

# Salud, prevención y educación infantil

Rafael Hernández Izquierdo.  
Médico EOE (Sevilla).

Nuestra Salud sigue siendo amenazada, entre otras cosas, por los estilos de vida propios de los países desarrollados: tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, alimentación no equilibrada, sedentarismo, falta de ejercicio físico, obesidad, etc.; todo un rosario de factores de riesgo que pueden ser evitables. El gasto sanitario sigue aumentando año tras año, sin embargo la inversión en programas preventivos se ve marginado en el tiempo sistemáticamente, a pesar de haberse demostrado que la prevención a medio y largo plazo es barata, eficaz y mejora la calidad de vida.

## Prevención en la escuela

Todo el mundo acepta sin discusión que *más vale prevenir que curar*, por ello, y desde el ámbito educativo, debemos considerar prioritario y fundamental el hacer una apuesta por la prevención en educación infantil, ya que la Sanidad no es el único ámbito desde donde se deben abordar las buenas políticas preventivas, imponiéndose un enfoque integrado y coordinado, en una etapa de la vida ideal para inculcar a esta población infantil receptiva, el verdadero valor de la prevención educativa, asumiendo desde pequeños unos hábitos y conductas favorables, para el cuidado de su propia salud.

Cuando hablamos de prevención, como definición, nos referimos a cualquier programa, medida o actividad que permita reducir la probabilidad de aparición de un trastorno o enfermedad, o bien, interrumpir o aminorar su progresión .

La LOGSE establece que la prevención y la atención a la población infantil de alto riesgo debe iniciarse lo antes posible a edades tempranas, desde el momento de su detección, garantizando y potenciando al máximo el desarrollo global de sus capacidades en un contexto educativo lo más integrador y normalizador posible. En España, la progresiva incorporación de la mujer al mundo del trabajo ha forzado, además de una gran proliferación de guarderías, la puesta en marcha de la LOGSE en cuanto a la iniciación de la escolarización de niños/as de 3 años en centros de preescolar que en un futuro próximo se convertirán definitivamente en centros de Educación Infantil con lo que este nivel tendrá una importante relevancia dentro de nuestro sistema educativo, resaltando en el diseño curricular base uno de sus objetivos generales: *Descubrir, conocer y controlar progresivamente el propio cuerpo, formándose una imagen positiva de sí mismos, valorando su identidad sexual, sus capacidades y limitaciones de acción y expresión, y adquiriendo hábitos básicos de salud y bienestar.*

Partiendo del esquema de **Leavel y Clark** (1958), se pueden abordar los problemas de Salud Escolar Infantil desde tres niveles preventivos:

a) *Prevención primaria*, que actuaría sobre la fase prepatogénica de la enfermedad, con la intención de reducir la probabilidad de su presentación: promoción de la salud y estilos de vida saludables, vacunaciones, medio ambiente escolar sano y seguro. Para ello, debemos practicar la Educación para la Salud lo más pronto posible, antes de que se adquieran hábitos insanos y se constituyan ciertos comportamientos no responsables y negativos para la salud de los niños, combatir los factores de riesgo en origen, prevenir los accidentes,

identificar selectivamente a los grupos de alto riesgo y proteger la salud integral de la infancia. La adopción de medidas dirigidas a evitar que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales hace de la prevención primaria una herramienta clave de aplicación en el ámbito educativo, mediante el seguimiento del proceso evolutivo y la evaluación del crecimiento y desarrollo de los alumnos en edad preescolar de los 3 a los 6 años.

*b) Prevención secundaria*, que actuaría en la fase patogénica de la enfermedad en sus estadios presintomáticos, (reconocimiento médico preventivo escolar) beneficiándose, por tanto, de las ventajas del diagnóstico y tratamiento precoz en fase preclínica, curando la enfermedad y evitando la aparición de complicaciones y secuelas. Entre las medidas de prevención secundaria se han usado los métodos de screening, bien en su forma de cribado masivo o poblacional (mass screening) o de la búsqueda de casos (case finding).

*c) Prevención terciaria*, que intentaría ralentizar o frenar la progresión de una incapacidad o enfermedad ya establecida de forma irreversible mediante la rehabilitación (educación especial, habilitación médica-funcional e integración escolar).

