



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATII20618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: VI Número: 1 Artículo no.:36 Período: 1ro de septiembre al 31 de diciembre del 2018.

TÍTULO: La educación para la salud de niños con necesidades especiales.

AUTORES:

1. Máster. Martha López Quincha.
2. Máster. Geofre Javier Pinos Morales.
3. Lic. Ximena Isabel Calderón Mena.
4. Lic. Alejandra Estefania Flor Gavilánes.
5. Máster. Diana Catalina Ayala Gavilánes,
6. Máster Florcita Janeth Arellano Espinoza.

RESUMEN: La educación para la salud posee una naturaleza preventiva y correctiva, y requiere que el individuo, la familia y otros grupos sociales alcancen los conocimientos precisos en torno a prevenir determinados padecimientos, su medular función no se encuentra en soslayar la enfermedad, sino en suscitar estilos de vida saludables. Los, sus docentes alcanzan un rol protagónico para manejar la salud en los centros educativos, ya que sus competencias profesionales les proveen el alcance de estas metas de forma más eficiente, comparados con otros profesionales.

PALABRAS CLAVES: educación para la salud, niños con necesidades especiales.

TITLE: Health Education of children with special needs.

AUTHORS:

1. Máster. Martha López Quincha.
2. Máster. Geofre Javier Pinos Morales.
3. Lic. Ximena Isabel Calderón Mena.
4. Lic. Alejandra Estefania Flor Gavilánes.
5. Máster. Diana Catalina Ayala Gavilánes,
6. Máster Florcita Janeth Arellano Espinoza.

ABSTRACT: Education for health has a preventive and corrective nature, and requires that the individual, the family and other social groups reach the precise knowledge about preventing certain sufferings, its core function is not to avoid the disease, but to arouse styles of healthy life. Their teachers achieve a leading role in managing health in educational centers, since their professional competencies provide them with the scope of these goals more efficiently, compared with other professionals.

KEY WORDS: education, health education, children with special needs.

INTRODUCCIÓN.

En el siglo XXI, la salud ha mutado de constituir un tema ancilar en la educación a ser un asunto medular de las inquietudes de sus políticos y administradores, así también de los profesionales que laboran en ella. Tanto la limpieza como la higiene presentan una tradición antigua en textos educativos y en los manifiestos clásicos sobre educación, como alternativas para fortificar la salud y dominar las voluntades de infantes y jóvenes. Así, la sobriedad y la templanza han sido entendidas tanto condiciones éticas como conductas saludables. De esta manera, la higiene y el cuidado corporal han sido estimados en la tradición pedagógica como obligaciones personales y para con los demás; no obstante, en la contemporaneidad han ocurrido tres sucesos que conceden a la Educación para la Salud un protagonismo insólito: la nueva idea de la salud, la racionalización científica y

tecnológica de la vida y la fragilidad del planeta Tierra, que pone en riesgo la salud y la estabilidad del ciclo vital (Escámez, 2002).

En los años ochenta, con la enunciación del marco teórico de la promoción de la salud en la Carta de Ottawa, comienza a ganar intensidad una nueva concepción del abordaje de la salud en contextos escolares.

Las metodologías abandonan los enfoques hacia la prevención de la enfermedad para buscar incidir, además, en la optimización de los elementos que pueden condicionar la salud en el ambiente escolar. Desde dicha visión, las intervenciones toman como su objeto a los niños, a la totalidad de la comunidad educativa y a la institución misma. Se quiere que su incidencia vaya más allá del espacio áulico, al entender que los infantes pueden constituir actores de salud, si son educados convenientemente para este fin. Se piensa que a través de la implementación de metodologías educativas participativas se les puede instar a señalar y a adoptar costumbres saludables y a reconocer el influjo que protagoniza en la salud su contexto físico y social próximo, deseando que sean competentes al intervenir en su mejoramiento. Desde esta nueva perspectiva, los docentes alcanzan un rol protagónico para manejar la salud en los centros educativos, ya que sus competencias profesionales les proveen el alcance de estas metas de forma más eficiente, comparados con otros profesionales (Davó, Gil, Vives, Álvarez y La Parrad, 2008).

