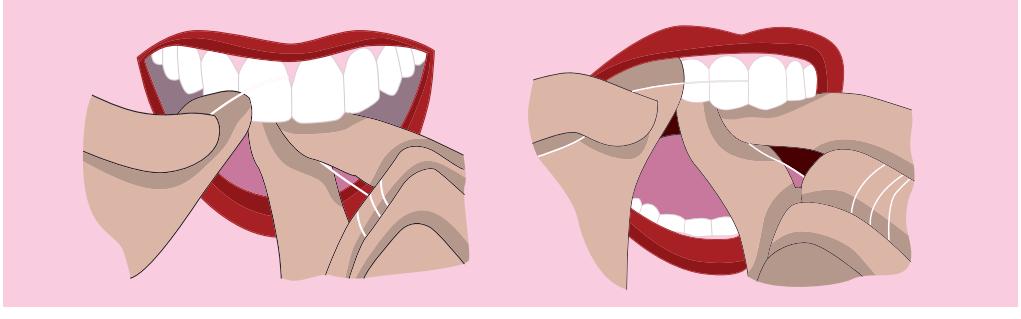
1. Corte 45 cms. de seda dental, enrolle alrededor del dedo medio de cada mano. Apriete la seda entre los dedos pulgares y los dedos índices dejando 2 o 3 cms. de largo entre uno y otro dedo.



2. Mantenga estirada 2 a 3 cms. de seda entre los dedos. Use los dedos índices para guiar la seda dental entre las superficies de contacto de los dientes inferiores.



3. Guíe suavemente la seda dental entre los dientes usando un movimiento de "zig-zag". INTRODUZCA CUIDADOSAMENTE LA SEDA ENTRE LOS DIENTES. Deslice la seda alrededor del diente.



4. Deslice la seda dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente. Limpie cada diente completamente con una sección limpia de la seda dental.

¡¡¡LOS DIENTES Y LENGUA SE DEBEN LIMPIAR Y CEPILLAR SIEMPRE DESPUÉS DE CADA COMIDA!!!

CÓMO INFLUYEN LOS ALIMENTOS EN EVITAR O FAVORECER LAS CARIES

- Una alimentación equilibrada es un **factor protector de la salud.**
- La **lactancia materna exclusiva**, durante los seis primeros meses de vida, aporta los nutrientes necesarios para el desarrollo y crecimiento normal del bebé.
- Durante la alimentación mixta se **incorporan alimentos sólidos** como verduras, frutas y carnes que **modifican la consistencia** de los alimentos para que cada grupo dentario y musculatura relacionada cumpla su función, y se eviten alteraciones.
- **En los niños y niñas hay que retrasar,** en la medida de lo posible, la **exposición a los alimentos con azúcares elaboradas** como bebidas gaseosas, dulces y todos aquellos considerados cariogénicos (es decir, que producen caries).

DIETA CARIOGÉNICA VERSUS DIETA NO CARIOGÉNICA

CARACTERÍSTICAS

Consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentados, como la sacarosa, que se depositan con facilidad en las superficies dentarias, principalmente, las retentivas que son las superficies superiores de los molares y los espacios entre los dientes.

Ejemplo de alguno de estos alimentos son: [5]

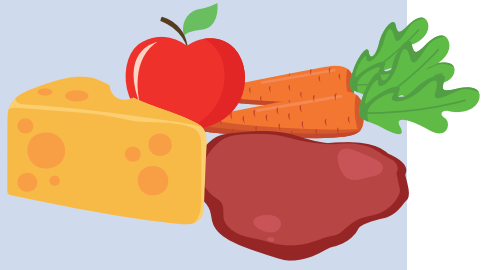
Azúcar	Caramelos	Masas Azucaradas	Masas No Azucaradas	Bebidas Azucaradas
Jugo en polvo sin diluir Miel Turrón Calugas Cereales azucarados Masticables	Chicles Helados Chocolates Mermeladas	Pasteles y tortas Galletas Berlines Súper 8 Negritas	Pan blanco Galletas de Soda	Jugo en polvo Café y/o leche con azúcar Bebidas

CARACTERÍSTICAS

No son utilizados por la placa bacteriana, por lo tanto, NO favorecen su desarrollo. Estimulan una mayor secreción salival, y, algunos de ellos, contienen elementos importantes para la estructura dentaria como son el Calcio y Flúor.

Alimentos no Cariogénicos son:

- Productos lácteos sin azúcar
- Fruta Fresca
- Verduras
- Maní tostado
- Nueces
- Carnes



Es importante destacar que es errónea la creencia de que los alimentos fibrosos como la manzana y la zanahoria, entre otros, limpian los dientes. Estos alimentos sólo favorecen un mayor movimiento de la musculatura bucal y una mayor secreción salival, pero no eliminan la placa. Por lo tanto, no reemplazan al cepillado.

Las propiedades físicas de los alimentos influyen en determinar si es una Dieta Cariogénica o una Dieta No Cariogénica.

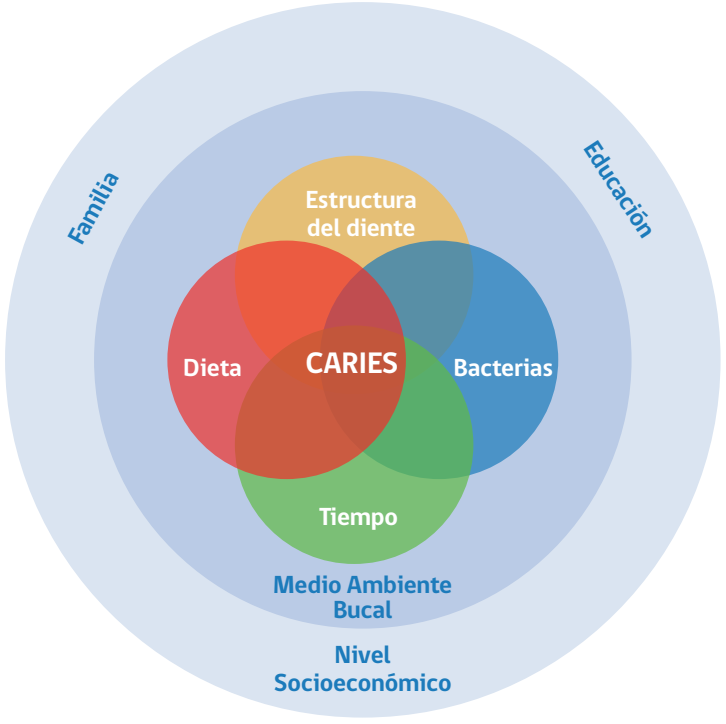
- **Consistencia:** sólidos, semisólidos o líquidos. Los sólidos son más cariogénicos.
- **Tamaño del alimento al ser masticado:** grande o chico. A mayor tamaño, más posibilidades de ser cariogénico.
- **Grado ácido del alimento:** a más ácido, más cariogénico. Por ejemplo: limón versus leche.
- **Contenido de azúcar:** más azúcar, más cariogénico.
- **Adhesividad:** pegajoso o no. Si es pegajoso es más cariogénico.
- **La ocasión de consumo y su frecuencia:** también son factores a considerar. Si se consume varias veces en el día y fuera del horario de las comidas es más cariogénico.

¿Qué pasa si No Cuidamos la Salud Bucal?

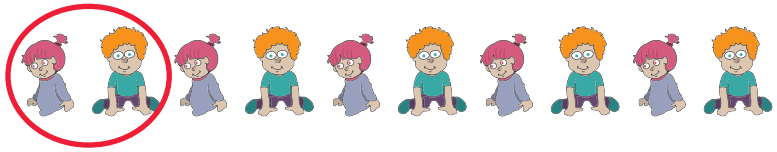
Si no se toman las medidas explicadas, pueden desarrollarse diferentes enfermedades que afectan la Cavidad Bucal y sus Componentes, principalmente las Estructuras Dentarias.

La **Caries Dental** es la más prevalente o más común, seguida por las **Enfermedades Periodontales** que afectan a las encías y tejidos que rodean a los dientes, las **maloclusiones** o alteraciones en la posición correcta de los dientes.

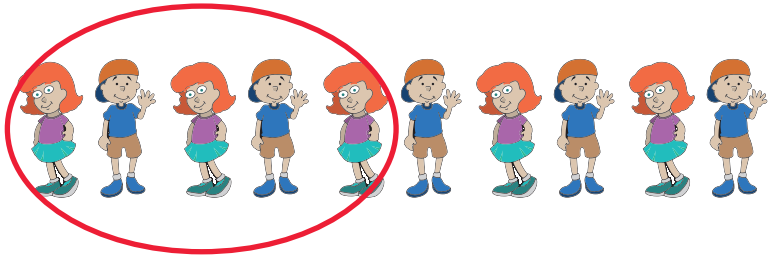
Factores Etiológicos (factores causales) de las caries dentales [2]



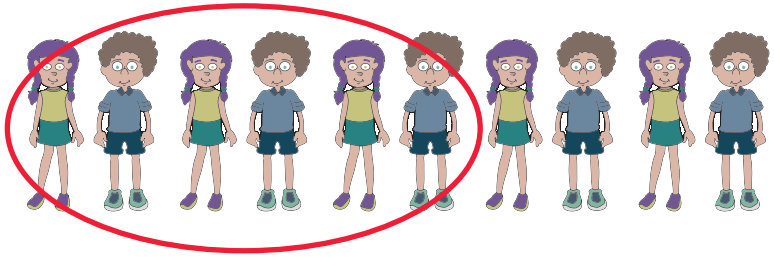
DAÑO BUCAL POR CARIES EN CHILE



A los 2 años de edad,
2 de cada 10 niños tienen caries. [5]



A los 4 años de edad,
5 de cada 10 niños tienen caries. [5]



A los 6 años de edad,
7 de cada 10 niños tienen carie. [5]

CARIES DENTAL

Su alta prevalencia en la población infantil está descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 60% a 90%. [1]

Es una enfermedad crónica, multifactorial o multicausal, que afecta tanto la dentición temporal como la permanente.

Cuando aparece en niños menores de 5 años, se le llama: Caries Temprana de la Infancia (CTI).

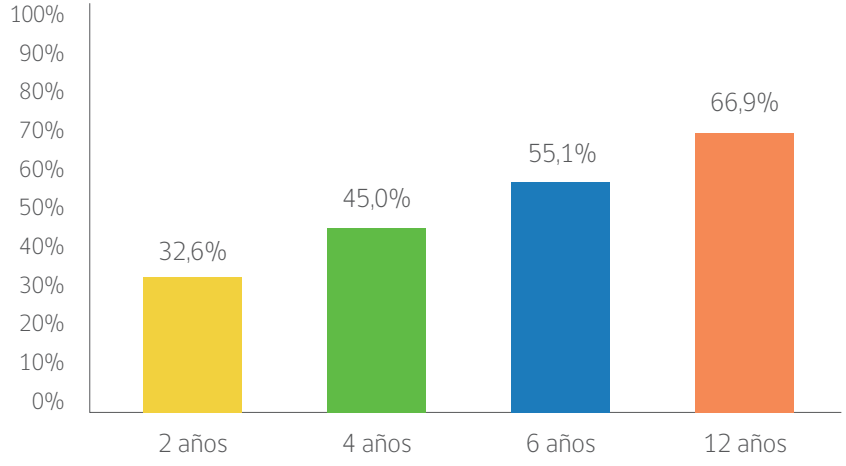
ENFERMEDAD PERIODONTAL [2]

La Placa Bacteriana provoca inflamación de las encías, conocida como **GINGIVITIS**, que va a ser un proceso reversible siempre y cuando existan medidas de higiene oral.

