

CONTROL DE SALUD INFANTIL EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES

Bienvenidos a la cápsula de autoaprendizaje dirigida a los funcionarios de la red asistencial con énfasis en los profesionales médicos, enfermeros/as y técnicos de nivel superior de atención primaria de salud.

Esta tiene por objetivos, que el funcionario responsable sea capaz de identificar los criterios involucrados en el procedimiento del control sano en establecimientos educacionales.



Cápsula: Control de Salud Escolar

CONTENIDO

MODULO 1: Antecedentes de la Salud de los escolares de 5 a 9 años.....	3
Características del desarrollo en esta etapa	3
Breve perfil epidemiológico de los escolares en Chile	5
Programa Piloto de Salud Escolar, coordinación a nivel central y local.....	14
MÓDULO 2: Evaluación del Control de salud escolar infantil en establecimiento de salud	17
Anamnesis.....	18
Cuando el control es realizado en presencia del tutor.....	18
Cuando el control es realizado en ausencia del tutor	18
Alimentación	27
Hábitos	28
Examen de Salud Bucal	28
Pauta de evaluación bucodentaria.....	29
Examen Físico y Evaluación Integral.....	30
Tips de la evaluación de escolares	33
Diagnóstico	59
MÓDULO 3: Derivación, gestión de casos de niños y niñas e indicaciones	61
Programa de Salud Mental en APS -MINSAL	61
Programa Vida Sana -MINSAL	63
Programa de Salud Bucal	64
Programas Salud del Estudiante de Junaeb “Servicios Médicos, Salud Oral, Habilidades para la vida, Programa de Apoyo Psicosocial y Apoyo psicosocial”	66
Programa de Servicios Médicos	66
Programa Habilidades para la Vida (PHV)	68
Programa de Apoyo Psicosocial	71
Programa de Salud Bucal JUNAEB.....	74
Criterios para la derivación de problemas de salud en escolares vinculado con la previsión	75
Indicaciones a los Padres	78
Bibliografía	84

MODULO 1: ANTECEDENTES DE LA SALUD DE LOS ESCOLARES DE 5 A 9 AÑOS

Características del desarrollo en esta etapa

La etapa escolar es una etapa de transición fundamental para el desarrollo del niño o la niña. En relación al desarrollo motor, experimenta un desarrollo importante de la fuerza y coordinación motora, presentando movimientos corporales controlados y armónicos. Estos cambios contribuyen a que el niño o la niña se sientan competente respecto de sus habilidades físicas, permitiendo que participe en actividades de mayor complejidad como deportes, danza o gimnasia.

Desde el punto de vista cognitivo, existe una evolución del pensamiento, desde un pensamiento mágico hacia un proceso cognitivo lógico. La síntesis del lenguaje básico, percepción y abstracción permiten que el niño o la niña pueda leer, escribir y comunicar sus pensamientos que son de complejidad y creatividad creciente.

En el desarrollo socioemocional, el autoconcepto se hace más estable y la interacción social es más intensa y compleja, asociada a progresos en sus capacidades de aprendizaje. En este período se va consolidando la autoestima y la autonomía, adquiriendo la capacidad de saber qué hacer y la seguridad y habilidad para lograrlo. También se desarrolla una comprensión más completa de estados y motivaciones psicológicas de los demás, comienzan a interesarse en su entorno más amplio, tanto social como natural. Se describe un progreso en la capacidad de entender otros puntos de vista, así como una mayor interiorización de reglas morales y sociales asociadas a principios universales. Los escolares son más capaces de tolerar la frustración, persistir en una tarea y manejar sus emociones negativas bajo normas aceptables. La interacción con el grupo de pares en esta etapa es fundamental.

La etapa entre los cinco y diez años es exigente para el desarrollo personal, la que es determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. En esta etapa, el niño o la niña debe desenvolverse en un ambiente formal que le exige desempeños objetivos, tanto académicos como de comportamiento y sociales. La adaptación al medio escolar implica una mayor separación de los padres, el grupo de pares comienza a cobrar una importancia cada vez más significativa y aparecen nuevas figuras de autoridad como los profesores.

Ante estos desafíos, el escolar debe utilizar los recursos y fortalezas adquiridos a lo largo de su vida preescolar y familiar, volcándose hacia el descubrimiento de un mundo más amplio y atrayente, pero también más competitivo y agresivo. Estos cambios pueden ser más o menos fáciles para los niños y niñas, dependiendo de las características personales, familiares y del ambiente escolar. En esta etapa se consolidan los hábitos que permitirán llevar estilos de vida saludable, tales como la alimentación sana, actividad física regular, sexualidad responsable, entre otras.

Los niños y niñas con mayores dificultades para adaptarse al medio escolar tienen una mayor predisposición a desarrollar diversos problemas, como por ejemplo dificultades de aprendizaje o problemas de adaptación social, las cuales suelen arrastrarse a lo largo de la trayectoria escolar si es que no se realizan intervenciones a tiempo. Dichas dificultades aumentan el riesgo de un peor desempeño global o baja autoestima y generan un círculo vicioso de dificultades crecientes.

En la edad escolar la mortalidad es muy baja, así como la morbilidad grave. La principal causa de muerte la constituyen los accidentes, generalmente fuera del hogar. El escolar consulta poco en forma espontánea, siendo los principales motivos de consulta las enfermedades respiratorias e infecciosas. Sin embargo, los problemas de salud que aquejan, efectivamente, a los escolares tienen relación con condiciones que afectan la calidad de vida y con enfermedades crónicas no transmisibles o su predisposición y están fuertemente ligados a temáticas



psicosociales, por lo que es importante aprovechar las instancias de contacto con el escolar para detectarlas e intervenirlas tempranamente.

Tabla 1: Logros esperados por área de escolares

Área	Logros esperados	
Crecimiento y desarrollo físico	<ul style="list-style-type: none"> - La velocidad de crecimiento en este período es la más lenta de la infancia y precede al «estirón puberal». Los niños y niñas crecen a una tasa de cinco a seis cm y aumentan tres kilos de manera anual. - El perímetro craneano crece solamente de dos a tres cm en todo el período. - Desde los 6 años, es normal la adrenarquía, que se puede manifestar por olor axilar. - Desde los 7 años, comienzan a perder la dentadura temporal y comienza a aparecer la definitiva. - Desde los 8 años, es normal la aparición de botón mamario en las niñas - Desde los 9 años, es normal el crecimiento testicular en los niños 	
Desarrollo cognitivo y destrezas	<ul style="list-style-type: none"> - Progresivamente diferencia fantasía de realidad. - Logra cada vez mayor concentración y permanencia en una actividad por más tiempo. - Participa en forma progresiva de juegos con reglas. - Anda en bicicleta bien, practica deportes, toca instrumentos musicales. - Los intereses y competencias empiezan a divergir entre los distintos niños y niñas. 	
Desarrollo emocional y social	5 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene un grupo de amigos o amigas. - Se disculpa por errores. - Felicita a otros por sus logros. - Es consciente y sensible a los motivos que subyacen a las acciones.
	7 a 8 años	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra competencias morales, físicas, emocionales, cognitivas y sociales. - Se involucra en actividades que promuevan su propio bienestar, contribuyendo a un estilo de vida saludable. - Establece relación de apoyo y cuidado con su familia, amigos y con otros adultos. - Logra hacer amigos y pertenecer al grupo de pares.
	9 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra progresivamente la capacidad de tomar decisiones responsablemente. - Experimenta sensación de bienestar, de seguridad en sí mismo y de esperanza en el futuro.

Fuente: Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas en la Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2014)

Breve perfil epidemiológico de los escolares en Chile

Según proyecciones en el 2015 la población infantil menor de 10 años representará el 14% de la población total, es decir 2.507.419 niños y niñas, mientras que los menores de edad entre 5 a 9 años serán 1.247.912.

Causas de mortalidad

La mortalidad en el grupo de entre 1 y 10 años se caracteriza por una supremacía de la causas externas (38,1%), donde destacan accidentes del tránsito y envenenamiento; seguidas por “Enfermedades del sistema nervioso” (12,2%), y en tercer lugar “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” (11,4%) [5].

Morbilidad

El desafío de la salud pediátrica de este siglo es promover las estrategias necesarias para lograr el máximo desarrollo en niños y niñas, acorde con su potencial genético y la adaptación a un entorno cambiante, actuar tempranamente sobre los condicionantes de riesgo y reducir el impacto negativo sobre los daños instalados, de modo de mejorar su bienestar hoy y en las etapas posteriores de la vida. Esto obliga a enfocar los esfuerzos en reducir las tasas de enfermedades que toman protagonismo en la infancia, y que tienden a agudizarse en el resto de las etapas de la vida, dentro de las que se encuentran: enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad, problemas respiratorios, problemas de salud mental, entre otras [10].

El progreso del país no necesariamente ha beneficiado a todos en la misma magnitud y aún persisten grupos sociales excluidos [11] Anualmente más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años de países en vías de desarrollo no logran desplegar su óptimo potencial de desarrollo físico, psíquico y social [12].

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006, la causa de morbilidad más frecuente en menores de entre 0 a 9 años son las enfermedades respiratorias crónicas, la segunda causa de morbilidad difiere según el rango etario, siendo para los menores de 5 años las causas asociadas a la prematuridad y en aquellos de 5 a 9 años los problemas de visión. Destacan también para ambos grupos, los problemas de la piel por más de 6 meses, el trastorno por déficit atencional y otros problemas crónicos.

Prevalencias de Enfermedades Crónicas en la infancia declaradas por el cuidador principal.

Prevalencia de enfermedades crónicas	0 a 5 años			6 a 10 años		
	n	Prevalencia	IC 95%	N	Prevalencia	IC 95%
Presión alta; hipertensión	3.308	0,3	0,0 - 0,5	10.234	0,6	0,2 - 1,0
Diabetes; azúcar en la sangre	1.497	0,1	0,0 - 0,3	7.191	0,4	0,0 - 0,8
Enfermedad respiratoria crónica	193.207	15,4	13,1 - 17,6	297.630	18,1	16,0 - 20,2
Epilepsia	8.541	0,7	0,2 - 1,2	19.695	1,2	0,6 - 1,8
Depresión	5.908	0,5	0,1 - 0,9	32.948	2	1,1 - 2,9
Insuficiencia renal	5.551	0,4	0,1 - 0,8	7.298	0,4	0,1 - 0,8
Problemas de audición	14.989	1,2	0,5 - 1,9	54.191	3,3	2,4 - 4,2
Problemas de visión	19.740	1,6	0,8 - 2,3	175.051	10,6	8,9 - 12,3
Síndrome de Down u otra alteraciones genéticas	4.839	0,4	0,0 - 0,8	5.294	0,3	0,0 - 0,6
Prematurez	90.636	7,2	5,6 - 8,8	94.014	5,7	4,5 - 6,9
Malformaciones congénitas	20.585	1,6	0,7 - 2,6	29.944	1,8	1,1 - 2,5
Deficiencia mental	2.871	0,2	0,0 - 0,5	8.861	0,5	0,1 - 0,9
Enfermedad celíaca	4.071	0,3	0,0 - 0,7	2.137	0,1	0,0 - 0,3
Problemas de la piel por más de 6 meses	69.602	5,5	4,3 - 6,8	127.519	7,7	6,3 - 9,2
Trastorno por déficit atencional	29.532	2,4	1,5 - 3,2	102.410	6,2	4,8 - 7,6

hiperkinético						
Trastornos alimentación: anorexia o bulimia	7.808	0,6	0,2 - 1,1	14.152	0,9	0,4 - 1,3
Problema motor	10.451	0,8	0,3 - 1,3	14.888	0,9	0,4 - 1,4
Otro problema crónico	54.163	4,3	2,9 - 5,7	87.424	5,3	4,0 - 6,6

Fuente: ENCAVI, 2006

Malnutrición por exceso

La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública por las consecuencias biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población.

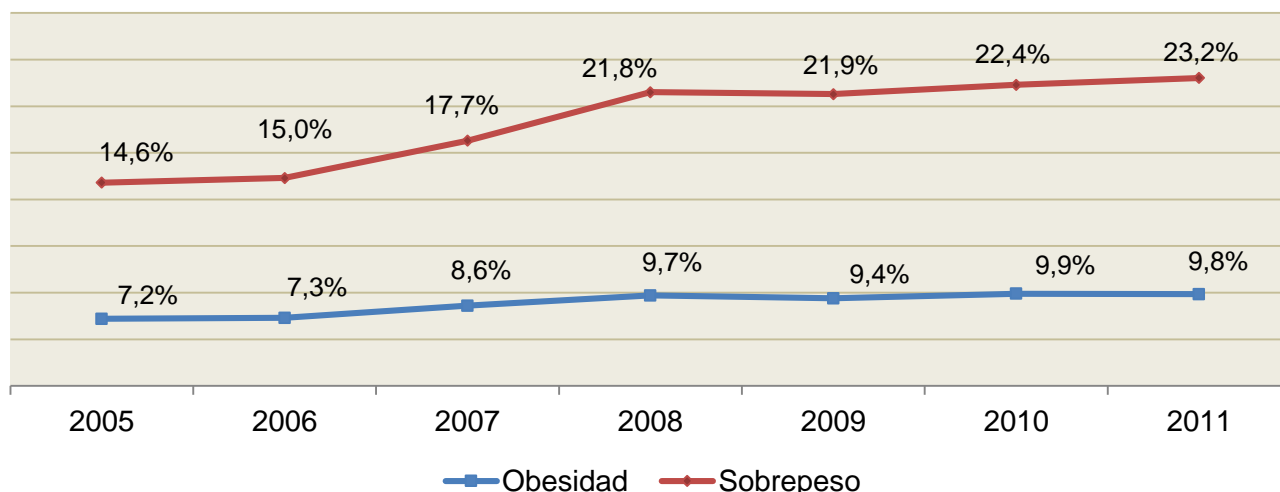
Las causas principales están focalizadas en la alta ingesta calórica, sodio y escasa actividad física de la población, produciendo además inequidades importantes por nivel socioeconómico.

El índice de masa corporal (IMC) elevado es predictor de hipertensión arterial, y la obesidad e historia de dislipidemia se relacionan con riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas. La malnutrición temprana, ya desde el período fetal, puede conducir a resistencia insulínica y diabetes mellitus después de los 50 años. Además condiciona un mal desarrollo cerebral, mal crecimiento corporal, alteración de la masa muscular y programación metabólica, menor capacidad cognitiva y bajo rendimiento escolar [10].

La malnutrición por exceso es uno de los fenómenos que tiene una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años a nivel nacional ha crecido pronunciadamente en los últimos años, se estima que desde el 2005 al 2011 hubo un crecimiento de un 51,4%, especialmente a expensas del sobrepeso [5].

Durante el 2011, del total de menores de 6 años que se controlaron en el sistema de salud público, el 33% tenía malnutrición por exceso, del cual el 30% estaba obeso y el 70% con sobrepeso.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años bajo control en el sistema público de salud 2005-2011

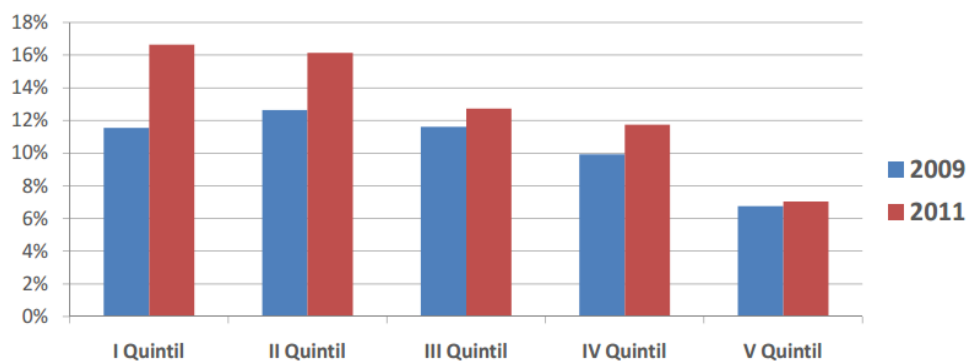


Fuente: DEIS, 2012

La prevalencia de obesidad no solamente está determinada por la ingesta y actividad física, sino también por el impacto que producen los determinantes sociales en la familia y la comunidad. La literatura científica reconoce que el combate contra la obesidad exige un cambio estructural que incida en el ambiente obesogénico actual de los países en vías de desarrollo, haciendo énfasis en promover un abordaje efectivo que abarque distintos

sectores de la comunidad, incluyendo a la población que se encuentra en desventaja debido a su posición socioeconómica (jerarquía social y estratificación de la sociedad) desfavorable y donde la obesidad tiende a una prevalencia más alta. Efectivamente, si se comparan los índices de malnutrición por exceso por quintil, se observa que el número de niños y niñas con sobrepeso aumenta en un 20% en el estrato más vulnerable. En el estrato de mayor pobreza, la Obesidad aumentó a un 44% en sólo dos años [15]

Niños y niñas menores de 5 años con sobrepeso u obesidad por quintil



Fuente: CASEN, 2011

En la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004, iniciativa de la OMS, se consultó a los alumnos por el consumo durante la última semana de algunos alimentos tales como: leche, frutas, verduras, snacks, golosinas y bebidas azucaradas, algunos de sus resultados fueron [16]:

- Entre 29% y 39% de los alumnos consumió leche o yogurt todos los días (proporción que es significativamente superior en la R.M. y VIII región).
- La proporción de alumnos que consumió diariamente leche fue inferior al que consumió bebidas azucaradas en las regiones I, V y Metropolitana.
- El consumo diario de frutas bordeó el 20% en todas las regiones.
- El consumo de verduras todos los días se encontró entre el 30 y 37%, sin diferencias entre las regiones

Accidentes

Los accidentes en la infancia tienen un severo impacto en el desarrollo integral de los niños y niñas en cuanto a las limitantes que estos pueden provocar en sus dinámicas sociales, el retraso en su aprendizaje y escolarización producto del eventual período de internación hospitalaria, invalidez temporal o permanente, y las repercusiones que esto puede tener en su vida adulta y en sus familias. Por otro lado, la recurrencia de accidentes en la infancia también conlleva un importante costo económico para el Estado por los recursos que debe destinar a asistencia y la consecuente rehabilitación.

Las defunciones por causas externas significan un 38,0% de las muertes totales de niños y niñas de edad entre 1 a 9 años, mientras que en la población mayor de 10 años esta cifra baja a un 8,5% [5].

Entre 1 y 4 años las causas específicas de muerte más frecuente son los accidentes del tránsito como peatón o pasajero, quemaduras por líquidos calientes o fuego y descargas eléctricas (enchufes), ahogamiento por inmersión, caídas e intoxicaciones. Entre 5 y 9 años son importantes los accidentes de tránsito, traumatismos por caídas e inmersión [20].

Defunciones por causas externas, según rango etario

AÑOS	Total defunciones	Defunciones por causas externas	Porcentaje
< 1	1.862	42	2,3%
1 a 4	312	113	36,2%
5 a 9	188	77	41,0%
Población menor de 10 años	2.362	232	9,8%
Población mayor de 10 años	95.568	8.153	8,5%

Fuente: DEIS, 2013

Por otra parte, los accidentes constituyen la tercera causa de egresos hospitalarios en menores de 10 años, y la segunda causa si se aísla a los mayores de 5 y menores de 10 años. Son mayores los egresos hospitalarios de niños (60,6%) que de niñas (39,4%) por causas como traumatismos, envenenamiento y otras causas externas [5].

Cuatro primeras causas de egresos hospitalarios de menores de 10 años 2009

Motivos	años		
	0-9	0-4	5-9
Enfermedades Sistema Respiratorio	61,2%	33,7%	27,5%
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	22,6%	22,6%	0,0%
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	20,6%	6,2%	14,4%
Enfermedades del Sistema Digestivo	18,2%	4,0%	14,2%

Fuente: DEIS, 2013

Problemas de salud mental en la infancia

La mitad de los trastornos mentales que sufre la población adulta provienen de la infancia, por ello su presencia genera a lo largo de la vida graves afectaciones al desarrollo emocional, intelectual y social de quienes los padecen, dañando el autoestima, el desempeño y la adaptación al sistema escolar, junto con alterar profundamente la dinámica familiar [21]. La edad modula la presentación y expresión de los trastornos mentales, como lo vemos en la tabla siguiente. La mayoría de estas condiciones con un diagnóstico precoz y manejo integral pueden permitir el desarrollo de una vida normal.

Edad de comienzo de patologías psiquiátricas

Trastorno	AÑOS																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vínculo																		
Trastornos Gen del Desarrollo																		
Trastornos de la Conducta																		
Trastornos Afectivos y Ansiosos																		
Consumo de Drogas																		
Psicosis del Adulto																		

Fuente: OMS, 2005

El problema de salud mental han aumentado considerablemente en las últimas décadas, lo que se presume está asociado a la urbanización, globalización, cambios en la estructura familiar, incremento en las exigencias vocacionales, desempleo y precarización del trabajo juvenil, y a la pobreza, entre otras causas. Según estimaciones de la OMS, entre un 10 y 20% de los NNA padecen de trastornos psiquiátricos, y son tratados correctamente sólo alrededor de un 20% de ellos. En esta década se llevó a cabo el primer estudio de prevalencia de patologías psiquiátrica en la población chilena entre 4 y 18 años, diseñándose sobre una muestra representativa de 4 provincias: Iquique, Santiago, Concepción y Cautín [22]. Ver tabla Nº 18.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último año sin impedimento en población infanto-juvenil

Trastornos	Total		Hombres		Mujeres		4-11 años		12-18 años	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos ansiosos	18.5	1.1	13.8	1.4	23.5	2.1	21.0	1.8	15.7	1.9
Fobia social	5.5	0.9	2.9	0.8	8.2	1.6	5.9	1.2	5.1	1.3
Trastorno de ansiedad generalizada	8.2	0.9	6.2	1.3	10.3	1.3	8.0	1.7	8.4	1.6
Trastorno por ansiedad de separación	10.2	8.8	7.3	0.9	13.1	1.3	13.4	1.2	6.5	1.5
Trastornos afectivos	6.1	0.8	3.7	1.0	8.6	1.4	3.8	1.1	8.6	1.2
Trastorno depresivo mayor	5.9	0.8	3.6	1.0	8.4	1.4	3.8	1.1	8.3	1.1
Distimia	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.04	0.03	0.3	0.2
Trastornos por componente disruptivo	21.8	1.8	19.9	2.1	23.7	2.8	29.7	3.7	12.8	1.4
Trastorno disocial	3.7	0.5	4.4	0.9	3.0	0.7	1.2	0.3	6.5	1.0
Trastornos oposicionista desafiante	8.7	1.0	7.5	1.1	9.9	1.4	11.8	1.5	5.1	1.2
TDAH	15.1	1.2	13.7	1.6	16.6	2.2	23.9	2.2	5.4	1.4
Trastornos por consumo de sustancias	4.8	0.8	4.6	1.0	4.9	1.0	-	-	10.1	1.7
Abuso de alcohol	1.9	0.6	2.4	0.8	1.3	0.8	-	-	4.0	1.3
Dependencia de alcohol	1.7	0.4	1.5	0.5	1.9	0.7	-	-	3.6	0.9
Abuso de Marihuana	0.4	0.2	0.2	0.1	0.6	0.4	-	-	0.9	0.3
Dependencia de Marihuana	0.4	0.2	0.3	0.2	0.5	0.2	-	-	0.9	0.3
Dependencia de nicotina	1.6	0.4	1.4	0.5	1.8	0.6	-	-	3.4	0.8
Abuso de otras sustancias	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	-	-	0.4	0.2
Dependencia de otras sustancias	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	-	-	0.4	0.2
Trastorno Alimenticios	0.3	0.2	0.05	0.05	0.5	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3
Esquizofrenia	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3
Cualquier Trastornos	38.3	2.3	33.5	2.5	43.3	3.6	42.9	3.6	33.2	2.4

Fuente: Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias, 2012

El perfil epidemiológico de los trastornos mentales y del comportamiento en la población infantil chilena, coincide, en términos generales, con los de otros países. A edades más tempranas son más frecuentes los trastornos del comportamiento, mientras que más tarde se presentan mayormente alteraciones de índole ansiosa y afectiva.

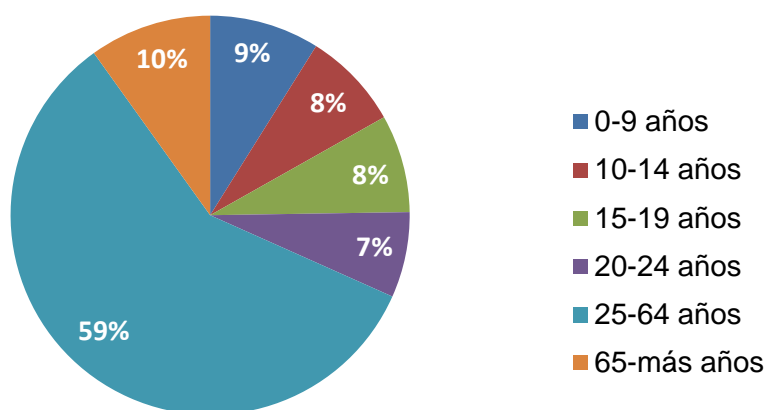
De acuerdo a este estudio el 38,3% de los NNA de 4 a 18 años, presentan algún trastorno psiquiátrico, (35,5% para hombres y 43,3% para mujeres). La mayor prevalencia se da en los trastornos disruptivos (21.8%), seguido por los trastornos ansioso (18,5%) y los trastornos afectivos (6,1%).

Al observar específicamente la población de niños y niñas entre 4 y 11 años la prevalencia de trastornos mentales aumenta a un 42,9%. El 29,7% de ellos corresponde a trastornos conductuales y disruptivos, en segundo lugar se encuentra el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (23,9%), seguido de los trastornos de ansiedad (21%), con una mayor prevalencia de la ansiedad de separación (13,4%), y finalmente los trastornos afectivos (3,8%).

Muchos de estos trastornos y problemas de salud mental continúan presentes a lo largo de la vida adulta, y algunos de ellos aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos concomitantes.