DESARROLLO.

Si bien la educación para la salud posee una naturaleza preventiva y correctiva, y requiere que el individuo, la familia y otros grupos sociales alcancen los conocimientos precisos en torno a prevenir determinados padecimientos, su medular función no se encuentra en soslayar la enfermedad, sino en suscitar estilos de vida saludables. Posee un enfoque positivo de ayuda y potencialización del individuo para la contribución y manejo de su propia salud y así lograr el desarrollo en un proceso de salud integral.

Las prácticas saludables no son resultado de un conjunto de posiciones independientes, sino que se encuentran insertas en un ambiente o red social formados por unos ciertos estilos de vida, por lo que consecuentemente, las estrategias educativas y las finalidades de transformación en la educación para la salud deberán enfocarse al grupo de conductas y a los entornos donde tienen lugar, pues resulta dificultoso que ocurra una transformación de la conducta si al mismo tiempo no se facilitan los cambios ambientales requeridos (Perea, 2001).

La educación para la salud, si bien es entendida como una rama esencial de la Promoción de la Salud y como un componente de la Atención Primaria en Salud, ha sufrido poco desarrollo en las políticas de salud, y de forma específica en los Programas de Promoción de la Salud. En cuestión, ha tomado como base modelos educativos de tipo tradicional, de naturaleza informativa, conductista o persuasiva comunicacional con exiguu alcance, poco entendidos y en varias ocasiones no satisfactorios para los involucrados. Determinados intentos por iniciar transformaciones a la praxis educativa en salud se vuelven dificultosos gracias a la resignificación de las propuestas alternativas de educación condicionada por pensamientos hegemónicos, situación que permite el mantenimiento del estado de cosas y se limita el poder de transformación de las nuevas fórmulas.

El contexto narrado anteriormente incide en una educación que suscita la imposición de contenidos y significados de forma unilateral a través de los profesionales de la salud, y en la aceptación de enfoques nada dialógicos o democráticos, inversos a los paradigmas de la promoción de la salud en su búsqueda de lograr el empoderamiento de los individuos y los entornos comunitarios para que actúen más productivamente en la edificación de óptimas condiciones de salud y bienestar individual y colectivo; por lo tanto, los protagonistas (docente y estudiante) entienden a la educación de forma paradójica, pues mientras que evalúan sus logros alcanzados, comunican frustración cuando la distinguen como limitada para dar respuesta a sus inquietudes y necesidades, o cuando no se consiguen las transformaciones de carácter esperadas (Bastidas, Pérez, Torres, Escobar, Arango y Peñaranda, 2009).

El objetivo principal de la educación para la salud es que los individuos obtengan alta cultura médica para impedir las enfermedades a través de métodos a su disposición, como pueden ser la adquisición de costumbres promotoras de salud que de cierta forma pasan a constituir su diario vivir. La tendencia de la medicina moderna debe orientarse a la prevención, puesto que lo ideal, económico y ansiado es que se dominen las enfermedades evitables; por supuesto, dicha perspectiva no siempre se alcanza; no obstante, si la población escolar aprende a distinguir los síntomas esenciales del padecimiento, solicitará atención médica en períodos en que las enfermedades presentan una probabilidad mayor de ser curadas y de que no se presenten secuelas (Roque, 2014).

Teniendo en cuenta que la alimentación y la nutrición se establecen como procesos condicionados por elementos biológicos, ambientales y socioculturales, y que en el periodo infantil contribuyen a un desarrollo y evolución óptimos, así como a una maduración biopsicosocial, resulta un requerimiento que los niños formen en esta etapa hábitos alimentarios saludables; no obstante, para lograr este objetivo se deben analizar factores fisiológicos, sociales y familiares, donde estos últimos provocan una fuerte incidencia en los patrones de consumo (Macías, Gordillo y Camacho, 2012).

Sin dudas, la educación para la salud debe complementarse y desarrollarse en el hogar, la institución educativa, el centro laboral y la comunidad. Los niños, por su parte, deben ejecutar determinadas tareas laborales junto a su periodo de estudio, trabajo y recreación (Dueñas, 1999).