Cuando no existe higiene oral o se realiza de forma inadecuada, se va a producir una destrucción de los tejidos alrededor del diente, ligamento periodontal y hueso, provocando una **PERIODONTITIS**, que va a ser irreversible.

El hueso y ligamento periodontal no se regeneran.

Prevalencia de gingivitis en niños y adolescentes de Chile [7]

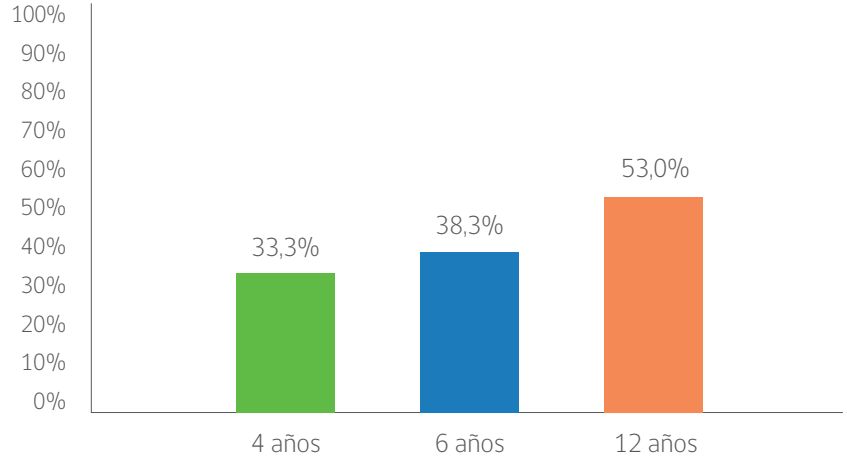


Fuente: Minsal 2007

ANOMALÍAS DENTOMAXILARES

- Las Anomalías Dentomaxilares (ADM) son alteraciones en la posición de los dientes y su relación entre los huesos maxilares, generando lo que se conoce como maloclusiones.
- Sus causas van desde problemas de origen genético, pérdida anticipada de dientes por caries u otros, hasta malos hábitos orales como: uso prolongado de chupete, succión de dedo o respiración bucal, entre otros.
- Son detectables desde edades tempranas, pudiendo realizar tratamientos interceptivos para poder corregirlas parcial o totalmente.

Prevalencia de ADM en niños y adolescentes de Chile [7]



Fuente: Minsal 2007

¿Cómo Detectar Estas Enfermedades? [2]

Al detectar alguna de estas condiciones, se debe derivar al odontólogo/a, teniendo prioridad los niños o niñas que presenten dolor espontáneo o una o más alteraciones.

AUMENTOS DE VOLUMEN

Estados inflamatorios de origen dentario.

Generalmente, con dolor espontáneo o producido al ejercer presión digital.

EXAMEN EXTRAORAL

Se debe examinar el rostro de frente y perfil

ALTERACIONES DE PERFIL

Afectan principalmente la estética y la funcionalidad de la oclusión.

PROGNATISMO

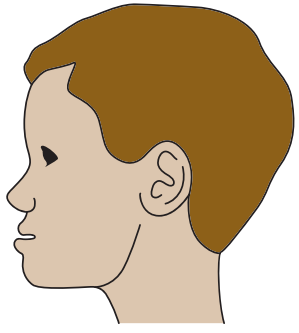
Marcado desarrollo mandibular. Mentón se encuentra hacia adelante.

RETROGENIE

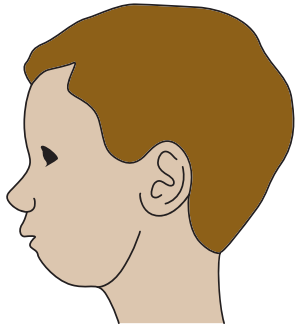
Poco desarrollo de la mandíbula. Mentón se encuentra hacia atrás.

RESPIRACIÓN BUCAL

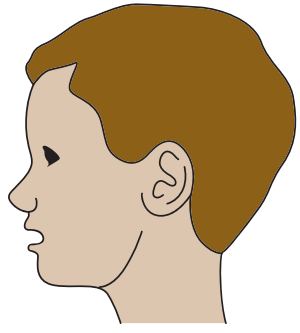
Mal hábito que afecta a todo el organismo. Su facie (expresión facial) característica es tener la boca entreabierta, labio inferior grueso y largo, labio superior corto y delgado. IMPORTANTE DERIVAR.



Prognatismo



Retrogenie



Respiración Bucal

EXAMEN INTRAORAL EN LA ESCUELA [2]

ALTERACIONES DE LA MORDIDA

Al revisar la mordida (dientes juntos y sólo se levantan labios) NO existe una alineación armónica de entrecruzamiento dentario donde los dientes superiores que pasan por delante de los inferiores, generando una "maloclusión".

Provoca problemas estéticos y funcionales, dificultando también la higiene dental.

PRESENCIA DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Se examina al niño de **6 años**, con la boca abierta, dirigiendo la observación a los últimos molares temporales, ya que detrás de estos debería encontrarse este molar definitivo.

NO SE CAMBIAN, si no que erupcionan en una posición posterior.

Importante para muchas funciones de la cavidad oral. Sufre caries con facilidad debido a la dificultad de higienización en su posición. **Es importante mantenerlo SANO.**

ENCÍAS Y MUCOSAS

Gingivitis: inflamación de las encías, donde se aprecian rojas con aumento de volumen y sangran con facilidad al cepillado o de forma espontánea.

Aumento de volumen: cuando sucede en relación a las encías, puede ser producto de un proceso carioso profundo y/o un absceso de las encías solamente.

Fístulas ("postemillas"): se aprecian en fondos de vestíbulo o encía. Son producto de un proceso infeccioso, generalmente asociado a una caries profunda, donde existe una infección que ha elaborado un camino en el tejido para liberar la colección purulenta ("pus"). Asintomáticas.

OTROS PROBLEMAS

Apiñamiento dentario: dientes aparecen desordenados y/o amontonados en diferentes direcciones.

Restos Radiculares: por caries y/o fracturas de la corona dentaria, quedan sólo las raíces incluidas en las encías.

Inclusiones o Retenciones: dientes que no han erupcionado quedan atrapados en el hueso, no pudiendo alcanzar su posición habitual. El canino definitivo es el diente que con mayor frecuencia queda incluido o retenido, cuando no ha erupcionado en niños mayores de 12 años. Se debe derivar al odontólogo.

CARIES

Se examina al niño con la boca abierta en busca de cavitaciones o cambios de coloración en las superficies dentarias, tanto de dientes anteriores como posteriores.

¿QUÉ HACER FRENTE A GOLPES EN LOS DIENTES POR ACCIDENTES EN EL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR (TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES – TDA)? (2)

- **Accidentes:** pueden causar traumas sobre las piezas dentarias, pudiendo además afectar al hueso donde va el diente, a los tejidos periodontales (que rodean al diente) y a los tejidos blandos de la cavidad bucal.
- Los TDA más comunes son cuando uno o más dientes se **fracturan, sueltan o se salen** de su ubicación normal como consecuencias de un golpe.
- Ante la **caída de un diente definitivo**, lavarlo y volver a reposicionar. Si no es posible hacerlo, guardar en **leche o suero fisiológico o entre mejillas y molares o bajo la lengua** y acudir al odontólogo en máximo 2 horas.
- Los dientes temporales ("de leche") no se deben reimplantar.
- La mayor frecuencia de estos traumatismos los observamos durante **la niñez y la adolescencia.**
- Principales causas son las **caídas** (escaleras, bicicletas, patines, etc), colisiones en deportes violentos, **golpes de la boca** al contacto de la llave de agua, **accidentes de tránsito y agresiones físicas** como resultados de riñas.

Experiencia informativa y educativa elaborada por la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Creado en 1994 por la directora de la Clínica Odontopediátrica, docente e investigadora de esta Universidad, ***Marie Therese Flores.*** *Traducido en 23 idiomas, entre ellos, inglés, portugués, francés, árabe, alemán, italiano, chino, ruso, turco y letón.*

OTRAS ENFERMEDADES O CONDICIONES QUE PUEDEN AFECTAR LA CAVIDAD BUCAL [2]

HERPES LABIAL

Es causado principalmente por el Virus Herpes Simplex tipo I (oral) y en algunas ocasiones el Virus Herpes Simplex tipo II (genital y parte inferior del cuerpo).

Transmisión por contacto directo. Se manifiesta como pequeñas lesiones en la boca o cercana. No entrar en contacto con ellas. Desaparecen en alrededor de 7 a 10 días.

ÚLCERAS ORALES (AFTAS o "FUEGOS")

Asociadas a problemas del sistema inmune, aparecen, principalmente, tras un trauma (golpe).

Son lesiones abiertas, muy dolorosas. Se establecen durante 7 a 10 días en superficies internas de los labios, paladar, lengua y base de las encías. Desaparecen solas.

IMPÉTIGO

Infección de la piel que es causada por una bacteria. Niños de 2 a 6 años se ven más afectados. Se transmite por contacto directo o indirecto (utensilios).

Es altamente contagioso por lo que se debe evitar tocar. No presenta síntomas y se manifiesta alrededor de la boca. Se debe derivar inmediatamente al profesional de salud para su tratamiento.

TABAQUISMO

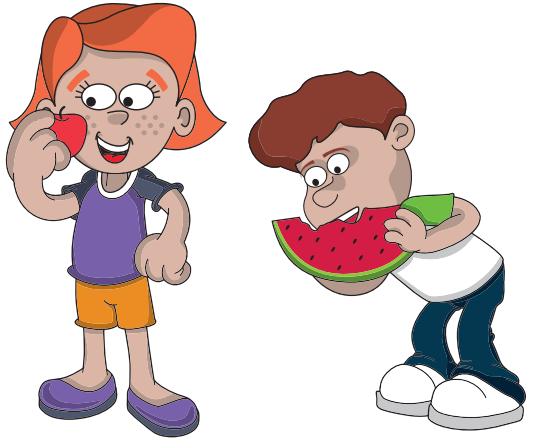
El consumo de cigarro ayuda a aumentar el riesgo de muchas enfermedades de la cavidad bucal. Favorece la destrucción del hueso y tejidos que rodean al diente.

Genera mal aliento, reducción de la capacidad de percibir sabores y olores, tinción en los dientes y problemas en la cicatrización.

PAPILOMA HUMANO

Es causado por el Virus Papiloma Humano. Se transmite por contacto directo de las zonas genitales (piel y mucosas) y/o sexo oral. No presenta síntomas.

En Chile, se encuentra dentro del calendario de vacunación del Minsal para los cursos de 4to y 5to Básico. [8]



9 Salud Mental

La Salud Mental es considerada un aspecto fundamental del bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, en general, en cualquier grupo de personas.

Es ***"... un estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades... Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos" (OMS, 2004).***

Para el Ministerio de Salud (Minsal), la Salud Mental es la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y bien común.