Ahora bien, respecto a la población bajo control que se atiende en el sistema público de salud por trastornos mentales, se observó durante el 2010 que un 9% correspondía a menores de 10 años, de un total de 606.371 personas. Es interesante mencionar, que en el rango etario de 0 a 14 años se registran mayores ingresos de hombres (cercano al del 60%), tendencia que se va revirtiendo a medida que se observan rangos etarios superiores, en los cuales predominan los ingresos de mujeres.

Población Bajo Control que ingresan a programa de Salud Mental según edad 2010



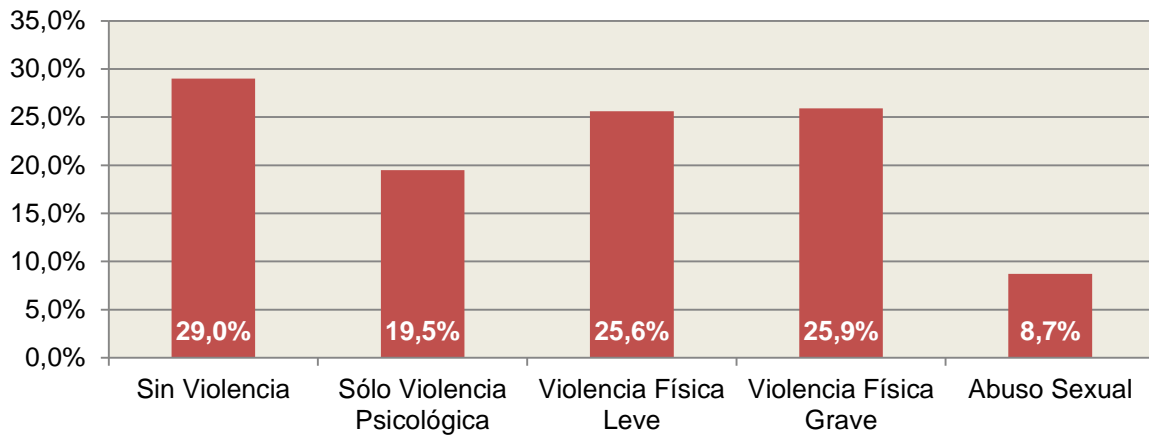
FUENTE: Base a Datos DEIS, 2010

Maltrato y abuso sexual infantil

De acuerdo al “Estudio de Maltrato Infantil” realizado por UNICEF en el año 2012, el 71% de los niños y las niñas sufren algún tipo de violencia por parte de su padre o madre; de ellos, el 25,6% reciben violencia física leve (lanzamiento de objetos, tirones de pelo y u orejas, empujones o zamarreos, cachetadas o palmadas), el 25,9% sufre violencia física grave (pateaduras, mordeduras, puñetazos, quemaduras, golpizas, amenazas con cuchillos o armas, uso de cuchillos para agredir) y el 19,5% sufre violencia psicológica (gritos, insultos, garabatos, burlas ante otros, amenazas de golpear, no se les habla por un período prolongado, encierros) [23].

La prevalencia de abuso sexual corresponde al 8,7%, y en promedio el primer episodio ocurre a los 8 años y medio. Los factores de riesgo asociados son: sexo femenino (el 75% de las víctimas son mujeres), existencia de agresión física entre los padres (en el 40% de los casos detectados), nivel socioeconómico bajo (10,8%, casi el doble de los estratos medio y alto) [23].

Prevalencia de Violencia según tipo, en escolares



Fuente: UNICEF, 2012

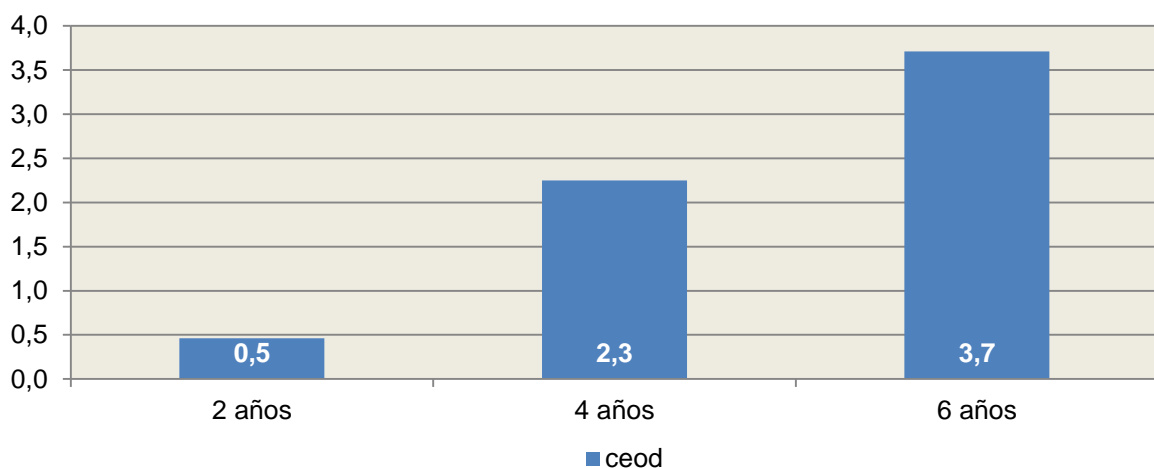
Salud bucodental

La salud bucodentaria es una prioridad para nuestro país, dado que a pesar del nivel de desarrollo alcanzado, cercano a un país desarrollado, siguen presentándose en un alto porcentaje de la población caries dentales.

La caries repercute en la calidad de vida en la infancia (dolor, ausentismo escolar), tienen un alto impacto económico (costos del tratamiento, ausentismo laboral de la madre y/o el padre) y se asocian a caries en dentición permanente. Estos problemas pueden ser evitados mediante estrategias promocionales y preventivas, de bajo costo.

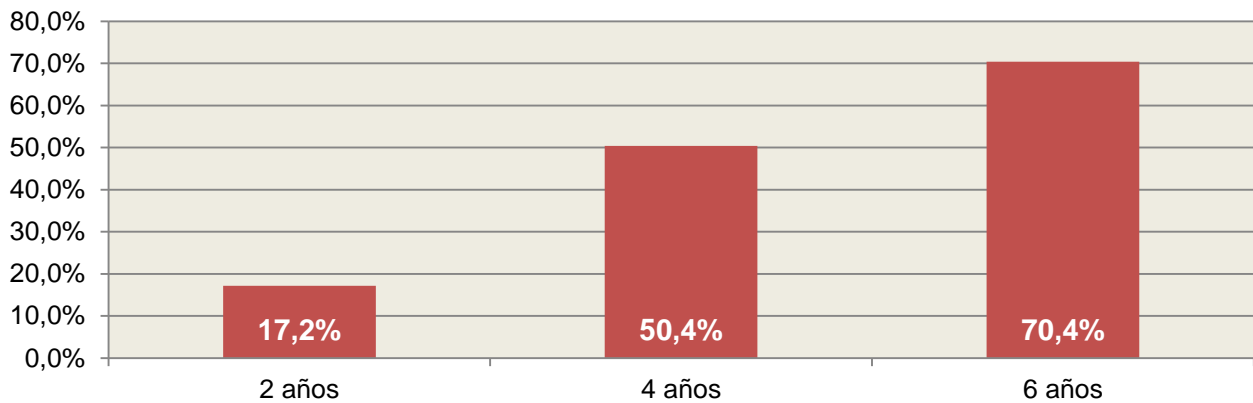
Las caries dentales se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad, tanto en frecuencia como en severidad.

Severidad de las caries según índice ceod en dientes temporales



Fuente: Departamento de Salud Bucal, MINSAL 2012

Porcentaje de niños y niñas con caries por edad



Fuente: Departamento de Salud Bucal, MINSAL 2012

En este problema de salud, al igual que en la mayoría de los problemas que afectan a los niños y niñas hoy en Chile, existen diferencias significativas en la prevalencia de caries según el nivel socioeconómico y vulnerabilidad de la familia, que refuerzan la necesidad de seguir trabajando en pos de la equidad. Es así como, a los 2 años de edad, el nivel socioeconómico bajo presenta una prevalencia de caries de un 12% mayor que el nivel socioeconómico alto, a los 4 años la diferencia entre niveles es de un 28% y a los 6 años de existe una diferencia del 38% entre nivel socioeconómico. El análisis de algunos factores de riesgo asociado a diferencias socioeconómicas muestra diferencias en la forma de alimentación y hábitos de cepillado [24].

Pobreza

La UNICEF define pobreza infantil como “privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad de la sociedad” (Estado Mundial de la Infancia, 2005, UNICEF). En el país un 14,4% de la población infantil vive en situación de pobreza material, del cual un 2,8% corresponde a personas que viven en situación de extrema pobreza (indigencia) Tabla N° 3. Desde la década de los 90 la reducción de la pobreza ha sido una constante en Chile [1]. Sin embargo, esta disminución no ha logrado revertir el hecho de que niños, niñas y adolescentes son proporcionalmente más pobres que el resto de la población. La pobreza en menores de 3 años es un 67% mayor que la pobreza de la población total, y en menores de entre 4 y 13 años es de un 63,8%.

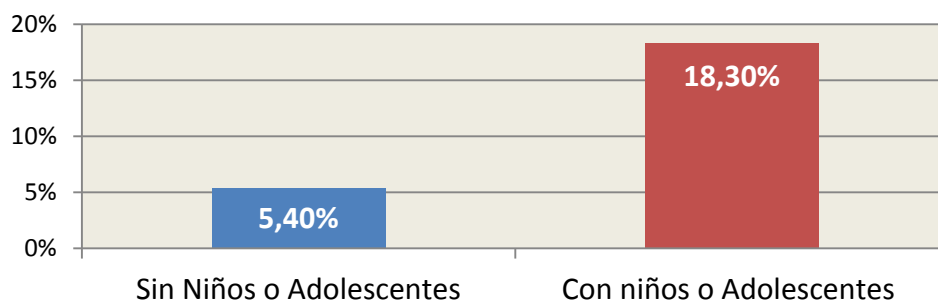
Porcentaje de población infantil en situación de pobreza y pobreza extrema

Rango etario	Pobreza total	Pobreza extrema	no	Extrema Pobreza
0 a 3	24,0	19,4		4,6
4 a 5	23,6	18,5		5,1
6 a 13	23,6	18,9		4,7
Población Total	14,4	11,6		2,8

Fuente: CASEN, 2011

- En Chile las familias con hijos en edad de infancia y adolescencia (52,3% del total de hogares) presentan 3.3 veces mayor pobreza que las familias sin hijos, otras características de los hogares que presentan pobreza son jefatura femenina (51,3%), desocupación (41,5%) y menor promedio de años de escolaridad del jefe de hogar (9,3%) [4].

Porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza con y sin niños, niñas o adolescentes



Fuente: CASEN, 2011

Programa Piloto de Salud Escolar, coordinación a nivel central y local

El Programa Piloto de Salud escolar surge en el año 2011 tras el trabajo conjunto de ambas subsecretarías, Redes Asistenciales y Salud Pública del Ministerio de Salud. Este programa piloto se origina tras observar que después de los 2 años la concentración de controles disminuía abrumantemente, para casi ser inexistentes posterior a los 4 años. A esto se sumaba la preocupación por el aumento de enfermedades crónicas que se empiezan a presentar cada vez en edades más tempranas. El piloto es financiado a través de del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) de la División de Atención Primaria.

La coordinación de este piloto implica un estrecha sintonía y complementariedad en los distintos niveles territoriales entre educación y salud. A continuación se explicará cuáles son las coordinaciones y fases de ejecución de este programa:

1. FIRMA DE CONVENIOS

- **Responsable: Servicios de Salud y Comuna**
- **Actividades:**
 - Acordar las metas e indicadores que se establecerán para el monitoreo del piloto: En el convenio se debe estipular claramente el número de controles que la comuna se compromete a realizar y cuáles son los indicadores que permitirán evaluar dicho cumplimiento. Esto es parte de los acuerdos a los cuales deben llegar comunas y Servicios de Salud.
 - También en este momento se pueden definir, en conjunto con el departamento de educación, cuáles son los colegios más plausibles de realizar la actividad.

2. RECLUTAMIENTO DE PERSONAL Y REUNIONES INTRA-INTERSECTORIALES

- **Responsable:** Servicios de Salud, Comuna y Equipo que realizará el control de salud escolar.
- **Actividades:**
 - a. **Reclutar personal:** El equipo que realiza el control de salud debe estar compuesto por una Enfermera/Médico y un Técnico paramédico, principalmente con formación en atención primaria.
 - b. **Iniciar trabajo intra-sectorial:** Es importante que antes de invitar al extra sector conozcamos bien la oferta de servicios que está ofreciendo desde salud a los colegios. Por ejemplo: Elige vivir sano, Escuelas promotoras de la salud, Aulas de bienestar, etc. y de este modo realizar internamente las coordinaciones o acuerdos requeridos para asegurar una ejecución sin duplicidad de acciones o para lograr potenciar los programas relacionados.

En caso que los integrantes del equipo que realizarán el control de salud escolar en la comuna ya hayan sido seleccionados, es bueno incluirlos tanto en el trabajo con el intra-sector como con el extra-sector.

c. **Iniciar trabajo intersectorial:**

Esta fase es crucial, primero es importante que la municipalidad visualice el programa de piloto salud escolar como una oportunidad de mejorar la salud de su población, segundo es necesario lograr identificar las metas y objetivos comunes que se tienen entre el sector salud y sector educación, de modo de

que esta actividad no se perciba como una actividad paralela que no tienen relación con su quehacer de educación.

Es importante que en la etapa de planificación de la ejecución participe: JUNAEB, Departamento de Educación, Departamento de Salud y Servicios de Salud. En esta reunión se deben definir:

- Los colegios que se visitarán y cuáles serán las estrategias para contactar a los Directores (si se hará una reunión con cada director por separado, si se reunirán a todos en la municipalidad, etc.). Por ejemplo se puede partir por aquellos en que JUNAEB ya esté desarrollando actividades.
- Cuáles serán las fechas en que se visitarán los colegios, acordar con educación cuáles son las fechas más idóneas para ir a los colegios y realizar el control.
- Si se incluirán el consentimiento informado para realizar el control de salud en la matrícula del colegio. Generalmente esto se realiza el segundo año de ejecución.
- Si es que los equipos de salud pueden ir a las reuniones de apoderado para motivar su aceptación y explicarles en qué consistirá el control (qué es lo que se realiza y que es lo que no se realiza).
- Acordar en qué momento y cómo se aplicarán los cuestionarios que deben responder padres o profesores para recolectar antecedentes de salud del niños o la niña.
- Definir con quién del colegio se debe contactar el equipo de salud, para enviar las comunicaciones y para coordinar la operación mientras se realicen los controles.
- Diagnóstico de la infraestructura existente en cada colegio, de modo de evaluar qué elementos se deben comprobar o qué aspectos se deben considerar para realizar el control.

Por ejemplo si se decide hacer el control en una sala, deberá comprarse biombos para asegurar la intimidad de alumno o alumna, tal vez también sea necesario tapar las cortinas, etc.

- Finalmente es importante acordar con JUNAEB cuántos alumnos y alumnas podrán ser derivados desde el control de salud escolar, en qué circunstancias y de qué manera. También

3. COMPRA DE MATERIAL, INVERSIONES E IMPRESIÓN:

- **Responsable:** Comuna.
- **Actividades:** Asegurar que el equipo cuente con los insumos necesarios para realizar el control de salud según lo planificado.
 - i. Estufa o calefactor para realizar un control de salud.
 - ii. Biombos, en caso de ser necesario
 - iii. Pesa y tallímetro.
 - iv. Esfigmomanómetro con varios tamaños de manguitos de presión pediátrica.
 - v. Tablas y curvas de crecimiento, según norma vigente
 - vi. Grados de Tanner.
 - vii. Tablas de presión arterial por edad y talla.
 - viii. Tablas de agudeza visual de JUNAEB (3 metros)

4. INICIAR LA REALIZACIÓN DE LOS CONTROLES

- **Responsable:** Equipo que realizará el control de salud escolar y Colegio

- **Actividades:** Asegurar que los padres, madre u tutor responda los cuestionarios antes de visitar el colegio y coordinar con el encargado asignado la operación (que haya una sala habilitada, etc.).

5. FEEDBACK A LOS PADRES Y AL COLEGIO Y DERIVACIONES

- **Responsable:** Equipo que realizará el control de salud escolar
- **Actividades:** Una vez realizado el control de salud deberán gestionarse las derivaciones prioritarias y enviar a todos los apoderados y apoderadas un reporte sobre el estado de salud de sus hijos e hijas, con las derivaciones e indicaciones de cuidado de salud correspondientes.
Además también es pertinente realizar un feedback al colegio sobre el estado de salud de sus alumnos y alumnas.

6. SEGUIMIENTO CASOS CRÍTICOS

- **Responsable:** Equipo que realizará el control de salud escolar
- **Actividades:** Es importante que el equipo al menos de seguimiento de atención a alumnas y alumnos que hayan presentado alguna situación grave de salud.

MÓDULO 2: EVALUACIÓN DEL CONTROL DE SALUD ESCOLAR INFANTIL EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

El **control de salud escolar de kínder a cuarto básico** es una actividad de promoción de la salud, prevención de enfermedades y de pesquisa temprana de factores de riesgos o problemas salud más prevalentes en este grupo que se realiza en establecimientos educacionales previa coordinación entre el sector salud y educación. Esta actividad busca favorecer el acceso a controles de salud de niños y niñas de 5 a 9 años, considerando la baja cobertura de controles de salud en dicho grupo etario y escaso tiempo e interés de las familias para llevar a sus hijos e hijas a control mientras no presenten signos evidentes de enfermedad.

El control del niño y la niña tiene una estructura que es transversal durante el ciclo, que incluye:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Diagnóstico.
- Indicaciones y derivaciones.

La estructura del control de salud y cómo se realice cada componente varía principalmente según asista o no la madre, el padre o tutor legal.

Control de Salud Escolar de 5 a 9 años en el Establecimiento Educacional

	Actividad Principal	Estándares
Sin presencia del padre	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de documentación (Cuestionarios y Consentimiento informado) a los padres, a través de “comunicaciones” o en reuniones de apoderado. - Recepción de Consentimiento Informado firmado y Cuestionarios correspondientes según curso. - Revisión de Cuestionario de Salud Infantil para madre, padres y/o cuidador principal. - Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación nutricional - Evaluación ortopédica - Toma de presión arterial - Evaluación agudeza visual - Evaluación auditiva - Evaluación de la piel - Señales de alerta transversales en salud mental - Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. - Enviar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según Programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento <i>Grupal:</i> 1 grupo x hora (5 a 3 pers.).</p> <p>Recursos Humanos: Hora Enfermera/o y/o Médico y Técnico Paramédico</p>

Con presencia del padre	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas (indagando en signos de asma bronquial). - Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación nutricional - Evaluación ortopédica - Toma de Presión arterial - Evaluación agudeza visual - Evaluación auditiva - Evaluación de la piel - Señales de alerta transversales en salud mental - <u>Evaluación de tanner y genitales.</u> - Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. - Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según Programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento Individual: 2 por hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora Enfermero/a o Médico y Técnico Paramédico</p>
-------------------------	---	--

Anamnesis

El cómo se realice la anamnesis y la evaluación del control de salud infantil en Establecimiento Educacional, varía dependiendo si al momento de su realización asistirá o no la madre, padre o cuidador, a saber:

Cuando el control es realizado en presencia del tutor

La anamnesis será a través de una entrevista, como se realiza tradicionalmente, y el control será individual.

El o la profesional de la salud que realiza el control debe escuchar atentamente las inquietudes y preguntas de la madre, padre y/o cuidador principal y del niño o la niña, luego debe completar la historia clínica con sus propias preguntas. Durante toda la entrevista conviene privilegiar las preguntas abiertas que invitan a hablar a la familia, evitando intencionar la respuesta o emitir juicios de valor. Es importante que en todo momento el o la profesional identifique las emociones que el niño, la niña o la familia despiertan en él o ella, para manejarlos y utilizarlos en pro de la evaluación [2].

La Madre, padre y/o cuidador debe ser incluido en todo el proceso de atención, tanto en la citación previa como durante el control, haciéndole preguntas o hablándole directamente. Si no va, preguntar por qué.

Los equipos de salud deben considerar que al abrir temas en la anamnesis, se generan expectativas en la familia, es por esto que todos los tópicos abiertos durante esta deben tener un cierre en el momento de las indicaciones [2].

Cuando el control es realizado en ausencia del tutor

Es necesario que la madre, padre o cuidador acepte con anterioridad la realización del control en el Establecimiento Educacional, esto se realiza mediante la firma de un consentimiento informado en el cual se debe indicar claramente las evaluaciones que se realizarán y que dentro de la evaluación física no se realizará la evaluación de Tanner y genitales. Por otro lado, también se deben enviar con anticipación pautas y otros instrumentos, que permitirán de algún modo incorporar la visión del padre respecto a la salud de su hijo o hija.

Los instrumentos o documentos a completar por los apoderados y utilizados en los controles de salud

Consentimiento Informado: Documento en donde los apoderados aprueban la realización del control de salud escolar en su ausencia. Este es documentos es necesario y regulado según lo establecido en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, el realizar el control de salud sin el consentimiento firmado por los apoderados, el equipo se arriesga a eventuales demandas. En anexos se adjunta un formato estándar, sin embargo en caso de que el equipo decida modificar dicha propuesta, es necesario procurar que el nuevo formato contenga los siguientes requisitos:

- Explicitar el objetivo de la realización del Control de Salud y sus características
- Explicar que **NO** se realizará evaluación genito-anal, a menos que el apoderado o la apoderada asista al control de salud.
- Tras las explicaciones, preguntar explícitamente si es que el apoderado o apoderada consiente la realización del control de salud en Establecimiento Educacional, incluyendo una sección donde quede claro si la opción de marcar la opción “S” o “No”.
- Firma y fecha en que se realizó el consentimiento.
- Nombre del apoderado o la apoderada.
- Nombre del niño o la niña que recibirá el control de salud.
- Algún medio de contacto con la familia, idealmente teléfono.

Cuestionario de Salud Infantil: Anamnesis general, problemas de salud, síntomas de asma, etc.

Cuestionarios de Salud Mental

- Conners para padres (optativo)
- Conners para profesores (optativo)
- PSC en los casos en que en la escuela no esté el Programa Habilidades para la Vida.

Pauta bucodentaria: Pauta que evalúa riesgos y hábitos de cuidado dental.

Calendario para envío de documentos antes de realizar el control, según curso.

Kínder	1ro básico	2do básico	3ro básico	4to básico
Consentimiento Informado	Consentimiento Informado	Consentimiento Informado	Consentimiento Informado	Consentimiento Informado
Cuestionario de Salud Infantil	Cuestionario de Salud Infantil	Cuestionario de Salud Infantil	Cuestionario de Salud Infantil	Cuestionario de Salud Infantil
-	PSC**		PSC**	
Pauta de evaluación bucodental	Pauta de evaluación bucodental	Pauta de evaluación bucodental*	Pauta de evaluación bucodental*	Pauta de evaluación bucodental*

* Optativo, según programación local

** Considerar que no se debe aplicar PSC, en caso de que esté interviniendo el Programa de Habilidades para la Vida (HPV) de JUNAEB en la escuela.

Revisión e Interpretación de cuestionarios

Antes de iniciar la supervisión de salud con el niño o la niña, es necesario que el equipo de salud verifique los cuestionarios e interprete sus resultados. El conocer esta información, permite realizar un examen físico sea más focalizado y nos permita descartar sospechas que los padres hayan expresado.

Cuestionario de Salud Infantil de 5 a 9 años

Recolectar información de salud y antecedentes del niño o niña de kínder a cuarto básico que recibirá el control de salud escolar en establecimiento educacional. Cuestionario dos formas, uno para niños y otra para niñas, ambas formas poseen tres secciones, a saber:

- **Sección 1, identificación:** Donde se recolectan datos de identificación del niño o la niña
- **Sección 2, signos de Alerta,** se compone de preguntas dicotómicas (sí y no) que indagan sobre la existencia de factores asociados a problemas de salud en problemas frecuentes en este grupo.
- **Sección 3, Indicar estadio de desarrollo puberal,** en esta sección describe y esquematiza la escala de desarrollo físico según sexo, a través de 5 estadios de desarrollo para mamas, genitales femeninos y masculinos y vello púbico (Escala Tanner). En esta sección el padre o cuidador u el profesional en presencia del apoderado debe observar el estado de desarrollo del niño o niña, e indicar con una cruz el estadio que mejor se ajuste la descripción. En caso que asista la madre, padre o cuidador al control de salud

Aplicación

Existen dos posibilidades de aplicación:

Autoaplicado: En caso de que el control de la salud escolar se realice en ausencia de la Madre, padre o cuidador principal, el cuestionario lo debe completar en su totalidad y directamente la Madre del niño o niña a controlar, quien posteriormente debe hacerlo llegar sus respuestas al equipo de salud.

Se solicita explícitamente que este cuestionario lo complete la Madre y no otro integrante de la familia, dado que es necesario que para su completación se haga observación directa del estadio de desarrollo puberal del niño o niña.

Aplicado por equipo de salud escolar: Si el control se realiza en presencia de la Madre, padre o cuidador principal, el profesional que realiza el control realizará las preguntas de la sección A y B, y realizar por observación directa la sección C.

Interpretación

No existe puntuación de las respuestas, pero las respuestas señaladas gatillarán acciones determinadas, a saber:

- **Sección 1:** No aplica
- **Sección 2:** La respuesta afirmativa a una pregunta debe gatillar que el profesional realice un examen más acucioso en las áreas correspondientes, de modo de evaluar si es necesario se realice la derivación, ver “Criterios de derivación y conducta a seguir”.
- **Sección 3:** Evaluar si los estadios señalados por la madre u observados por el profesional corresponden a la edad cronológica del niño o niña.