La educación para la salud beneficia la salud de los infantes si se capacita a los educadores para alcanzar las metas planteadas en torno a su salud y mejoramiento de la calidad de vida, al evitar la morbilidad, los padecimientos y la minusvalía, en el contexto de tres estrategias medulares: promoción de ideas, capacitación y apoyo. De cierta forma, existe un acuerdo en que estas estrategias resultan ventajosas y necesarias, y que cualquier lucha por la obtención de un equilibrio de poder debe estar condicionada en los requerimientos de salud de la población y en el ambiente en que esa búsqueda tenga lugar (Sanabria, 2007). A continuación se reflexiona sobre la educación para la salud dirigida a niños con necesidades especiales.

Desde una perspectiva general, se entiende que un infante presenta Necesidades Educativas Especiales (NEE), cuando debido a una extensa cantidad de factores demuestra dificultades mayores si se compara con el resto de sus compañeros, en torno al acceso a los aprendizajes inherentes a su edad o curso y necesita para compensar dichas dificultades, ayuda extraordinaria e individualizada, y que al no proveérsele minimizan sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje; por ende, las NEE incluyen un espectro de necesidades como discapacidades físicas, mentales, sensoriales y cognitivas, así también problemas de aprendizaje, sociales y emocionales. Dicha definición general incluye, además, a niños y adolescentes cuyas dificultades proceden de factores sociales como la pertenencia a comunidades étnicas o minorías en menoscabo, poseer una lengua materna alterna a la dominante, situaciones sociofamiliares de desventaja o embarazo adolescente (López y Valenzuela, 2015).

En otro aspecto, varios de estos infantes son tildados de indisciplinados, traviosos o mal educados, por su imposibilidad para conservar la atención dentro del aula de clases por periodos extensos, por lo que no obtienen ningún apoyo psicológico, ya que no son enviados a evaluación y consecuentemente no son reconocidos como tales, situación que aumenta la posibilidad de constituirse como repetidores, factor que incide, además, en el abandono escolar. Dicha doble problemática se relaciona con dos de los desafíos notables del sistema de integración educativa que se ejecuta en varios países latinoamericanos hoy: la organización y la gestión escolar y su incidencia en los resultados educativos; y los contextos para conseguir la positiva integración educativa de los niños con necesidades educativas especiales (Duarte, 2003).

Varias investigaciones elaboradas en función de las creencias, representaciones y actitudes de los docentes frente a la integración escolar, ofrecen datos de que las concepciones que estos elaboran sobre el fenómeno de la integración, incidirán en la puesta en marcha que hacen de la misma. Aceptar la diversidad, desde sus disímiles magnitudes como las relacionadas con la cultura, las destrezas, las motivaciones y las perspectivas, desde los más a menos dotados, como el ejemplo de estudiantes discapacitados, significa una enorme responsabilidad, al tenerse en cuenta el grupo de

representaciones, creencias y estereotipos que imponga la sociedad, de los niños discapacitados, y en consecuencia, con las ideas que se va estableciendo el colectivo docente. Las representaciones que formulan las personas acerca de cierto hecho, objeto o individuo, específicamente el profesorado que labora con niños que presentan discapacidad en el espacio común del aula, va más allá de la actuación pedagógica, al posibilitar conocer lo que piensan o conjeturan sobre estos infantes (Damm, 2009).

El concepto “niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud” (NANEAS) fue instituido inicialmente en el año 1998, en Estados Unidos de América, para incluir a los que presentan o tienen riesgo de presentar una enfermedad crónica de naturaleza física, conductual o emocional o de desarrollo, y que también necesitan mayor uso de servicios en salud; por otro lado, el incremento de la esperanza de vida de estos infantes incide en que muchos de estos lleguen a la adultez. En promedio, el 90% de los infantes con enfermedades crónicas sobrevive mínimamente hasta los 20 años, situación que exige un traspaso de su cuidado desde el pediatra al internista. Dicho contexto posiblemente incida en la carga asistencial y en la utilización de recursos en los servicios de adultos en un futuro próximo (Flores, Carrillo, Karzulovic, Cerda, Araya, Matus, Llévenes, Menchaca y Vargas, 2012).