Esto es:

1. La Salud Mental, más allá de la ausencia de un problema, es la manera en que las personas sienten, piensan, actúan o se relacionan con los demás. Tiene que ver con favorecer que todas las personas -de todas las edades- logren desarrollar al máximo sus potencialidades y habilidades para enfrentar los diferentes desafíos que la vida involucra y relacionarse con los demás de una manera satisfactoria, en que sean un aporte a su comunidad y sientan que sus comunidades son un aporte para ellas.

2. La consideración de las relaciones sociales como parte de la Salud Mental se refleja al incorporar la participación comunitaria, y la noción de las personas como una contribución a las comunidades.

La Salud Mental involucra mirar las relaciones que las personas establecen con los demás y entenderlas como una fuente de bienestar o malestar cuando no se logran interacciones positivas.

En este marco, se debe pensar en cómo destinar esfuerzos para que los niños, niñas y adolescentes tengan una buena salud mental, para que logren desarrollar al máximo sus potencialidades y favorecer también las mejores y más saludables interacciones sociales posibles.

Cómo favorecer la Salud Mental

- Identificar aquellos elementos que se puedan potenciar a lo largo del desarrollo de niñas, niños y adolescentes para generar una mayor protección frente al riesgo de presentar una enfermedad o problema de Salud Mental.
- Intervenir o detectar de manera precoz a una niña, niño o adolescente que está con riesgo de pasar, o está pasando, por un problema de Salud Mental.
- Estar atentos a realizar acciones tempranas para evitar que un problema de Salud Mental se presente o agudice, es una acción importante para el resguardo del desarrollo saludable de niños, niñas y adolescentes.

El rol de las comunidades educativas es muy importante por el prolongado tiempo que docentes y asistentes de la educación están en contacto con los y las estudiantes. Es una gran oportunidad para la detección temprana de niños, niñas y adolescentes que podrían estar teniendo un problema de Salud Mental, así como para el despliegue de acciones preventivas para favorecer la salud de los estudiantes.

Promoción y prevención

Los conceptos de Promoción y Prevención, son un aporte para entender qué es lo que las personas, comunidades u organismos pueden realizar para apoyar el desarrollo saludable de niños, niñas y adolescentes.

Según la OMS[1], la *"salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan de forma social, psicológica y biológica".*

En este escenario, la Salud Mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias de variado tipo. Estos factores pueden tener que ver con las interacciones sociales, la forma en que la sociedad entrega recursos para el desarrollo de su potencial, algunos aspectos de su funcionamiento biológico, etc.

En esta interacción de factores, un foco de trabajo o cuidados involucra hacer esfuerzos para que las personas gocen de la mejor Salud Mental, desarrollen el máximo de sus potencialidades y no solamente exista una ausencia de enfermedades o problemas.

Promoción de la Salud Mental

Se refiere a la habilitación de condiciones que permitan un desarrollo óptimo de las personas a nivel individual y colectivo. Es el *"mejoramiento de la calidad de vida y del potencial para ganar mejor salud".*

Las acciones de Promoción buscan fortalecer aquellos factores que protegen a las personas de las enfermedades o problemas de Salud Mental, aumentando el bienestar personal y colectivo.

Existen otras acciones más específicas que se constituyen en apoyos para quienes estén presentando un problema de Salud Mental y/o muestran un mayor riesgo de adquirirlas.

Prevención en la Salud Mental

Son las acciones para disminuir los problemas de Salud Mental por la reducción del riesgo de desarrollarlos y maximización de factores que protegen a las personas.

Se dirige a grupos expuestos al riesgo que cuentan con una mayor vulnerabilidad en comparación con la mayoría.

Para tener claridad y lograr identificar qué se puede hacer para promover la Salud Mental y/o prevenir el desarrollo de problemas y con quiénes es mejor hacerlo, es necesario conocer cuáles son los Factores de Riesgo y los Factores Protectores.

Factores de Riesgo:

Es cualquier característica de tipo biológica, social o una combinación de ambas, presente en una persona o comunidad, que aumenta el riesgo o probabilidad de tener un problema de Salud Mental.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

- Baja Autoestima.
- Rasgos de personalidad dependiente.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Tendencia al aislamiento.
- Sentimientos de Indefensión.

FACTORES DE RIESGO SOCIOFAMILIARES

- Escasa participación en grupos.
- Familia multiproblemática.
- Dificultades en la resolución de conflictos.
- Vivencia de maltrato.
- Antecedentes familiares de problemas de salud mental.
- Trastorno del apego temprano.

Por ejemplo, se sabe que un adolescente tiene mayor probabilidad de presentar consumo de drogas y conducta violenta o problema de Salud Mental, si ha tenido en su historia experiencias de bajo apoyo familiar o social → factor de riesgo.

Factores Protectores:

Elementos que aumentan la protección frente a la posibilidad de tener un problema de Salud Mental.

Si el Factor Protector está presente, es menos probable que se desarrolle el problema. Además, protegen de los efectos de circunstancias desfavorables y amortiguan el impacto de los factores de riesgo que no se pueden eliminar.

Estimularlos implica lograr que las personas, familias y comunidades, adquieran habilidades o conocimientos que les ayuden a enfrentar los cambios en el desarrollo, y fortalecer sus capacidades individuales y colectivas para enfrentar distintos desafíos a través de experiencias y vivencias cotidianas; esto permite adquirir y poner en práctica las destrezas necesarias para enfrentar las exigencias y pruebas de la vida diaria como un reto y no como amenazas.

Crear una **Red Social Protectora**, constituye un apoyo y refuerzo que favorece a los niños, niñas y adolescentes. Pueden establecerse a nivel de la familia, de la escuela y de la comunidad.

Por ejemplo, se sabe que un adolescente tiene menor probabilidad de presentar consumo de drogas y conducta violenta (problema de Salud Mental), si se ha sentido perteneciente a su comunidad (factor protector).

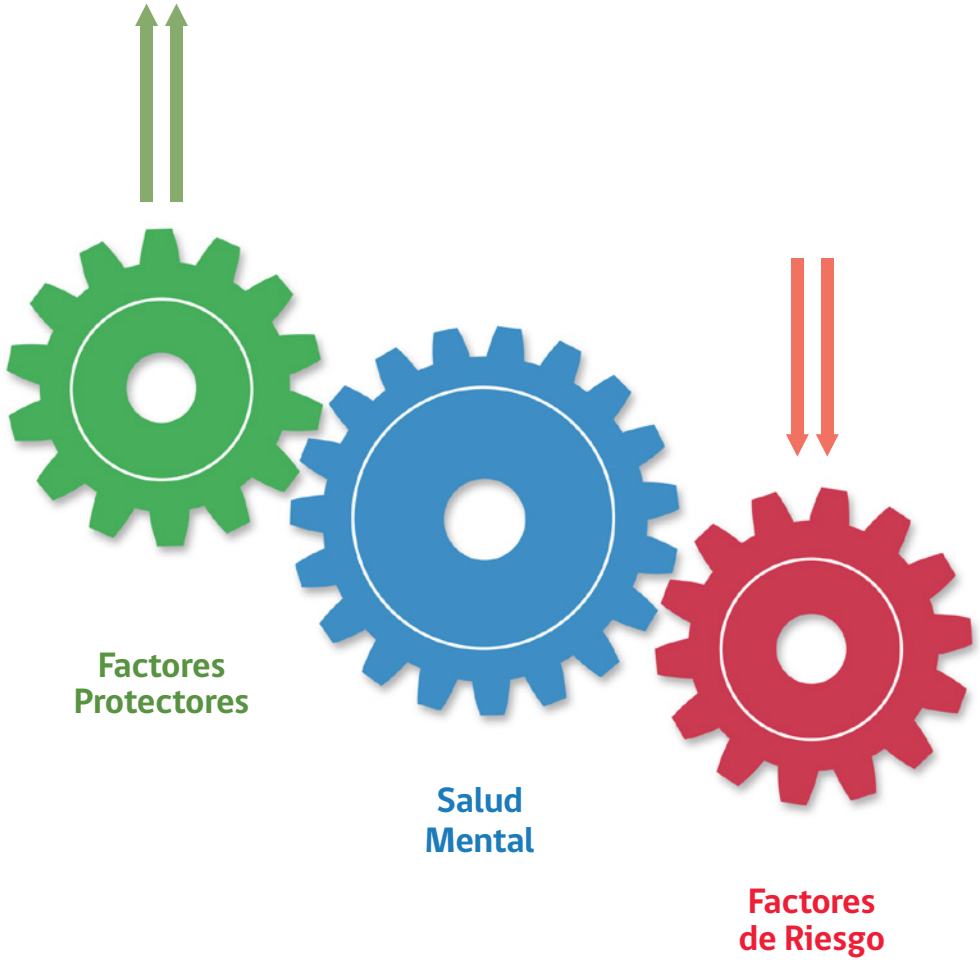
La probabilidad de tener un problema se relaciona con la cantidad y tipo de factores de riesgo y factores protectores que están presentes; es ideal que existan más factores protectores y menos factores de riesgo. La edad hace que, en algunos momentos, los factores de riesgo o protección tengan más o menos peso que en otras edades.

Los factores que tienen que ver con la manera en que la familia funciona o la forma en que se dan las relaciones al interior de la Escuela, tienen un alto impacto en niños, niñas y adolescentes.

Los factores que tienen que ver con las relaciones de pareja o el ambiente laboral, tienen un alto impacto en las personas adultas.

Todo se da en un engranaje relacional: factores protectores, individuo, factores de riesgo.

Hay momentos durante la vida en que se puede estar más expuesto a los Factores de Riesgo, por lo que es importante contar con una Red Familiar o de soporte que permita estar protegidos/as y/o fortalecidos/as. En este contexto, las Escuelas y figuras significativas juegan un rol fundamental.



SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD, LOS PRINCIPALES FACTORES PROTECTORES SON:	
PSICOLÓGICOS	**SOCIALES**
• Comportamiento materno seguro durante el embarazo. • Apego positivo y vinculación temprana. • Estimulación cognitiva temprana. • Buena crianza de los hijos/as. • Interacción positiva entre padres, madres e hijos/as. • Sentimientos de seguridad. • Sentimientos de dominio y control. • Crecimiento sociocultural. • Interacciones interpersonales positivas. • Comportamiento pro-social. • Adaptabilidad. • Autonomía. • Autoestima. • Habilidades para la resolución de problemas. • Habilidades para la vida.	• Empoderamiento y sentido de apropiación y responsabilidad social de los miembros de la comunidad. • Integración de minorías étnicas. • Participación social. • Responsabilidad social y tolerancia. • Servicios sociales. • Apoyo social y redes comunitarias. • Alfabetización. • Apoyo social a familiares y amigos. • Promoción de la salud mental en escuelas y lugares de trabajo.

Es importante identificar los mejores espacios para realizar acciones que permitan promover la mejor Salud Mental en los niños, niñas y adolescentes y. en este contexto, **la Escuela es un espacio adecuado.**[3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11]

CAPACIDADES PARA FORTALECER Y RIESGOS A PREVENIR	
AUMENTAR LAS CAPACIDADES DE...	**DISMINUIR EL RIESGO DE PRESENTAR...**
• Comunicación interpersonal/habilidades sociales. • Sentir, reconocer y expresar sentimientos y emociones. • Establecer y mantener vínculos afectivos. • Resolver conflictos. • Dedicar tiempo libre a actividades recreativas, deportivas, al disfrute y al ocio. • Desarrollar una clara postura de protección y resistencia frente al consumo de drogas. • Buscar el autocuidado frente a diferentes conductas de riesgo.	• Comportamiento violento o agresivo. • Consumo de drogas. • Aislamiento social y afectivo. • Baja autoestima. • Dedicación excesiva a la actividad académica y laboral. • Ausencia de espacios de disfrute y ocio.