Criterio de derivación y conducta a seguir

Tras efectuado el control de salud y si el profesional considera que los antecedentes y las observaciones lo ameritan, se pueden realizar las siguientes derivaciones según corresponda:

Hombres

Tópico	Posición de Pregunta	Acciones a seguir
Orina	1 y 2	Derivación a médico de atención primaria o de red correspondiente para manejo y/o eventual derivación
Deposiciones/ Anal	3,4, 5 y 6	
Genital	7, 8 y 9	
Ingle	10	
Pubertad	11	Derivación a médico de red de salud de atención primaria para estudio de adrenarquia
Respiratorio	12,13,14 y 15	Derivar a médico IRA o a kinesiólogo sala IRA según flujogramas
Pediculosis	16	Recomendaciones al apoderado

Mujeres

Tópico	Posición de Pregunta	Acciones a seguir
Orina	1 y 2	Derivación a médico de atención primaria o de red correspondiente para manejo y/o eventual derivación
Deposiciones/ Anal	3,4, 5 y 6	
Genital	7	
Ingle	8	
Pubertad	9 y 15 (si es antes de los 8 años)	Derivación a médico de red de salud de atención primaria para estudio de adrenarquia
Respiratorio	10,11,12,13	Derivar a médico IRA o a kinesiólogo sala IRA según flujogramas
Pediculosis	14	Recomendaciones al apoderado

Cuestionario de salud infantil de 5 a 9 años - Hombres

Este cuestionario debe ser contestado por la madre, tiene como objetivo apoyar el control de salud de 5 a 9 años. Solicitamos que pueda contestar lo más precisamente posible y entregarlo o enviarlo al profesional que realice el control de salud escolar. Este formulario entrega valiosa información que permite determinar si su hijo tiene algún problema de salud que requiere intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realiza en la escuela. Por protección a los niños el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que un cuidador principal (mamá, papá) estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas genitourinarios y anales. Agradecemos su cooperación.

Las respuestas a este cuestionario serán confidenciales (de conocimiento del profesional de la salud) y deben ser entregadas en un sobre sellado al profesor jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.


Nombre del Niño(a):									
Fecha de Nacimiento			Edad (años y meses cumplidos)						
Nombre de la Madre									
Dirección					Teléfono				
Colegio						Curso			
RUT									

Marque una X la opción que corresponda a su hijo

Preguntas		SÍ	NO
1	¿No controla el pipí de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2	¿Se queja de dolor frecuente al hacer pipí?		
3	¿No controla deposiciones (caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4	¿Actualmente tiene parásitos (gusanos) en sus deposiciones o en zona anal?		
5	¿Mancha los calzoncillos con secreción o deposiciones en forma habitual?		
6	¿Tiene picazón anal frecuente?		
7	¿Tiene secreción de muy mal olor en el pene, picazón frecuente o dolor en genitales?		
8	¿La piel que recubre el pene es estrecha y no permite salir la cabeza del pene?		
9	¿Uno o ambos testículos están ausentes en escroto (bolsita)?		
10	¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
11	¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
12	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
13	¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
14	¿Ronca de noche?		
15	Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		
16	¿Tiene actualmente piojos en su pelo?		

Lea las siguientes descripciones del desarrollo genital (pene y testículos) y del vello púbico (pelos en pubis). La etapa en la que se encuentra el niño es la más avanzada presente para genitales o vello púbico. **Indique con una X el estadio que corresponda.**

	Genitales (pene y testículos)	Indique Estadio	Vello Púbico (pelos en pubis)	Indique Estadio
Estadio 1	El pene y testículos no han cambiado, siguen siendo infantiles		No hay pelos en zona púbica	
Estadio 2	El escroto (bolsa donde van los testículos) está enrojecido y arrugado, los testículos aumentan de tamaño levemente (2,5 cm de largo), el pene no se ha modificado		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis	
Estadio 3	El pene se engrosa, los testículos siguen aumentando de tamaño (3,5 a 4 cm de largo)		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Estadio 4	El pene se engrosa más y hay mayor desarrollo del glande (cabeza). Los testículos siguen aumentando de tamaño (4 a 4,5 cm de largo)		El vello tiene las características del adulto, más abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas)	
Estadio 5	Los genitales tienen forma y tamaño similar al del adulto. Los testículos miden más de 4,5 cm de largo		Vello se extiende hacia los muslos	



Estadio 1. Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.

Estadio 2. Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.

Estadio 3. Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.

Estadio 4. Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.

Estadio 5. Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hijo

Cuestionario de salud infantil de 5 a 9 años - mujeres

Este cuestionario debe ser contestado por la madre, tiene como objetivo apoyar el control de salud de 5 a 9 años. Solicitamos que pueda contestar lo más precisamente posible y entregarlo o enviarlo al profesional que realice el control de salud escolar. Este formulario entrega valiosa información que permite determinar si su hija tiene algún problema de salud que requiere intervención y es complementario a las preguntas y examen físico que se realiza en la escuela. Por protección a los niñas el examen escolar no incluye una revisión de los genitales, salvo que un cuidador principal (mamá, papá) estén presentes y lo autorice. Es por esto que se realizan algunas preguntas de desarrollo genital, así como algunas preguntas orientadas a detectar problemas genitourinarios y anales. Agradecemos su cooperación.

Las respuestas a este cuestionario serán confidenciales (de conocimiento del profesional de la salud) y deben ser entregadas en un sobre sellado al profesor jefe, quien se los entregará al profesional de salud que realice el control de salud.

Nombre de la Niña:			
Fecha de Nacimiento		Edad (años y meses cumplidos)	
Nombre de la Madre			
Dirección		Teléfono	
Colegio		Curso	






Marque SÍ o NO a las siguientes preguntas

Preguntas	SÍ	NO
1 ¿No controla el pipí de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
2 ¿Se queja de dolor frecuente al hacer pipí?		
3 ¿No controla el deposiciones (caca) de día o de noche, aunque sea ocasionalmente?		
4 ¿Actualmente parásitos (gusanos) en sus deposiciones o en zona anal?		
5 ¿Mancha los calzones con secreción o deposiciones en forma habitual?		
6 ¿Tiene picazón anal frecuente?		
7 ¿Tiene secreción de muy mal olor en genitales, picazón frecuente en genitales o dolor en genitales?		
8 ¿Tiene un aumento de volumen (hinchazón) en la ingle (parte del cuerpo entre el muslo y abdomen)?		
9 ¿Tiene olor axilar similar al de un adulto (Esto es normal desde los 6 años en adelante)?		
10 ¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho en estos últimos doce meses?		
11 ¿Ha tenido sibilancias o silbido al pecho durante o después de hacer ejercicios (correr, etc.) en estos últimos doce meses?		
12 ¿Ronca de noche?		
13 Si ronca de noche ¿tiene pausas respiratorias? (Se queda sin respirar al menos 15 segundos y luego vuelve a respirar)		
14 ¿Tiene actualmente piojos en su pelo?		

15	¿Ha tenido su primera menstruación?		
	Si tuvo menstruación, indique la edad cumplida en años de la primera		

Lea las siguientes descripciones del desarrollo mamario (de los pechos) y del vello púbico (pelos en pubis). La etapa en la que se encuentra la niña es la más avanzada presente para mamas o vello púbico. **Indique con una X el estadio que corresponda.**

	Mamas (pecho)	Indique estadio	Vello Púbico (pelos en pubis)	Indique estadio
Estadio 1	No tiene desarrollo alguno, puede haber un poco de grasa blanda en zona mamaria		No hay pelos en zona púbica	
Estadio 2	Aumento de volumen (como una lenteja o más grande) duro, a veces doloroso, bajo el pezón		Hay pelos suaves, lisos o levemente rizados en el pubis	
Estadio 3	Crecimiento de la mama y del pezón, mayor color en pezón		Pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Estadio 4	Mayor aumento de la mama, con la areola (parte de color) más oscura y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama)		El vello tiene las características del adulto, mas abundante, pero sin extenderse hacia los muslos (piernas)	
Estadio 5	Mama desarrollada en la que sólo sobresale el pezón		Vello se extiende hacia los muslos	

	Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.
	Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
	Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
	Estadio 4. Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
	Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Indique alguna inquietud que tenga al respecto a la salud de su hija

PSC - Pediatric Symptom Checklist

Con el fin de prevenir y detectar oportunamente factores de riesgo asociados a problemas y trastornos mentales, en el Control de Salud Escolar se incorpora el Cuestionario Pediátrico de Síntomas (PSC) para su aplicación en 1° y 3° básico. En el siguiente cuadro se detalla su objetivo, descripción y aplicación.

El objetivo del PSC es “Detectar factores de riesgo para el funcionamiento psicosocial de niños y niñas” El PSC está diseñado para ser respondido por los padres, madres y cuidadores de niños y niñas de 6 a 12 años. El instrumento consta de dos secciones: datos de la familia y cuestionario de conductas, está conformado por 33 ítems, centrados en aspectos de la vida cotidiana, como relaciones de amistad, familia, escuela, juegos y estado de ánimo en general. Para cada ítem se debe asignar una categorización entre “nunca”, “a veces” o “muy seguido”.

Instructivo para profesional de salud:

El PSC es un instrumento para ser contestado por los padres de niños y niñas de 6 a 12 años, con el objeto de evaluar factores de riesgo para el funcionamiento psicosocial del niño(a).

El instrumento consta de dos secciones: datos de la familia y cuestionario de conductas. Este último está conformado por 33 ítems, centrados en aspectos de la vida cotidiana de los niños y niñas, como relaciones de amistad, familia, escuela, juegos y estado de ánimo en general. Para cada ítem se debe consignar una categorización entre “nunca”, “a veces” o “muy seguido”.

En el marco del Control de Salud del Escolar, el cuestionario debe ser respondido por padres, madres y cuidadores de los niños y niñas de 1ro y 3er año Básico. Es importante resguardar que las instrucciones y contenidos de los ítems sean comprendidos por quienes contesten el instrumento, por ello se debe ofrecer apoyo a quienes manifiesten dificultad en responder el test, ya sea porque presenten problemas de lectura o no comprenden sus contenidos. En estos casos se sugiere citar a la madre, padre o apoderado al establecimiento educacional, para dar respuesta a sus necesidades particulares.

Al momento de recibir los cuestionarios se debe resguardar la confidencialidad de estos, por lo que deben ser enviados al establecimiento educacional en sobre sellado. El punto de corte es de 64 puntos. Una puntuación de 64 puntos o más indica sospecha de que el niño o la niña presente los factores de riesgo anteriormente señalados.

Para las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32 y 33 asignar los siguientes puntajes: “nunca”: 1 punto, “a veces”: 2 puntos, “muy seguido”: 3 puntos. Para las preguntas 6, 28 y 29 (indicadas con un asterisco “**”) asignar los siguientes puntajes: “nunca”: 3 puntos, “a veces”: 2 puntos, “muy seguido”: 1 punto. En el cuestionario del presente documento estas últimas preguntas se distinguen con *.

Un puntaje de 64 puntos o más se considera sospecha de riesgo, por lo tanto requiere derivación

PAUTA DE EVALUACIÓN BUCODENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS – Versión escolar

La pauta debe enviarse al padre, madre o tutor, de modo de contar con información adicional al momento de hacer la evaluación física. La pauta se divide en una parte que deberá responder el padre, madre o tutor y otra que el profesional. Una vez recibida la pauta y realizado el examen debe evaluarse el puntaje final y realizar las acciones correspondientes

Derivación para evaluación odontológica

- **Por control:** A los 6 años, derivar para atención GES salud oral integral para niños y niñas de 6 años.
- **Por riesgo:** Cuando el puntaje total de la pauta es de 3 o más, derivar al odontólogo.
- **Por daño:** En el caso de pesquisar anomalías dento-maxilares derivar al odontólogo para su evaluación. En el caso de detectar signos y síntomas de urgencias odontológicas, derivar para atención GES urgencias odontológicas ambulatorias.

Alimentación

Mamadera nocturna

A los 18 meses de edad, el niño no debería tomar biberón nocturno. Si esta alimentación se mantiene por prescripción del equipo de salud, se debe recomendar la higienización de los dientes después de su consumo. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si se ha eliminado el biberón nocturno o si se realiza la higienización después de su consumo, en el caso que su uso se prolongue más allá de los 18 meses por indicación del equipo de salud.
- 1: uso de mamadera nocturna más allá de los 18 meses o ausencia de higienización después de su consumo, en el caso que su uso se prolongue más allá de los 18 meses por indicación del equipo de salud

Momentos de azúcar entre comidas

Debe moderarse el consumo de azúcar desde el inicio de la alimentación complementaria, evitando el consumo de alimentos o jugos azucarados entre las comidas habituales del día. Registre según los siguientes códigos:

- 0: cuando el niño no consume alimentos o bebidas azucaradas entre comidas.
- 1: cuando el niño consume de 1 a 2 veces alimentos o bebidas azucaradas entre comidas.
- 2: cuando el niño consume más de 3 veces alimentos o bebidas azucaradas entre las comidas.

Uso de medicamentos azucarados

Los medicamentos en jarabes azucarados constituyen en una fuente más de consumo de hidratos de carbono, que deben ser controlados ya sea prescribiendo medicamentos sin azúcar o indicando el lavado de los dientes y/o enjuague de la boca, después de su ingesta. Registre según los siguientes códigos:

- 0: cuando el niño no consume medicamentos azucarados o cuando la madre o cuidadora del niño realiza el cepillado de dientes o enjuague con agua posterior al consumo del medicamento
- 1: si hay consumo de medicamentos azucarados y no se realiza el cepillado de dientes o enjuague con agua posterior al consumo del medicamento

Hábitos

Hábito de cepillado

El cepillado de dientes debe iniciarse con la aparición de los incisivos inferiores. Desde la aparición del primer diente, el cepillado debe ser realizado por un adulto. Cuando la motricidad del niño lo permita, éste puede pasar el cepillo por sus dientes para formar el hábito y posteriormente el adulto debe cepillarlos correctamente. Se sugiere indicar el cepillado en forma independiente cuando el niño logra escribir correctamente, manteniendo la supervisión del adulto. Solicite a la mamá la demostración de la técnica. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si la madre o cuidador cepilla los dientes del niño o el niño se cepilla los dientes supervisado por un adulto.
- 1: si la madre o cuidador no cepilla los dientes del niño o el niño lo hace solo, sin la supervisión de un adulto.

Uso de pasta de dientes

Los menores de 2 años no deben usar pasta dental. Para niños menores de 6 años, se recomienda usar pasta de dientes infantil de 400-500 ppm de flúor. Desde los 6 años, se debe utilizar pasta de dientes de adultos con 1000-1500 ppm de flúor. La cantidad de pasta máxima recomendada es el equivalente al tamaño de una arveja. Registre según los siguientes códigos:

- 0: uso de pasta de dientes en la cantidad adecuada y con la concentración de flúor recomendada para la edad del niño.
- 1: uso de pasta de dientes en cantidad excesiva y/o con una concentración de flúor no adecuada para la edad del niño

Chupete de entretención (mayores de 3 años)

Se debe usar sólo como pacificador hasta los 3 años aproximadamente, momento que se debe suprimir su uso para evitar posibles alteraciones en las estructuras craneofaciales. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si el niño no usa chupete de entretención
- 1: si el niño usa chupete de entretención

Succión digital

Si se ha adoptado el hábito de succión digital, intentar sustituirlo por un chupete sin untarlo con azúcar o miel. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no hay hábito de succión digital
- 1: si hay hábito de succión digital

Examen de Salud Bucal

Placa bacteriana

A simple vista se puede observar la presencia de materia alba con aspecto blanquecino, blando y de fácil remoción. Se revisa especialmente en la zona de los molares y cuellos de los dientes. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no hay presencia de materia alba, o ésta sólo se observa en el cuello de los dientes
- 1: si hay presencia de materia alba en el tercio inferior de los dientes

Anomalías dento-maxilares

Las alteración de la relación entre el crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales y la ubicación de los dientes en boca pueden tener múltiples causas. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no se observan anomalías dento-maxilares en el niño
- 1: si se observan anomalías dento-maxilares en el niño

Urgencias odontológicas

Durante la anamnesis y examen clínico, es posible identificar signos y síntomas asociados a urgencias odontológicas que requieren la derivación inmediata del niño para la atención GES Urgencias Odontológicas ambulatorias. Entre los signos y síntomas más importantes destacan el compromiso sistémico (fiebre, astenia, adinamia, anorexia, otros) de probable origen dentario, la presencia de dolor agudo en la boca, el aumento de volumen en el territorio máxilofacial y la hemorragia y/o presencia de pus en la boca. Registre según los siguientes códigos:

- 0: si no se detectan signos y síntomas de urgencias odontológicas
- 1: si se detectan signos y síntomas de urgencias odontológicas

Pauta de evaluación bucodentaria

Nombre				Sexo			
Rut				Fecha de Nacimiento			
Curso							

Fecha control			
Profesional			

A. Responde el padre, madre o cuidador

a. Alimentación

	No	Sí
Mamadera nocturna		
Consumo de azúcar entre comidas		

¿Cuántas veces al día consume azúcar entre comidas?

b. Medicamentos

Uso de medicamentos azucarados		
--------------------------------	--	--

c. Hábitos

Un adulto supervisa el cepillado de dientes		
Usa de pasta de dientes el niño o la niña al cepillarse		
El niño o la niña usa chupete de entretención		
El niño o la niña se chupa el dedo		

B. Responde PROFESIONAL QUE REALIZA CONTROL DE SALUD

d. Examen de Salud Bucal

	No	Sí
Existe placa bacteriana		
Anomalías dento-maxilares		
Urgencias odontológicas		

Puntaje _____

Examen Físico y Evaluación Integral

La observación del niño o niña nos entrega importante información respecto de su estado de salud, crecimiento, nutrición, comportamiento y sociabilidad e interacción con sus cuidadores principales.

El examen físico debe tener concordancia con la edad del niño o la niña, siempre debe ser respetuoso, utilizando el método más amigable posible.



Independientemente de la edad, se debe explicar cada procedimiento a realizar tanto al niño o la niña como a sus padres o cuidadores principales (en caso que se encuentren presentes), con un lenguaje simple, cercano y veraz. En niños y niñas escolares más grandes se debe ser muy respetuoso con el pudor que ellos y ellas pueden tener, facilitando que puedan vestirse en la medida que se completa el examen y asegurándose que el espacio de evaluación esté resguardado de la vista de otros compañeros, compañeras, profesores u otros.

A pesar de que los puntos claves a examinar en cada control se encuentran descritos en forma detallada en la *Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas en la Atención Primaria de Salud* según la edad del menor a examinar, SIEMPRE el criterio del clínico y las necesidades de cada niño o niña y su familia son los que imperan a la hora de realizar un examen físico, no pudiendo minimizarse solamente a lo que está escrito en esta normativa, dado que en ésta sólo se establece un estándar base de las actividades a realizar en la población infantil.

Examen físico y evaluación integral

Evaluación de relación madre, padre e hijo o hija* (en caso que esté presente)

- Evaluar si el niño o la niña se muestra independiente, cómo se dirige al evaluador, si es capaz de manifestar sus inquietudes y tiene un comportamiento adecuado ante la situación.
- Evaluar si la madre, padre y/o cuidadores principales se dirige con cariño al niño o niña, cómo es el estilo parental (si es receptivo a las solicitudes e inquietudes de su hijo o hija, si establece límites, etc.).
- Evaluar si el niño o la niña se dirige a los padres y los busca en momentos de stress.
- Evaluar si el niño o la niña habla con sus padres y si los padres explican y le anticipan lo que hará el profesional durante la consulta.
- Evaluar si hay respeto y acuerdo/negociación entre la madre y el padre.

Antropometría

- Medición talla.
- Medición de peso.
- Calcular IMC, ajustado a los grados Tanner (observado o reportado por los padres)
- *Desde los 6 años:* Medición de perímetro de cintura.
- Registrar los puntos de peso y talla en curvas del Cuaderno de salud de niños y niñas y evaluar progresión de la curva.

Piel	<ul style="list-style-type: none"> - Si hubiera nevos adquiridos describir apariencia, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Si hubiera manchas color café con leche o hipocrómicas, describir apariencia, número, tamaño y ubicación en ficha clínica. - Descartar acantosis nigricans, especialmente en niños y niñas con malnutrición por exceso. - Descartar dermatitis de contacto, atópica o micótica. - Descartar lesiones autoinfringidas. - En caso de que existen <i>tatuajes o piercing</i>, descartar infección o reacciones alérgicas. <p>Cabeza: descartar zonas de alopecia y/o pediculosis</p>
Ganglios	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de adenopatías, caracterización de la o las adenopatías (ubicación, tamaño, consistencia, movilidad, piel circundante con signos de inflamación, sensibilidad, solitaria o agrupadas). <ul style="list-style-type: none"> o Ante hallazgo de adenopatías: Búsqueda de otras adenopatías y/o signos clínicos de compromiso hematológico (palidez o petequias o equímosis) y hepato o esplenomegalia.
Desarrollo puberal	<p>En presencia de los padres o tutor y con consentimiento del escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores y evaluar directamente grado Tanner. Debe existir el consentimiento por parte del o la escolar: <p>Niñas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o botón mamario (normal en niñas desde los 8 años). o vello púbico (extensión, densidad y textura). <p>Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> o desarrollo puberal y peneano. o vello púbico (extensión, densidad y textura).
	<p>En ausencia de los padres o tutor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores
Genitoanal	<p>En presencia de los padres o tutor y con consentimiento del escolar</p> <p>Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores y además debe existir el consentimiento por parte del o la escolar::</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ano: Descartar irritación anal anormal, alteraciones del reflejo anal, presencia de lesiones, de huevos o parásitos visibles, deposiciones escurridas, fecaloma visible. - Niños: Descartar fimosis e inflamación del glande o secreción de mal olor, descartar masas palpables inguinales o escrotales. - Niñas: Descartar sinequias y secreción anormal.
	<p>En ausencia de los padres o tutor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar las respuestas del Cuestionario de Salud Infantil completado por los padres o tutores
Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar marcha <ul style="list-style-type: none"> o Simétrica y estable o Descartar claudicación, marcha en punta de pie (marcha equina) o en talones (posición talo).

	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar genu valgo fisiológico (simétrico). - Realizar Test de Adams de columna. - Pie plano flexible fisiológico. - Descartar pie plano rígido o pie plano flexible doloroso.
Tórax	<p>Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultación cardíaca. - Auscultación pulmonar.
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar masas abdominales y visceromegalias.
Bucodental	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar labios, mucosa bucal y cara interna de mejillas, encías, lengua y piso de boca. <p>5 a 6 años: Evaluar dentición temporal completa.</p> <p>5 a 7 años: Evaluar inicio de recambio de dientes, comenzando con la erupción de incisivos y primeros molares.</p> <p>6 y más años: Evaluar secuencia de recambio dentario según la edad media de erupción de piezas permanentes (Ver subsección “<i>Recambio dentario</i>”, Capítulo 2)</p>
Oftalmológico	<ul style="list-style-type: none"> - Test de Hirschberg, en caso que exista duda de estrabismo realizar Test de Cover. - Observar si hay secreción ocular o epífora. - 5 años: Evaluar agudeza visual con tablero Tumbling-E. - Desde los 6 años: Evaluar agudeza visual con tablero Snellen o JUNAEB Abreviado (3 metros).
Auditivo	<ul style="list-style-type: none"> - Si el control es realizado por un médico o profesional entrenado, realizar otoscopia en busca de alteraciones del conducto auditivo u oído medio.
Presión	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de presión arterial (idealmente con al menos cinco minutos de reposo previo y con manguito adecuado a la dimensión del brazo cuyo ancho cubra 2/3 del mismo).
Señales de maltrato o abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones en el niño o la niña más graves de lo esperado por la historia entregada por los padres. - Múltiples lesiones equimóticas, lesiones nuevas y antiguas o tardanza en buscar atención médica. - Sospechar maltrato físico si existen fracturas, equimosis, hematomas y quemaduras (especialmente en zonas cubiertas por ropa) o sitio inhabituales. - Sospechar abuso en caso de laceraciones rectales o genitales, infecciones de transmisión sexual, ausencia de himen (niñas) o signos menos concluyentes ante sospecha clínica.

Fuente: Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas en la Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2014)

Tips de la evaluación de escolares

Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido, la salud mental no es entendida meramente como un estado de ausencia de enfermedad o trastornos mentales, sino más bien como el estado de bienestar que emerge de la interacción que sostiene el sujeto con su entorno.

Desde un enfoque de curso de vida, es fundamental otorgar lo más tempranamente posible las condiciones necesarias para que los niños y niñas alcancen el bienestar físico, psicológico y social que requieren, para desarrollar al máximo sus potencialidades y afrontar las exigencias y estresores propios de la vida.

Desde una perspectiva integral, realizar acciones promotoras de la salud mental impacta positivamente en la salud general. En efecto, la promoción de la salud mental consiste en desarrollar acciones que potencien la creación de entornos y condiciones de vida, que junto con propiciar la salud mental, permiten que las personas adopten y mantengan modos de vida saludables.

Las experiencias vividas durante la infancia ejercen especial influencia sobre el estado de salud que las personas tendrán cuando adultas, no sólo en cuanto a la probabilidad de enfermar o de adquirir una determinada discapacidad sino, adicionalmente, a la magnitud y cualidad de bienestar psicosocial y calidad de vida que puedan alcanzar. La evidencia sostiene la mutua influencia entre salud física y la salud mental y, por tanto la importancia de que la atención que proporcionan los servicios de salud, procure objetivos en ambos campos por igual.

El desarrollo es un proceso continuo, influenciado por múltiples factores y circunstancias, favorables o desfavorables, sólo a veces susceptibles de modificaciones. Es así como diversas disciplinas, tales como las neurociencias, pediatría, pedagogía, sociología y, en particular, la psicología del desarrollo, concuerdan en señalar que la infancia es una de las etapas altamente sensibles a las características del medio. En efecto, el ser humano en formación carece de los recursos y la madurez necesarios para encargarse por sí mismo de satisfacer sus propias necesidades, por lo que se encuentra en una posición de dependencia con respecto al entorno, a las personas e instituciones encargadas de su cuidado y protección, las que incidirán positiva o negativamente en su desarrollo.