La perspectiva tradicional en el manejo terapéutico de niños con necesidades especiales ha consistido en el hallazgo de un diagnóstico sindromático a cargo de un neurólogo y/o psiquiatra infantil y el señalamiento de potenciales terapias individuales que incidan positivamente sobre ciertas zonas del desarrollo descritas con anterioridad. Los diagnósticos suelen descansar en las categorías propuestas en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) y la rehabilitación enfatiza en la promoción del desarrollo del lenguaje y de habilidades cognitivas, añadiendo terapias que fortifiquen el sistema motor si el infante muestra problemas en esta zona del desarrollo. Cada infante con trastornos del desarrollo presenta un perfil único de fortalezas y debilidades propias, relaciones familiares y destrezas funcionales del desarrollo, si bien

comparten un mismo diagnóstico sindromático (Síndrome de Down, Autismo, Déficit de Atención Hiperactivo, Trastorno de Lenguaje). (Breinbauer, 2006).

Si bien el ritmo, el idioma, el estilo o los escenarios de aprendizaje nunca serán semejantes para todos, deberían ser factibles varias perspectivas formales o menos formales, en tanto permitan un aprendizaje óptimo y concedan una condición social similar. La educación inclusiva permite oportunidades de desarrollo con eficacia, aprueba el traspaso de maneras multivariadas de conocimiento, desarrolla las alternativas para dar respuesta a problemáticas, vigoriza las formas de sobrevivencia, calma la competencia selectiva y se aprovecha de la fortaleza solidaria, prohíbe la violencia y refuerza la seguridad, soluciona la injusticia y educa para la paz, y aprueba eternizar la sabiduría multicultural e intercultural de las etnias (Booth y Ainscow, 2000).

Los niños con necesidades especiales constituyen un grupo poblacional de alto riesgo por sus varios problemas médicos, sociales y psicológicos. Los padres de estos sufren, en consecuencia, de disímiles problemas que inciden en altos niveles de depresión y estrés, y que aparte del trastorno o discapacidad individual de sus hijos, son proclives al maltrato infantil. Resulta conocido que el estrés de los padres de familia se extralimita cuando los requerimientos o la conducta de los infantes se notan como problemáticos. De esta manera, en estas familias existe mayor predisposición a reacciones inflexibles contra los niños gracias a que su manejo significa un mayor desafío como consecuencia de las transformaciones en su desarrollo (Solís, Díaz, Bolívar y García, 2003).

Resultan incuestionables las diferencias entre cada estudiante; sin embargo, la manera de concebirlas proporcionará o dificultará su proceso de integración y aprendizaje. En su aspiración por homogeneizar al grupo, el educador utiliza varios recursos didácticos que terminan enalteciendo las diferencias entre los escolares, pues se establecen como prácticas caracterizadas por valores y juicios individuales, aunque como parte de la práctica docente, frecuentemente constituyen un mecanismo seguro para instaurar el control inevitable sobre el grupo escolar, y de esta manera, para los directivos escolares, el control se muestra como una de las ocupaciones que cualquier docente debe solucionar como condición para desenvolver el trabajo pedagógico; por esto, la actitud del

profesor hacia los estudiantes se valida con base en el factor de autoridad educativa compuesta por tanto la definición del alumno, cimentada en la caracterización que de ellos hace, como la posibilidad que se sugiere en cuanto a su ajuste y desarrollo en el contexto escolar (Mares, Martínez y Rojo, 2009).

La práctica conseguida en varios contextos ha confirmado la importancia de la educación en la primera infancia. La escasez de una estimulación adecuada en la infancia y en la niñez temprana incide directamente en la desnutrición y pobreza como factores esenciales de desventajas y desarrollo tardío. Esto resulta válido para todos los infantes, pero fundamentalmente para aquellos con discapacidades. De esta manera, si se perjudica la percepción sensorial se necesita una estimulación añadida para poder compensarla; pero asiduamente lo que se brinda es todavía menos estimulación. Resulta cierto que las complicaciones de los modelos normales de desarrollo que nacen de una discapacidad son frecuentemente más desventajosas para el infante que los resultados directos de la propia discapacidad.