¿Qué son los problemas de Salud Mental?

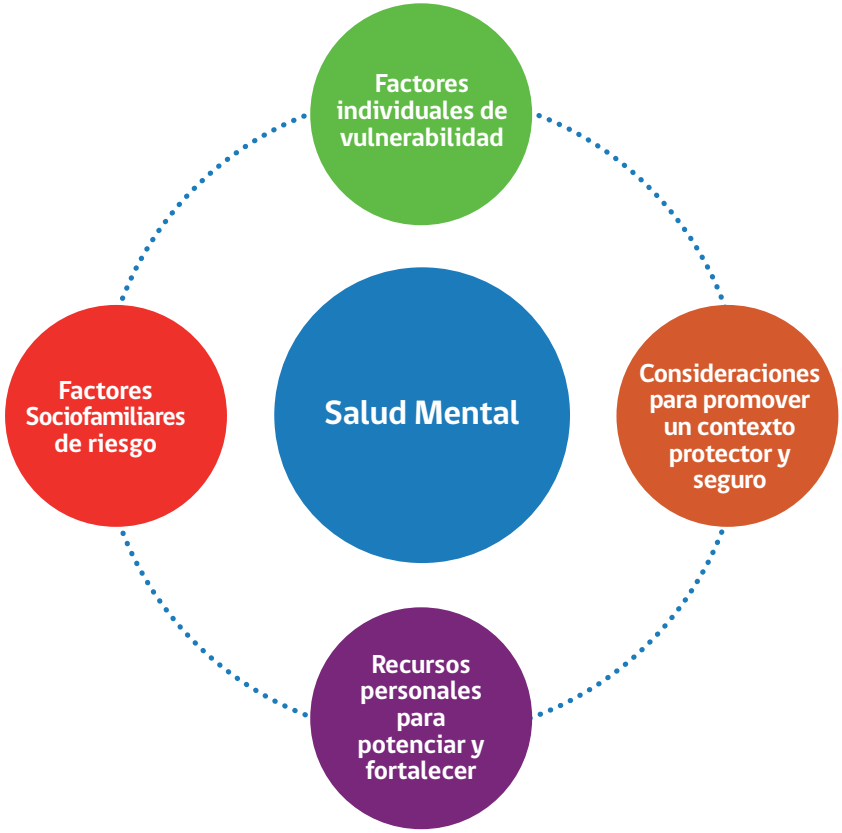
A modo general, los trastornos de Salud Mental responden a las dificultades en cómo las personas sienten, piensan, actúan o se relacionan con los demás, afectando las posibilidades de lograr sus tareas cotidianas. Son definidos de una manera similar a las enfermedades o problemas físicos (como un resfrío o la diabetes) y, por lo tanto:

- Pueden tener distintos niveles de gravedad.
- Requieren tratamiento o apoyo de otras personas.
- Son posibles de recuperar si se recibe el apoyo y tratamiento adecuado.

Hay personas que muestran una mayor vulnerabilidad a presentar problemas de Salud Mental, del mismo modo que existen otras que tienen una mayor probabilidad de tener, por ejemplo, alguna fractura en sus huesos o una gripe.

Esto no significa que una persona vulnerable va a desarrollar sí o sí una enfermedad o problema mental, si no que invita a estar atentos para identificar a quienes muestren un mayor riesgo, especialmente, niños, niñas y adolescentes, con el fin de entregar los apoyos necesarios, fortalecerlos de forma temprana y evitar que desarrollen problemas o trastornos de Salud Mental.

Es importante reconocer los recursos de cada persona para potenciarlos y fortalecer sus capacidades, por ejemplo: resiliencia.



Detectar a tiempo y derivar

Es importante que los adultos de la Comunidad Educativa estén atentos a detectar a tiempo a niños, niñas o adolescentes que muestren indicadores de estar presentando un problema de Salud Mental. Cuando esto sucede, hay que informar a padres, madres o apoderadas/os y buscar apoyo profesional para evitar un problema mayor y resguardar un desarrollo saludable.

Por las características específicas de los niños, niñas y adolescentes en proceso de desarrollo y crecimiento, los trastornos o problemas de Salud Mental se presentan de una manera diferente a como lo hacen en las personas adultas.

Un trastorno de Salud Mental involucra un cambio en la manera en que los niños, niñas y adolescentes se han comportado habitualmente, del mismo modo que en presencia de una enfermedad física el cuerpo comienza a funcionar de modo diferente al habitual, mostrando síntomas.

En las enfermedades mentales las personas modifican su forma de sentir, pensar, comportarse o relacionarse.

Por ejemplo:

- *Pueden sentir emociones mucho más intensas que lo habitual como una pena o tristeza profunda.*
- *Presentar dificultades para concentrarse.*
- *Mayor irritabilidad.*
- *Cambiar su forma habitual de relacionarse con los otros, con aumento de peleas, entre otras.*

Al entender de este modo los elementos o síntomas de un problema de Salud Mental, es posible comprender que, una vez superado, éstos debieran desaparecer o disminuir de manera importante favoreciendo que las personas vuelvan a su comportamiento habitual.

En el caso de niños, niñas y adolescentes hay que tener en cuenta que el propio crecimiento y maduración van mostrando cambios en la conducta, por lo tanto, al momento de evaluar si una persona de esta edad presenta algún problema de Salud Mental, primero hay que evaluar si su comportamiento se ha modificado de manera más intensa o muy diferente a lo esperado, o es lo visto en la mayoría de las personas de su misma edad.

Existen diversas formas de entender las etapas del desarrollo. Los distintos autores lo conceptualizan en diversos ámbitos. Por ejemplo:

- Piaget, da cuenta de las etapas del desarrollo del pensamiento.
- Erickson, da cuenta de las etapas del desarrollo a nivel afectivo y relacional.

Existen diferentes propuestas de ordenamiento de las etapas del desarrollo[12] y la identificación de los desafíos a los que deben verse enfrentados niños, niñas y adolescentes para alcanzar un desarrollo óptimo:

EDAD	COGNITIVO	SOCIOEMOCIONAL
5-6 AÑOS	• Preoperacional. • Pensamiento simbólico. • Permanencia del Objeto. • Establecimiento de Relaciones y Clases.	• Se alegra de sus propios logros y confía en sus capacidades. • Reconoce y expresa emociones básicas como alegría, tristeza, enojo y vergüenza. • Respeta reglas y turnos establecidos en los juegos.
7-11 AÑOS	• Operaciones Concretas. • Aplica lógica. • Aplica principios. • Logra centrarse en más de un aspecto de un mismo estímulo.	• Forma autoconcepto a partir de la opinión de los demás. • Le gusta jugar solo/a pero más con amigos/as. • Reconoce y logra hablar acerca de sus emociones. • Elige a sus amigos y amigas. • Puede consolar a sus amigos y amigas cuando están tristes. • Puede seguir reglas de comportamiento acordadas. • Le gusta pertenecer a grupos deportivos, de música, etc. • Comprende que puede haber distintos puntos de vista
12-17 AÑOS	• Operaciones formales. • Pensamiento abstracto. • Mayor comprensión del mundo. • Relaciones causa-efecto.	• Tendencia a la introspección y al aislamiento. • Cuestionamientos a sus figuras de referencia. • Búsqueda de identidad por medio de sentirse perteneciente a algún grupo. • Egocentrismo, si bien logran ver el mundo en su amplitud, se vuelcan hacia sus propias necesidades y deseos. • Sentimientos de trascendencia y altruismo.

Señales de alerta que pudieran indicar presencia de problemas de Salud Mental en estudiantes. [13]

Existen algunos elementos o señales frente a los cuales los y las docentes y asistentes de la educación pueden estar alerta para detectar de manera precoz, conductas que indicarían algún problema de Salud Mental en los niños, niñas y adolescentes.

Algunas de ellas son:

- Dificultades en el aprendizaje y rendimiento escolar: retraso en aprender a leer y escribir, bajo rendimiento o descenso en las notas, baja atención y concentración, dificultades para entender instrucciones y/o para concluir tareas y actividades.
- Dificultades en el autocuidado y autonomía, entre otros: vestirse y bañarse solo, cuidado de sus pertenencias, evitación de riesgos.
- Dificultad para la interacción social y para adaptarse a los cambios.
- Actividad excesiva, corporal o verbal.
- Impulsividad excesiva que le lleva a hacer cosas sin reflexionar.
- Rabietas, oposicionismo o rebeldía repetida y continua.
- Cambios súbitos en la conducta o en las relaciones con sus compañeros, incluidos el aislamiento y la ira.
- Síntomas físicos recurrentes y de causa desconocida como dolor de estómago, dolor de cabeza, náuseas.
- Negativa de ir a la escuela.
- Cambios en los hábitos de sueño, alimentación o conductas habituales, por ejemplo: aumento o disminución del apetito y/o del sueño.
- Estado de ánimo triste, abatido, con preocupación, aflicción excesiva, o muy fluctuante. Es irritable, se molesta fácilmente, se siente frustrado o deprimido, muestra cambios extremos o rápidos e inesperados del estado de ánimo, explosiones emocionales.
- Conductas de autoagresión como son: cortes, rasguños, pellizcos.
- Conductas regresivas, por ejemplo: volver a orinarse, chuparse el pulgar, comportarte como un niño, niña o adolescentes de menor edad a la actual.
- Conducta Inhibida, con dificultad de expresar emociones en actividades lúdicas o artísticas.
- Conducta sobreadaptada, es decir, mostrarse complaciente o adaptados a pesar de haber tenido una experiencia traumática o dolorosa, como la pérdida de algún ser querido.

Frente a estas señales es necesario sugerir que los/las cuidadores/as de niños, niñas o adolescentes busquen ayuda u orientación profesional.

¿Cómo apoyar a estudiantes con problemas de Salud Mental?

Las personas adultas de la Comunidad Escolar, y en especial los y las docentes, suelen ser personas con alta cercanía a sus estudiantes. Muchas veces son los primeros en notar que existe algún síntoma de un problema de Salud Mental y al tener un rol en la detección de ellos, pueden ser una alerta para los padres, madres y apoderados/as respecto de que algo pueda estar pasando.

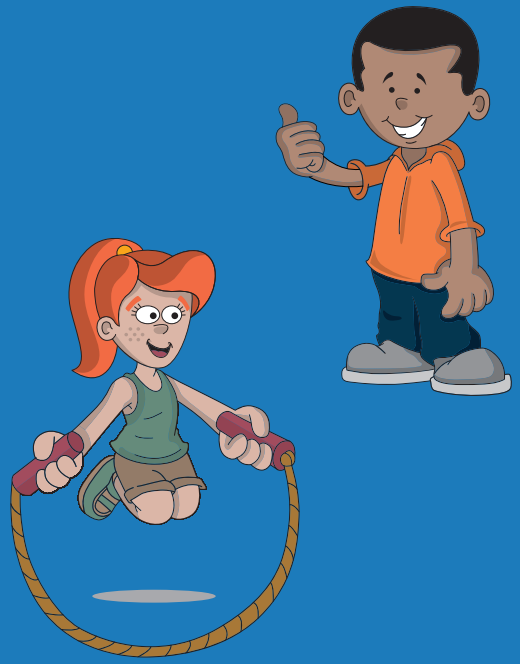
Es una oportunidad para establecer ciertas acciones que favorezcan el bienestar de aquellos niños, niñas y adolescentes que no lo están pasando bien.