Las evidencias indican que los desfases y retrasos en el desarrollo temprano pueden limitar el posterior rendimiento del infante en el sistema educacional y en la vida adulta, así como, las situaciones estresantes vivenciadas a corta edad tienden a asociarse a una mayor frecuencia de conductas disruptivas a edad más avanzada, como por ejemplo, violencia, delincuencia, alcoholismo y drogadicción, entre otras.

Desarrollo psicosocial desde una perspectiva de curso de vida: antecedentes a considerar en controles de salud escolar

El control de salud escolar es una instancia primordial para desarrollar acciones promotoras de salud mental, evaluar la presencia de problemas o trastornos mentales, gestionando una derivación oportuna en caso que corresponda. Investigaciones han demostrado que en el nivel primario de salud se reconoce menos del 30% de problemas de salud mental en niños y niñas, lo que puede ser atribuido a la brevedad de las atenciones pediátricas otorgada en esta instancia de salud y a la dificultad de abrir áreas temáticas cuando no se cuenta con soluciones rápidas para hacerse cargo de ellas.

Consideraciones para realizar un control de salud escolar - integral (biopsicosocial)

a) Abordaje integral de la salud

El Modelo de Atención Integral en Salud en Chile ha sido definido como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”. En este sentido, la instalación del Modelo de Atención Integral en Salud plantea el desafío de comprender al ser humano en su complejidad biopsicosocial, lo que implica no perder de vista la interdependencia existente entre la salud física, el bienestar mental y la influencia de factores socio-ambientales, inherentes a la historia y vivencia personal de cada usuario o usuaria del sector, como lo son la calidad de la vivienda y de los barrios, factores medioambientales, oportunidades y condiciones educativas, calidad de la alimentación recibida, disponibilidad de medios de transporte, oportunidades de desarrollar actividades deportivas y recreativas, relaciones familiares y redes sociales, calidad de servicios de salud, entre otros.

Conforme a lo anterior, para tener una mirada integral del estado de salud del niño o la niña, además de realizar las evaluaciones del estado físico correspondientes, se requiere indagar sobre aquellos aspectos psicológicos y sociales que inciden en su estado de bienestar global. Ello implica explorar en la vida cotidiana y vivencias personales, siendo fundamental que exista una genuina relación de alianza entre quien otorga y recibe atención en salud. Para ello, se sugiere que los equipos de salud:

- Establezcan una comunicación efectiva con quienes reciben su atención, construida en base a la escucha activa, el respeto, la confianza y la empatía.

- Sean capaces de motivar a la madre, padre y/o cuidador del niño o niña a expresar sus sentimientos, emociones, temores y dudas, así podrán responder con mayor precisión a sus necesidades particulares.
- Tengan una actitud de no enjuiciamiento ante las conductas, características y creencias de la madre, padre y/o cuidador(a) del niño o la niña. Se debe intentar comprender desde donde emergen las conductas de riesgo, para educar u orientar al respecto.

b) Factores de riesgo para la salud mental:

Cada problema o trastorno mental tiene una configuración propia, dada la singular combinación de los factores que inciden en su aparición; no obstante, ha sido posible determinar ciertas condiciones predisponentes, dentro de los cuales se encuentran:

- Componente genético, como discapacidad congénita del desarrollo.
- Factores sociales de riesgo:
 - Condiciones habitacionales deficientes y/o carencia de vivienda,
 - Bajo nivel o abandono escolar por parte de la madre,
 - Carencia de soporte social,
 - Abandono o aislamiento social.
- Factores familiares de riesgo:
 - Depresión materna y aislamiento social,
 - Separación o divorcio de los padre,
 - Enfermedad crónica física o mental en miembros de la familia,
 - Consumo o abuso de sustancias por miembro(s) de la familia,
 - Historia familiar caracterizada por conductas negligentes,
 - Exposición a violencia intrafamiliar,
 - Madre o padre en condiciones de privación de libertad,
 - Ausencia de una figura paterna,
 - Antecedentes o problemas de tuición con alguno de los hijos.
- Déficit en habilidades:
 - Déficit de habilidades sociales en los niños,
 - Fracaso escolar enmascarado y discapacidad en el aprendizaje.
- Experiencias de vida de carácter traumático:
 - Acumulación de estresores psicosociales,
 - Vivencias traumáticas no normativas (fallecimiento de algún familiar cercano, accidentes, hospitalizaciones prolongadas).

Los factores de riesgo anteriormente señalados, puede adoptar distintas características según el modo en que se presenten, así pueden operar como:

- Factores facilitadores, que favorecen la ocurrencia de una enfermedad mental.
- Factores desencadenantes, entendidos como las experiencias que desestabilizan el equilibrio emocional habitual de la persona.
- Factores potenciadores, que tienden a agravar un problema o trastorno mental presente, si la persona continua expuesta a ellos.

Desde una perspectiva de curso de vida, es fundamental evaluar los factores de riesgo que están presentes en la vida cotidiana de los niños y niñas, a fin de intervenir lo más tempranamente posible cuando sean detectados. Las condiciones y experiencias desfavorables pueden tener un efecto acumulativo, que impactará y dejará secuelas en la vida futura de la persona.

c) Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en control de salud escolar:

Las siguientes recomendaciones buscan orientar a los equipos de salud sobre la manera de abordar las temáticas de salud mental en los controles de salud o en otras instancias de contacto con el niño, la niña, sus padres y/o familias. Se sugiere:

- Considerar todo contacto con el niño, niña, padres y/o cuidadores como una oportunidad para la promoción y prevención de la salud mental.
- Intencionar la participación e involucramiento del padre en las prestaciones de salud que se entregan, en el marco de la atención otorgadas al hijo(a).
- Hacer de la observación una herramienta para comprender el mundo interno del niño o la niña y las interacciones familiares. Todo gesto, postura o palabra puede otorgar valiosa información. Toda conducta comunica, sea verbal o no verbal.
- Tener una escucha sin prejuicios. Frecuentemente se cometen errores en la crianza por desconocimiento o porque las exigencias de la vida cotidiana no favorecen tener instancias de reflexión al respecto. Se sugiere informar a los padres, con respeto y delicadeza, para que puedan actuar adecuadamente con sus hijos e hijas cuando se detecta que así no ocurre.
- Cuando los padres realizan conductas que favorecen el adecuado desarrollo de sus hijos e hijas, felicitarlos y reforzar la persistencia de dicha conducta.
- Tener una actitud de involucramiento y compromiso por el sano desarrollo de cada niño y niña.
- Referirse de cada niño o niña por su nombre, para individualizar la atención que se brinda.
- Promover el juego con los niños y niñas como una instancia valiosa de comunicación con ellos. Los niños(as) pueden simbolizar su mundo interno a través de los juegos que realizan, en ellos pueden expresar más fácilmente sus fantasías, sentimientos y conflictos.
- Conocer las prestaciones existe a nivel comunal, relativas al fortalecimiento de la salud mental, a fin de derivar a ellas cuando sea requerido.

d) Señales de alerta transversales durante la infancia:

Es importante tener en consideración señales de alerta frente a posibles problemas que pueden estar afectando al bebé, niño o niña, independientemente del momento evolutivo que esté cruzando. Dentro de dichas señales se encuentran:

- Conductas regresivas, tales como volver a orinarse, chuparse el dedo, acudir al tuto, gatear cuando está caminando u otras conductas que eran típicas de cuando el niño o la niña cruzaban por estadios anteriores del desarrollo.
- Cambio brusco en el comportamiento, sin causa aparente, como por ejemplo actitud de retraimiento, hiperactividad, ansiedad de separación, etc.
- Baja importante en el rendimiento escolar.

- Señales de comportamiento negligente por parte de la madre, padre y/o cuidador(a) principal.
- Signos físicos que puedan dar cuenta de violencia física y/o abuso sexual.

REFLEXIÓN: MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CHILE Y SUS IMPLICANCIAS PARA EL DESARROLLO INFANTIL

Uno de los desafíos fundamentales para la presente década es trabajar por la transversalización de la salud mental en todos los planes, programas y acciones desarrolladas en el sector salud. Este desafío se sustenta en la comprensión de la salud como un estado de bienestar integral, constituido por la intrínseca interdependencia de factores físicos, biológicos, mentales, emocionales y sociales.

En este marco, se debe entender que toda acción de salud es una instancia valiosa para promover el desarrollo biopsicosocial de la persona, fomentar los factores protectores de la salud y detectar, en forma temprana, las condiciones que suponen riesgos para el logro del desarrollo.

Para cumplir dicho objetivo se requiere de contar con equipos de salud que realicen un abordaje integral, que trasciende la mirada parcelada de condiciones físicas y psíquicas, que sólo pueden ser “atendidas” por profesionales de uno u otro campo.

El Programa Nacional de Salud en la Infancia tiene por tanto desafíos muy grandes, aunque también instancias muy promisorias de incidir positivamente en las ventanas de oportunidad que se le ofrecen a lo largo del contacto con el niño, niña y su familia. En este marco, es fundamental otorgar herramientas a los equipos de salud para detectar signos de alarma y/o de problemas de salud mental ya presentes e intervenir en aquellas etapas del desarrollo en las que resulta posible reforzar tempranamente las conductas y circunstancias que han llevado a un resultado positivo, así como también detectar las situaciones de riesgo o las alteraciones incipientes para intervenir sobre ellas, antes de que ejerzan efectos negativos sobre el desarrollo normal y futuro de la población infantil.

El abordaje de la salud mental en Chile se enmarca en el Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, y en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario. Dicho modelo se instala en nuestro país con el objeto de dar un salto adelante en materia de Salud Mental, desde el marco de los procesos de Reforma Psiquiátrica a nivel mundial.

La premisa fundamental del modelo es velar por la permanencia e inclusión de las personas con problemas y/o trastornos mentales en sus contextos sociales y entornos habituales, lo que incide positivamente en la disminución de la discapacidad asociada a los problemas y/o trastornos mentales.

Desde el punto de vista de la infancia, el Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria se basa en las siguientes premisas:

- a. La atención y cuidado de los niños y niñas debe darse en entornos y espacios naturales de la vida cotidiana, lo que es fundamental para evitar el desarraigo y desvinculación (familia, adultos significativos, grupos de pares, escuela, comunidad, etc.).
- b. Desde una perspectiva de atención integral, la red de servicios clínicos en Salud Mental debe estar integrada en la red de salud general. Por ende, se debe realizar todas las gestiones pertinentes para responder a las necesidades particulares del niño/a, con resolutivez.
- c. Se debe privilegiar la atención ambulatoria, para ello cuenta con equipos de salud mental especializado ambulatorios. Como estructuras intermedias deben asesorar al nivel primario de salud, dar atención a casos complejos y restringir la institucionalización.
- d. La red de Salud Mental debe ser territorial, de manera tal de responder a los requerimientos y demandas de una población determinada. Para ello es fundamental descentralizar la atención, dando mayor flexibilidad para administrar recursos y gestión.
- e. Las intervenciones/acciones deben responder a una estrategia sanitaria integral (modelo comunitario), asegurando la continuidad de los cuidados. Intervenciones aisladas pueden incidir negativamente en términos de costo efectividad.
- f. Se requiere impulsar acciones anticipatorias en materia de salud mental, (promoción, prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno para la población infantil y adolescente).
- g. Desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de Salud, se debe desarrollar un trabajo articulado con los diversos sectores que inciden en la salud mental, con el objeto de mejorar las condiciones psicosociales en que viven los niños y niñas, promoviendo el desarrollo de entornos que favorezcan su bienestar y calidad de vida (ámbito familiar, escolar, laboral, social).
- h. Se debe velar por minimizar la discapacidad asociada al trastorno mental, la marginación social y respetar los derechos humanos. Estos aspectos son fundamentales para la población infantil con altos índices de vulnerabilidad.
- i. El modelo de atención integrado e integral para población infantil y adolescente debe considerar: enfoque de desarrollo en infancia y adolescencia; autonomía progresiva, enfoque ecológico en cuanto a los factores de riesgo y factores protectores de la niñez y la adolescencia; enfoque de género; el impacto de las vulneraciones vividas como factores de influencia en el desarrollo (afectivo, emocional, social, cognitivo, psíquico y moral); y la identificación de potencialidades desde las cuales se construirá la intervención terapéutica apropiada.
- j. Es característica de los servicios ser eficientes y eficaces, es decir minimizar los recursos de entrada para la generación de altos niveles de resultados, así como la maximización de resultados, mediante bajos recursos de entrada.
- k. Las acciones promotoras de la salud mental buscan potenciar que las personas adopten estilos de vida saludables, de manera que mientras más tempranamente se desarrollen intervenciones en esta línea es mayor la probabilidad de evitar la aparición de trastornos mentales en la edad adulta y la vejez. Desde este marco, se consideran acciones de promoción de salud mental a aquellas que promuevan los factores protectores y/o disminuyan los factores de riesgo psicosocial
- l. Las intervenciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental se desarrollan preferentemente en la APS, por lo que resulta esencial aumentar la resolutivez de ésta.

Antropometría

La antropometría es una técnica que consiste en evaluar el tamaño y proporción del cuerpo humano. En el período infantil para supervisar el crecimiento y estado nutricional se mide la talla, peso, perímetro craneano y perímetro de cintura, según corresponda para la edad.

Para realizar antropometría en el control de salud infantil es necesario que el box de atención cuente con los siguientes insumos básicos:

- Estatómetro para medir la talla en mayores de 2 años.
- Pesa de pie para infantes mayores.
- Huincha de medir inextensible para medir perímetro craneano y perímetro de cintura.

Medición de talla

Preescolares y escolares (3 a 10 años)

- La talla debe ser medida de pie, con el torso recto y la cabeza erguida, de espaldas a un estatómetro, idealmente de más de 23 cm de ancho.
- Es importante medir descalzo y sin pinches en el pelo o gorros que puedan alterar la estatura.
- Los pies deben estar paralelos con talones, nalgas, hombros en contacto posterior con el estatómetro **(Ver figura 1)**
-



Figura 1: Medición de talla de escolares

Es importante tener presente que la línea de medición puede variar según el estatómetro. En el estatómetro del ejemplo, si el escolar mide más de 130 cm, la forma correcta de interpretar la talla es consignar el número que queda inmediatamente por encima de la línea roja, 148 cm.

En este ejemplo, en cambio, el niño o niña mide menos de 130. En este caso el valor de estatura es el que está por debajo de la línea roja, es decir 124 cm (Ver figura 2).



Figura 2: Variación de medición según estatímetro

Medición de peso

- El niño o niña siempre debe pesarse sin ropa, ni zapatos. Puede tener su ropa interior después de los dos años.
- En mayores de dos años, debe pesarse en una balanza vertical, con los pies en el centro de la plataforma (Ver figura 3).
- En el caso de infantes con excesivo temor a la pesa, una estrategia puede ser pesarlos en brazos de la madre o cuidador y luego descontar su peso.
- Las pesas deben ser calibradas periódicamente y llevar un registro de su calibración



Figura 3: Medición peso mayor a 16 kg.

Medición de perímetro de cintura

- Solicitar al niño o niña que se saque la ropa, quedando en ropa interior.
- Estando de pie, colocar la cinta métrica alrededor de la cintura y ubicarla a continuación por sobre la cresta ilíaca, pasando por encima del ombligo.
- Solicitar que la persona tome aire y luego exhale. Tomar la medida al final de la exhalación con el abdomen relajado y registrar la medición.
- Es ideal realizar una segunda medición con las mismas indicaciones anteriormente descritas y registrarla.
- Promediar ambas medidas [3] [4].



Figura 4: Medición perímetro de cintura

Evaluación nutricional en niños y niñas entre 6 a 9 años

Para este grupo se deben utilizar las curvas de la CDC/NCHS corregidas por madurez biológica [5] y los siguientes indicadores:

- Índice de masa corporal para la edad (IMC/E), corregido por grado de maduración puberal, estadio de tanner.
- Talla para la edad.
- Perímetro de cintura (PC)

Índice de masa corporal (IMC): Es el indicador que mejor se correlaciona con la cantidad de adiposidad y es consistente con los valores de IMC de la vida adulta. La normativa ministerial vigente recomienda su uso desde los 6 años. La fórmula de cálculo es la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros):

$$\text{IMC} = \text{peso (en kilos)} / \text{talla}^2 \text{ (en metros)}$$

La tabla de referencia se presenta cada seis meses. Las edades intermedias deberán aproximarse a la edad más cercana, según el siguiente ejemplo:

- De seis años a seis años dos meses: Usar la referencia de seis años.
- De seis años tres meses a seis años ocho meses: Usar la referencia de seis años y medio.
- De seis años nueve meses a siete años dos meses: Usar la referencia de siete años.

Cuando los niños son mayores de 10 años y niñas mayores de 8 años, el IMC es más preciso cuando se corrige y se interpreta el valor según la edad biológica (qué tan desarrollado está puberalmente un niño o niña) más que por la edad cronológica. La forma de corregir por edad biológica se basa en evaluar el desarrollo puberal y comparar su equivalencia con los diferentes estadios de Tanner según los datos de Burrows R. y Muzzo S. [6] [5].

El criterio de calificación según el IMC será el siguiente:

Tabla 2: Calificación nutricional según IMC.

Percentil IMC	Diagnóstico Nutricional
<p10	Bajo peso
p10 a p85	Normal
p85 a p95	Riesgo de obesidad
p>95	Obesidad

Además, deberán considerarse frente a un caso individual, las siguientes señales de alarma:

- Cambio del canal de crecimiento del IMC en dos controles (por ejemplo, cambio del IMC desde el rango percentil 50-75 a percentil 75-85).
- Aumento del IMC > 1,5 puntos en seis meses.

Evaluación de talla: Para evaluar la talla de un niño o niña debe utilizarse el indicador Talla para la edad (T/E). La talla para la edad es un buen reflejo de una dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo (se altera en forma más tardía que el peso). Puede mostrar un problema de salud crónico o recurrente cuando está alterado, o ser secundario a una baja talla al nacer o determinado por la carga genética (talla baja familiar). Este índice es útil a toda edad, hasta completar el crecimiento.

Tabla 3: Interpretación del índice talla para la edad

Diagnóstico estatural	T/E (NCHS) 5 a 10 años
Talla alta	>P95
Normal	P5 A 95
Talla baja	<P5

DS: Desviación Estándar

Perímetro de cintura: Desde los 6 años la medición del perímetro de cintura es un indicador que permite diferenciar a aquellos niños y niñas con malnutrición por exceso que requieren de una intervención prioritaria, ya que existe una fuerte asociación entre el perímetro de cintura mayor al percentil 90 y eventos cardiovasculares en población adulta.

Ante el hallazgo de un perímetro de cintura mayor al p90, se deben solicitar los siguientes exámenes para descartar síndrome metabólico:

- **Colesterol total y triglicéridos** (idealmente perfil lipídico).
- **Glicemia en ayunas** (idealmente insulinemia basal).

Tabla 4: Criterios para diagnóstico síndrome metabólico (Cook modificados)

Perímetro de cintura	≥ p90
Presión arterial	≥ p90
Triglicéridos	≥ 100 mg/dl
HDL	≤ 40 mg/dl
Glicemia	ayuno ≥ 100 mg/dl

Fuente: R. Mercado y V. Valdés, «Síndrome metabólico en la infancia y adolescencia» [7]

Ante un niño o niña con perímetro de cintura mayor a un percentil de 90, se recomienda derivación a Programa Vida Sana, de lo contrario se recomienda control médico, por enfermera, nutricionista o psicólogo, orientado a generar un estilo de vida saludable de alimentación y actividad física. Los tres pilares de la intervención son la actividad física, educación alimentaria nutricional y terapia de apoyo psicológico individual y familiar [8].

Desarrollo puberal

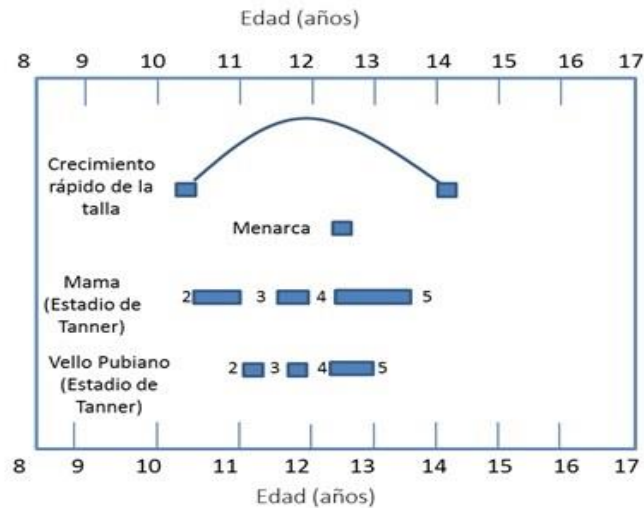
La adrenarquía (el aumento de producción de hormonas sexuales) en ambos sexos ocurre alrededor de los seis a ocho años de edad. Se caracteriza por una maduración de la corteza suprarrenal que lleva a un aumento en la formación de andrógenos. Suele preocupar a los padres, pues, clínicamente, se manifiesta como aparición de olor axilar apocrino (similar al del adulto). Debe instruirse a padres y/o cuidadores que niños y niñas pueden usar un desodorante sin alcohol, con el objeto de que este evento no altere su vida social. Generalmente la adrenarquía precede en unos dos años al inicio de la gonadarquía. Si aparece antes de los 6 años debe ser derivado a un especialista en caso de existir aceleración de la curva de crecimiento, aceleración de la edad ósea (>2 DS) o evidentes signos de hiperandrogenismo tales como: acné; comedones; vello axilar o púbico; crecimiento muscular; cambio de voz; crecimiento de mamas; etc., dado que podría ser un indicio de hiperplasia suprarrenal congénita, trastornos de los testículos, los ovarios o las glándulas suprarrenales, hamartoma hipotalámico, tumores específicos, etc. [9].

Luego de este hito el desarrollo es diferente para ambos sexos [9].

Secuencia del desarrollo puberal en mujeres

- En el 85% de las niñas el primer evento del desarrollo es la telarquia (aparición de botón mamario), la cual puede ser unilateral o bilateral y/o dolorosa. Este evento es seguido cercanamente por la aparición de vello púbico, que puede ser el primer signo de desarrollo en un porcentaje menor. La telarquia puede aparecer entre los 8 y los 14 años. En los últimos años se ha descrito una tendencia secular a que la telarquia esté ocurriendo en forma más temprana. En Santiago de Chile, en promedio ocurre a los 8,9 años aproximadamente. La edad de la primera regla no se ha adelantado en forma significativa en las últimas décadas.
- El estirón puberal precede a la menarquia en las niñas.
- La aparición del botón mamario precede a la menstruación en aproximadamente dos años, ocurre en el grado Tanner II. La menstruación ocurre entre los grados Tanner IV y V del desarrollo mamario.
- La suma de las etapas de maduración puberal demora en promedio cuatro años.
- La ganancia total en talla durante la pubertad es de 22 a 25 cm. El estirón puberal ocurre entre Tanner II a III con una velocidad aproximada de 9 cm/año.
- La ganancia de peso es posterior al incremento en talla, siendo la máxima ganancia de peso, en promedio, a los 12 años.
- El Índice de masa corporal promedio durante la pubertad, aumenta de 16,8 a 20.

Gráfico N° 1 Inicio y secuencia de eventos puberales en la mujer.

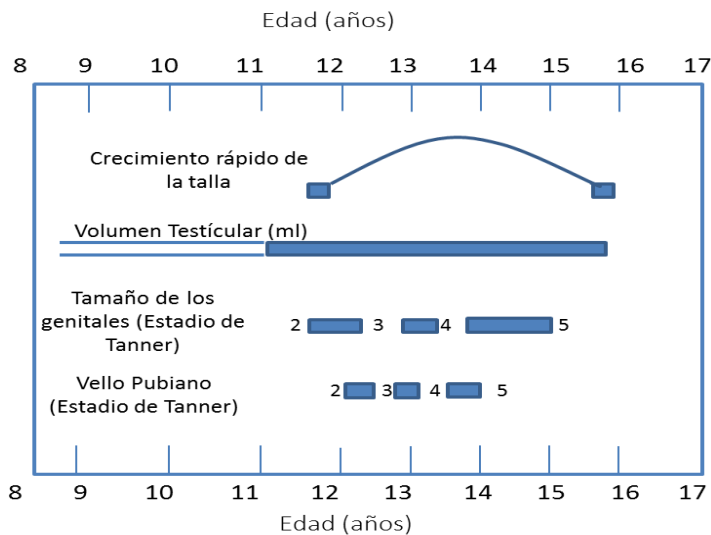


Fuente: Catanni, A, Cuerpo y salud del adolescente, PUC.

Secuencia del desarrollo puberal en hombres

- El primer signo de desarrollo es el aumento testicular (sobre 2,5 cm en su eje de polo a polo, esto equivale a 4 cc. en el orquidómetro de Prader). En promedio ocurre a los 11 años y medio.
- Poco después ocurre el crecimiento peneano (primero el pene crece en longitud, luego aumento el tamaño del glande) y de vello púbico.
- El desarrollo testicular y peneano se completa en 3,5 años promedio.
- La aparición de vello facial es posterior al cambio de la voz y aparición de acné.
- El período de mayor crecimiento es más tardío (entre Tanner III y IV con una velocidad de 12 cm/año) y de mayor magnitud en niños que en niñas, incrementando en promedio 28 a 30 cm en cuatro a seis años posterior al inicio de madurez puberal. El incremento de peso es concomitante al de la talla.
- La ginecomastia es el crecimiento de tejido mamario uni o bilateral, fisiológico en el período de recién nacido hombre y en la pubertad, ocurriendo en el 75% de la población masculina. Habitualmente se presenta 1 a 1,5 años después del inicio puberal y persiste por 6 a 18 meses. Es en muchos casos es incómodo para los jóvenes, especialmente desde un punto de vista social, por lo que se debe acompañar al adolescente y educar sobre normalidad y evolución. Si el adolescente presenta mucho dolor asociado, pueden usarse antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en forma ocasional. Si persiste más allá de 18 meses es necesario considerar otras causas de ginecomastia y los adolescentes deben ser derivados a endocrinología pediátrica.