### **Programa preventivo de salud escolar**

Debe constar de una planificación del programa y formulación de objetivos, basada en las demandas de los centros y las necesidades detectadas por los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa; ha de constar de un plan de prevención, detección y diagnóstico precoz de la población de alto riesgo, con prioridad de la llamada 2ª infancia, de 3 a 5 años, evitando aquellos trastornos que puedan incidir negativamente en el aprendizaje y rendimiento escolar.

Se pretende prevenir la aparición de los trastornos psicomotores, sensoriales (visuales y auditivos), problemas del desarrollo, accidentes y enfermedades transmisibles que pueden presentar los niños y son causa de deficiencias, minusvalías o discapacidad. Con atención preventiva al niño/a, favoreciendo su salud integral.

En síntesis, la mayoría de los alumnos de edad preescolar que mueren, lo hacen debido, principalmente, a accidentes, enfermedades infecciosas, anomalías congénitas, enfermedades del aparato respiratorio y tumores (80% de la mortalidad infantil). La mortalidad en Educación Infantil es superior que en Primaria y Secundaria, por ello la prevención es tan importante en este nivel educativo.

Podemos resumir que los principales problemas de salud prevalentes y específicos de la población preescolar son el riesgo perinatal, las enfermedades infecciosas (respiratorias, intestinales, meningitis, urinarias, etc.) accidentes (tráfico, hogar, escuela), anomalías congénitas (hereditarias, corazón), deficiencia mental y discapacidad, retraso psicomotor y del crecimiento, anomalías del aparato locomotor, defectos audiovisuales y la caries dental; siendo la promoción de la salud y la prevención las herramientas más adecuadas para combatirlas.

### **Metodologías y estrategias**

Teniendo en cuenta que la infancia está sometida a continuos cambios biológicos, psicológicos y sociales, debemos favorecer su crecimiento y desarrollo, creando un ambiente positivo para la adaptación total del niño a la escuela. Las escuelas infantiles son consideradas como agente principal en el proceso de socialización de los alumnos, quienes disfrutan de un entorno agradable, cariñoso y divertido.

Hay que asesorar y orientar a profesores de Educación Infantil en la elaboración, desarrollo y seguimiento de las adaptaciones curriculares individuales en las áreas de estimulación, desarrollo psicomotor, lenguaje, autonomía y socialización.

Así como mejorar la sensibilización, motivación y enseñanza a los padres y familias; aconsejando el diagnóstico prenatal y Consejo Genético a las parejas de alto riesgo con hijos de NEE escolarizados.

Es conveniente una atención temprana globalizada e integral, con la finalidad de facilitar el acceso al currículum, garantizando y potenciando al máximo el desarrollo de las capacidades físicas, mentales, sensoriales, afectivas y sociales de los alumnos/as que presenten deficiencias, discapacidades y minusvalías, mediante programas terapéuticos, flexibles, agradables, realistas y eficaces.

### **Coordinación y trabajo en equipo**

No hay duda que hay que establecer canales de coordinación con los servicios sanitarios, educativos y sociales de la zona para preparar el nuevo ingreso, garantizar una escolarización normalizada, definir la necesaria conexión de este Programa Preventivo con los programas de ACIs y atención NEE, facilitando la intervención multiprofesional que dé respuesta a los aspectos médicos, psicopedagógicos y educativos de todos los alumnos/as, abordando prioritariamente a los niños con NEE: Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Espina Bífida, Epilepsia, Distrofia muscular, Trastornos Generalizados del Desarrollo (Autismo), Hidrocefalia, Retraso mental, deficiencias visuales, Hipoacusias, Trastornos del Lenguaje (afasias, disfonemias, disartrias, dislalias, etc), Artrogriposis congénita, Diabetes, Asma, Cardiopatías, Alergias, seropositivos portadores de anticuerpos VIH, la atención a la diversidad en general, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la tasa de prevalencia de la deficiencia mental para todas las edades oscila entre el 1-3% y El Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías indica que 1,5% de los escolares están afectados; por lo que debemos tener siempre presente en Educación Infantil los principios de normalización e integración (países escandinavos), sin olvidar el Decálogo de Ingalls que, por su vigencia actual, lo reproducimos en su totalidad.

Los beneficiarios de este Programa Preventivo de Salud Escolar son las Profesoras/es de preescolar, Padres y alumnos/as de educación infantil, 3 a 6 años, con prioridad de todos los niños escolarizados de 3 años y educación especial.

