



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION Y PSICOPEDAGOGIA

CARRERA: PROFESORADO UNIVERSITARIO PARA LA EDUCACIÓN
SECUNDARIA Y SUPERIOR

PROF. ADJUNTO: LIC . JORGE SANCHEZ

ASIGNATURA: TALLER DE TRABAJO FINAL

AÑO LECTIVO: 2021

AÑO DE CURSADA: 2

COMISIÓN: A

SEDE: ITUZAINGO

ESTUDIANTE : LIC. PAOLA CORIA

Contenido

¿Los métodos de enseñanza usados por los docentes en la materia salud y adolescencia ayuda a los estudiantes a participar activamente?	7
CAPITULO I	8
SALUD.....	8
Modelo Mágico-Religioso	8
Modelo Sanitarista	8
Modelo Social.....	9
Modelo Unicausal	9
Modelo Multicausal	9
Modelo Epidemiológico	10
Modelo Ecológico.....	10
Modelo Histórico-Social	11
Modelo Geográfico	11
Modelo Económico	11
Modelo Interdisciplinario.....	12
QUE SE ENTIENDE POR SALUD	12
DEFINICION MAS IMPORTANTE DE SALUD	13
SALUD/ENFERMEDAD	15
SALUD PUBLICA.....	16
b) Estado de bienestar	17
c) Estado neoliberal	17
d) Estado Inclusivo	17
Capitulo II	18
ADOLESCENCIA.....	18
Los adolescentes	20
Principales problemas de salud	21
Traumatismos	21
Salud mental	21
VIH.....	22
Otras enfermedades infecciosas.....	23
Embarazos y partos precoces	23
Alcohol y drogas.....	24
Nutrición y carencia de micronutrientes	25
Malnutrición y obesidad	25

Actividad física	26
Consumo de tabaco	26
Derechos de los adolescentes.....	27
Respuesta de la OMS	27
Cómo adaptar los servicios de salud a los adolescentes	28
Normas mundiales de la OMS y el ONUSIDA	28
Capítulo III	29
Diseño curricular	29
Los Núcleos de Aprendizaje Prioritarios	30
Características de los diseños curriculares	32
Diseño curricular prescriptos	33
Diseño curricular paradigmáticos	33
Diseño curricular relacionales.....	34
El contenido de la materia es dividido en módulos.....	36
MÉTODOS DE ENSEÑANZA	38
LA ENSEÑANZA COMO UNA SECUENCIA METÓDICA DE ACCIONES.....	39
ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: PRÁCTICA METÓDICA DE RESULTADOS ABIERTOS.....	39
ORIENTACIONES DE LA ENSEÑANZA.....	39
MÉTODOS PARA LA ASIMILACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y EL DESARROLLO COGNITIVO	
INTRODUCCIÓN.....	40
MÉTODOS PARA LA ASIMILACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y EL DESARROLLO COGNITIVO	41
LA FAMILIA DE LOS MÉTODOS INDUCTIVO	41
A. LA INDUCCIÓN BÁSICA.....	41
B. MÉTODO DE CONSTRUCCIÓN DE CONCEPTOS	42
C. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN DIDÁCTICA	42
LA FAMILIA COMO MÉTODO DE INSTRUCCIÓN.....	42
LA FAMILIA DE LOS MÉTODOS DE FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y CAMBIO CONCEPTUAL:.....	43
Capitulo IV : Trabajo de campo.....	45
ENCUESTA, CUESTIONARIO Y ENTREVISTA.....	45
Análisis realizado a docentes de la materia salud y adolescencia	48
Cuestionario:.....	48
CUESTIONARIO.....	49
Conclusión.....	51

Resumen

Como sabemos la adolescencia es una etapa en la vida del ser humano donde se presentan los mayores cambios físicos y emocionales. Donde los chicos no encuentran un lugar seguro para despejar sus dudas en los distintos temas, como embarazos adolescentes, noviazgos violentos, consumos de drogas y enfermedades de transmisión sexual, que son un tema que los atraviesa y les genera mucha incomodidad poder exteriorizar con un adulto, se plantea el interrogante de si la materia salud y adolescencia está llegando a ellos de manera efectiva, permitiéndoles tener su espacio para despejar dudas o solo es una materia más.

Este trabajo se trató de enfocar en ver si los métodos de enseñanza utilizados abrían esta puerta a sus estudiantes o dificultaban este espacio de comunicación activa tan necesario para ellos.

Palabras claves: adolescentes, métodos de enseñanza.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de abordar los aspectos esenciales relacionados a los métodos de enseñanza y de qué manera esta limitan o estimulan la participación de los estudiantes de la materia salud y adolescencia.

Como sabemos esta materia tiene dentro de su programa temas considerados tabú o vergonzosos para los estudiantes y el bordaje incorrecto de estos hará que los mismos se cierren y no participen de las clases.