Hasta cuando el desarrollo de los niños se comporte como muy retrasado, la distancia entre ellos y los pares de sus grupos de edad en este periodo, resulta comparativamente pequeña, por lo que convendrían ejecutarse acciones para atenderlos juntos y en el ambiente de un marco de organización común. El requerimiento de que la situación antes descrita implique tanto a padres como a la comunidad nunca será lo bastante subrayada. El grupo familiar constituye la principal -y en ciertas situaciones la única- manera de estimulación organizada de la cual son objetos dichos infantes. Los exiguos logros a través de una intervención formal, solo se superan estrechando y fortificando las acciones familiares y las relaciones comunitarias (Hegarty, 1994).

Dentro de las estrategias de promoción de la salud en niños con necesidades especiales, la promoción de la resiliencia puede perfeccionar las intervenciones que resaltan las posibilidades de cada infante para superar los problemas durante su ciclo vital. Para conseguir este objetivo, resulta importante tomar conciencia de la situación a través de la administración y superación de la experiencia, además de ofrecer la justa dimensión de los hechos, la declaración de limitaciones, el

autocontrol y el favorecimiento del buen humor. Es imprescindible, también, elaborar las pérdidas afectivas y su consecuente transformación en el papel social, fortalecer la destreza de hablar, solicitar ayuda y la búsqueda de independencia, suscitar la intervención activa en los programas comunitarios, así como una filosofía de vida positiva y desarrollar los recursos psicológicos como la autoeficacia, la autoestima y los estilos de enfrentamiento (González, Valdez, Oudhof van Barneveld y González, 2009).

Alcanza significación una educación para la diversidad que incluya esencialmente la diversidad de infantes y sus contextos individuales y sociales, sus habilidades, intereses, motivaciones y requerimientos. En consecuencia, una educación y un sistema reglado que la represente, han de incluir estos factores para una óptima conciliación y ajuste de la oferta pedagógica. En esa multiplicidad, constituida por niños tan semejantes en su pertenencia, como diversos en su individualidad, se cree que todos presentan necesidades educativas, y que en algunos casos, se entiendan como especiales o que requieran de apoyo determinado. En resumen, los estudiantes necesitan de atención no distintiva en salud, sino en justa distribución a sus condiciones educativas, mediante una respuesta específica y dentro de un contorno normalizado e inclusivo (Luque y Luque, 2013).

El mecanismo esencial de la promoción y la prevención es la educación para la salud, que consiste, según la Organización Mundial de la Salud, en la transferencia de conocimientos y el desarrollo de una conducta dirigida al mantenimiento de la salud del infante, del colectivo docente, y de la comunidad; debe tomar como base a una pedagogía participativa y conseguir no solo transformaciones cognoscitivas, sino en torno a la conducta y estilos de vida. Así también, iniciar desde temprana edad, ya que la costumbre desde pequeño permite conseguir el objetivo con más facilidad. Es más posible desarrollar actitudes positivas hacia la salud en un niño, que modificarlas en un adulto. La creación de prácticas favorables para la salud en los primeros años de vida, entre ellas la higiene bucal apropiada, se transmuta en requerimientos que más tarde se confeccionan con usual regularidad. Tanto el niño como sus padres deben ser repositorios continuos de las normas

higiénico-sanitarias, pero en esta tarea participarán también el equipo de salud, los maestros y otros sectores sociales (Arias, Muñoz, Romero y Espeso, 2005).

Con respecto a debilidades, un estudio realizado por Tenorio (2011) mostró, que la generalidad de los alumnos admite la poca preparación en los asuntos que se conectan con la promoción de la salud, así como con la diversidad en el aula, la integración escolar y las estrategias pedagógicas para el trabajo de estudiantes con N.E.E. Establecen que dicha problemática podría derivarse de la perspectiva de formación de las carreras, donde se apuesta más por el saber disciplinario que por el pedagógico más general, sosteniendo que si en algún instante se abordó esta temática, ocurrió de forma epidérmica y sin mayor ampliación; no obstante, los alumnos se muestran de acuerdo con la significación de abordar temáticas relacionadas con las N.E.E como parte de su formación, destacando la necesidad de ser entrenados no solo en concepciones meramente teóricas, sino también en la enseñanza de tácticas y metodologías que faciliten en la praxis pedagógica dar respuesta a las necesidades de aquellos alumnos integrados y/o con necesidades educativas especiales. Otros aducen que este tópico debiese ser parte del adiestramiento transversal de todas las carreras pedagógicas, libremente de la especialidad o la disciplina estudiada, justificando que todo docente debe estar capacitado para tener en cuenta la diversidad de sus estudiantes.