Gráfico Nº 2 Inicio y secuencia de eventos puberales en el hombre



Fuente: Catanni, A, Cuerpo y salud del adolescente, PUC.

VER: [Tanner para uso de profesionales de la salud](#)

Genitoanal

En los niños

Aumento de volumen escrotal indoloro

Dentro de las causas más frecuentes de aumento de volumen escrotal indoloro, se encuentran:

- *Hidrocele*: Transiluminación positiva, no reductible, el tamaño es variable. Derivar si persiste después de los 12 meses.
- *Hernia inguinal*: Transiluminación negativa, reductible. Derivación inmediata para evaluación por especialidad. Todas las hernias inguinales requieren corrección quirúrgica.
- *Aumento de la región inguinal*: Cualquier aumento de volumen, sugerente de quiste del cordón o hernia inguinal debe ser derivado a especialidad, a cualquier edad.

Fimosis

La piel que recubre al glande (prepucio), se encuentra estrecha y no permite retraerla para mostrar el surco balanoprepucial, puede ser parcial. Es importante que en el examen físico no se fuerce el prepucio e instruir a la familia en que no se debe forzar ni para realizar aseo ni tampoco para ejercitarlo. El intentar retraer el prepucio en forma reiterada, va causando fisuras en la piel que al cicatrizar empeoran el pronóstico de la fimosis y también puede generar una parafimosis (el prepucio se queda atrapado en el surco balanoprepucial, generando una emergencia quirúrgica, por estrangulación del glande).

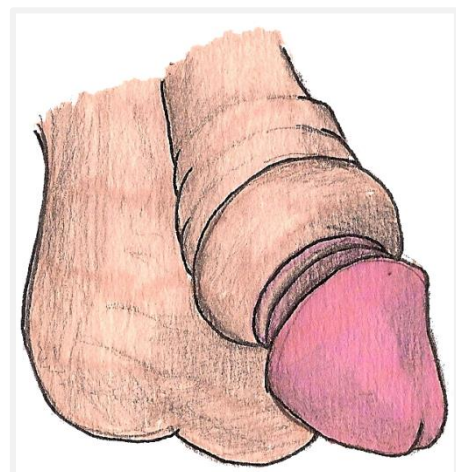


Figura 5: Fimosis.

Hasta los dos años se considera totalmente fisiológico, para proteger el glande de irritaciones. Antes de los cuatro años se considera normal, siempre que no tenga infecciones urinarias recurrentes o balanitis recurrentes. No se aconseja derivar para cirugía a esta edad, salvo en los casos anteriormente descritos.

La derivación para evaluación y tratamiento médico o quirúrgico por especialidad deberá hacerse sin urgencia en los siguientes casos:

- Fimosis en mayor de 4 años
- Fimosis en menor de 4 años con antecedentes de infección urinaria, balanopostitis o abalonamiento del prepucio al orinar.

Quistes de esmegma

Son cúmulos de secreción sebácea que se pueden observar por transparencia bajo el prepucio, como quistes amarillentos. No debe hacerse nada especial con ellos y si se comunican con el exterior pueden vaciarse.

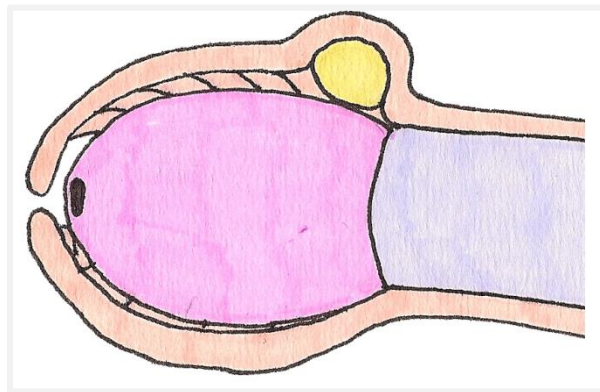


Figura 6: Quiste de esmegma.

En las niñas

Vulvovaginitis

Es un proceso inflamatorio de la vulva y/o vagina. En las niñas prepuberales puede ser por causas inespecíficas, secundaria a oxiuros, específica (por agentes respiratorios, estreptococos, patógenos entéricos o transmisión sexual) y por cuerpos extraños. Siempre debe ser derivada a un médico para evaluación y tratamiento. Se debe instruir a todos los padres (no solamente en presencia de vulvovaginitis) para que las niñas usen ropa interior de algodón, no usen jabón en los genitales y aprendan a limpiarse adecuadamente luego de defecar (hacia atrás, pasando una sola vez cada papel y luego desechándolo). Si existe sospecha de abuso sexual, derivado de la etiología de la vulvovaginitis, se debe seguir el manejo de acuerdo con la *Guía clínica de abuso sexual en menores de 15 años* (con criterio, no asustar de más a la familia) [10]. El abuso sexual es una causa poco frecuente de vulvovaginitis, sin embargo debe ser considerado en caso de sangramiento vaginal y considerando el contexto general de la niña.

Aumento de volumen inguinal

Debe ser derivado a especialidad a cualquier edad ya que puede corresponder a una hernia inguinal, que es de corrección quirúrgica siempre.

Bucodental

La salud bucal es un componente indispensable de la salud general, ya que influye positivamente no solo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicación y relaciones sociales) de las personas. Comprende un estado de completa normalidad anatómica y/o funcional de la cavidad bucal, así como de las estructuras vecinas que forman parte del complejo maxilofacial.

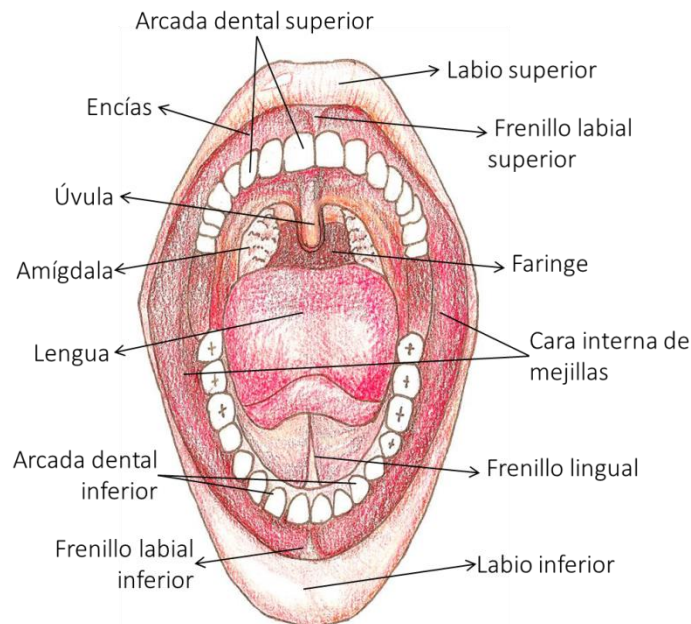


Figura 7: Boca

Examen físico de boca y faringe

El examen de boca y faringe es parte del examen físico general infantil. Existen distintas alternativas para realizarlo, dependiendo de la edad del niño o la niña y de la infraestructura disponible.

Sin embargo, en el contexto de los controles de salud realizados por médicos, enfermeras y nutricionistas en el centro de salud, el examen de salud bucal también puede realizarse sobre la camilla, integrado en la secuencia habitual del examen físico general.

En el contexto comunitario, el examen puede realizarse en los establecimientos de educación, adoptando la técnica «rodilla-rodilla» u otras alternativas, dependiendo del mobiliario disponible. El niño o la niña puede recostarse sobre una mesa protegida por una colchoneta con el examinador sentado detrás de su cabeza o incluso puede recostarse en el suelo [11].

El instrumental que se debe utilizar debe ser un «baja lengua» y/o un espejo bucal. Lo más importante es una buena iluminación, ya sea natural o artificial. De ser necesario evaluar la necesidad de uso de guantes y mascarilla.

En la boca se encuentra la lengua, los dientes y las encías, a continuación viene la faringe. Entre los dientes y la mucosa interna de las mejillas se identifica el vestíbulo. El techo de la boca está formada por el paladar duro y más atrás, el blando. Del borde del paladar blando cuelga la úvula.

La boca está separada de la faringe por los pilares palatinos anteriores y posteriores, y entre ambos pilares se encuentran las amígdalas o tonsilas.

Durante el examen de boca y faringe, se debe examinar:

- **Labios:** evaluar si están secos o agrietados, y si existe o no queilitis angular (boqueras).
- **Mucosa bucal y cara interna de las mejillas:** evaluar el frenillo labial superior ya que puede encontrarse fibroso o hipertrofiado.
- **Encías:** evaluar si hay inflamación, sangramiento o heridas.
- **Lengua:** evaluar movilidad y presencia, o no, de capa blanquecina desprendible sobre la superficie, que aumenta al haber una higiene deficiente o cuadros febriles.
- **Piso de boca:** evaluar frenillo lingual, debido a que si está corto determina una limitación del movimiento de la lengua, pudiendo influir en el amamantamiento y en la fonación.
- **Rebordes dentarios y/o dientes:** evaluar si están las piezas dentarias adecuadas a la edad, observar rebordes alveolares (cuando aún no erupcionan las piezas dentarias) por posibles inflamaciones de la encía cuando está una pieza en proceso de erupción, además evaluar la higiene de los dientes.

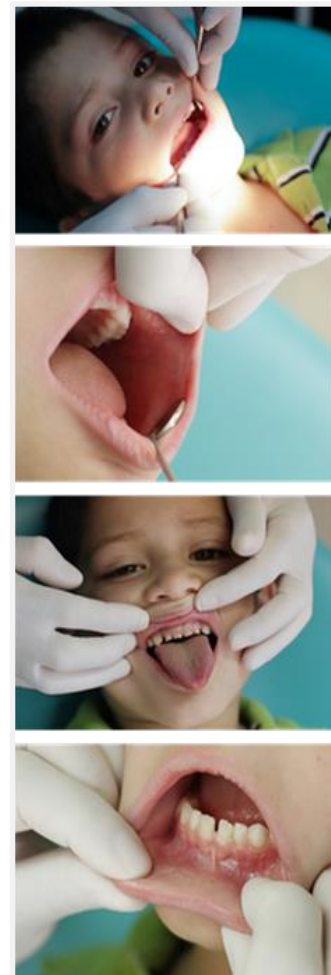


Figura 8: Evaluación de labios, mejillas y encías (de arriba abajo).



Figura 9: Evaluación de dientes, piso de boca y frenillos (izquierda a derecha)

- **Faringe:** El examen es mejor si se ilumina con una linterna u otro. Evaluar si hay inflamación o heridas en pilares palatinos anteriores y posteriores, y las amígdalas.

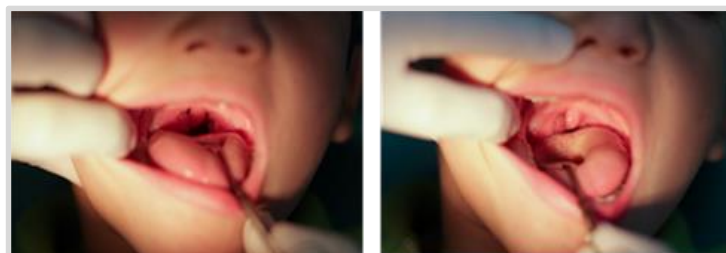


Figura 10: Evaluación de la faringe.

Si al examen encuentra alguna alteración en el aspecto, coloración, presencia de inflamación, heridas o úlceras de más de 10 días de evolución, en zonas de tejidos duros o blandos, se recomienda la evaluación por un cirujano dentista en el Centro de Salud.

¿Cómo cepillar los dientes?

El cepillo dental se debe colocar en 90° sobre las caras externas de los dientes (caras vestibulares), realizando un movimiento de rotación sobre las superficies dentarias; el procedimiento se repite en las caras palatinas y linguales. Las caras oclusales se cepillan con movimientos de rotación [12].

Erupción de los dientes según edad

Los dientes primarios, temporales o «de leche», empiezan a salir aproximadamente a los seis meses de edad. El número de dientes temporales es de 20 (10 superiores y 10 inferiores) y terminan de aparecer, con seguridad, a los tres años de edad. Estos dientes permiten a niños y niñas masticar y comer adecuadamente, ayudando en la formación de los sonidos y mantienen el espacio para los dientes adultos (permanentes).

Los dientes temporales son importantes porque guían la posición de los permanentes. Los dientes permanentes generalmente comienzan a erupcionar entre los cinco y seis años de edad. La buena salud oral beneficia la salud general de niños y niñas. Los dientes temporales necesitan tanta atención como los permanentes. Las caries en los dientes temporales pueden producir dolor y angustia dificultando comer, dormir, jugar y causar otros problemas más tarde en la vida, como por ejemplo: desórdenes en la masticación, alteraciones estéticas y de oclusión, problemas de fonoarticulación, etc. [13].

Se considera erupción retrasada cuando ningún diente ha emergido al finalizar el mes 13. Existen edades promedio en los que se espera la erupción de piezas dentales específicas, a saber:

Tabla 5: Edad media de erupción de piezas temporales

Piezas dentales		Fecha promedio de erupción	Fecha de caída normal
Superiores	Incisivo central	9 meses (7-12 meses)	7 ½ años (6 a 8 años)
	Incisivo lateral	10 meses (9-13 meses)	8 años (7 a 8 años)
	Canino	18 meses (16 a 22 meses)	11 ½ años (10 a 12 años)
	Primer molar	15 meses (13 a 19 años)	10 ½ años (9 a 11 años)
	Segundo molar	24 a 30 meses (25-33 meses)	10 ½ años (10 a 12 años)
Inferiores	Incisivo central	6 meses (6 a 10 meses)	6 a 7 años (6 a 8 años)
	Incisivo lateral	7 a 12 meses (7 a 16 meses)	7 años (7 a 8 años)
	Canino	18 a 19 meses (16 a 23 meses)	9 ½ años (9 a 12 años)
	Primer molar	15 a 16 meses (12 a 18 meses)	9 a 10 años (9 a 11 meses)
	Segundo molar	24 a 26 meses (20 a 31 meses)	10 a 11 años (10 a 12 años)

Fuente: Palomino, H; Blanco, R & Cisternas, A (1980). Edad y orden de aparición de los dientes deciduales en una población de Santiago [14]

Recambio dentario

El período de recambio dentario se extiende aproximadamente entre los 6 a los 12 años de edad, tiempo en el cual se produce el cambio de los dientes temporales por los dientes definitivos. En este período se distinguen 2 etapas:

- **Dentición mixta primera fase:** se extiende en promedio entre los 6 y 9 años, en esta etapa se produce la erupción del primer molar definitivo por detrás del segundo molar temporal y recambio en la zona anterior, incisivos centrales y laterales.
- **Dentición mixta segunda fase:** se extiende en promedio entre los 9 y 12 años, en esta etapa se produce la erupción del segundo molar definitivo, el recambio de la zona lateral, reemplazándose los caninos, primer y segundo molar temporal por caninos, primer y segundo premolar.

a) Importancia del primer molar permanente

Es la primera pieza permanente en erupcionar, alrededor de los 6 años, sin que se caiga ningún diente temporal, por lo que su erupción puede pasar inadvertida para el niño o la niña y sus padres. Este diente cumple funciones importantes tales como, ser clave en la forma en que morderá a futuro el niño o la niña y en la eficiencia con que masticará en su vida adulta, además es un pilar para la correcta ubicación de las piezas posteriores [15].

Cuando los cuidados de higiene son deficientes y debido a que puede no ser advertida su erupción, es posible que dañe o se pierda este molar produciendo una serie de daños muy difíciles de corregir, entre ellos desplazamiento y/o rotación de dientes vecinos, alteraciones en la mordida y en la masticación [15].

Tabla 6: edad media de erupción de piezas permanentes.

Piezas dentales		Fecha promedio erupción
Superiores	Incisivo central	7 a 7,5 años
	Incisivo lateral	8 a 8,5 años
	Canino	11 a 11,6 años
	Primer premolar	10 a 10,3 años
	Segundo premolar	10,7 a 11,2 años
	Primer molar	6 a 6,3 años
	Segundo molar	12,2 a 12,7 años
Inferiores	Incisivo central	6 a 6,5 años
	Incisivo lateral	7,2 a 7,7 años
	Canino	9,7 a 10,2 años
	Primer premolar	10 a 10,7 años
	Segundo premolar	10,7 a 11,5 años
	Primer molar	6 a 6,2 años
	Segundo molar	11,7 a 12 años

Fuente: Ramírez de los Santos Jacqueline, Odontopediatría clínica, 1ª Edición 1991, Santo Domingo República Dominicana.

Criterios de derivación

La derivación desde el control infantil hacia el control de salud bucal puede ocurrir por 3 criterios diferentes: control, riesgo o daño.

- **Por control:** Existen edades priorizadas en las que el dentista debe realizar los controles de salud bucal. Estas edades han sido definidas según riesgo biológico y corresponden a los 2, 4 y 6 años de edad. Los profesionales que realizan los controles de salud infantil deben derivar oportunamente al niño o la niña para el control odontológico de estas edades.
- **Por riesgo:** De acuerdo a la aplicación de las pautas de evaluación bucodentaria, los profesionales de salud pueden derivar al niño o niña para evaluación odontológica durante todo el período hasta los 6 años. Cuando el puntaje total de la pauta es de 3 o más puntos y se mantiene durante 3 controles, se debe derivar al odontólogo. En el caso de prematuros y prematuras, el puntaje de riesgo disminuye a 2, mantenidos durante 3 controles.
- **Por daño:** En el caso de pesquisar patología bucal, anomalías dento-maxilares y/o dientes perinatales en los controles de salud infantil, los profesionales de salud deben derivar al niño o la niña al odontólogo para su evaluación. En el caso de detectar signos y síntomas de urgencias odontológicas, la derivación para atención GES urgencias odontológicas ambulatorias, debe ser inmediata.

Pauta de evaluación bucodentaria para niños y niñas de 0 a 6 años

La Pauta Bucodentaria Infantil es un instrumento que apoya la evaluación bucal en el control de salud infantil, de la consulta de salud nutricional y controles de salud bucal, de modo de asegurar la evaluación integral, sistemática y periódica en esta área, incorporando la entrega de acciones básicas de promoción y prevención de la salud desde los 0 a los 6 años (Ver en anexo 6 la pauta y el instructivo).

Idealmente esta pauta se debería aplicar en todas las edades de los menores de 7 años. Sin embargo, existen edades clave en las que se requiere el registro estadístico de la aplicación por parte de la enfermera y nutricionista, según las orientaciones para la planificación y programación en red. Este registro debe realizarse al menos en dos momentos:

- Control de salud a los 18 meses, realizado por la enfermera.
- Consulta nutricional a los 3 años 6 meses, realizada por un nutricionista.

Ver anexo: PAUTAS DE EVALUACIÓN BUCODENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS

Oftalmológico

El examen oftalmológico es parte fundamental de los controles de salud en la infancia. La evaluación clínica y periódica permite detectar precozmente situaciones que sin diagnóstico podrían llegar a desarrollar una ambliopía o incluso poner en riesgo al niño o la niña. En cada control de salud el profesional debe, a través de un sencillo y rápido examen visual, buscar indicios que requieran, efectivamente, la evaluación de un oftalmólogo.

El sistema visual antes de los 9 años de edad es inmaduro y vulnerable, pero también posee la plasticidad necesaria para corregir anomalías en caso que se vayan presentando. Además, en la infancia, se pueden detectar graves anomalías que pueden comprometer la vida o la visión del paciente como el retinoblastoma o retinopatía.

Procedimiento para la realización del examen visual

Para realizar el examen visual se requieren los siguientes insumos en el box:

- Oftalmoscopio directo, otoscopio sin ventana o una linterna de bolsillo.
- Cartilla de optotipos de Snellen y de Tumbling E (bien iluminada, ubicada a 5 metros).
- Juguetes llamativos para niños y niñas.
- Idealmente: anteojos con el lente izquierdo tapado y descubierto el derecho y otro al revés u otro implemento que permita cubrir un ojo y luego el contralateral para mayores de 4 años.

Para hacer una evaluación del sistema visual, el profesional que realiza el control de salud debe seguir los siguientes pasos:

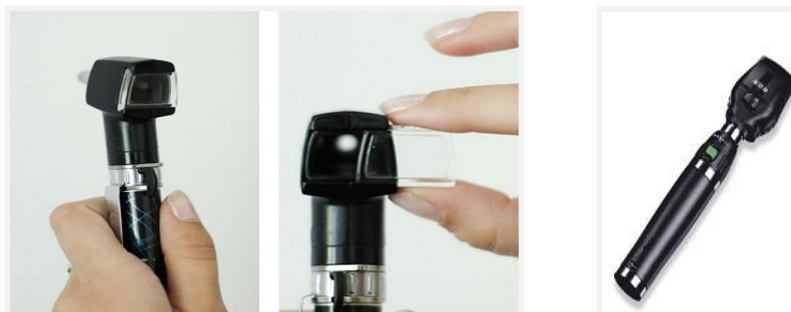
Inspección general

- Inspección externa, observar el tamaño y forma de la cabeza y cara, anomalías craneofaciales u orbitarias, excrecencias en los ojos, posiciones anómalas de cabeza, especialmente al observar objetos pequeños de lejos (torsión de cuello)
- Comportamiento al desplazarse y al comunicarse con sus padres y entorno: los niños y niñas con baja visión se mueven menos, tienden a permanecer quietos en espacios abiertos, tienen caídas frecuentes, torpeza en los movimientos.
- Antecedentes familiares de problemas oftalmológicos: preguntar a la familia si algún integrante presenta estrabismo, anisometropías (requiere lentes), ambliopatía (ceguera secundaria de un ojo), cataratas, glaucomas infantil o enfermedades oculares genéticas.
- Examen de pupila, debe evaluarse el reflejo fotomotor y la simetría de ambas pupilas (ausencia de anisocoria).

Rojo pupilar

Este examen debe ser conocido y practicado por todos los profesionales que realizan el control de salud de niños y niñas, en cada uno de los controles, hasta los tres años. Es uno de los exámenes oftalmológicos más importantes y fáciles de realizar, cuyos resultados pueden gatillar un tratamiento oportuno que modificará radicalmente la vida del niño o niña.

El examen se debe efectuar en penumbras o con poca luz, en un momento en que el niño o niña esté con los ojos abiertos. El examinador debe encontrarse a una distancia de aproximadamente 50 cm y debe iluminar ambos ojos simultáneamente con un oftalmoscopio, un otoscopio sin ventana o linterna.



En un *rojo pupilar normal* se espera que al exponer las pupilas a la luz, ambas se vean rojas anaranjadas (fulgor retiniano), que es el mismo efecto de «ojo rojo» que aparece en algunas fotos sacadas con *flash*. En algunos casos los padres llegan a consultar por la asimetría del reflejo detectada al sacarle fotos a sus hijos, esto también puede ser signo de una alteración en el rojo pupilar [16].



Figura 13: Rojo pupilar normal.

La alteración del rojo pupilar, es decir reflejo opaco o blanco en las pupilas, ya sea simétrico o asimétrico, indica la presencia de un trastorno a nivel de cualquiera de los medios transparentes del ojo, ya sea la córnea, el cristalino o el humor vítreo. Algunas de las patologías que pueden ser diagnosticadas con este examen son: cataratas congénitas; estrabismo; glaucoma infantil; vicios de refracción; hemorragia vítrea y tumores intraoculares como el retinoblastoma, los que pueden poner en peligro la vida del niño o la niña. Recuerde que el rojo pupilar puede estar alterado tanto en un ojo, como en ambos [17].



Figura 14: Rojo pupilar anormal.

Pruebas de la alineación ocular

Las pruebas de alineación ocular se realizan para detectar oportunamente estrabismo o desviación del alineamiento de un ojo, el cual produce dos efectos que dañan severamente al sistema visual: a) visión doble o diplopía, porque la imagen observada se refleja en distintas zonas de la retina y b) ojo desviado y confusión visual, porque las foveas son estimuladas por imágenes diferentes.

Los niños y las niñas no suelen tener diplopía o confusión permanente o persistente, dado que la plasticidad del sistema nervioso central y visual genera mecanismos adaptativos que les permiten «apagar» determinadas áreas de la retina del ojo desviado. Este fenómeno se denomina supresión. Además, existen condiciones patológicas y fisiológicas que pueden causar desviación ocular o falsa sensación de estrabismo, lo que es necesario considerar [18].

Las pruebas de alineación ocular son básicamente dos: la prueba de los reflejos corneales también conocida como Test de Hirschberg y el Cover Test. Estas pruebas sirven para detectar estrabismos fijos o intermitentes. En el diagnóstico del estrabismo es fundamental la información entregada por los padres y/o cuidadores, los que generalmente refieren que un ojo se desvía, por lo tanto es importante que sea preguntado en forma dirigida en todos los controles de salud [18].

Test de Hirschberg

Es la prueba más importante para evaluar la alineación ocular y debe realizarse en todos los controles. Consiste en iluminar ambas pupilas en forma simultánea con una linterna, oftalmoscopio u otoscopio a unos 30-40 cm de la cara del niño o la niña, observando si el reflejo de la luz (brillo de la luz) está ubicado en el mismo lugar en ambas pupilas. Si el reflejo de la luz se encuentra desplazado en comparación al otro ojo es signo de un posible estrabismo. La dirección de la desviación puede ser [18]:

- Endodesviaciones (hacia la nariz), en el 70 % a 75 % de los casos.
- Exodesviaciones (hacia las orejas), en el 20 % a 25 % de los casos.
- Verticales hiper o hipotropía (hacia arriba o hacia abajo) en menos del 5 % de los casos.