Se presentaran definiciones, conceptos y leyes que ponen al adolescente como protagonistas tanto del sistema de salud como del de educación. Se tomara y analizara el plan de estudio y la opinión de distintos autores sobre los diferentes métodos de enseñanza para así ver cuál de ellos es el más efectivo.

También se realizara un cuestionario que será entregado a los docentes y se recibirán sus respuestas como reflejo positivo o negativo de los métodos que utilizan. Y si estos necesitan llevar a cabo algún cambio.

Por último se tratara de brindar herramientas eficientes para la correcta implementación del programa y que así los estudiantes logren hacer propio el conocimiento.

¿Los métodos de enseñanza usados por los docentes en la materia salud y adolescencia ayuda a los estudiantes a participar activamente?

CAPITULO I

SALUD

A lo largo de la historia esta definición fue cambiando al igual que los paradigmas que lo atravesaron.

A continuación describiremos algunos de los modelos más importantes que se plantearon a lo largo de la historia.

Modelo Mágico-Religioso

Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas ó espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fé religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo ó en una sociedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas . (piña, 1990)

Modelo Sanitarista

Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbi-mortalidad.

La principal limitante de este modelo, es el hecho de que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales.

Su época y representantes lo constituyen la revolución industrial europea con la penetración capitalista en las colonias. (piña, 1990).

Modelo Social

El elemento central de análisis que propone este modelo, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante, factor que explica la aparición y el rol de otros factores participantes. Su problema fundamental es que en su aplicación como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. (siglo XIX) (piña, 1990).

Modelo Unicausal

La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno ó el factor causal de cada enfermedad. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo; no obstante no explica porqué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores. El surgimiento de este modelo se dió en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX, teniendo como máximos representantes a Pasteur y a Koch (Pasteur, 1946).

Modelo Multicausal

La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al hiesped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo ó un conjunto poblacional.

A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente. Como principal desventaja, aparece el hecho de que no establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno.

La segunda mitad del siglo XX (50s) fue la época de aparición de esta propuesta . ((Leavell & Clark, 1953; Noble, 1988).)

Modelo Epidemiológico

Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental es de acuerdo a esta propuesta, el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX (60s) . (MacMahon y Pugh , 1975)

Modelo Ecológico

Para el modelo ecológico, teniendo como principal representante a Susser (70s), la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social (Susser, 1972)

Modelo Histórico-Social

Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo.

Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que el modelo social, en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica. (Laurell & Noriega, 1987)

Modelo Geográfico

La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los factores geógenos no da la suficiente importancia como determinante del proceso. Este modelo se generó en el presente siglo (50s) (May, 1977)

Modelo Económico

Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor

económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión mas amplia del determinante social. Bajo esta perspectiva existe el riesgo de tomar una posición reduccionista hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes. Esta propuesta de análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud en años recientes (1970-80) ((Mills & Gilson, 1988; Muskin, 1962).)

Modelo Interdisciplinario

El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación.

Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud. La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.); su principal desventaja es que al igual que otros modelos, no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. Este modelo surgió a principio de los 90s . (Frenk et al., 1991; Arredondo, 1992)

QUE SE ENTIENDE POR SALUD

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta (Briceño-León, 2000)“la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 15). Todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social (Janeiro

C. d., 1992). Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas. La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim (Ritzer, 2002), “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo” (p. 207).

Obviamente, podría argumentarse que no cabe la menor duda con respecto a que la salud es una cosa, es decir, que se trata de un fenómeno cuantificable. Es evidente que múltiples fenómenos relacionados con la salud son medibles o susceptibles de observación empírica. Se puede determinar estadísticamente mediante la recolección de datos en una población, su tasa de natalidad o mortalidad, la esperanza de vida, la incidencia del paludismo o el dengue y la proporción de médicos por habitantes, los cuales son algunos indicadores que se integran a su vez al concepto de salud, para establecer su nivel. Sin embargo, en el presente trabajo se considera la noción de salud no simplemente como un hecho social material, es decir, como entidades reales y materiales; sino como un hecho social inmaterial, tal y como Durkheim lo define (Ritzer, 2002), esto es, “como normas y valores culturales que no necesariamente se exteriorizan y materializan”.

DEFINICION MAS IMPORTANTE DE SALUD

Por otra parte, la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

A pesar de que fue oficializada hace unos 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia. En tal sentido, la OMS viene a ser un ente internacional que da pie para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. De ahí la necesidad de un Estado Social que regule de manera coordinada las políticas de salud pública para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo. Uno de los propósitos de la OMS es el de difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos.