Lamentablemente, sigue incorporada a la sociedad de hoy la concepción de que cuando se habla de niño discapacitado, se le aplica una etiqueta, o se le incluye en un estereotipo, facilitando que la imagen que se percibe sea la de un individuo enfermo, débil, y sin capacidad alguna. Por esta razón, cuando se recibe a un infante, por ejemplo, en clases o clubes, que quiere insertarse en un programa de actividad física, antes de ponerlo en duda, se debe mantener una mente abierta. Si no ocurre esto, los entrenadores pueden equivocarse en el resto de metodologías de promoción de hábitos saludables. Se deben analizar los factores de esa deficiencia física o mental e intuir los conceptos previos de deficiencia, discapacidad, limitación y minusvalía.

La OMS propuso en la década de los ochenta las infinitas posibilidades de que un infante con necesidades especiales reaccione según su edad, personalidad, capacidad y entorno social a esa agresión o desequilibrio que se presenta en su organismo. Nunca se debe asumir que ser discapacitado es la causa de tal o cual padecimiento o traumatismo; se debe hacer frente a ese estereotipo errado y manejar la problemática desde otro enfoque, el cual tenga en cuenta las posiciones de cada niño, que beneficie su autonomía, así como su participación en la toma de decisiones y en la responsabilidad diaria que pueda optar con libertad; en síntesis, que comprenda la totalidad de las exigencias para ser incluido en un programa de actividad física adaptada (Tierra y Castillo, 2009).

Para que la responsabilidad con la promoción de la salud, como componente central de la inclusión, pueda transmutarse en acción, esta debe incluirse en todas las áreas de la vida escolar; o sea, no se debe diseñar como una labor separada que es coordinada por una persona o grupo determinado; más bien debe instalarse en el centro mismo de todo el sistema escolar, como factor medular de la planificación del desarrollo y ejecutado por la totalidad de los responsables del liderazgo en la gestión escolar. Al emplazar el asunto de la inclusión en el foco mismo de la discusión de las políticas generales, resulta significativo evidenciar cómo contrasta con las formulaciones más habituales de la inclusión, muchas de ellas relacionadas con el espacio de las necesidades educativas especiales (Ainscow, 2001).

Un estudio realizado por Aristimuño (2000) plantea un análisis de las estrategias para la educación para la salud en infantes con necesidades especiales en el área visual del Instituto de Educación Especial Mevorah Florentín en Caracas, Venezuela. Con respecto a la evaluación del programa de EPS, el autor declara que su concepción de salud resulta tradicional, fundamentado en las definiciones de la misma en los elementos biológicos y ecológicos, buscando instituir relaciones de esta manera en el acto de exponer al alumno cómo tienen lugar los desequilibrios que provocan la enfermedad, teniendo como espacio principal el contexto biológico. Desde dicha perspectiva, basado además en un modelo educativo bancario (donde se prefiere la repetición textual de

contenidos), las relaciones que tienen lugar en el educando en referencia a la salud, quedan subordinadas al espacio de lo biológico y obstaculizan relaciones de otro tipo (la salud y la enfermedad como acto social).

A partir de esa problemática, surge la pregunta de ¿cómo edificar una propuesta de educación para la salud coherente con la praxis educativa? Lo imprescindible, según varias investigaciones elaboradas, es la responsabilidad del personal con la realidad donde se implanta su acción práctica, cuya idea de salud establecerá el abordaje del proyecto de salud a ejecutar. Dicha contestación, innegablemente, regirá la preparación y contenido del programa como un caso individual, infantes con necesidades especiales que necesiten de un manejo que entienda al individuo como un ser humano integral donde lo saludable se convierta en el todo del programa. Por esta razón, se deben emprender dimensiones como el proceso de socialización, el educativo y las políticas de salud.