Estrategias de apoyo para que docentes y adultos de la Comunidad Educativa puedan apoyar a estudiantes que presenten algún problema de Salud Mental. (14)

- **Hacer un seguimiento de los logros académicos de los/las estudiantes que no promuevan su estrés o sensación de presión.**
- **Proporcionar instrucciones paso a paso, ser flexible y realista con sus expectativas.**
- **Preocuparse que los/las estudiantes tomen nota de sus tareas, para evitar la incertidumbre o exceso de preocupación por los posibles olvidos que pudieran tener.**
- **Frente a aquellos/as estudiantes que se ven con una energía disminuida, resguardar el exceso de demandas académicas.**
- **Frente a estudiantes que muestran irritabilidad, evitar la discusión y concentrarse en calmarlos y favorecer su tranquilidad.**
- **Conversar con los padres, madres y apoderados para ir monitoreando de manera conjunta la evolución de la salud y dificultades del estudiante.**
- **También conversar sobre su responsabilidad protectora y la importancia de que se posicionen como figuras significativas, además de establecer una vinculación cercana que les permita estar disponibles emocionalmente para sus hijas/os.**
- **Promover la participación de los estudiantes en actividades extraprogramáticas y de esparcimiento, resguardando que sean de su agrado y no cuenten con un componente de competitividad que pueda ser una presión para ellos.**
- **Ser un modelo para que los demás estudiantes no estigmaticen ni etiqueten a aquellos que presentan problemas de Salud Mental.**

10

Salud y Recreación
Promoviendo la convivencia



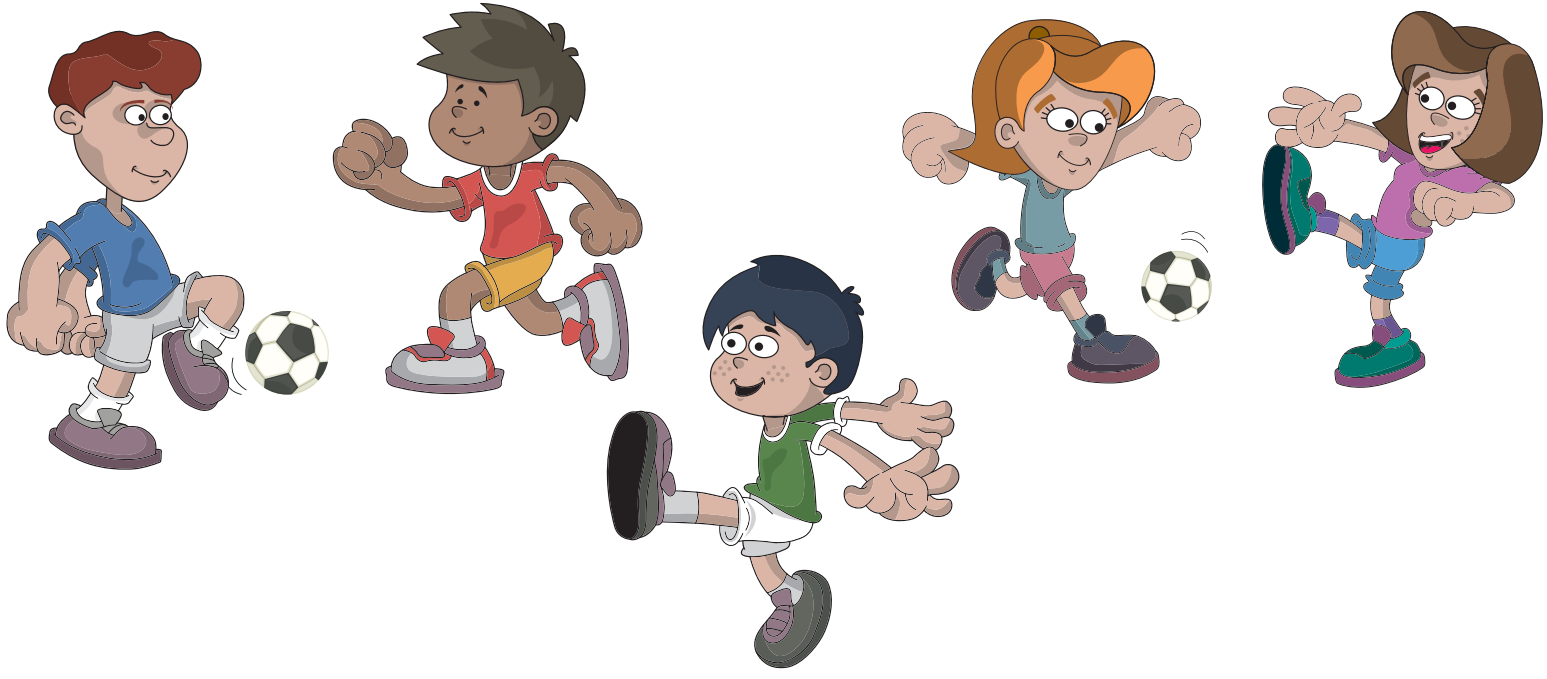
La Convivencia Escolar se entiende como un *"fenómeno social cotidiano, dinámico y complejo, que se expresa y construye en y desde la interacción que se vive entre distintos actores de la comunidad educativa, que comparten un espacio social que va creando y recreando la cultura escolar propia de ese establecimiento"* (Mineduc, 2015).

Es así que cuando hablamos de convivencia escolar, nos referimos a las relaciones que se generan entre los actores de la comunidad educativa (estudiantes, apoderados, docentes y paradocentes). Por tanto, no es una materia que se resuelve en las normas y principios organizacionales, sino que debe ser visualizada de manera integrativa y sistemática para que se configure como un aprendizaje en la formación ciudadana. En esa línea, el ejercicio es aprender a convivir con los demás a partir de la propia experiencia de vinculación con el otro (Mineduc, 2015).

Una de las estrategias posibles de intervención socioeducativa, y por ende, de fortalecimiento de la convivencia escolar, es el acceso a recreación, que permite a los y las estudiantes re-crear experiencias, percepciones y significaciones asociadas a los otros. En este escenario, es fundamental recurrir a la "Hipótesis de contacto" que señala que *"... el contacto recurrente de sujetos de grupos diferentes- bajo condiciones de horizontalidad, colaboración, y apoyo institucional- puede reducir significativamente los niveles de prejuicio y hostilidad presente y futura entre ellos"* (Allport, 1954, citado por Mineduc, 2016).

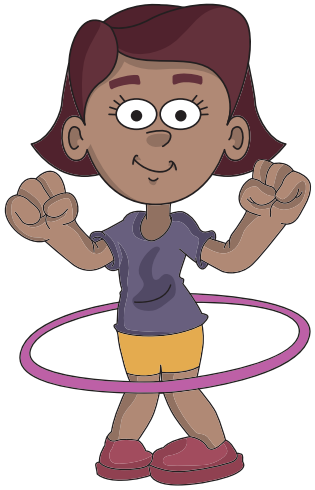
RECREACIÓN Y JUEGO

La relevancia del juego y la recreación en los niños/as fue reconocida por la comunidad internacional a partir de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, arguyendo que ***"el niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones (...) la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho" (Principio 7).***



Lo anterior se potenció a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989, en cuyo artículo 31 explicita que ***"los Estados parte reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes"*** (Comité de los Derechos del Niño, 2013).

La recreación corresponde a la definición de JUGAR. Lo anterior no busca aminorar la importancia del juego si no que al contrario potenciarla (Garrido, 2017).



Es entonces, que ***"desde el juego se construyen las representaciones del sí mismo y de todo lo que está más allá del propio ser, dando sentido a un mundo sin significación (...) Todo juego implica una experiencia creadora, donde se manipulan los elementos de la realidad objetiva y se plantean nuevas representaciones, nuevos vínculos entre un signo y su referente que ofician de puente entre los mundos subjetivo y objetivo"*** (Lema, 2015).

La capacidad creadora, o más bien, transformadora del juego, siguiendo a Lema, se configura como un ***"espacio de sentido"***, en tanto que se genera una especie de ***"corte"*** de la vida cotidiana en cuyos límites es posible crear una realidad con sentido; es a su vez ***"una representación ilimitada"*** dado que en el juego ***"todo puede ser representado y todo puede representar otra cosa"***, permitiendo un escenario de representaciones de toda índole; y por último, se constituye ***"una memoria transformadora"***, que visualiza una alternativa a lo ya planteado, transformando la percepción que se tiene de la realidad (Lema, 2015).

Lo anterior, implica que los estudiantes tienen la importante oportunidad de visualizar escenarios posibles de desarrollo fuera de lo cotidiano, distintos a lo que se les ha presentado como una realidad inalterable (roles, expectativas, espacios de desarrollo, ingresos, etc.), permitiendo exhibir un contexto que es susceptible de modificar; que los cánones que sustentan una comunidad, un territorio o una cultura, pueden variar significativamente, y donde es posible romper con las estructuras, con los discursos, lo naturalizado y las situaciones hegemónicas; dejar atrás la desesperanza aprendida y explorar nuevas alternativas. El juego también permite poner fuera conflictos internos, explorar y conocer el mundo, ensayar cómo establecer relaciones y resolver conflictos. Es el primer acercamiento al mundo externo.

Los juegos colaborativos permiten fortalecer la empatía y el desarrollo en comunidad, que tanta falta hace en los ambientes competitivos actuales.

Entonces...
¿Cuáles son las condiciones necesarias para que el juego se presente educativamente útil? (Kamii, C. y De Vries, R., citado en Cabrelles, 2013).

Proponiendo alternativas interesantes y motivadoras para que todos evaluemos cómo llevarlas a cabo.

La estrategia a utilizar debe ser lo suficientemente abierta, de manera que todos participemos activa y significativamente durante el desarrollo del juego, permitiendo, a su vez, nuestro compromiso.

Generando las condiciones para que todos nosotros seamos capaces de evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos, rompiendo con el adultocentrismo.

"Cuando se habla del juego como recreación, como actividad lúdica, no es sólo eso sino que mucho más: es una forma de aprehender el mundo a través de una actividad emocionalmente positiva. Es decir, **al mismo tiempo que el juego puede ser un medio para el aprendizaje, es una actividad emocionalmente positiva, agradable y lúdica, que en la experiencia se vuelve un fin en sí misma.**

No se busca diversión para alcanzar algo más; la entretención es el objetivo. Por esto, jugar es un medio y un fin en sí mismo, una actividad cuya motivación es intrínseca, la cual genera que el individuo ponga su atención en ella y la disfrute, y que puede tener beneficios en áreas como las funciones cognitivas, las habilidades sociales y la salud de los individuos" (Garrido, 2017).

Características del Juego (Rojas, 2009; Gallegos, 2014).