Esta homogeneización también se aplica con respeto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) por parte de la OMS (1993), la cual es revisada y actualizada periódicamente. El Binomio Salud y Enfermedad como Proceso Hay que dejar claro y hacer énfasis que no es conveniente hablar de salud a secas sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad. Se trata entonces de un proceso, el proceso salud-enfermedad. En éste orden de ideas, se dice que cada quien tiene salud en algún grado, bien sea excelente condición, medianamente bien, con algún malestar, o definitivamente mal. De aquí que la salud pueda ser ubicada en una escala gradual, al igual que la enfermedad y la invalidez. Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones “son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001).

SALUD/ENFERMEDAD

No existe un límite preciso entre salud y enfermedad, pues ciertos eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante períodos de latencia más o menos prolongados, mientras los cuales el ser humano puede funcionar de manera aparentemente saludable dentro de su sociedad. El hecho de que determinadas personas sean calificadas como sanas mientras que otras son etiquetadas como enfermos obedece a criterios meramente prácticos, como por ejemplo para calcular las tasas de morbilidad o determinar cuándo un trabajador necesita reposo médico y puede ausentarse de sus labores. Entonces, la salud y la enfermedad conforman un binomio; representan la unión de dos términos apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, asemejando dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al mismo tiempo.

También se suele hablar de situación de salud de una población, a la cual se define como “el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población” (Castellanos, 1998).

A partir de esta definición se tiene establecido cuál es el objeto de estudio y acción de toda política de salud, que no va a ser otro que determinada población. Esta definición permite también establecer estudios comparativos entre diversas poblaciones en lo que respecta a sus problemas de salud. Para ello se puede abordar la realidad a partir de tres dimensiones: el estilo de vida, que corresponde al nivel individual, a las decisiones que cada quién toma como persona y sobre las cuales tiene una responsabilidad y conciencia directa, interviniendo en las mismas aspectos biológicos propios de cada individuo, además de hábitos o costumbres aprendidas mediante el proceso de socialización; las condiciones de vida, en la cual se insertan los estilos de vida, hace referencia a las prácticas de los diversos grupos sociales, bien sea amigos, compañeros de trabajo, colegas, vecinos, entre otros; y el modo de vida, que abarca al conjunto de la sociedad, que resulta de la confluencia del medio natural o las condiciones ecológicas, el sistema económico, el régimen político, la cultura y la historia (Castellanos, 1998). La disciplina que tiene como objeto de estudio la salud en las poblaciones es la denominada salud pública.

Dicha disciplina se encarga de intervenir con mayor énfasis en las condiciones y el modo de vida de las sociedades, aun cuando esto no implica que deje de actuar en los estilos de vida.

SALUD PUBLICA

En la definición original de salud pública, su autor, el sanitarista norteamericano Winslow (citado por Pérez y García González, 2000), la definió como: “el arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” . (GONZALEZ PEREZ, 1986)

EN ARGENTINA A LO LARGO DE NUESTRA HISTORIA

Desde esta perspectiva, del rol que asuma el Estado dependerá la única posibilidad de crear las condiciones para un derecho a la salud sustentable. De ello da cuenta la reconstrucción del devenir histórico de la legislación vigente en materia de salud.

La legislación sanitaria que se dictó desde 1862, puede identificarse con cuatro modelos de Estado, a saber:

a) Estado liberal (1862-1946). La salud no constituye una función del Estado. Los servicios de salud son prestados por sociedades filantrópicas. El Estado se limita a controlar epidemias y enfermedades transmisibles. Muestra de ello son:

b) Estado de bienestar (1946-1974). En una primera etapa, el Estado asume, presta y planifica los servicios de salud como función, consolidándose un sector público que desplaza a las sociedades filantrópicas. Ello a raíz del reconocimiento internacional de la salud como derecho en la Conferencia Internacional de Salud de Nueva York (1946).

Posteriormente, en 1950, surgen las [obras sociales](#), conformándose un [sistema de salud](#) compuesto por dos subsectores: el público y el de la seguridad social.

c) Estado neoliberal (fines de los ´70 hasta 2003). El Estado disminuye su contribución a la función salud, lo cual conlleva al deterioro y descentralización del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales. Éstas comienzan a considerar los servicios en función de costo-riesgo-beneficio.

Se traspasan los servicios de salud a la actividad privada, bajo la figura de empresas de [medicina prepaga](#).

d) Estado Inclusivo (2003 en adelante). Tal la denominación que pergeñamos debido a la fuerte presencia del Estado, quien se muestra como proveedor de servicios de salud y promotor de inclusión y ampliación de derechos en materia de salud.

Capítulo II

ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (OMS)

El papel clave de las experiencias de desarrollo

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto (OMS). Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Presiones para asumir conductas de alto riesgo

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual. Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados.

En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestran frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de esos servicios. (OMS)

La familia y la comunidad representan un apoyo fundamental

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

Los adolescentes

Los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas).