Este Examen de Salud debe realizarse con la previa autorización de los padres comunicándoles posteriormente los resultados mediante el Informe Médico-Escolar.

En definitiva el médico de la escuela es un orientador al servicio del sistema educativo que, integrado en los Equipos de Orientación Educativa, actúa de forma interdisciplinar desde la prevención a la intervención, intentando realizar unas pruebas de screening a la población escolar aparentemente asintomática, con el fin de evaluar periódicamente su crecimiento y desarrollo, detectando precozmente a los alumnos/as con anomalías o riesgo de presentar problemas de salud infantil que puedan afectar negativamente a su proceso de enseñanza-aprendizaje y rendimiento escolar, trabajando en equipo con psicólogos, pedagogos y logopedas en la evaluación multiprofesional de NEE; para ello también desempeña un papel clave el profesorado, colaborando con el médico escolar que, a su vez, es un elemento de conexión y coordinación con el sistema sanitario, para derivación al especialista hospitalario que descartará o confirmará la patología observada y, en su caso, la tratará si procede.

## Promoción de actividades preventivas

Estas actividades deben ir orientadas: a la prevención de accidentes infantiles (en el hogar, la calle y la escuela); a dotar al centro de Botiquín escolar; a una formación en primeros auxilios; deben ser favorecedoras de condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad del entorno escolar, sin barreras arquitectónicas; deben conseguir la prevención de enfermedades infectocontagiosas; revisión para el cumplimiento del calendario vacunal vigente; con prevención de los trastornos de aprendizaje y fracaso escolar; así como prevención del maltrato infantil.

*«Sobre todo, amad a los niños, porque son inocentes como ángeles. Ellos alegran nuestras vidas y purifican nuestros corazones. ¡Ay de aquel que haga sufrir a un niño! Dostoyevski.*

Estas actividades preventivas deben ayudar a los niños, o por lo menos no perjudicarles; deben hacer un seguimiento evolutivo del desarrollo psicomotor del preescolar de alto riesgo.

La educación para la salud debe estar orientada a una estrategia intensa, pero sostenida, de aprovechar el potencial de la Escuela Infantil como ámbito de Promoción de la Salud y fomento de estilos de vida más saludables en un ambiente lúdico: alimentación, nutrición y desayuno escolar; juegos libres y psicomotricidad; sueño nocturno y descanso diurno; higiene, aseo personal y control de esfínteres (Enuresis, encopresis); salud buco-dental: cepillado diario, dieta pobre en azúcares y rica en leche, frutas y verduras, primera visita al dentista a los 3-4 años.

También debe corregir los malos hábitos higiénicos: urgarse la nariz, morderse las uñas, no sonarse los mocos, chuparse el dedo, posturas incorrectas al sentarse, escupir en el suelo, etc.

Otra medida preventiva es la información, orientaciones didácticas y educación sanitaria de los padres, aumentando sus conocimientos y cambiando algunas actitudes que repercuta positivamente en la salud de sus hijos/as, realizando importantes acciones preventivas fuera del horario escolar; a través de Escuela de Padres, talleres, entrega de materiales de apoyo.

Es necesario abandonar la idea de que las actuaciones en salud en la escuela son funciones propias y exclusivas de los sanitarios. Con un apoyo técnico continuado y una formación previa, los tutores y profesores pueden colaborar de una manera fundamental en la aplicación de las actividades didácticas del programa dentro del aula; para ello la Administración Educativa debe facilitarle unos instrumentos sencillos y fiables e incentivar su labor tutorial. Teniendo en cuenta que los preescolares aprenden más jugando, observando y haciendo, es fácil comprender que la maestra juega un importantísimo papel como agente de Educación para la Salud, asumiendo el rol de predicar con el ejemplo en las conductas escolares de vida sana.

Es conveniente la participación en la propuesta de las adecuadas modalidades de escolarización para cada alumno/a, potenciando la necesaria coordinación entre las tutoras de educación infantil 5 años y el primer curso de primaria.

Sesiones de grupo de trabajo con los centros y profesoras implicadas para evaluar la aplicación del programa y estudiar la posibilidad de constituir un Consejo de Salud Escolar con funciones de diseño, organización y planificación de actividades prácticas, sencillas y saludables: semana de la leche, el día de la fruta, semana del desayuno sano e higiene buco-dental, excursiones para la salud, etc.