Proporciona libertad a los sujetos que participan, respondiendo al deseo y elección subjetiva del jugador.

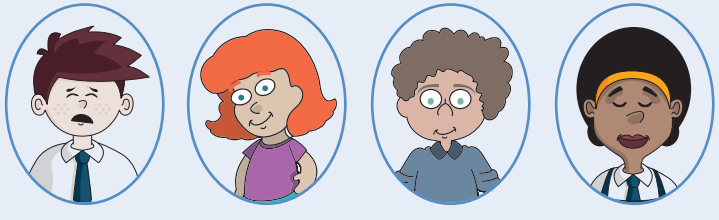
Es incierto dado que improvisa su desarrollo a medida que se ejecuta y se vivencia.

Es imaginario, conjuga realidad y fantasía, por tanto, cualquier cosa puede suceder.

Proporciona placer, alegría y diversión.

FACILITADOR... TENER EN CUENTA!!! (Gallegos, 2014)

- Establecer un vínculo con las personas participantes que les permita sentirse afectivamente seguras.
- Enseñar las bases de cada tipo de juego, mientras juega.
- Mediar y facilitar los primeros encuentros entre iguales.
- Generar y facilitar espacios para el juego libre.
- Dejar actuar supervisando el juego, proporcionando libertad y seguridad.
- Intervenir en momentos necesarios o en caso de invitación.
- Ayudar a la superación de elementos extrínsecos para favorecer el disfrute lúdico, vale decir, vencer la angustia de la persona recién llegada, dualidad entre ganar – perder.
- Proporcionar herramientas para la gestión de conflictos entre iguales.
- Proponer actividades lúdicas que permitan el juego libre.
- Seleccionar materiales adecuados, novedosos, alternativos, reciclados y enseñar el cuerpo como elemento de juego y cuidado.
- Proporcionar un modelo de referencia a seguir, y evaluar cuándo es más favorable el juego libre o en qué contexto es más beneficioso el juego dirigido o guiado.



ETAPAS DEL JUEGO SEGÚN LA EDAD	
"EL JUEGO SIMBÓLICO" (2 a 4 años)	• Los juegos más característicos de este tipo son los de construcciones que nacen por la necesidad que tienen niñas y niños de un orden, y los de destrucciones motivados por la satisfacción de hacerlo, por el ansia de triunfo sobre el otro y el querer demostrar sus habilidades. • Aparecen los juegos simbólicos. Se inicia una relación entre lo motor y lo simbólico que dará lugar a la imitación, en la que reviven experiencias que les hayan sido gratificantes que se relacionan con el medio familiar y social que los/as rodea. • El juego es individual, aunque le gusta tener a alguien junto a él que le haga compañía física.
"EL JUEGO PRE-SOCIAL" (4 a 6 años)	• Aparece el juego asociativo; necesita de compañeros/as en sus juegos, aunque de vez en cuando vuelva al juego solitario. • No es actividad social porque usa a los/as compañeros/as como juguetes; si no los tiene, los inventa. • Surgen los roles en el juego. Representan a personas o animales previamente establecido por ellos/as. • Surgen las primeras actividades regladas, la representación y el fingir. • Representan papeles que le recuerdan situaciones pasadas agradables, pero también representan a los adultos para sentirse mayores. • Este juego de imitación carece de una organización, limitándose a la representación individual, favorecida por el aumento de vocabulario y el contacto verbal.
"EL JUEGO REGLADO Y SOCIAL" (6 a 8 años)	• En esta etapa, el juego colectivo es muy importante. Niños y niñas tratan a sus compañeros/as por igual, todos tienen los mismos derechos y las mismas obligaciones. Comienzan a individualizarse del adulto. • Nacen los "juegos de competición cooperativa" o de proeza, en los que se asocian en busca del triunfo frente a otro grupo. • Este juego cuenta con reglas impuestas por ellos/as mismos/as y que todos cumplen, con controles recíprocos. • Así, adquieren responsabilidades y afirman su 'yo'. • Estos juegos favorecen la aparición del razonamiento. • Como son juegos de proeza, un factor determinante para el triunfo es la fuerza física. Están relacionados con el desarrollo físico de niños y niñas. • Se desarrollan en un ambiente escolar más abierto, más inestable y más amplio que el familiar, fundamental para la socialización y perfeccionamiento educativo.

ETAPAS DEL JUEGO SEGÚN LA EDAD*	
"EL JUEGO COMPETITIVO" (8 a 10 años)	• Aquí, el grupo de niños/as es más firme y se cierra más a los adultos. Surgen las pandillas, algo que ven como de su propiedad, muy personal e independiente. • Los juegos serán numerosos y el lenguaje tendrá una gran importancia pues se provocarán numerosas discusiones y establecerán reglas de juego y proyectos o planes de acción. • El triunfo es la meta para la reafirmación ante el grupo y se producen, a veces, situaciones de violencia. • Estos juegos evolucionan hacia los juegos deportivos competitivos en sus formas más básicas, con los juegos predeportivos. • El juego competitivo en grupo transforma el egocentrismo y la afirmación del 'yo' en una afirmación del 'nosotros'. • En estas edades se va a producir la diferenciación sexual, un poco inconsciente en los juegos. • Los juegos de las niñas, más estrictos y con más reglas, y los de los niños, más intensos y combativos.
"EL JUEGO DE EJERCITACIÓN" (10 a 12 años)	• Etapa cargada de cierta inestabilidad por la transición hacia la pubertad. • Los juegos predeportivos pasarán a ser deportivos, pero donde ven el deporte como un juego. • Durante los doce años van a ir asemejándolo con el deporte de los adultos, predominando la ejercitación y el perfeccionamiento bajo reglas más estrictas, impuestas por la escolaridad y su necesidad de desarrollo. • La figura de la pandilla va a consolidarse más y la diferenciación sexual se acentúa por la divergencia de intereses y por el desarrollo físico e intelectual, que provocará, entre ambos sexos, un rechazo declarado y consciente. • A los doce años, los intereses de la pandilla pasan a segundo plano, estarán sólo en los deportes de equipo, y la actividad se torna más individual. • Niños y niñas volverán a centrar sus juegos y actividades en ellos/as mismos/as al iniciarse la formación de su imagen corporal.

** Rojas, P. (2009). Juegos cooperativos para el Kin-Ball. Wanceulen SL.*

11

Salud y Sexualidad

En este mundo hiperconectado, es difícil pensar que los niños, niñas y adolescentes no saben sobre sexualidad. El punto es: ¿Qué saben?, ¿Cuánto saben?, ¿Cómo lo saben? La forma de enterarse sobre las distintas aristas de este tema, ¿es la más adecuada? ¿Qué hacen y cómo manejan esa información? ¿Cómo influye en su despertar sexual? ¿Qué rol tiene la familia y la escuela en este tema?

El acceso a internet, teléfonos celulares, redes sociales, películas en diversos formatos, pueden ser elementos muy positivos pero también altamente negativos en este tema e, incluso, peligrosos. Si a esto se suma la transición demográfica, epidemiológica y cultural que está experimentando Chile, **hace aún más compleja la educación sexual pero también mucho más indispensable.**

Educar sobre sexualidad requiere de la participación conjunta de, al menos, la niña, niño y/o adolescente, la familia y el colegio.

"No existe un modelo único sobre formación en sexualidad y afectividad, **pero existe consenso en la necesidad de formar niños y jóvenes capaces de asumir responsablemente su sexualidad, desarrollando competencias de autocuidado, de respeto por sí mismos y por los demás, consolidando valores y actitudes positivas que les permitan incorporar esta dimensión a su desarrollo".** [1]

Pubertad

Es una etapa del desarrollo que incluye a la Adolescencia. Se refiere a los cambios biológicos que se producen en conjunto con los psicológicos y sociales, que determinarán la adquisición de la madurez propia del adulto.

Es el período de la vida en que se suceden cambios fisiológicos y morfológicos, que se traducen en la adquisición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración de los órganos reproductivos.

Desarrollo Sexual

- El comienzo de la pubertad se considera normal si se inicia entre los 8 y los 13 años en las niñas, y entre los 9 y 14 años en los niños.
- Estas edades de inicio pueden variar de un individuo a otro según las características familiares, nutricionales, étnicas y según las características de desarrollo económico en las diferentes poblaciones.
- En ambos sexos, la pubertad dura aproximadamente 5 años, completándose el desarrollo puberal a los 16 años en las niñas y a los 18 años en los niños.

NO SE DEBE examinar a los niños y niñas en los colegios para ver su desarrollo sexual; sólo lo hacen profesionales del área de la salud.

Sin embargo, es bueno saber cuál es el proceso para estar atentos a la presencia de anomalías, como el desarrollo anticipado o tardío de la pubertad y poder derivar al niño o niña, en forma precoz, a la atención de salud correspondiente.

También permite educar a niños, niñas y familias sobre este tema y cómo actuar de manera coordinada.

Una de las formas de evaluar el desarrollo sexual es a través de los "Estadios o Grados de Tanner".

- Es una clasificación que evalúa el grado de desarrollo puberal para ambos sexos.
- Se clasifica en 5 estadios o grados que permiten tener un lenguaje universal común.
- Van del I al V en numeración romana, siendo el I el estado previo a la pubertad o sin evidencia de desarrollo puberal. Y el estadio V, donde las características corresponden al desarrollo completo.

EN LAS NIÑAS:

Va desde el Grado I, con ausencia de caracteres sexuales secundarios. No hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada. No hay vello pubiano.

Hasta el Grado V, con vello pubiano más abundante, la mama es de tipo adulto, en el cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

EN LOS NIÑOS:

Va desde el Grado I, con ausencia de caracteres sexuales secundarios. Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

Hasta el Grado V, donde los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, con volumen testicular. El vello pubiano adquiere forma romboidal típica del adulto y extensión hacia cara medial del muslo.

EDUCACIÓN SEXUAL, UN TEMA URGENTE

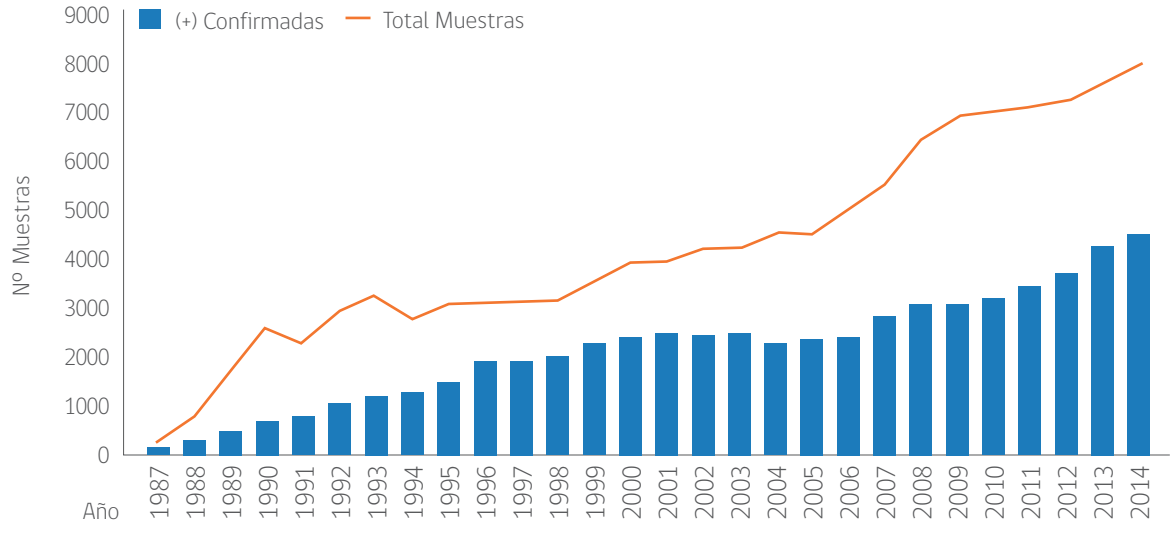
Este tema tiene, hoy en día, una importancia vital que se acrecienta al ver el resultado del estudio realizado por el **Instituto de Salud Pública (ISP) que reveló** que, entre los años 2010 y 2015, los casos de personas contagiadas con VIH aumentaron **en un 45% en nuestro país**: de 2.968 a 4.291 casos confirmados. Las regiones que registraron el mayor crecimiento de casos fueron la **Metropolitana y la de Arica y Parinacota.**

El Plan Escuela Segura de Mineduc promueve en las comunidades educativas la formación en **prevención y autocuidado**; su contenido profundiza sobre los énfasis y lineamientos formativos constitutivos de un programa de sexualidad, afectividad y género en los establecimientos educacionales. [5]

El conocimiento serio, informado, responsable y entregado por quienes saben, es siempre la mejor manera de obtener aprendizajes significativos que perduren en el tiempo.