A la par de lo anterior, en el proceso de elaboración se deben utilizar técnicas participativas que faciliten la construcción colectiva del conocimiento con base en las experiencias de los participantes, dejando a un lado la ejecución de programas gestados por técnicos que en la mayoría de las situaciones articulan una serie de generalidades no correspondientes con los requerimientos y expectativas de los participantes (Aristimuño, 2000a).

CONCLUSIONES.

En conclusión, la perspectiva que debe trabajarse es la de la educación para la salud como educación para la vida, que esboza como nociones esenciales la construcción colectiva del conocimiento, en el cual se congregan experiencias y conocimientos en relación con la salud y con su defensa, tomándose en cuenta que se está en posibilidad de aportar algo; de esta manera, el saber académico no se encuentra jerárquicamente superior a los otros saberes, sino en el contexto de la igualdad. En consecuencia, aquellos no podrán ser sopesados, estimados ni valorados desde la racionalidad científica, según sus criterios instrumentales de verdad.

La educación para la salud debe tener como objetivo principal la construcción de proyectos de vida, y con esta proposición, ella debe dominar la naturaleza de instrucción contra el daño y establecerse en una educación para la vida, cuya formación esté por encima del estrecho espacio del trastorno y se remonte al contexto de la salud.

La educación para la salud no debe ir deslindada de la praxis pedagógica, sino que debe expresarse en un intercambio de saberes con el niño, a través de una comunicación clara y cortés, descartando el lenguaje técnico e instrumental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ainscow, M. (2001). Comprendiendo el desarrollo de escuelas inclusivas. Manchester: The University of Manchester. De:
<https://oas.org/cotep/GetAttach.aspx?lang=en&cId=493&aid=728>
2. Arias, S. R., Muñoz, L. M., Romero, C. M. y Espeso N. (2005). Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores. AMC, 9(6), 44-55. De:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000600005
3. Aristimuño, C. (2000). Educación para la Salud En Personas con Necesidades Especiales en el Área Visual. Caso Instituto de Educación Especial "Mevorah Florentín". Caracas. Venezuela 1995-1996. Acta odontol. Venez, 38(2). Recuperado de:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652000000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Aristimuño, C. (2000a). Educación para la salud. Reflexiones. Acta odontol. Venez, 38(3). De:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652000000300005&script=sci_arttext
5. Bastidas, M., Pérez, F. N., Torres, J. N., Escobar, G., Arango, A., Peñaranda, F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. Investigación y Educación en Enfermería, XXVII (1), 104-111. De:
http://parquedelavida.co/images/contenidos/el_parque/banco_de_conocimiento/el_dialogo_de_saberes_como_posicion_humana_frente_al_otro.pdf

6. Booth, T. y Ainscow, M. (2000). Índice de inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas. UNESCO /OREALC.
7. Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. Transiciones. Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes, 11. De: <http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2015/09/Introducci%C3%B3n-al-Modelo-DIR-y-a-la-terapia-FLOORTIME.pdf>
8. Damm, X. (2009). Representaciones y actitudes del profesorado frente a la integración de Niños/as con Necesidades Educativas Especiales al aula común. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva. De: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11920/representaciones_y_actitudes.pdf
9. Davó, M. C., Gil, D., Vives, C., Álvarez, C. y La Parrad, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. Gac Sanit, 22(1), 58-64. De: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100012
10. Duarte, E. (2003). Creatividad como un recurso psicológico para niños con necesidades educativas especiales. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 4(2), 1-17. De: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41040201>
11. Dueñas, J. (1999). Educación para la salud: bases psicopedagógicas. Rev Cubana de Educ. Med. Sup., 13(1), 92-8. De: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21411999000100012
12. Escámez, J. (2002). Valores, actitudes y habilidades en la educación para la salud. Educación XXI, 4, 41-59. De: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXXI/article/view/363/>