## **La Evaluación**

La Evaluación debe registrar el grado de consecución de los objetivos propuestos, metodologías, recursos, financiación necesaria y la eficacia del propio programa.

Para la aplicación de este programa es necesario que la Administración Educativa adopte una actitud firme y decidida, dotando a todos los centros educativos de espacios, recursos técnicos y presupuestarios adecuados; sin olvidar la formación permanente del profesorado.

El futuro de la Educación Infantil es tarea de todos, debemos intentar mejorar la calidad de enseñanza y exigir el cumplimiento íntegro de la LOGSE.

## **CAUSAS DE MUERTE EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE 3 A 5 AÑOS**

1. Accidentes, envenenamientos y violencias 30%. Accidentes de tráfico, 13%.
2. Enfermedades infecciosas y parasitarias, 17%. Infección meningocócica.
3. Tumores, 13% . Leucemias, 4%
4. Anomalías congénitas, 11%. Anomalías congénitas del corazón, 7%.
5. Enfermedades del aparato respiratorio, 9%.
6. Otras causas, 20%.

## **CAUSAS DE MORBILIDAD Y ABSENTISMO ESCOLAR EN EDAD PREESCOLAR**

1. Enfermedades vías respiratorias, 30%: Amigdalofaringitis, Vegetaciones adenoideas, Bronquitis, Neumonías, Asma, etc.
2. Traumatismos, accidentes y violencias. 12%: fracturas, quemaduras, heridas, intoxicaciones, etc.
3. Enfermedades infecciosas y transmisibles, 7%: Gastroenteritis, Meningitis Meningocócica, TBC, etc.
4. Transtornos aparato digestivo, 6%: Hernia abdominal, apendicitis, etc.
5. Enfermedades dermatológicas, 3%.
6. Otras patologías, 14%: enfermedades del Sistema Nervioso retrasos psicomotores, visión, audición, genitourinarias, anomalías congénitas y tumores.
7. Causas no médicas, 13%.

## **DECÁLOGO DE INGALLS (1982)**

### **Deficiencia Mental**

1. Se pone mayor énfasis en las semejanzas retrasados y no retrasados que en sus diferencias.
2. Se reconoce que las personas retrasadas mejorar su nivel de funcionamiento con tal que se les de la oportunidad apropiada.
3. Se pone en tela de juicio el concepto mismo de retrasado mental.
4. Se insiste en la no etiquetación.

5. Se le ofrece más trato individual.
6. Se aumentan los derechos legales de los retrasados.
7. Se da una mayor tolerancia para la diversidad.
8. Se reconoce que cierto tipo de retraso mental tiene su origen en las condiciones mismas de la sociedad.
9. Se insiste más en la prevención.
10. Se planifican y coordinan los servicios.

## **RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVENTIVO ESCOLAR**

**A) Somatometría:** Talla y Peso (tablas antropométricas), despistaje de la patología del desarrollo, tasa de crecimiento (retraso constitucional, talla baja), sobrepeso (9%).

**B) Examen aparato locomotor:** desarrollo, amplitud de movimientos, habilidades físicas, descartar desviaciones de la columna, escoliosis, cifosis, anomalías en los pies y rodillas, etc. (8%).

**C) Músculo:** desarrollo, resistencia, tono y fuerza muscular. (Dinamometría).

**D) Dentición:** masticación y profilaxis de la maloclusión y otras enfermedades dentales. Piel (descartar magulladuras, quemaduras, etc.(Caries dental, 70%)

**E) Test visión:** diagnóstico defectos de agudeza visual con optotipos de dibujos, ambliopías, estrabismos (Cover-Test), hipermetropía, miopía, etc. (15%)

**F) Screening auditivo:** detección de deficiencias auditivas (Hipoacusias)(4%), exploración del oído (membrana del tímpano, otitis), audiometrías, garganta, amígdalas (foniatría) y cuello.

**G) Neuropediatría:** Marcha, coordinación neuromuscular, equilibrio, grafomotricidad, capacidad intelectual, valoración del desarrollo psicomotor (Test de Denver) y estado físico, alteraciones del lenguaje (3%) y trastornos de aprendizaje; aspecto, comportamiento y conducta.

**H) Escroto vacío** mediante autoexploración e información a padres.

**I) Aparato cardiorrespiratorio:** medición de la tensión arterial, pulso, soplos y respiración (espirometría).