Es urgente hablar sobre el tema, **Generar** los espacios de **Confianza**, **Educar**, **Promover** la buena Salud Sexual para **Prevenir** las enfermedades y problemas potenciales y **Evitar** las conductas de riesgo.

Muestras para confirmación del diagnóstico de la Infección por VIH. Total acumulado 1987-2014. Instituto de Salud Pública de Chile, ISP.



Hay múltiples sitios en la web donde poder informarse y extraer material educativo, entre ellos, están:

Formación en Sexualidad, Afectividad y Género.
http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201307221719000.PDF_formacion_sexualidad.pdf

El Programa CESOLAA, de la Universidad de Chile, también entrega información sobre este tema.
http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/

Educarchile.
http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?id=74790

Video de Unicef para prevenir el abuso sexual contra niñas y niños.
https://www.youtube.com/watch?v=NUu0wqfYCag&sns=em

12

Salud, Higiene e Inmunidad

La piel es el órgano más grande del cuerpo y junto al cabello, uñas, glándulas sebáceas y sudoríparas conforman el Tejido Tegumentario.

La piel cumple múltiples funciones:

- Ayuda a dar forma al cuerpo.
- Protege a todo el organismo de infecciones externas por hongos, virus, bacterias, parásitos.
- Tiene secreciones que pueden destruir microorganismos.
- Tiene melanina que protege contra los rayos ultravioleta.
- Regula la temperatura corporal en relación con el propio organismo y con el medio ambiente.
- Conecta con el exterior a través de estímulos sensoriales: frío, calor, dolor, textura, humedad, entre otros.
- Muestra enfermedades o problemas de salud, como el ponerse amarillos o ictéricos en alteraciones de la vesícula.

La piel siempre se está renovando; va cambiando con los años. Hay que cuidarla y mantenerla en las mejores condiciones, desde pequeños/as, para que pueda cumplir sus funciones.

Además de la higiene con el baño diario, también están:

- La Alimentación Saludable.
- Hidratación, tomando agua según la edad y condiciones.
- Favorecer siempre la circulación de la sangre: la actividad física ayuda en esta función, no así el sedentarismo.
- Protegerla de riesgos como el exceso de sol.

Hay que estar atentos a heridas, infecciones, golpes u otras lesiones para tratarlas lo antes posible en los centros de salud respectivos.

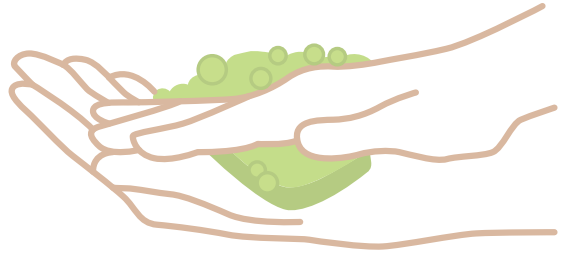
El lavado de manos

Hablar de **Salud del Escolar**, de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades, tiene que contemplar la enseñanza permanente del cuidado del entorno y de las medidas higiénicas personales, entre estas:

- Lavado de Manos.
- Baño diario.
- Lavado de dientes después de cada comida.
- Lavado, peinado y revisión permanente del pelo.
- Uñas cortas y limpias, de manos y pies.
- Uso de ropa limpia.

Cambiar los hábitos y conductas es complejo; mientras antes se comience, mayores serán las posibilidades de que sean aprehendidos e incorporados. El colegio es un lugar óptimo para potenciar el logro significativo de estos aprendizajes. Además de la coordinación con la familia para que se mantengan en la casa e ingresen todos en la dinámica preventiva.

Es común que niños y niñas tengan manos, ropas y juguetes sucios por el tipo de actividades cotidianas que realizan. Sin embargo, la prevención de enfermedades infectocontagiosas exige reforzar, de manera permanente, estas conductas y hábitos.



Siempre hay que lavarse las manos, porque...

- Fomenta los hábitos de higiene, pues las manos están en contacto con muchos objetos, animales y personas. Además de deposiciones, fluidos nasales u otros.
- Pueden tener muchos microorganismos que perjudican la salud, como virus, bacterias y parásitos. Y las manos pueden ser su medio de transporte.
- Previene que las personas adquieran o se contagien a sí mismas o a otros/as enfermedades infecciosas digestivas, respiratorias y de la piel.
- Evita o disminuye la transmisión de enfermedades al no ser medio de transporte.
- Previene muertes por enfermedades infecciosas, como meningitis, cólera, tifus, hepatitis A, diarreas, polio e influenza, entre otras, que pueden ser muy graves y dañinas.

¿Cómo se transmiten enfermedades por no lavarse las manos?

- La forma más habitual de transmitir agentes infecciosos es por:
  - La vía Mano – Deposiciones ("caca") – Boca.
  - Contacto directo de las manos con deposiciones humanas o animales, y luego alimentarse uno mismo o a otros sin lavárselas.
  - Agua o alimentos contaminados con deposiciones humanas o de animales, o con alimentos descompuestos y/o contaminados con otros microorganismos.
  - Por contacto directo, como en el saludo, al tener alguno/a las manos sucias.
  - Por contacto indirecto: una persona toca y contamina con las manos sucias objetos o superficies. Luego viene otra persona que toca esa superficie o se come ese alimento y se contagia. Por ejemplo, al estar resfriado.

El lavado de manos con jabón interrumpe este ciclo de contaminación y evita enfermedades, secuelas y muertes.

Es muy importante enseñar a niños y niñas a lavarse las manos:

- Después de ir al baño, sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Luego de haber tocado objetos "sucios", como juguetes, dinero o pasamanos.
- Cuando llega a la casa de la escuela o la calle.
- Antes y después de manipular alimentos.
- Después de tocar basura o desperdicios.
- Después de manipular alimentos crudos, como carne o verduras sin lavar.
- Después de haber estado en contacto con animales.

¿Cómo lavarse bien las manos?

- Lavar las manos es muy simple, lo difícil es transformarlo en un HÁBITO.
- Puede enseñarse con juegos o canciones.

TIENE 5 PASOS FUNDAMENTALES:

1. ***Humedecer las manos con agua de la llave.***
2. ***Jabonarlas ojalá con jabón líquido en pequeña cantidad.***
3. ***Frotarlas para hacer espuma y lavar cada parte de las manos: dedos, espacios entre los dedos y uñas.***
4. ***Enjuagar bien con agua ojalá tibia, nunca caliente.***
5. ***Secar, en lo posible, con toallas de papel. Nunca con toallas de género en lugares públicos.***

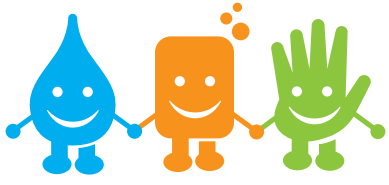
Cuando no haya agua o jabón se puede usar alcohol gel, que NO reemplaza el lavado de manos.

- Esta sencilla práctica de higiene es el modo más efectivo de cuidar nuestra salud.
- Si todos y todas se lavaran siempre las manos se evitarían muchas enfermedades.
- **El Lavado de Manos** previene enfermedades graves como el Cólera, Tifus, Pestes, Poliomielitis, Gastroenteritis, Diarreas infantiles, entre tantas otras.

¡¡¡TODOS LOS DÍAS DEL AÑO SON LOS DÍAS DEL LAVADO DE MANOS!!!

El 15 DE OCTUBRE es el Día Mundial del Lavado de Manos, un buen momento para practicar y aprender jugando.

La idea es motivar a los niños y niñas para que hagan suyas y compartan las prácticas de un buen lavado de manos, y hacerlos/as "embajadores del Lavado de Manos" en cada una de las iniciativas del país, en el nivel nacional y local.



LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS, SON AGENTES DE CAMBIO.

Las vacunas protegen la salud

La esencia de las vacunas es la Prevención de Enfermedades, con ese fin han sido y son creadas.

Sus primeros usos en Chile se remontan a 1765, cuando el fraile Manuel Chaparro inocula en forma pionera el "pus varioloso" a 5 mil personas. Y luego, en 1805, cuando el Virrey de La Plata envió al país la primera vacuna contra la viruela.

Se relacionan directamente con el sistema inmunitario, que ayuda a que el cuerpo luche contra los gérmenes invasores produciendo sustancias para combatirlos. Una vez que lo hace, el sistema inmunitario "recuerda" el germen cuando vuelve a aparecer y puede luchar rápidamente contra él; queda en su memoria.

Antes de existir las vacunas, las personas solamente podían ser inmunes cuando verdaderamente contraían la enfermedad y sobrevivían a ella. Las inmunizaciones son una manera más fácil y menos riesgosa de hacerse inmune.

Las inmunizaciones o vacunas funcionan de manera similar. Contienen gérmenes muertos o debilitados y cuando se le administra a una persona sana, la vacuna le hace "creer" al sistema inmunitario que tiene la infección y éste desencadena la respuesta defensiva. Son esenciales para crear la inmunidad.

¿Qué es el Programa Nacional de Inmunizaciones, PAI?

Es el programa de vacunaciones obligatorias que se debe aplicar a toda la población infantil en Chile.

"El Programa Nacional de Inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital". [(1)]

La difteria, la rubéola, el tétanos, la poliomielitis, la viruela y el sarampión, son sólo algunas de esas enfermedades transmisibles que han sido erradicadas o controladas gracias al uso de las vacunas. El PAI existe desde 1978 y ha ido variando en el tiempo. [(1)]

Carné de Vacunas al día e Información

Es necesario informar a los padres y a sus hijos sobre los beneficios y peligros de los métodos utilizados para evitar y tratar enfermedades, entre ellos la inmunización. Niñas, niños, madres, padres, apoderados, deben recibir información sobre los beneficios obtenidos de las vacunas al evitar enfermedades en las personas y la comunidad en que viven, así como los riesgos o contraindicaciones que conlleva su uso.