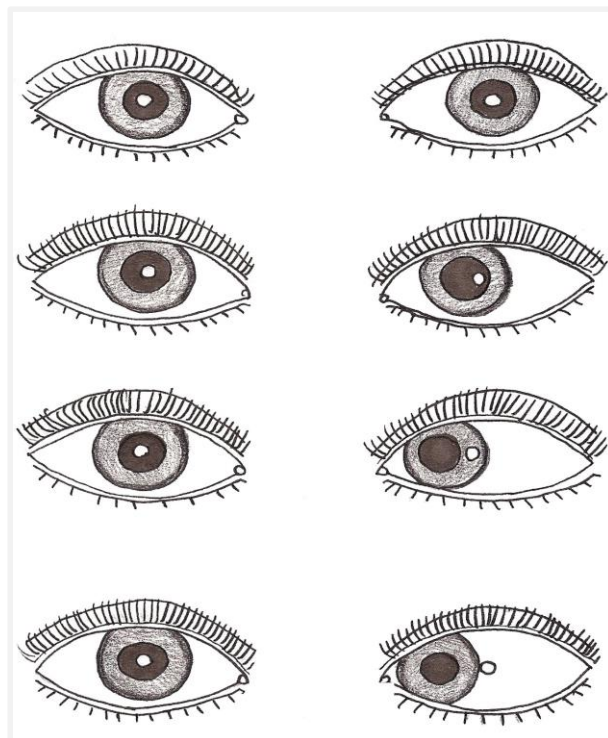


Figura 15: Test de Hirschberg

Cover test

Esta prueba debe realizarse si el test de Hirschberg está normal, pero la familia refiere percibir desviación ocular o si queda alguna duda con el test. Para esta prueba el niño debe mirar atentamente un objeto pequeño (blanco de atención) y luego se ocluye o cubre uno de los ojos, observando si el ojo descubierto realiza o no un movimiento de refijación. Si el ojo realizó el movimiento corrector, significa que presenta una desviación y según el sentido del movimiento supondremos hacia dónde estaba

desviado. Por ejemplo, si el movimiento corrector es hacia fuera significa que el ojo estaba en endodesviación. El examen debe realizarse para ambos ojos [18].

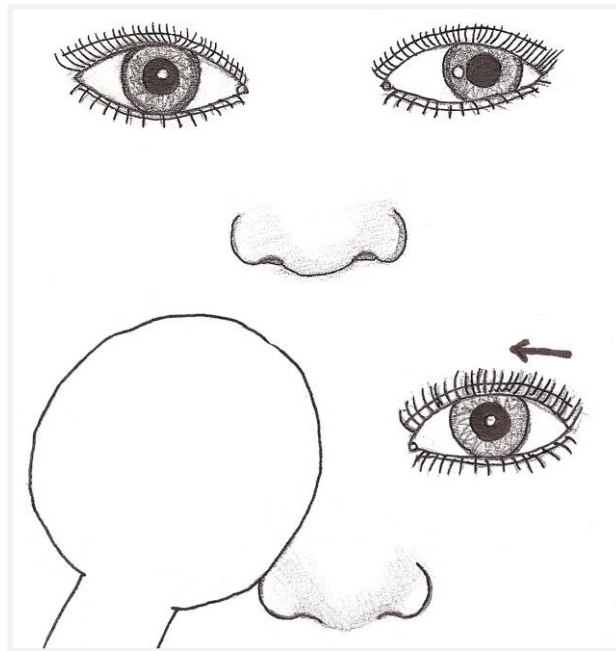


Figura 16: Cover test

Ante la sospecha de estrabismo de niños y niñas menores de 10 años deben tenerse en cuenta los siguientes criterios, antes de una derivación por patología GES [18]:

- **Estrabismo patológico:** Todo estrabismo permanente, independiente de la edad, y todo estrabismo intermitente, después de los 6 meses de edad. En estos casos se debe derivar a oftalmólogo inmediatamente.
- **Estrabismo fisiológico:** En los menores de seis meses, puede existir estrabismo intermitente asociado con inmadurez del sistema de alineamiento ocular. Los niños que presenten estrabismo intermitente antes de los seis meses deben ser reevaluados a los seis meses en el control de salud. En caso de persistir con estrabismo a esta edad deben ser derivados a oftalmólogo. Si el niño menor de seis meses tiene estrabismo constante o estrabismo asociado a alteración del rojo pupilar, debe ser derivado al oftalmólogo.
- **Pseudoestrabismo:** Es la apariencia de estrabismo a pesar de un alineamiento normal. Su forma más frecuente es la pseudoendotropía. Se diagnostica con un Cover Test y un reflejo corneal normal.

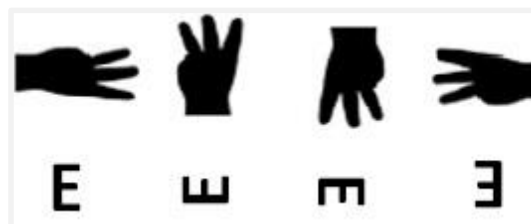
Evaluación de la agudeza visual

El método a utilizar dependerá de la edad del niño o la niña y de su cooperación. Las técnicas más frecuentemente usadas son la prueba de fijación y reconocimiento de optotipos.

El examen de agudeza visual consiste en determinar las letras más pequeñas que un niño o niña puede leer en una tabla optotipos. Las tablas recomendadas para realizar esta evaluación en el control de salud escolar es la Tabla JUNAEB (o tabla Snellen abreviada).

El procedimiento para evaluar agudeza visual con optotipo, es:


- Corroborar si el niño o la niña podrá indicarnos lo que efectivamente ve, ya sea verbalmente o por medio de señas. La cartilla debe estar en buenas condiciones, bien iluminada y no poseer distractores a su alrededor, para facilitar la visualización y concentración del niño o la niña.
- Ubicar al niño o niña a 3 metros de distancia, sentado a la altura de la cartilla, de modo que pueda mirar de frente. La tabla de JUNAEB sólo requiere que el niño se encuentre a 3 metros de distancia y no 5 metros como el general de los optotipos. Antes de realizar el examen es necesario que el evaluador corrobore a corta distancia que el niño o la niña pueda reproducir la posición de la "E" con los dedos de la mano o también podemos elaborar una "E" de cartón y pedirla que la vaya rotando según corresponda.



Posición de la «E»
con los dedos


- Indicar al niño o niña que debe señalar la figura que ve, desde la línea superior hasta la inferior, de izquierda a derecha. Idealmente apoyar la lectura con un puntero para señalar la figura que se desea indique el niño o la niña.
- Siempre debe asegurarse de evaluar la agudeza visual mono-ocular. Realizar este procedimiento con un ojo tapado y después con el otro. Es muy importante que no se apriete el ojo cubierto, pues esto puede afectar el examen posterior de ese ojo. Para ellos se pueden utilizar anteojos que tengan lente pintado de negro o tapado con un vaso de plumavit, no se recomienda pedir al niño o niña que se tape el ojo pues pueden hacer mucha presión.
- En caso de que una niña o niño no haya indicado de manera correcta alguna figura desde la línea 3 hacia arriba (con uno o ambos ojos), es necesario que se derive a especialista.
- Registrar los resultados por ojo.

JUNAEB
 Programa Salud del Estudiante
JUNAEB
Tabla de Snellen: Optotipos
 (Para colgar en la pared)




(Esta es la letra E que debe usarse para enseñar al niño las 4 direcciones)


Línea uno




Línea dos



Línea tres



Línea cuatro



A 3 metros de distancia: Línea uno equivale a 1/10 de agudeza visual
 Línea dos equivale a 4/10 de agudeza visual
 Línea tres equivale a 7/10 de agudeza visual
 Línea cuatro equivale a 10/10 de agudeza visual

TODO NIÑO(A) QUE NO LEA BIEN LÍNEA TRES DEBE DERIVARSE

Impreso en México - Mayo 2006/08

Figura 17: Tabla de JUANEB

Antecedentes de importancia que requieren evaluación de un especialista

La lista de enfermedades sistémicas con compromiso ocular es extensa, por lo que las que se indican a continuación son las más frecuentes:

- Recién nacido prematuro, especialmente los de menos de 1.500 g de peso al nacimiento.
- Historia familiar de retinoblastoma, catarata congénita o glaucoma congénito.
- Familiar cercano con ceguera o visión subnormal de causa no traumática.
- Ametropías altas de padre, madre, hermanos, hermanas (uso de lentes de potencia alta).
- Síndromes genéticos, ejemplo de Síndrome de Down.
- Traumas Craneofaciales.
- Enfermedades sistémicas: Síndrome de Marfán, Neurofibromatosis, Síndrome de Sturge Weber, etc.
- Diabetes Mellitus tipo 1, especialmente después de la pubertad.

Toma de presión arterial

La presión arterial es la fuerza ejercida a las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo, su medición en niños y niñas es una parte necesaria del control de salud.

La detección temprana de prehipertensión e hipertensión puede contribuir a disminuir los riesgos presentes y futuros en la salud, incluyendo el daño multiorgánico secundario y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Este examen cobra más importancia si se considera que, en nuestro país existe una alta prevalencia de obesidad, la que se asocia con presión arterial elevada.

A partir de los tres años de edad todos los niños y niñas, independiente de su estado nutricional deben contar con un chequeo de presión arterial en forma anual. Aquellos niños y niñas con necesidades especiales o que toman medicamentos que pueden elevar la presión arterial, deben ser controlados cada vez que asistan al Centro de Salud a controles o por morbilidad.

Interpretación de la presión arterial pediátrica y conductas a seguir

La toma de presión arterial arroja dos cifras, la sistólica (cuando el corazón late y bombea la sangre a través de las arterias) que es el primer número en la lectura y la diastólica (cuando el corazón no está bombeando) que es el segundo número en la lectura [20].

Para tomar la presión arterial de niños y niñas, se deben seguir los siguientes pasos [20]:

- El niño o niña debe estar sentado en ropa interior, con las piernas descruzadas y con el manguito de presión arterial a la altura del corazón (esta puede estar falsamente elevada cuando la presión se toma con el niño o niña acostado).
- Antes de tomar la presión, el niño o niña debe haber estado sentado en reposo al menos, cinco minutos.
- El manguito de presión arterial debe ser del tamaño correcto para el niño o niña, que cubra de 80 % a 100 % la circunferencia del brazo y dos tercios del largo. Si el manguito es muy pequeño, debe pasarse al siguiente tamaño.
- Deben efectuarse dos tomas, separadas por al menos 30 segundos y sacar un promedio entre ambas.

Una vez obtenida la presión arterial, se deben consultar sus valores en las tablas de la Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría, adaptadas de las tablas del National Heart, Lung and Blood Institute (Ver anexo 5) de presión arterial por sexo, edad y talla [21]. Si la presión arterial se encuentra alterada hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Siempre que se encuentre una presión mayor al p90 y menor al p99 es aconsejable citar al niño o la niña en semanas consecutivas para confirmar la prehipertensión o hipertensión (al menos tres tomas en semanas consecutivas). Muchas veces puede haber una hipertensión o prehipertensión inducida por el temor de la consulta (hipertensión de delantal blanco), cuyo efecto suele aminorar en las evaluaciones consecutivas. Para la interpretación de las tres tomas, debe hacerse un promedio de la presión diastólica de las tres visitas y de la sistólica de igual manera.
- Si la presión es mayor al p99 + 5mmHg, debe ser evaluado en la urgencia para ser estabilizado y generar una interconsulta con especialista dentro de la semana, aunque sea en el primer control.

Tabla 7: Conductas a seguir según percentil de presión encontrado (luego de las tres tomas consecutivas en caso de sospecha de prehipertensión o hipertensión etapa 1).

Estado	Percentil en presión arterial	Acciones a seguir
Normal	<p90	- Seguir conducto regular, tomar la presión en cada control de salud a partir de los tres años.
Pre-hipertensión	>p90 <p95	a - Citar para tres tomas de presión en semanas consecutivas. - En caso que al final de las 3 tomas persista el diagnóstico, indicar medidas generales y volver a chequear en seis meses.
Hipertensión etapa 1	>p95 <p99+ 5mmHg	a - Citar para tres tomas de presión en semanas consecutivas. - En caso que al final de las 3 tomas persista el diagnóstico, indicar medidas generales y derivar al cardiólogo o nefrólogo pediátrico para su evaluación.
Hipertensión etapa 2	> p 99 +5mmHg	- Derivar a urgencia para tratamiento inmediato.

En caso de que el niño o niña presente prehipertensión o hipertensión, luego de precisar el diagnóstico etiológico por indicación médica se puede sugerir, según características del caso:

- Dieta hiposódica.
- Actividad física de al menos una hora diaria.
- Alimentación saludable.

Ver Anexo: [Tablas de presión arterial](#)

La descripción de cómo se realiza el examen físico, cómo se interpretan los valores obtenidos de las distintas mediciones, las indicaciones pertinentes a realizar según la edad del niño o la niña se pueden encontrar en extenso en http://web.minsal.cl/salud_infantil, específicamente en los siguientes materiales de apoyo técnicos:

- Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas en la Atención Primaria de Salud.
- Fichas de supervisión de Salud Infantil en la Atención Primaria.

Diagnóstico

Dentro de los componentes del Control de Salud Infantil se encuentra el diagnóstico individual de cada niño y niña debe incluir los siguientes 5 ejes, según la información que se recolecte:

Nutricional: Definir el diagnóstico nutricional integrado de acuerdo a las normativas vigentes del MINSAL. En este apartado debe estipularse además si el niño o la niña presenta una talla fuera de los parámetros normales para la edad, así como el desarrollo puberal, cuando corresponda.

Desarrollo Integral (motriz, cognitivo, lenguaje y socioemocional): El diagnóstico debe considerar el desarrollo psicomotor y emocional, de acuerdo a los instrumentos vigentes y a la evaluación de la madre, padre y/o cuidadores y profesionales.

Problemas de salud detectados: Se detallan los problemas de salud detectados en orden de prioridad biomédico.

Diagnóstico familiar: Incluye situación de la familia, momento del ciclo vital en la que está la familia y problemas de salud biopsicosocial de miembros de ésta que puedan afectar la salud de niños y niñas.

Diagnóstico social/determinantes sociales/otros (salud ambiental, vulnerabilidad psicosocial, otros): Incluir consideraciones sociales, ambientales y otros aspectos relevantes de considerar desde la evaluación de la salud.

Diagnósticos

- a. Nutricional:
 - *5 años*: eutrofia, sobrepeso, obesidad, riesgo de desnutrir, desnutrición
 - *6 a 10 años*: bajo peso, normal, riesgo de obesidad y obesidad.
- b. Desarrollo motriz, cognitivo y socioemocional
- c. Problemas de salud detectados.
- d. Diagnóstico familiar** (en el caso de que se cuente con antecedentes).
- e. Diagnóstico social ** (en el caso de que se cuente con antecedentes).

MÓDULO 3: Derivación, gestión de casos de niños y niñas e indicaciones

Para gestionar las derivaciones a generar frente a posibles problemas de salud, es necesario que los equipos conozcan la oferta de servicios que se ofrecen, a continuación se hace la descripción de 7 programas que son los que más reciben derivaciones del programa Piloto de Salud Escolar:

- Programa de Salud Mental - MINSAL
- Programa Vida Sana – MINSAL*
- Programa Nacional de Salud Bucal - MINSAL
- Programa de Servicios Médicos – JUNAEB*
- Programa de Habilidades para la Vida – JUNAEB*
- Programa de Apoyo Psicosocial - JUNAEB *
- Programa de Salud Bucal – JUNAEB*

*Debe considerarse que los Programa de Vida Sana del MINSAL y todos los Programas de JUNAEB, tienen una oferta limitada y además no se encuentran en todas las comunas del país, por lo que los equipos antes de realizar el control de salud deben conocer su red y coordinar la disponibilidad de cupos para derivación.

Programa de Salud Mental en APS -MINSAL

El propósito del Programa de Salud Mental en atención primaria es fortalecer las actividades de prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad a través del ciclo vital y en interacción y continuidad con los distintos niveles de resolutivez, en beneficio de las personas en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención. La oferta de prestaciones del programa se desarrolla de acuerdo a los siguientes componentes:

Promoción de factores protectores de la salud mental y prevención en personas con factores de riesgo de salud mental y/o en trastornos mentales.

A continuación las diferentes estrategias para la promoción y prevención de salud mental en niños, niñas y adolescentes:

- a) Actividades de promoción y prevención de salud mental, considerando un objetivo de acuerdo a factores de riesgo y ciclo vital.
 - Talleres de promoción de salud mental
 - Talleres preventivos de salud mental
 - Consejería familiar
- b) Detección precoz mediante entrevista y/o uso de tamizajes de trastornos mentales:
 - **Segunda Infancia (5-9 años):**
 - Recepción de derivaciones del programa HPV (Ejecutado por equipo HPV- JUNAEB).
 - Pediatric Symptom Checklist (PSC).
 - Otras acciones de detección, primera respuesta, derivación y seguimiento deben apuntar a la pesquisa de maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia de género.

Atención Integral a Personas con Trastornos Mentales

En el caso de sospecha de que el niño, niña o adolescente pueda estar teniendo un trastorno o problema de salud mental, debe ser derivado a atención por médico, psicólogo/a, asistente social y cualquier otro integrante del Equipo de Salud para realizar el diagnóstico y proporcionar un tratamiento integral. Dentro de los trastornos más frecuentes en este grupo etario, se destaca:

- Trastornos depresivos (GES).
- Tratamiento por consumo de sustancias alcohol y drogas en menores de 20 años (GES).
- Trastornos Hipercinéticos.
- Trastornos del comportamiento y emociones de inicio en la infancia y adolescencia.

La oferta de servicios en caso de que un niño, niña o adolescente requiera tratamiento, es la siguiente:

a) Evaluación Diagnóstica Integral: Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado por a lo menos médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Asistente Social u otro). Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado, según el caso, en 1 o más sesiones, puede conllevar Visita Domiciliaria Integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental.

b) Tratamiento Integral: Al ingresar al programa, se efectúa, por al menos, médico, psicólogo/a y asistente social, un plan de tratamiento integral. Éste incluye: motivo de consulta co-construido entre el/la/los consultante/s y equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado.

Las actividades a desarrollar en el contexto de tratamiento son:

- Intervenciones psicosociales individuales (Incluye psicoterapia cuando se requiere).
- Intervenciones psicosociales de grupo.
- Intervenciones familiares.
- Intervención psicosocial en el contexto comunitario (barrio, colegio, trabajo, etc.).
- Visitas domiciliarias integrales (VDI).
- Prescripción de fármacos.
- Trabajo con redes institucionales comunales (Previene-SENDA, OMIL, DIDECO, Oficina de la mujer, OPD, JUNAEB, etc.)
- Uso de herramientas con enfoque familiar, tales como genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otros.

c) Consultoría de Salud Mental en APS: El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con este para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios.

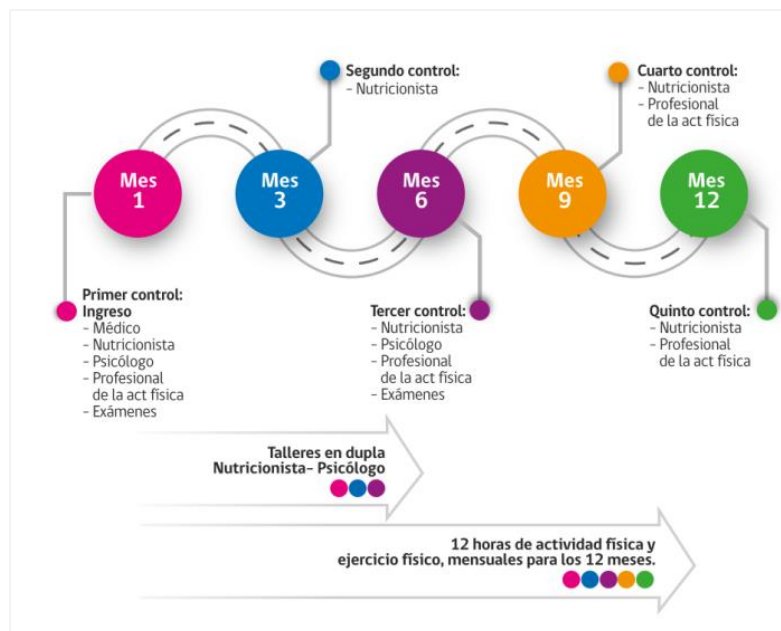
Para aquellos niños y niñas que requieran una atención de especialidad, es decir, cuando presentan problemas o trastornos mentales que cumplen con criterios de moderada o alta complejidad, al presentar una mayor gravedad, compromiso psicosocial y dependencia o

necesidad de cuidado, el centro de atención primaria deberá coordinar su derivación a los Centros de Salud Mental Comunitario o dispositivo existente en la red local

Programa Vida Sana -MINSAL

El objetivo de este programa es controlar la mal nutrición por exceso, mejorar perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

El Programa Vida Sana es un conjunto de prestaciones que está disponible para los usuarios inscritos en los Centros de Salud, se desarrolla en horarios acordes a las necesidades de los usuarios en el centro de salud, pero también en escuela, liceos y otros recursos propios de cada comunidad (sedes, juntas vecinales, sedes organizaciones adultos mayores, etc.).



El programa se divide en dos componentes, según rango etario:

Componente 1: población de niños, niñas y adolescentes de 2 a 19 años, incluyendo las mujeres adolescentes post parto, que presenten factores de riesgo de ENT.

Componente 2: adultos de 20 a 64 años, incluyendo las mujeres post parto, que presenten factores de riesgo de ENT.

El plan de tratamiento es el siguiente

- 8 Atenciones individuales (1 médico, 5 nutricionista, 2 psicólogo).
- 5 Intervenciones grupales (dupla nutricionista-psicólogo).
- Sesiones guiadas de actividad física y ejercicio físico por 12 meses (144 sesiones de 60 minutos o 96 sesiones de 90 minutos, con un total de 144 horas) a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio según orientación técnica.
- 2 Exámenes de glicemia y perfil lipídico.

Las niñas, niños y adolescentes pueden ser derivados por cualquier persona del equipo de salud, ya sea pesquisado en el control del niño sano, por el programa control del escolar, desde el EMP, programa del joven sano o espacios amigables, al médico del programa para que determine si cumple con los criterios de ingreso.

Programa de Salud Bucal

El propósito del Programa Salud Bucal es que la población goce y valore una Salud Bucal que le permita mejorar su calidad de vida, con la participación activa de toda la sociedad. Su misión es integrar la Salud Bucal con eficacia, equidad y solidaridad a las políticas y estrategias de salud del país, con énfasis en la promoción y en la prevención.

GES Odontológico

El propósito de este GES (Garantía Explícita de Salud) es mejorar la accesibilidad, cobertura, calidad y satisfacción de las prestaciones odontológicas de GES en los niños de 6 años, de GES embarazadas, de GES Urgencia Odontológica Ambulatoria y de GES Salud Oral integral para adultos de 60 años. A continuación se describe la oferta de los 3 primeros componentes:

GES “Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años”

La atención de niños y niñas de 6 años considera servicios preventivos de autocuidado (técnica de higiene bucal, dieta), prevención específica de caries (profilaxis, sellantes, fluoruro tópico) y tratamiento de caries (obturaciones, terapias pulpares). Estas son entregadas gratuitamente en los establecimientos de atención primaria del sistema público.

El acceso a tratamiento (solicitud de atención) debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años y debe iniciarse dentro de 90 días desde realizada la solicitud de atención. El cierre del caso se realiza una vez erupcionados los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado.

GES “Salud Oral Integral de la Embarazada”

Podrá acceder al programa dental integral una vez confirmada su condición de embarazo y el inicio del tratamiento dentro de 21 días desde la solicitud de atención.

Localmente se deben generar los flujos para que una vez realizada la confirmación diagnóstica del embarazo en el control Prenatal, la gestante pueda ser atendida por el equipo odontológico cumpliendo así su garantía. Cabe mencionar que la cobertura del GES Salud Oral Embarazada incluye a aquellas usuarias beneficiarias de FONASA o PRAIS que controlen o no su embarazo en el centro de salud.

En el caso que se produzca un aborto o parto prematuro, se deberá continuar con el tratamiento hasta el alta integral. El alta integral se puede producir dentro del embarazo o a los 9 meses desde ocurrido el parto o interrupción del embarazo.

GES “Urgencia Odontológica Ambulatoria”

Todo beneficiario (FONASA o PRAIS) que presente una urgencia dental ambulatoria en relación a los 8 diagnósticos ya mencionados.

El tratamiento es inmediato desde la confirmación diagnóstica. El paciente se presenta en un establecimiento de salud con algún problema de carácter buco maxilo facial, si el diagnóstico corresponde a algunas de las enfermedades indicadas en el Decreto, el paciente tiene que ser atendido y tratado por un odontólogo si se encuentra en APS o nivel secundario.

Si el diagnóstico corresponde a ***abscesos de espacios anatómicos del territorio buco máximo facial o flegmón orocervico facial de origen odontológico*** el paciente debe ser derivado de

urgencia a un establecimiento hospitalario (UEH) donde puede ser tratado por un odontólogo o un profesional médico en caso que no haya odontólogo disponible.

En general, todas las patologías incorporadas en el Decreto pueden ser resueltas en forma ambulatoria y en la misma atención, por lo tanto, se considera cada atención como un caso GES. A excepción del problema Trauma Dento Alveolares que podría tomar más de una atención, en cuyo caso, el caso se cierra cuando se finaliza todos los tratamientos correspondientes.

[Programa de mejoramiento del acceso a la atención odontológica](#)

El Programa tiene como propósito facilitar el acceso a la atención odontológica en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales, tanto para jóvenes que cursen cuarto año de educación media como para la población adulta mayor de 20 años.

A. Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Cuarto Año de Educación Media.

Las prestaciones que incluye esta atención odontológica en estudiantes de cuarto año de educación media es:

- Examen de Salud Oral
- Educación en Salud Bucal
- Aplicación de sellantes
- Destartraje y pulido coronario
- Flúor tópico barniz
- Kit Salud Oral
- Restauración Estética
- Restauración de Amalgama
- Radiografía retroalveolar y Bite-Wing (por placa), según derivación.

Existen dos modalidades de atención, a saber:

Establecimiento de APS: Se entiende como las actividades tendientes al alta odontológica integral en estudiantes de cuarto año de educación media realizadas de lunes a viernes después de la jornada escolar y los días sábados durante la mañana. No se realiza los días domingos ni festivos. Podrán realizarse en Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, CECOSF, Postas de Salud Rural, Hospitales de Baja complejidad y otros establecimientos de la Red de Servicios de Salud.