13. Flores, J. C., Carrillo, D., Karzulovic, L., Cerda, J., Araya, G., Matus, M. S., Llévanes, G., Menchaca, G. y Vargas, N. A. (2012). Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: prevalencia hospitalaria y riesgos asociados. *Rev Med Chile*, 140, 458-465. De: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400006
14. González, N. I., Valdez, J. L., Oudhof van Barneveld, H. y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 247-253. De: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057004>
15. Hegarty, S. (1994). Educación de niños y jóvenes con discapacidades. Principios y prácticas. París: UNESCO.
16. López, I. M. y Valenzuela, G. E. (2015). Niños y adolescentes con necesidades educativas especiales. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 26(1), 42-51. De: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000085>
17. Luque, D. y Luque, M. (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Summa Psicológica UST*, 10(2), 57-72. De: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703039>
18. Macías, A. I., Gordillo, L. G. y Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*, 39(3), 40-43. De: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300006
19. Mares, A., Martínez, R. y Rojo, H. (2009). Concepto y expectativas del docente respecto de sus alumnos considerados con necesidades educativas especiales. *RMIE*, 14(42). De: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662009000300016
20. Perea, R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XX1*, 4. De: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/361>
21. Roque, P. (2014). Educación para la salud. México: Grupo Editorial Patria.
22. Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Rev. Cubana Salud Pública*, 33(2), 1-7. De: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433204>

23. Solís, P., Díaz, M., Bolívar, E. y García, N. (2003). Expectativas del desarrollo y prácticas disciplinarias y de crianza en parejas con niños con necesidades especiales. *Salud Mental*, 26(2). De:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17351>
24. Tenorio, S. (2011). Formación inicial docente y necesidades educativas especiales. *Estudios Pedagógicos*, XXXVII (2), 249-265. De:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052011000200015
25. Tierra, J. y Castillo, J. (2009). Educación física en alumnos con necesidades educativas especiales. *Revista Wanceulen E.F. Digital*, 5. De:
https://www.researchgate.net/publication/44283746_Educacion_fisica_en_alumnos_con_necesidades_educativas_especiales

BIBLIOGRAFÍA.

1. Committee on Children with Disabilities. (1999). Care coordination: integrating health and related systems of care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 104(4), 978-981.
2. Newacheck, P. W., Strickland, B., Shonkoff, J. P., Perrin, J. M., McPherson, M., McManus, M., & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*, 102(1), 117-123.

DATOS DE LOS AUTORES:

1. **Martha López Quincha.** Licenciada en Ciencias de la Educación mención: Educación Parvularia y Máster en Ciencias de la Educación. Directora de carrera de la Universidad Estatal de Bolívar, Bolívar, Ecuador. Correo electrónico: martitalopezq@yahoo.es
2. **Geofre Javier Pinos Morales.** Licenciado en Física y Matemática, Licenciado en Educación Parvularia, y Máster en Pedagogía de la Matemática. Catedrático universitario de la Universidad Estatal de Bolívar; Bolívar. Ecuador. Correo electrónico: geofre_pinos@yahoo.es

- 3. Ximena Isabel Calderón Mena.** Licenciada en Ciencias de la Educación mención: Educación Parvularia y Básica Inicial. Docente parvularia de la Unidad Educativa Intercultural bilingüe 7 de Mayo; Bolívar, Ecuador. Correo electrónico: ximecn@yahoo.es
- 4. Alejandra Estefania Flor Gavilánes.** Psicóloga educativa y orientadora vocacional. Psicóloga del DESE, Ministerio de Educación. Bolívar, Ecuador. Correo electrónico: tefy_flor_1516@live.com
- 5. Diana Catalina Ayala Gavilánes.** Licenciada en Ciencias de la Educación mención: Educación parvularia y Máster en Educación Parvularia mención: juego, arte y aprendizaje. Docente de Preparatoria de la Unidad Educativa Intercultural bilingüe 7 de Mayo. Bolívar, Ecuador. Correo electrónico: katty_dalin86@hotmail.com
- 6. Florcita Janeth Arellano Espinoza.** Licenciada en Literatura y Castellano, y Máster en Gerencia Educativa. Docente Universitaria de la Universidad Estatal de Bolívar, Bolívar, Ecuador. Correo electrónico: janethae@hotmail.com

RECIBIDO: 8 de julio del 2018.

APROBADO: 29 de julio del 2018.