¿Quiénes pueden acceder al PAI?

Todos los niños y niñas pueden y deben acceder a este Programa, ya que el Estado financia y garantiza que las vacunas sean gratuitas.

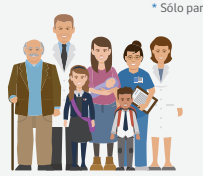
Las familias deben acercarse al Consultorio de Atención Primaria más cercano a su domicilio y presentar la tarjeta de control de salud, así el niño o niña obtendrá las vacunas correspondientes según el calendario de vacunación.

Si un niño o una niña tiene vacunas atrasadas, deben llevarlo/a igual para reprogramar el Calendario de Vacunación de la mejor forma. Eso lo hacen sólo quienes atienden en los centros de salud.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN 2017

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por *M. tuberculosis*
2 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio inyectable	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
4 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
6 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada (sólo prematuros)	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
12 meses	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *N. meningitidis*
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
18 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por *H. influenzae* tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A*	Hepatitis A
Adultos de 65 años y más	Neumocócica	Enfermedades invasoras por *S. pneumoniae*
VACUNACIÓN ESCOLAR		
1° Básico	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4° Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiloma Humano**
5° Básico	VPH (segunda dosis)	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8° Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

* Sólo para la Región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas de Biobío, debido a su epidemiología.
** Cáncer cervicouterino, verrugas genitales y otras enfermedades asociadas a VPH.



LLAME A SALUD RESPONDE
600·360·7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS DUDAS LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

vacunas.minsal.cl

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Enfermedades de Notificación Obligatoria, ENO

Profesoras, Profesores y Educadoras de Párvulos: una pequeña guía para saber cuáles son las ENO y qué hacer frente a niños o niñas que las presentan.

Se considerarán enfermedades de notificación obligatoria las que a continuación se indican, con su correspondiente periodicidad:

a) De Notificación Inmediata

La sospecha de casos de **Botulismo, Brucelosis, Carbunco, Cólera, Dengue, Difteria, Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae, Enfermedad Meningocócica, Fiebre Amarilla, Fiebre del Nilo Occidental, Leptospirosis, Malaria, Peste, Poliomielitis, Rabia humana, Sarampión, SARS, Síndrome Pulmonar por Hantavirus, Triquinosis.**

La ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio, donde se sospeche una causa infecciosa transmisible, incluidos los **Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.**

La ocurrencia de fallecimientos de causa no explicada, en personas previamente sanas, cuando se sospeche la presencia de un agente infeccioso transmisible, también se notifica.

b) De Notificación Diaria

Coqueluche, Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana), Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Gonorrea, Hepatitis viral A, B, C, E, Hidatidosis, Lepra, Parotiditis, Psitacosis, Rubéola, Rubéola Congénita, Sífilis en todas sus formas y localizaciones, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), Tétanos, Tétanos neonatal, Tuberculosis en todas sus formas y localizaciones, Tifus Exantemático Epidémico.

c) Notificación exclusiva a través de establecimientos centinelas.

Las siguientes enfermedades corresponden a las que deben ser notificadas obligatoriamente sólo por los centros y establecimientos definidos como centinelas por la autoridad sanitaria:

i) Influenza

ii) Infecciones Respiratorias Agudas

iii) Diarreas

iv) Enfermedades de Transmisión Sexual (excepto Gonorrea, Sífilis y VIH y Sida)

v) Varicela

La vigilancia a través de establecimientos centinelas involucra el apoyo de laboratorio para el diagnóstico.

Mayores detalles en:
http://www.ispch.cl/vigilancia-bacteriologia-0

Piojos de la Cabeza o Pediculosis Capitis

Es la infestación de la cabeza, partes vellosas del cuerpo y costuras de ropa, por piojos adultos y huevos o liendres.

- Es una de las infecciones más comunes por parásitos en la piel.
- Es muy contagiosa.
- Es transversal a todas las clases sociales.
- La falta de aseo personal, familiar y del espacio físico en el que se habita, junto al hacinamiento, pueden dificultar el control de la infección.

Características de los Piojos de la Cabeza

- Hay distintos tipos de piojos, los más comunes en niñas y niños son los de la cabeza.
- Son insectos muy pequeños que se alojan en el cuero cabelludo o piel de la cabeza.

- También pueden estar en las cejas y pestañas.
- **Los piojos adultos,** son de color entre café y grisáceo, se mimetizan con el color del pelo. Circulan por el cuero cabelludo provocando gran picazón o prurito.
- **Las liendres o huevos,** son blanquecinas, ovaladas y tienen un "cemento" con el cual se adosan al pelo, inicialmente en la base y avanzan por el pelo con su crecimiento. No se mueven.
- **Se alimentan de la sangre de la persona.**

Formas de Contagio

- Contacto persona a persona.
- Con el uso de gorros, sombreros, peinetas u otros objetos personales de personas contagiadas, apoyar la cabeza en una almohada de alguien con piojos.
- Uso de toallas comunes.

Sospecha del Contagio

- Picazón intensa, sobre todo, en la noche. Reacción que se produce cuando el piojo succiona la sangre para alimentarse.
- El grataje o rascado.

¿Cómo se reconocen?

- Piojos y liendres podrían verse a simple vista, pero no es fácil.
- Hay que ayudarse con una luz fuerte o una lupa.
- Se localizan de preferencia en la zona occipital o nuca y detrás de las orejas.
- Por la picazón intensa y la acción de rascarse de manera permanente.
- Lesiones en la piel de cuero cabelludo y otras zonas por la picazón y reacción alérgica.

Tratamiento

- Se realiza a toda la familia y contactos cercanos.
- Se puede usar las lociones o champús recomendados según edad.
- Peinar con peines especiales, ojalá metálicos, para arrastrar las liendres.
- Debe repetirse en una semana, o como lo señale la indicación del producto.
- Hay que lavar toda la ropa personal y de cama.

Complicaciones

- Las relacionadas con la picazón intensa, en particular, en la noche: mal dormir, irritabilidad y somnolencia durante el día.
- "Vergüenza" de compartir con otros al saberse contagiado.
- Infecciones a la piel producto del rascado, entre ellas, el Impétigo.
- La velocidad con que crecen y se reproducen, que hace más intensos los síntomas y más complejo el tratamiento.

DERRIBANDO MITOS

- ***Los piojos NO tienen alas.***
- ***Los piojos NO saltan.***
- ***Sólo se contagian por contacto directo con personas ya contagiadas o sus pertenencias.***
- ***No crecen espontáneos por pena o por pensar mucho. No salen Piojos "por pensión".***
- ***Existen en todas las clases sociales.***

Mientras haya un piojo vivo, hay transmisión.

Sarna o Escabiosis

- Es una infestación de la piel de tipo parasitaria, provocada por el ácaro Sarcoptes Scabiei del tipo hominis.
- Los seres humanos son considerados como el principal reservorio de la sarna humana.
- Es un problema frecuente de salud pública.
- Se da más en lugares con hacinamiento y poca higiene.
- Es importante el diagnóstico correcto y oportuno, antes de que avance y se presenten complicaciones.
- La higiene personal no necesariamente evita el contagio, pero puede hacerlo más leve.

Características de los Ácaros de la Sarna

- Es un artrópodo o ácaro de cuerpo no segmentado.
- Muy pequeño, difícil de ver a simple vista.
- Forma redondeada u ovalada.
- Blanquecino.
- Aplanado.
- Tiene cuatro pares de patas cortas, las 2 posteriores tienen unas especies de ventosas.
- Tiene un aparato bucal prominente que le da aspecto de cabeza y le sirve para alimentarse de la piel de los huéspedes (personas con sarna).
- No puede vivir más de cuatro días en el medio ambiente; requiere de un huésped humano.

¿Cómo se contagia?

- Es mayor el contagio en niños y niñas que en adultos.
- Sólo se contagia de persona a persona a través del contacto directo con la piel.
- En otoño e invierno aumenta el contagio y disminuye en primavera y verano.

Signos y Síntomas

- La intensa picazón o prurito tiene un comienzo paulatino y va aumentando en el tiempo.
- La picazón es mayor en la noche, al acostarse.
- Puede estar en todo el cuerpo, excepto en la cabeza y la espalda.

Tipos de lesiones

- **Vesícula o perla escabiosa,** es el sitio donde la hembra se introduce en el túnel.
- **Surcos acarinos,** es la parte externa de los túneles que realiza la hembra fecundada. Son lesiones lineales, enrojecidas, de varios milímetros. Pueden estar en todo el cuerpo.
- **Pápulas,** son lesiones eritematosas (enrojecidas) levemente levantadas.
- **Nódulos escabióticos,** nódulos duros de 10 – 12 mm de diámetro. Son reacciones alérgicas, por hipersensibilidad (alergia) al ácaro.

Diagnóstico

Se realiza principalmente con el examen físico y clínico (revisión en centro de salud por profesional de la salud) basado en:

- Prurito o picazón, sobre todo, nocturna.
- También se puede realizar un test y buscar con microscopio la presencia del ácaro, sus huevos o deposiciones entre la piel. Se raspan las lesiones: surco, perla acarina, nódulo, etc.
- También se puede pintar con tinta china el surco acarino y al lavar con alcohol, se marca el surco y confirma.
- Las lesiones cutáneas tienen una forma y distribución característica, útil para el diagnóstico: en los pliegues, cara anterior de la muñeca, codos, axila, manos, región interdigital, (entre los dedos) abdomen, zona genital, región glútea, cara interna de muslos, rodillas y tobillos.

Tratamiento

Se recomienda usar el tratamiento según la edad, la indicación médica y las condiciones particulares de la persona.

Debe aplicarse a toda la familia, pues durante seis semanas pueden seguir contagiando.

ALGUNAS MEDIDAS GENERALES:

- **Muy importante el lavado de manos y cepillado de las uñas pues al rascarse pueden quedar parásitos bajo las uñas.**
- **La ropa de cama de las personas infestadas debe ser lavada con agua caliente y planchada.**
- **El lavado en seco también mata al parásito.**
- **Hay que avisar a los colegios en caso de Sarna y Pediculosis.**
- **La aplicación del escabicida (crema o loción) debe hacerse en todo el cuerpo, desde el cuello hacia abajo y también en las uñas.**

Complicaciones

- Las relacionadas con la picazón intensa, en particular, en la noche: mal dormir, irritabilidad y somnolencia durante el día.
- "Vergüenza" de compartir con otros al saberse contagiado.
- Infecciones a la piel producto del rascado, entre ellas, el Impétigo.

IMPÉTIGO

- **Es una infección de la piel causada por una bacteria que entra por alguna herida, picadura, o lesión al rascarse, entre otras.**
- **Más común en niños/as pequeños/as.**
- **Primero son como zonas enrojecidas con una espinilla, después contienen "pus".**
- **Luego de algunos días la herida se "rompe" formando una costra muy gruesa, irregular, amarillo brillante, color miel.**
- **Pueden aparecer en la cara, brazos y piernas.**
- **Es muy contagioso, a través del contacto con las lesiones o por las manos, si el niño o niña se rasca la lesión. Puede provocar picazón.**
- **Es muy importante tratarlo con un médico que indicará antibióticos y otros cuidados.**
- **Si no se trata, las bacterias pueden provocar mayores complicaciones.**