En modalidad "Unidad dental móvil: Se entiende como las actividades tendientes al alta odontológica integral en estudiantes de cuarto año de educación media realizadas en una "Unidad dental Móvil" (carro de arrastre dental, clínica dental móvil, sillón dental ubicado al interior del establecimiento educacional o unidad dental portátil). A su vez se han acordado horarios de extensión con JUNAEB para estos fines.

[Programa sembrando sonrisas](#)

Mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia de aquellos establecimientos educacionales que reciben financiamiento público, fomentando la promoción de la salud y la prevención de patologías bucales, a través de la entrega de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas a población beneficiaria de niños y niñas entre 2 y 5 años, que asisten a establecimientos educacionales parvularios pertenecientes a instituciones: JUNJI, Fundación Integra y otras (ONG/ Fundaciones) y establecimientos educacionales municipales en los Niveles de Transición 1 y 2. El programa se constituye de 3 componentes:

Componente 1: Promoción y Prevención de la salud bucal en población parvularia.

Consiste en la entrega del componente promocional a través de la intervención educativa en la comunidad y prevención en párvulos de 2 a 5 años, mediante la entrega de set de higiene oral que corresponde a 2 cepillos y una pasta dental por niño/niña.

Componente 2: Diagnóstico de la salud bucal en población parvularia.

Consiste en realizar un examen por odontólogo, en contexto comunitario (sala de clases) y registro del índice *ceod* por medio de la inspección visual con espejo, previa firma del consentimiento informado a los niños y niñas de 2 a 4 años.

Componente 3: Prevención individual específica en población parvularia.

Consiste en la aplicación de barniz de flúor por odontólogo y/o asistente dental en la sala de clases sobre la población parvularia vulnerable, que asiste a jardines y salas cunas pertenecientes a instituciones como JUNJI, Fundación Integra y ONG/ Fundaciones a los niños y niñas de 2 a 4 años.

Programas Salud del Estudiante de Junaeb “Servicios Médicos, Salud Oral, Habilidades para la vida, Programa de Apoyo Psicosocial y Apoyo psicosocial”

Prevenir riesgos biopsicosociales de escolares de enseñanza pre-básica, básica y media, de escuelas municipales y particulares subvencionadas favoreciendo la calidad de vida y acceso equitativo al sistema escolar, a través de acciones clínicas y de promoción.

Programa de Servicios Médicos

El objetivo del programa es resolver problemas de salud vinculados al rendimiento escolar, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los alumnos y alumnas a través de acciones clínicas y preventivas que contribuyan a su mantención en el sistema escolar. Servicios médicos se subdivide en 3 áreas, a saber:

Oftalmología

Cuyo objetivo es detectar disminución de la agudeza visual, realizar diagnóstico, tratamiento y control regular.

Otorrinolaringología

Atiende todas las patologías asociadas a disminución de la capacidad auditiva

Columna

Atiende escoliosis y dorso curvo, previniendo alteraciones mayores que limitan la normal integración y rendimiento en el sistema educativo. Si se trata a tiempo se evita la intervención quirúrgica y la invalidez

Cada una de las áreas servicios médicos realiza 4 etapas en un nivel diferenciado de complejidad de la atención, a saber:

- **Pesquisa:** Es el primer nivel sospecha y consiste en evaluaciones realizadas por un profesor o educadora entrenada y en el caso de otorrinolaringología apoyado con un cuestionario para padres, de modo de que los que tengan algún anomalía pasen a la siguiente evaluación.
- **Screening:** son evaluaciones formales que permiten confirmar o descartar sospecha de problemas, estas pruebas dependen del área médica que se esté evaluando:

Área Médica	Test de screening	RRHH
Oftalmología	Test de Hirschberg Cover Test Agudeza visual	Técnico de oftalmología
Otorrinolaringología	Emisiones Otacústicas (Pre-escolar) Audiometrías Universales	Fonoaudiólogos
Columna	Test de Adams	Kinesiólogo

- **Atención médica:** Ingresan a atención médica aquellos a los que se les confirma algún problema tras el screening. Estos también recibirán atenciones médicas de seguimiento hasta que sean dados de alta. Por lo que puede haber una atención médica de ingreso y atención médica por control.

Las distintas intervenciones están focalizadas según prevalencias e incidencias especialidades cubiertas, patología (vicios de refracción; disminución capacidad auditiva; escoliosis y dorso curvo) y según curso, tal como lo muestra el siguiente recuadro:

Nivel de Atención	Oftalmología	Otorrinolaringología	Columna
Pesquisa	Prekinder, kínder, 1° y 6° Básico	Prekinder kínder 1° Básico	7° básico
Screening	Prekinder, kínder, 1° y 6° Básico	Prekinder kínder 1° Básico	7° básico
Atenciones Médicas (Ingresos)	Prekinder, kínder, 1° y 6° Básico	Prekinder kínder 1° Básico	7° básico
Atenciones Médicas (Controles)	Todos los cursos (pre-kínder hasta 4° médico)	Todos los cursos (pre-kínder hasta 4° médico)	Todos los cursos (pre-kínder hasta 4° médico)

Es importante recalcar que JUNAEB tienen una oferta limitada y resolutive, por lo que es importante que los niños, niñas y adolescentes derivados cumplan con los criterios descritos y que sean derivados con una ficha donde se indiquen los datos del niño o la niña, los datos del

profesional que deriva, el diagnóstico o motivo de derivación y los datos del establecimiento educacional, siendo especialmente importante que se indique el rol de base de datos del establecimiento¹. "Ficha de derivación a servicios médicos JUNAEB de equipo de salud escolar MINSAL

Programa Habilidades para la Vida (PHV)

Es un modelo de intervención psicosocial que incorpora acciones de detección y prevención del riesgo; promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar. Trabaja a partir de un diagnóstico situacional a nivel local, y activa las redes de la escuela y de la comuna para coordinar acciones de salud mental de niños, niñas y adolescentes en interacción con sus adultos significativos, como son sus padres y profesores.

El objetivo de este programa es contribuir a aumentar el éxito en el desempeño escolar, observable en altos niveles de aprendizaje y escasa deserción de las escuelas y, a largo plazo, persigue elevar el bienestar psicosocial, las competencias personales (relacional, afectivo y social) y disminuir daños en salud (depresión, suicidio, alcohol, drogas, conductas violentas).

El Programa se divide en dos niveles según el grupo etario, en ambos niveles se desarrollan estrategias que están dirigidos a ciertos grupos etarios, a saber:

Prestación	Habilidades para la Vida 1	Habilidades para la Vida
Grupo Objetivo(o curso)	Niños y niñas desde el primer nivel de transición (NT1) hasta el 4º año básico	Adolescentes del segundo ciclo básico (5º - 8º año)
Promoción bienestar psicosocial comunidad educativa	Kínder a 4º Básico (5 a 9 años)	Segundo ciclo básico (5º - 8º año)
Detección de factores de riesgo y conductas desadaptativas	1º y 3º Básico (6 y 8 años) disponible para el 2º y 4º Básico, por detección año anterior	6º y 8º Básico, disponible para 7º por detección año anterior
Talleres preventivos	2º Básico (7 años)	7º Básico (13 años)
Derivación de niños a atención de salud mental	1º y 2º Básico (6-7 años)	6º y 7º Básico (12 y 13 años)

Habilidades para la vida 1

Dentro de las intervenciones dirigidas a los niños y niñas del NT1 a cuarto básico, se encuentran las siguientes 5 unidades:

a. Promoción del bienestar y desarrollo psicosocial en la comunidad educativa.

Esta unidad tiene como propósito promover la salud mental, favoreciendo los factores protectores en los profesores, padres y niños, mediante el Autocuidado del profesor, un clima emocional positivo en el aula y la interacción positiva entre padres y docentes.

Las actividades desarrolladas están dirigidas a niños, niñas, padres y educadores, y permiten la adquisición de habilidades, actitudes y comportamientos protectores de la salud mental, como son las capacidades de toma de decisiones y resolución de problemas, de pensar en forma

¹ Disponible en: <http://data.mineduc.cl/>

creativa y crítica, las habilidades de comunicación efectiva y de establecer relaciones interpersonales saludables.

Como material, se cuenta con “Guías Promocionales para el Trabajo en Aula, en reuniones de padres y apoderados” para desarrollar los talleres de autocuidado del profesor y el taller con padres y educadoras.

b. Detección precoz de conductas de riesgo.

Con el propósito de detectar a niños y niñas que presentan factores de riesgo psicosocial y conductas desadaptativas en la escuela y el hogar se aplican los TOCARR y PSC, instrumentos validados en Chile y adaptados para su uso en el HPV². La evaluación se realiza en niños y niñas de 1º y 3º año de educación básica.

c. Prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo.

El objetivo de esta unidad es disminuir el impacto del riesgo en la conducta de los escolares detectados con riesgo, derivándolos a *Talleres de Prevención* cuya finalidad es modificar conductas desadaptativas, contribuyendo a disminuir la aparición de problemas de salud mental en el futuro. Esto se realiza en la escuela a través de actividades grupales (talleres), a cargo del equipo psicosocial del programa, durante el 2º año de educación básica. El material de apoyo es el Manual de Talleres Preventivos del Programa.

d. Derivación, atención y seguimiento de niños con problemas de salud mental y/o psicosociales.

El objetivo de esta unidad es que los niños y las niñas con mayor riesgo y probabilidad de presentar, a mediano plazo, un trastorno del desarrollo, trastorno emocional o conductual, accedan en forma oportuna a la atención en salud mental requerida, sea psicológica, psiquiátrica o neurológica.

El HPV ha definido criterios estadísticos (índices especiales TOCARR y PSC) y clínicos (entrevista clínica de casos por el equipo psicosocial), que permiten la selección de los niños y las niñas que efectivamente requieren atención. El seguimiento de los escolares derivados es una actividad relevante en esta unidad, y se realiza en estrecha coordinación con los equipos de salud mental del nivel primario y secundario de la red pública de salud.

e. Seguimiento y desarrollo de red local de apoyo al programa.

El propósito de esta unidad es lograr estructurar o reforzar una *red local* que facilite y asegure la coordinación entre la escuela y los centros de apoyo y programas de atención psicosocial existentes en el nivel comunal y fortalecer capacidades y recursos disponibles en las escuelas para consolidar y dar continuidad al programa.

De este modo, realiza acciones de sensibilización e información en la comunidad (talleres, jornadas) y establece mecanismos que permiten evaluar la efectividad de la Red. Para realizar el

²TOCA-RR: Adaptación JUNAEB 2002 Teacher Observation Classroom Adaptation (Sheppard Kellam). PSC: Pediatric Symptom Checklist (Michael Jellinek).

trabajo de esta Unidad el programa dispone de “guías” que orientan el desarrollo del taller “Trabajando Juntos por la salud mental en la escuela”.

f. Evaluación y Seguimiento del Programa.

Con el objetivo de evaluación regular y permanente de la gestión del programa y de la efectividad del modelo de intervención propuesto, es que se incorpora la revisión, sistematización y análisis de la información recogida para cada unidad o componente del programa, en los distintos momentos de implementación del HPV, en cada una de las comunas y escuelas que participan en el Programa.

Apoyan este trabajo evaluativo existe la aplicación de encuestas de satisfacción de los usuarios del programa, en actividades programadas durante las distintas etapas; y la autoevaluación sistemática de cada equipo ejecutor.

Habilidades para la vida 2

Por su parte, el Programa HpV II está orientado a niños y niñas del segundo ciclo básico (5º - 8º año). Las unidades que lo componen son las siguientes:

A. Promoción del bienestar y convivencia positiva en la comunidad educativa.

Con el propósito de promover la salud mental, favoreciendo el desarrollo de espacios protectores, clima escolar positivo y que promuevan la resolución no violenta de conflictos entre los actores de la comunidad educativa, lo equipos ejecutores, en conjunto con los actores de la comunidad escolar, despliega actividades de acompañamiento al fortalecimiento de relaciones interpersonales saludables que favorezcan la adquisición de actitudes, interacciones y comportamientos protectores de la salud mental, con distintos destinatarios y énfasis:

- Bienestar de profesores, equipo de gestión y directivos de escuelas,
- Convivencia positiva y clima de aula, desarrollo de habilidades en estudiantes para la convivencia escolar,
- Apoyo a reuniones de apoderados para sensibilizar y compromiso familias en convivencia positiva en la escuela,
- Jornada por escuela para promover convivencia escolar positiva.

B. Detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo.

Con el propósito de promover detectar problemas psicosociales y conductas de riesgo, para la tomar decisiones de intervención, implementar derivaciones a atención y hacer seguimiento de la evolución del riesgo psicosocial, el programa aplica instrumentos de detección del riesgo psicosocial en 6º básico: TOCA-RR (adaptado) y el Cuestionario de autorreporte PSC-Y (para población adolescente).

C. Prevención de Problemas psicosociales y conductas de riesgo

Con el propósito de modificar factores de riesgo psicosocial y comportamientos desadaptativos, se desarrollan talleres, que incorporan a sus padres y profesores, para el desarrollo de habilidades y conductas que previenen dificultades de orden psicosocial que afectan negativamente el desempeño escolar de los estudiantes con conductas de riesgo evaluados según cuestionario TOCA-RR.

D. Derivación y Seguimiento a la atención de estudiantes detectados con problemas de salud mental y/o psicosociales.

Con el propósito de identificar estudiantes con riesgo en salud mental crítico que requieran acceder a diagnóstico y tratamiento en salud mental en la red local de salud, el equipo ejecutor, a partir de los resultados de los cuestionarios (TOCA-RR y PSC-Y), selecciona a los adolescentes que se encuentren en riesgo crítico y que ameriten derivación a salud mental. Las actividades de esta unidad son:

1. Identificación de estudiantes con antecedentes en cuestionarios que fundamentan derivación.
2. Realización de entrevista de derivación.
3. Seguimiento a la atención en red de salud.

E. Seguimiento y Desarrollo de Red Local de Apoyo al Programa

Con el propósito de articular una red de apoyo local que facilite y asegure la coordinación entre la escuela y los centros de apoyo y programas de atención psicosocial existentes en el nivel comunal local y apoyar la instalación de competencias en la comunidad educativa para el desarrollo efectivo del trabajo psicosocial

El equipo realiza acciones de sensibilización e información y establecer mecanismos que permitan evaluar la efectividad de la red. Las acciones son:

- Diagnóstico situacional de las escuelas y la Red, jornada comunal de lanzamiento del Programa,
- Jornada anual de trabajo de evaluación y programación,
- Difusión de actividades, logros y resultados.

F. Evaluación y seguimiento de las acciones y los resultados.

Con el propósito de realizar una evaluación regular y permanente de la gestión del programa y de la efectividad del modelo de intervención propuesto, el programa incorpora la revisión, sistematización y análisis de la información recogida para cada unidad o componente del programa, en los distintos momentos de implementación del en cada una de las escuelas y comunas. Para el seguimiento de la ejecución, JUNAEB ha elaborado formatos de informes anuales, pautas y planillas de registro, su sistematización y análisis, con apoyo informático.

Programa de Apoyo Psicosocial

El Programa de Apoyo Psicosocial tiene por finalidad propiciar la capacidad de desarrollo de competencias de niñas, niños y jóvenes, a través de acciones que permitan reforzar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo, de este modo lograr favorecer la mantención y éxito en el sistema educacional de estudiantes en condición de vulnerabilidad social.

El Área de Apoyo Psicosocial pretende contribuir al fortalecimiento de la Educación pública, a través de los diversos programas. Con el fin de reforzar los factores protectores de nuestros estudiantes, se trabaja bajo los enfoques de derecho, inclusión social y género.

El Área de Apoyo Psicosocial, se encuentra integrada por tres componentes:

Componente		Grupo Objetivo
2.	Recreación	Campamentos
		Niños, niñas y adolescente de 8 a 18 años, matriculados en

Integral	recreativos (CRE)	establecimientos educacionales vulnerables
	Escuelas abiertas (EA)	Niños, niñas y adolescentes cursando el nivel de transición (NT1 – NT2) y educación básica
	Actividades recreativas culturales	Niños, niñas y adolescentes matriculados en establecimientos educacionales vulnerables. La definición de la edad depende de la Región
3. Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE)	Promoción	Comunas y/o establecimientos con alta concentración de estudiantes con riesgo socioeducativo y en condición de embarazo, maternidad o paternidad (EMP)
	Prevención de la desescolarización	Estudiantes que reciben la beca BARE (Beca de Apoyo a la Retención Escolar) y estén cursando enseñanza básica o media en condición de embarazo, maternidad o paternidad; o que estén cursando la enseñanza media y presenten alto riesgo socioeducativo
4. Escuelas saludables para el aprendizaje (ESPA)		Todos los estudiantes que encuentran en establecimientos educacionales subvencionados,

Recreación Integral

Busca contribuir a la equidad e igualdad de oportunidades en el ámbito educativo, generándose una instancia que permita el acceso a vacaciones de un segmento de esta población, que se encuentra en desventaja social, este programa se subdivide en 3 estrategias, a saber:

- *Campamentos recreativos (CRE)*: Está dirigido a niños, niñas y adolescente de 8 a 18 años, matriculados en establecimientos educacionales vulnerables, priorizados de acuerdo al Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE). Los campamentos recreativos tienen como principales líneas de acción: promoción de estilos de vida saludable; buen uso del tiempo libre; e igualdad de género y promoción de derechos de los niños y niñas. La incluye alojamiento, alimentación, seguridad, actividades recreativas-formativas, atención permanente de los niños, niñas y adolescente por parte de monitores(as) y se realizan durante las vacaciones escolares (invierno-verano)
- *Escuelas abiertas (EA)*: Dirigidos a niños, niñas y adolescentes cursando el nivel de transición (NT1 – NT2) y educación básica, matriculados en establecimientos educacionales vulnerables, priorizados de acuerdo al Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE). Esta estrategia consiste en abrir las escuelas en periodo de vacaciones escolares (verano – invierno) y realizar al interior de una escuela (designada por la comuna) actividades de recreación integral durante el día (no incluye pernoctación). La modalidad incluye alimentación (seguridad, refuerzo educativo, actividades recreativas- formativas, atención permanente a los niños y niñas por parte de monitores. Las actividades se enmarcan en hábitos de estudio, hábitos de vida sana, desarrollo personal y actividades recreativos culturales.
- *Actividades recreativas culturales*: Dirigidos a niños, niñas y adolescentes matriculados en establecimientos educacionales vulnerables, priorizados de acuerdo al Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE), los rangos específicos de edad dependerán de los criterios que definan las regiones. Esta estrategia consiste en ejecutar actividades recreativas, culturales y/o artísticas (visitas a museos, teatros, santuarios de la naturaleza, entre otros) en período escolar, pudiendo desarrollarse al interior del establecimiento y/o fuera de éste.

Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE)

Busca contribuir a la permanencia de los estudiantes en el sistema escolar, de modo que logren concluir sus doce años de escolaridad.

Este programa se encuentra en algunas comunas y/o establecimientos con alta concentración de estudiantes con riesgo socioeducativo y en condición de embarazo, maternidad o paternidad (EMP), y tienen un componente promocional y otro preventivo:

- *Componente promocional:* actividades que se desarrollan a todos los estudiantes de las comunas o establecimientos educacionales seleccionados, cuyos objetivos son:
 - Contribuir al desarrollo de competencias y habilidades psicosociales y socioeducativas
 - Promover factores protectores en el entorno educativo que permitan la permanencia de los estudiantes en el sistema escolar.
- *Componente preventivo de la desescolarización:* actividades dirigidas específicamente a estudiantes que reciben la beca BARE (Beca de Apoyo a la Retención Escolar) y estén cursando enseñanza básica o media en condición de embarazo, maternidad o paternidad; o que estén cursando la enseñanza media y presenten alto riesgo socioeducativo, el objetivo de las intervenciones van dirigidas a:
 - Favorecer en los estudiantes en condición de EMP el desarrollo de competencias parentales
 - Fortalecer la articulación de redes locales territoriales para la derivación, seguimiento
 - Articular redes locales que fomenten la coordinación y complementariedad de las intervenciones.

Escuelas saludables para el aprendizaje (ESPA)

Este programa busca promover estilos de vida saludable, enfocados en los condicionantes de actividad física, alimentación saludable y salud bucal en los estudiantes de los establecimientos educacionales priorizados de acuerdo al Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE), está dirigido a todos los estudiantes que encuentran en establecimientos educacionales subvencionados, según el Sistema Nacional de Asignación con Equidad siendo prioritarios los estudiantes que cursen párvulo y el primer ciclo de enseñanza básica, el objetivo de las intervenciones son:

- Promover en los estudiantes de los establecimientos seleccionados, estilos de vida saludable que permita internalizar la importancia de una alimentación equilibrada a través de actividades intra y extraescolar.
- Reforzar en los estudiantes la incorporación permanente de actividad física, como herramienta para mejorar el bienestar a través de actividades físico-corporales.
- Promover en los estudiantes, conocimientos y hábitos de salud bucal, que permitan internalizar la importancia educación en salud bucal.
- Articular la red de apoyo comunal Junaeb en la Escuela que permita una coordinación eficaz y regular entre el Programa, las organizaciones comunitarias, los centros de salud y otras instituciones de apoyo a la infancia, existentes a nivel local.

- Promover en la comunidad educativa y padres y/o adultos responsables, hábitos asociados a la actividad física, salud bucal y alimentación y nutrición saludable, asociados a estilos de vida saludable.
- Integrar a padres y/o adultos responsables y profesores en la implementación del proyecto, como agentes fundamentales en la instalación de prácticas relacionadas a los condicionantes actividad física, alimentación saludable y salud Bucal.
- Promover la participación y adherencia de los estudiantes a los diferentes programas que desarrolle JUNAEB, al interior del establecimiento educacional (por ejemplo, Programa Salud Bucal, servicios médicos).

Programa de Salud Bucal JUNAEB

Desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a estudiantes desde Pre-Kinder a Octavo Básico:

Prestación	Grupo Objetivo(o curso)
Atención odontológica integral (Ingresos)	Kínder y 1° Básico (5 años y no GES de Salud Oral)
Atención odontológica integral (Controles)	Kínder, 1°, 2° y 3° Básico (5, 7 y 8 años)
Urgencias dentales ambulatorias	Kínder a 4° Básico (5 a 9 años)

La derivación, coordinación en interacción con JUNAEB, está limitada a escuelas adscritas al (los) convenio (s) de atención (Municipalidad o Corporación Municipal o Servicio de Salud) existente en la comuna.

- ✓ Este Programa continúa aplicándose bajo el concepto de **intervención temprana** para prevenir la aparición del daño o disminuir el avance de éste, otorgando acciones curativas, promocionales y preventivas.
- ✓ Será de mucha importancia que las **sesiones educativas** sean entregadas según el nuevo diseño del Manual Educativo con la pertinencia a cada grupo etáreo haciéndolas atractivas y generando la integración de los temas de Salud Bucal a los conocimientos adquiridos por ellos. Poder contar con Educadoras (es) que desarrollen las sesiones educativas, continúa resultando relevante por las competencias metodológicas y de manejo que según currículo poseen.
- ✓ La **incorporación de la familia**, padres, apoderados, adultos a cargo de los menores, generará la integración de cada uno de estos actores, multiplicando los contenidos de salud bucal entregados, favoreciendo la continuidad y mantención de las acciones promocionales y preventivas.
- ✓ Otras estrategias necesarias para potenciar la Salud Bucal de la población se ligan con la escuela y la necesidad de incorporar a los profesores en la **línea educativa promocional del Programa**, a través del reforzamiento de los contenidos educativos de Salud Bucal dentro del contexto de los Objetivos Transversales, y de la instalación del cepillado dental en las escuelas.
- ✓ Al mismo tiempo, adquieren especial importancia las actividades conjuntas que el Área de Salud Bucal puede realizar con el **Área Psicosocial**, específicamente en las Escuelas Saludables para el Aprendizaje y en los Campamentos y Escuelas Abiertas de verano, a través de la entrega de contenidos educativos de Salud Bucal, alimentación saludable y promoción de la enseñanza de la técnica de cepillado.

- ✓ Se reitera la importancia de desarrollar en los Módulos Dentales el Modelo de Atención del Programa de Salud Bucal JUNAEB: **integral, incremental y sistemático**, relevando la promoción y la prevención como fundamentales en la mantención de las acciones curativas.
- ✓ Según se estableció el año 2011, la **nomenclatura vigente para las prestaciones** del Programa de Salud Bucal continuará siendo: *Ingresos, Controles, Radiografías y Urgencias*.
- ✓ Entender el Programa como inserto en una comunidad, donde es el establecimiento educacional el espacio donde los beneficiarios directos del Programa (escolares) permanecen la mayor parte del tiempo, debe movilizarnos a **generar estrategias de difusión** y participación al interior de éste. Por lo tanto involucrar a la comunidad educativa en la promoción y prevención de la Salud Bucal seguirá siendo durante este año una tarea a iniciar y/o fortalecer en aquellos lugares donde ya se viene desarrollando.

Criterios para la derivación de problemas de salud en escolares vinculado con la previsión

El control de salud se realiza a todos los niños y niñas independiente de su previsión. Los beneficiarios del sistema FONASA, que requieran prestaciones diferenciadas o evaluación específica (nutricionista, psicólogo, asistente social, etc.), serán derivados a la oferta programática disponible en la red pública de prestaciones de salud, según corresponda. En el caso de que el escolar cuente con otro sistema previsional, se deberá intencionar su derivación, informando al padre, madre y/o cuidadores el motivo de la derivación y la necesidad de la atención.

Lugar de derivación según sistema previsional del niño o la niña.

SISTEMA PREVISIONAL	DERIVACIÓN A
FONASA	Centro de salud comunal
ISAPRE	Red de prestadores definida por la institución
FFAA	Derivar según seguro de salud
SIN PREVISIÓN	Informar a los padres y apoderados , incentivar la inclusión al sistema previsional

Una vez realizado el control y según los hallazgos en la anamnesis o examen físico que requieren de conducta específica, se deberán gestionar las derivaciones pertinentes, refiriendo a los niños y niñas a la red de salud que les corresponda o que se encuentre implementada a nivel local.

Niños y niñas según edad y sexo		
Área	Bandera Roja	Acción a seguir
Desarrollo puberal	Presencia de olor axilar en niños o niñas con edad igual o menor a 5 años, 11 meses y 29 días	Derivación a médico de red de salud de atención primaria para estudio de adrenarquia.
	Presencia de botón mamario en niñas con edad igual o menor a 7 años, 11 meses y 29 días (o en niños de cualquier edad)	Derivación a médico de red de salud de atención primaria o equivalente para descartar de pubertad precoz
	Presencia de menarquía en niñas con edad igual o menor a 9 años, 11 meses y 29 días y desarrollo puberal igual o mayor a Tanner III en niños (si no se realizó en examen físico usar reporte de padres)	Derivación a médico de red de salud de atención primaria o equivalente para descartar de pubertad precoz
Niños y niñas en edad escolar (kínder a 4to básico)		
Área	Problema detectado	Recomendación
Nutrición	Malnutrición por exceso: <ul style="list-style-type: none"> En niños (as) entre 5 y 5 años 11 meses y 29 días: P/T sobre +1ds (Curvas OMS/NCHS) En niños (as) mayores a 6 años: IMC mayor a percentil 85, cuando sea posible corregido por Tanner y de lo contrario por edad cronológica). 	Programa Vida Sana, para recibir intervención multidisciplinaria de atenciones individuales, grupales y sesiones de actividad física (Duración 12 meses) u otro programa o profesional según oferta local. Reforzar acciones de actividad física y alimentación saludable en el contexto escolar y comunitario: Actividades extraprogramática deportiva, revisión de minutas saludables, vincular con apoyo con psicólogo escolar.
	Malnutrición por déficit: En niños (as) entre 5 años y 5 años 11 meses y 29 días: P/T menor a -2ds En niños (as) mayores de 6 años: IMC corregido por tanner o cuando no sea posible por edad cronológica menor a percentil 5.	Derivar con médico y nutricionista de atención primaria de salud o equivalente
	Talla alta (sobre p95) o talla baja (bajo p5): generalmente de origen familiar, sin embargo, debe ser evaluada en búsqueda de causas patológicas.	Derivar con médico de atención primaria o equivalente
Riesgo de enfermedades crónicas cardiovasculares	<i>Acantosis nigricans</i>	Derivar a Médico y nutricionista de atención primaria o equivalente
	Perímetro de cintura mayor al percentil 90	
	Presión arterial sobre p90 según tablas (corregido por percentil de talla).	Derivar a médico de atención primaria o equivalente
Sospecha de Asma Bronquial	Signos de asma bronquial, según cuestionario de salud infantil	Derivar a médico IRA o a kinesiólogo sala IRA según flujogramas
Ortopedia	Escoliosis y/o dorso curvo.	Derivación a evaluación JUNAEB con kinesiólogo, para evaluar derivación con traumatólogo.

	<p>Claudicación de la marcha: Cualquier cojera o asimetría de la marcha debe ser evaluada por médico</p> <p>Pie plano rígido o pie plano flexible doloroso: El pie plano flexible no asociado a dolor es normal a esta edad</p> <p>Genu valgo a esta edad el genu valgo es habitualmente fisiológico, solo derivar si presenta asimetrías o claudicación de la marcha asociada</p> <p>Genu Varo generalmente fisiológico, derivar si es muy marcado, presenta asimetrías o claudicación de la marcha asociada</p>	Derivación a médico APS.
Oftalmológico	<p>Alteraciones visuales: test de snellen alterado, Los criterios de derivación según agudeza visual son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A los cinco años: visión <20/40 o una diferencia de dos líneas o más entre un ojo y otro (aunque un ojo tenga 20/40 y el otro 20/25). - Seis años o más: <20/30 o una diferencia de dos líneas o más entre un ojo y otro (aunque un ojo tenga 20/30 y el otro 20/20). 	<p>En preescolar, escolares de 1º t 6º básico, Derivación a evaluación Tecnólogo Médico de oftalmología de JUNAEB</p> <p>En el resto de los escolares derivar a Médico de APS, para evaluación de derivación con especialista</p>
	Estrabismo (GES)	Derivar según flujogramas GES
Otorrinolaringológicos	Roncopatía CON pausas respiratorias, según lo declarado en cuestionario de salud de niños y niñas llenado por la madre (independientemente si tiene o no hipertrofia amigdalina al examen físico) o lo declarado directamente por los padres	Derivar a médico APS.
Salud Mental	Detección de factores de riesgo psicosocial (PSC ≥ 64)	Derivación a consulta de salud para diagnóstico en atención primaria para evaluación
	Sospecha de bullying con alteraciones en el estado emocional y/o problemas conductuales en el niño o niña	Derivación a consulta de salud para diagnóstico en atención primaria para evaluación e intervención en coordinación con escuela.
	Sospecha de negligencia, maltrato o abuso sexual	Coordinarse con director y profesor jefe para evaluación de caso y plan a seguir.
	<p>Presencia de conductas asociadas a problemas psicosociales detectadas en la anamnesis:</p> <p>Conductas regresivas, tales como volver a orinarse y chuparse el dedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja importante en el rendimiento escolar, inasistencias reiteradas y deserción escolar. 	Derivación a equipo de salud mental para evaluación clínica y confirmación diagnóstica.

Genitourinario y anal (según examen físico o declaración la mamá en Cuestionario de Salud de niños y niñas)	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de enuresis o encopresis - Sospecha de criptorquidea - Sospecha de hidrocele - Sospecha de sinequías - Sospecha de vulvovaginitis - Sospecha de hernia inguinal - Sospecha de fimosis - Sospecha de parásitos 	Derivación a médico de atención primaria o de red correspondiente Diferenciar DG por examen a sospecha por cuestionario
Salud Bucal 1º básico (6 años)	Derivar a control odontológico a todos los niños y niñas de 6 años (GES)	Derivar a odontólogo red prestadores correspondiente (GES)
Salud Bucal (urgencias de kínder a 4to básico)	Dolor dental	Derivar a urgencia Odontológica ambulatoria
	Aumento de volumen bucal (Hinchazón)	
	Traumatismos dento alveolares (caídas, golpes, perdida traumática de dientes)	
	Sangrado posterior a extracción dental	

Indicaciones a los Padres

Una vez finalizada la evaluación, debe entregarse **por escrito**, tanto a los padres, madres o cuidadores de niños y niñas que no tengan factores de riesgo como a los que sí, de modo de retroalimentarlos.

De indicarse claramente:

- Diagnóstico
- Derivaciones, en caso que corresponda.
- Indicaciones para los padres.

En caso de niños en que se detecten banderas rojas: Debe notificarse al profesor jefe de los problemas detectados y los flujos de cada niño (por escrito). Dicha notificación también debe ir por escrito para los padres en conjunto con las acciones a seguir. El profesor jefe debe contribuir al seguimiento de estos niños, para que sean oportunamente intervenidos. Se debe intencionar la atención del niño o niña por médico o profesional que corresponda en un CESFAM (y la inscripción cuando no exista) o centro de atención secundaria cuando corresponda. Si el niño pertenece al sistema privado de salud, se debe indicar atención por pediatra o especialista según problema detectado. Es fundamental que el niño o niña acuda acompañado por sus padres a dichos controles de salud.

En caso de existir problemas de salud generalizados a nivel curso se sugiere capacitación por el equipo de salud a los profesores para empoderarlos en los temas. También cuando los profesores declaren necesidad de dicha capacitación.

Siempre se deben entregar indicaciones promocionales y preventivas en forma grupal y participativa a nivel de curso. Estas indicaciones serán entregadas por el profesor en conjunto con el profesional de la salud de acuerdo con los problemas más prevalentes detectados en el curso y de acuerdo con los objetivos promocionales asociados a cada edad.

A continuación se muestran las indicaciones recomendadas, según se encuentra presente la madre, padre o cuidador en el control de salud:

Indicar el uso de **SALUD RESPONDE** 600 360 7777 en caso de dudas o necesidad de orientación (incluyendo urgencia) en relación a la salud del niño o la niña.

Indicaciones en presencia de la madre, padre o cuidadores principales

Los niños y las niñas aprenden casi todo observando lo que hacen y dicen otras personas, especialmente sus padres, madres y cuidadoras y cuidadores. La mejor manera de educar e inculcar hábitos y costumbres en los niños y las niñas es a través del ejemplo. La madre, padre o adultos significativos deben modelar la conducta que esperan ver en los escolares.

Reforzar hábitos saludables

Alimentación:

- Indicar 4 comidas al día: desayuno, almuerzo, onces y cena.
- Recaltar la importancia de comer en familia.
- El desayuno es fundamental a esta edad y debe incluir un lácteo descremado, pan (una rebanada con acompañamiento) y fruta.
- Las colaciones idealmente deben ser enviadas desde la casa, privilegiando frutas, lácteos descremados o panes pequeños.
- Reforzar el consumo de agua potable sin agregados.
- Almuerzo y cena balanceadas (Ver sección "Alimentación y suplementación", Capítulo 5)
- Evitar la "onces-comida" en reemplazo de la cena.

Actividad física:

- Fomentar la actividad física diaria de al menos 60 minutos, en el colegio o extraescolares.

Actividades extraprogramáticas

- Según los intereses y horario de cada niño o niña, fomentar la participación en grupos que puedan permitir conocer a otros niños y desarrollar sus habilidades.

Salud bucal

- Lavado de dientes después de cada comida con cepillo de cerdas suaves.
- Se sugiere que el lavado de dientes sea supervisado y ayudado por un adulto hasta que sepa escribir bien (motricidad fina).
- *Hasta los 5 años 11 meses:* cepillado de dientes con pasta fluorada de 400-500 ppm,
- *A partir de los 6 años:* cepillado de dientes con pasta fluorada de 1.000 a 1.500 ppm.
- *A los 6 años derivar a atención Odontológica* (GES - Salud oral integral para niños de 6 años)

Cuidado de la piel

- Uso de bloqueador solar todo el año, independiente del clima en todas las áreas fotoexpuestas, hipoalergénico y factor solar sobre 30 SPF. Aplicar al menos 20 minutos antes de la exposición y repetir cada dos horas.
- Evitar exposición al sol entre las 11 y 16 horas.
- *A todo escolar con tatuajes o piercings*, indicarle que para prevenir infecciones o contagio de enfermedades como el VIH o hepatitis B u otras, los procedimientos deben realizarse en las siguientes condiciones:
 - o En establecimientos autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional.
 - o Verificar que la persona que realiza el procedimiento esté autorizada por la SEREMI de Salud y esté vacunada contra la hepatitis B.
 - o Comprobar que el material cortopunzante que estará en contacto con piel o mucosas sea desechable y de uso único.
 - o Comprobar que el material no cortopunzante reutilizable que entre en contacto con sangre durante el procedimiento, sea lavado y esterilizado antes de ser utilizado en otra persona.

Prevención del consumo de tabaco y alcohol:

- Evitar exponer al niño o la niña a lugares donde se consuma tabaco, tanto abiertos como cerrados, explicar que los padres son un modelo en el consumo de tabaco y alcohol. Motivar a la madre, padre o cuidadores a dejar el consumo de tabaco, explicar a los niños y las niñas qué les puede ofrecer tabaco, alcohol o drogas y enseñar las

consecuencia del consumo y cómo decir que no.

Prevención de trauma acústico:

- Indicar que escuche música a no más del 75% del volumen del reproductor, por períodos cortos y usando audífonos supra-auriculares (con cintillo), pues disminuyen la intensidad del sonido en 12 decibeles y atenúan mejor el ruido ambiental.

Uso de pantallas: Fomentar el uso adecuado y seguro, siguiendo las recomendaciones [22] [23]:

- Mantener televisor, computadoras y los equipos de juego fuera de la habitación del niño o la niña, instalarlos en zonas comunes, donde puedan ser vistos mientras los utilizan.
- No superar las 2 horas diarias y establecer horarios de exposición, de modo de asegurar que los contenidos de los programas disponibles sean adecuados o que no interfieran con sus horas de sueño.
- Conocer los sitios web y aplicaciones telefónicas que utilice el niño o la niña, especialmente aquellos donde pueden exponer información personal.
- Conocer a las personas con las que se vincula el niño o niña por medio de internet, asegurarse que no sean desconocidos, aunque aparenten ser niños o niñas, dado que muchas veces hay personas adultas que simulan serlo para acercarse y obtener información o fotografías de ellos o ellas.
- Indicar que internet es una gran herramienta, pero que debe ser usada de manera segura, por lo tanto se debe enseñar al escolar que mantenga oculta su información personal, ni aceptar a personas que no conozcan en redes sociales.
- Advertir sobre la presencia de páginas engañosas que llevan a contenidos inapropiados o riesgosos.
- Evitar publicar fotos de ellos o los amigos online o en chats, sacarse fotos sexualmente explícitas.
- Enseñar que toda información publicada online puede ser vista, adulterada y utilizada eventualmente por cualquiera.
- Si alguna vez desea conocer a algún amigo o amiga virtual, siempre debe ser acompañado por un adulto.
- Enseñar a los niños y las niñas que si experimentan alguna situación indeseada en Internet o en otras redes sociales deben comunicarlo a sus padres o cuidadores, sin importar la información que hayan compartido.
- En caso de que el niño o la niña se vea en problemas dado al uso indebido de las redes sociales: evitar sancionar por comunicar problemas, proteger al niño o niña, reforzar la conducta de informar a los padres.

Prevención de accidentes,

- Usar alzadores (desde 18 kilos), cinturón de seguridad (desde 36 kilos y 145) en asiento trasero, uso de cascos para bicicletas, enseñar y respetar las normas del tránsito, para más detalle ver sección prevención de accidentes.

Salud socioemocional

- *Incentivar que el niño o la niña tenga amigos y amigas y que se involucre en actividades sociales considerando sus gustos y preferencias, a través de las visitas a casa de amigos, asistir a cumpleaños y actividades extraprogramáticas en la escuela.*
- *Enseñar al niño o la niña a hacer respetar sus derechos y los de los demás.*
- *Indicar a la familia que las restricciones y protección deben ser las mismas para las hijas y los hijos, independiente de sexo.*
- *Recomendar que los padres presten atención a su hijo o hija, considerar sus opiniones en la toma de decisiones.*
- *Incentivar la reflexión respecto a valores sociales (tolerancia, disciplina, honestidad, solidaridad, diversidad, etc.) estableciendo conversaciones cotidianas a partir de ejemplos, noticias y situaciones de interés.*
- *Escuchar e involucrarse en las actividades cotidianas del niño o la niña, incentivar que cuente las actividades, anécdotas, conflictos y dificultades que se hayan presentado durante el día. Preguntar de manera abierta “¿Qué hiciste hoy?” es importante*

escucharlo con atención y no interrumpir, ya que esto inhibe la confianza desde la perspectiva del niño/a. En esta etapa es importante para los escolares, que los escuchen y aconsejen sobre todo respecto a cómo enfrentar y resolver conflictos con sus compañeros o profesores.

- *Mediar los conflictos del niño o niña con otros compañeros o amigos*, conversando directamente con los otros padres o profesores. Para ello se debe escuchar las versiones de todas las partes, validar las necesidades de quienes ha estado en el conflicto, visualizar si se han producido daños o agresiones e incentivar la expresión de disculpas o formas de reparación, buscando una solución concreta al conflicto. Estas estrategias son un modelo positivo de mediación de conflictos para el escolar y evitan el uso de estrategias coercitivas o pasivas de afrontamiento.
- *No solicitar al niño o la niña que guarde secretos u oculte información a otros adultos.*

Establecer límites, algunas de las recomendaciones y consejos útiles son [24]:

- *Es importante establecer reglas y ayudar a sus hijos e hijas a cumplirlas para enseñarles a comportarse cooperativamente.* Los niños y niñas se sienten más seguros si saben que existen límites, reglas y si éstas están claras.
- *Progresivamente debe entregarse más autonomía en la medida de que en niño o la niña vaya madurando y mostrando mayor responsabilidad ya autonomía.*
- *Repetir y explicar las reglas a menudo*, esto permitirá que el niño o niña vaya memorizando e interiorizando las reglas.
- *Reforzar que es posible ayudar a sus hijos o hijas a comportarse positivamente sin pegarles, gritarles, retarles ni malcriarles.* Es importante indicar que la violencia física (golpear, tironear, empujar, etc.) y psicológica (insultar, burlarse, etc.) no son maneras sanas de establecer límites, ya que:
 - Dan un mal ejemplo, demostrando su descontrol por la rabia, mientras que lo que se espera es que aprendan a controlarse.
 - El niño o la niña desarrolla enojo y/o miedo hacia la persona que les pega, lo cual causa un distanciamiento y sensación de desprotección, reflejada en conductas tales como no pedir ayuda a los adultos cuando lo necesite, mentir para no ser castigados, etc.
- *Consensuar las normas de crianza y límites con la familia*, cuáles serán las conductas prohibidas, cuáles serán restringidas y cuáles son las esperadas. Además dejar claras las consecuencias (ya sean castigos o refuerzos) que tendrán las acciones. Si existen abuelos u otras personas adultas que queden al cuidado del niño o la niña, es necesario unificar los límites que ellos establecerán con el niño o la niña. Dar a conocer a los niños y niñas que se espera de ellos y cuáles son las sanciones ante no cumplimiento. Esto permite que en los momentos en que no se cumplen las reglas, el adulto no pierda el control y sepa cuál es la sanción, que a su vez ya es conocida por el niño o niña.
- *Indicar que los castigos no deben ser desproporcionales bajo ninguna circunstancia .* Evitar indicar castigos cuando se está enojado, dado que generalmente el castigo suele ser desproporcionado y cuando pasa la reacción emocional se dan cuenta que han exagerado, sintiéndose culpables y levantando el castigo.
- *Ayudar a los niños y niñas a portarse bien, elogiándolos y prestándoles atención cuando se portan bien o en forma cooperativa.* Indicar que un niño o una niña no se malcrian porque los padres, madres y cuidadoras(es) le den un gusto o una recompensa que consideren adecuado. Pero sí sucede, cuando obligan a los adultos a darles en el gusto cuando saben que realmente no deberían hacerlo. No espere hasta que hagan algo malo para entonces castigarlos o darles atención, porque aprenderá que portarse mal sirve para que usted se ocupe de él o ella.
- *Criticar las conductas, pero no la identidad del niño o la niña cuando este no sigue normas o actúa incorrectamente*, por ejemplo: “dejaste todo desordenado, debes recogerlo” y no “eres un desordenado”.
- *No haga caso a los comportamientos irritantes*, cuando se empieza a ignorar los comportamientos irritantes, por un tiempo el niño o la niña intensificará la conducta y luego al no recibir atención de este modo la abandonará definitivamente.

Hábitos de estudio

- Se sugiere tener un lugar bien iluminado y cómodo, libre de distracciones como la televisión y apoyarlo cuando lo requiera. Establecer rutinas para realizar las tareas.
- *Fomentar asertivamente un buen rendimiento escolar*, reforzar los logros escolares en función de las capacidades y ritmos individuales de cada niño o niña. Evitar presionar a través de la amenaza de “quitar cosas”, castigo, los chantajes o comparar con otros compañeros con mejores notas, ya que estas estrategias intensifican la asociación negativa hacia las actividades de aprendizaje escolar.

Anticipar y responder dudas respecto al desarrollo puberal (Ver sección “Desarrollo Puberal”, Capítulo 2):

- El desarrollo mamario de las niñas puede comenzar desde los 8 años (promedio 9 años) y ser asimétrico. Se espera la llegada de la menstruación aproximadamente 2 años después del inicio del desarrollo mamario. durante este período acontecerá un gran crecimiento en las niñas.
- El desarrollo testicular de los niños puede comenzar desde los 9 años (promedio 11 años 6 meses). El crecimiento se inicia de manera más tardía que las niñas.
- En la esfera socioemocional pueden mostrar mayor independencia, ser desafiantes con sus figuras de autoridad y las relaciones con los amigos y compañeros se vuelven más estrechas y complejas, afectándoles más problemas sociales.
- Puede importarle más su cuerpo y su imagen corporal.
- Es necesario respetar su espacio para que el niño o la niña esté solo en la medida que lo requiera.

Indicaciones en ausencia de la madre, padre o cuidadores principales (contexto escolar)

A. *Los diagnósticos e indicaciones deben ser enviados por escrito a los padres o tutores.*

- El diagnóstico debe ser claro y con letra legible.
- En caso de niños o niñas en que se detecten banderas rojas, debe notificarse por escrito a los padres indicando el problema detectado y las conductas a seguir.
- En caso de existir problemas de salud generalizados a nivel curso se sugiere informar a los profesores para empoderarlos en los temas y elaborar un plan en conjunto salud-educación.

B. *Entregar indicaciones promocionales y preventivas en forma grupal* en conjunto con el profesor de acuerdo al rango etario y a los problemas más prevalentes detectados, según recomendaciones entregadas en este documento y otras normativas u orientaciones vigentes:

- Guías anticipatorias para cada edad: Que esperar en lo físico, emocional y cognitivo. Incluir cambios puberales
- Alimentación saludable.
- Actividad física diaria (vincular con recursos de la escuela o del municipio)
- Protección de radiación solar
- Prevención de uso de alcohol y drogas.
- Salud mental:
 - Comunicación efectiva con padres, profesores y amigos, liderazgo, enfrentamiento de matonaje, autocuidado (vincular con Programa de Habilidades para la Vida cuando este exista en la escuela).
- Salud Oral:
 - Correcto cepillado y cuidado de los dientes.
 - Los niños y niñas de 6 años debe ser derivados a odontólogo según GES - Salud oral integral para niños de 6 años.
- Prevención de accidentes y disminución de riesgos:
 - Seguridad en el uso de Internet.
 - Seguridad en vehículos: alzadores y cinturón de seguridad.
 - Seguridad en rodados (bicicletas, skates): uso de cascos, uso de rodilleras.
 - Seguridad al escuchar música: uso seguro de audífonos y volúmenes al cual deben utilizarse.
- Promoción de la salud y prevención de conductas de riesgo
- Otros temas que sean atingentes al grupo a intervenir

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Ministerio de Desarrollo Social, «Encuesta de Caracterización Socioeconómico (CASEN),» Ministerio de Desarrollo Social, Santiago, 2011.
- [2] P. Valenzuela y R. Moore, «Supervisión de Salud: Un Enfoque Integral,» de *Pediatría Ambulatoria: Un enfoque integral*, Santiago, Ediciones Universidad Católica, 2011, pp. 15-20.
- [3] R. D. P. A. A. D. Fernández JR, «Waist Circumference percentiles in national representative (NHANES III),» *J Pediatr*, pp. 145:439-44, 2004.
- [4] T. R. A. & M. R. Lohman, « Anthropometric standardization reference manual.,» Champaign. IL, Human Kinetics, 1988.
- [5] MINSAL, «Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años,» Santiago, 2003.
- [6] M. S. Burrows R, «Estándares de Crecimiento y Desarrollo del Escolar Chileno,» *Rev Chil Nutr*, pp. 26:95S-101S, 1999.
- [7] R. Mercado y V. Valdés, «Síndrome metabólico en la infancia y adolescencia,» [En línea]. Available: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/220.html>. [Último acceso: 25 Noviembre 2013].
- [8] K. M. T. A. Reinehr T, «Lifestyle Intervention in obese children is associates with a decrease of the metabolic syndrome prevalence,» *Atherosclerosis*, pp. 207: 174-180, 2009.
- [9] A. Cattani, «Curso Salud y Desarrollo del Adolescente,» [En línea]. Available: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion01/M1L1Leccion.html>. [Último acceso: marzo 2013].
- [10] MINSAL, «Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual,» MINSAL/UNICEF, Santiago, 2011.
- [11] OMS, Encuestas de salud bucodental, métodos básicos, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.
- [12] MINSAL, Pautas de evaluación Buco-dentaria, Santiago: Ministerio de Salud, 2007.
- [13] MINSAL, Programa de promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares, Santiago: Ministerio de Salud, 2007.
- [14] B. R. A. Palomino H, «Edad y orden de aparición de los dientes deciduales en una población de Santiago,» *Odontología Chilena*, vol. 28, pp. 73-77, 1980.
- [15] MINSAL, Normas en la Prevención e Intercepción de anomalías Dentomaxilares, Santiago: Ministerio de Salud , 1998.
- [16] Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica, «Oftalmología Pediátrica,» Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica, 2013. [En línea]. [Último acceso: 2014 Febrero 2014].
- [17] Ministerio de Salud, «¿Cuándo sospechar un cáncer y cómo derivar?,» MINSAL, Santiago, 2010.
- [18] Ministerio de Salud , Guía Clínica de Estrabismo en menores de 9 años, Santiago: MINSAL, 2006.

- [19] D. Ossandón, «Videoconferencia: Evaluación oftalmológica en control de salud infantil,» de *Videconferencias Técnicas Programa Nacional de Salud en la Infancia*, Santiago, 2012.
- [20] Cincinnati Children`s Medical Center, «Best Evidence Statement (BEST),» Enero 2009. [En línea]. [Último acceso: marzo 2013].
- [21] L. a. B. I. National Heart, «National Heart, Lung, and Blood Institute,» Summer 2004. [En línea]. Available: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/child_tbl.htm. [Último acceso: 07 Febrero 2014].
- [22] «Healthy active living: Physical activity guidelines for children and adolescents,» Canadian Pediatrics Society , 1 Abril 2012. [En línea]. Available: <http://www.cps.ca/documents/position/physical-activity-guidelines#ref13>. [Último acceso: 14 Febrero 2014].
- [23] Canadian Pediatrics Society, «Preventive Care,» Canadian Pediatrics Society, [En línea]. Available: <http://www.cps.ca/english/statements/CP/PreventiveCare/GHRPage2.pdf>. [Último acceso: 17 Diciembre 2013].
- [24] OMS, «Familias Fuertes,» Organización Panamericana de la Salud, 27 Julio 2010. [En línea]. Available: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3189&Itemid=2420&lang=es&limitstart=1. [Último acceso: 06 Marzo 2014].