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos.

Fomentar comportamientos saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta, así como para la salud futura de los países y su capacidad para desarrollarse y prosperar.

Principales problemas de salud

Traumatismos

Las lesiones involuntarias son la principal causa de mortalidad y discapacidad entre los adolescentes. En 2015, más de 115 000 adolescentes fallecieron como resultado de accidentes de tránsito.

Los jóvenes conductores necesitan asesoramiento sobre seguridad vial, y al mismo tiempo hay que aplicar con rigor las leyes que prohíben conducir bajo los efectos del alcohol y las drogas.

Es preciso asimismo fijar unas tasas de alcoholemia más bajas para los conductores adolescentes y se recomienda establecer permisos progresivos para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante.

Los ahogamientos son también una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes. Así, se estima que en 2015 murieron ahogados 57 000 adolescentes, de los que dos terceras partes eran varones. Por tanto, una intervención esencial para prevenir estas muertes es enseñar a los niños y los adolescentes a nadar. (OMS)

Salud mental

La depresión es la tercera causa principal de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de defunción entre adolescentes mayores de entre 15 y 19 años. La violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental.

Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. También desempeñan una función importante los programas que brindan apoyo para fortalecer los lazos entre los adolescentes y sus familiares. Si surgen

problemas, deben ser detectados y manejados por trabajadores sanitarios competentes y con empatía. (OMS)

Violencia

La violencia interpersonal es la tercera causa principal de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial, si bien su prevalencia varía en gran medida entre las distintas regiones del mundo.

La violencia interpersonal causa casi una tercera parte de todas las defunciones de varones adolescentes registradas en países de ingresos bajos y medianos de la Región de las Américas de la OMS. A nivel mundial, casi 1 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años (84 millones) ha sido víctima de violencia emocional, física y/o sexual por parte de su marido o su pareja.

Fomentar relaciones de atención y cariño entre padres e hijos en una etapa temprana de la vida, propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida y reducir el acceso al alcohol y las armas de fuego puede contribuir a prevenir lesiones y defunciones como consecuencia de la violencia. Asimismo, ofrecer a los jóvenes supervivientes de actos de violencia una atención eficaz y empática puede ayudarlos a superar las secuelas físicas y psicológicas. (OMS)

VIH

Se estima que 2,1 millones de adolescentes vivían con el VIH en 2016, la gran mayoría en la Región de África de la OMS. Si bien el número total de muertes relacionadas con el VIH ha disminuido con respecto al nivel máximo registrado en 2006, las estimaciones indican que eso no es así en el caso de los adolescentes. Ello refleja el hecho de que la mayoría de los adolescentes de hoy nacieron antes de que se generalizara la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH gracias al tratamiento con antirretrovíricos. Sin embargo, una proporción sustancial de los adolescentes VIH-positivos desconocen su estado serológico, y muchos de los que lo conocen no reciben un tratamiento antirretrovírico eficaz prolongado.

Una de las metas específicas del ODS relacionado con la salud (ODS 3) consiste en poner fin, de aquí a 2030, a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Habida cuenta de la alta prevalencia del VIH en numerosos países, será necesario que los esfuerzos de control se centren en los adolescentes.

Los jóvenes tienen que saber cómo protegerse y disponer de los medios para ello. Entre otros aspectos, han de poder conseguir preservativos para evitar la transmisión del virus, y agujas y jeringuillas limpias en el caso de los consumidores de drogas inyectables. (OMS)

También se precisa un mayor acceso a pruebas de detección del VIH y asesoramiento sobre el tema, así como el establecimiento subsiguiente de vínculos más estrechos entre las personas que dan positivo en las pruebas de detección del VIH y los servicios de tratamiento del virus. (OMS)

Otras enfermedades infecciosas

Gracias a las mejoras registradas en la vacunación infantil, la mortalidad y morbilidad por sarampión entre los adolescentes han descendido de manera notable, por ejemplo, en un 90% en la Región de África entre 2000 y 2012. La diarrea y las infecciones de las vías respiratorias inferiores figuran entre las 5 primeras causas de muerte en el grupo de 10 a 19 años. Junto con la meningitis, son las tres primeras causas de muerte de adolescentes en África y en países de ingresos bajos y medios.

Embarazos y partos precoces

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.

Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de esos nacimientos se registra en países de ingresos bajos y medianos. La División de Población de Naciones Unidas muestra que la tasa mundial de natalidad (2018) de las muchachas de esa edad asciende a 44 nacimientos por 1000 y, en función de los países, oscila entre 1 y más de 200 por 1000. Esas cifras indican un marcado descenso desde 1990, que se refleja asimismo en la disminución de las tasas de mortalidad materna de las mujeres de 15 a 19 años.

Una de las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud (ODS 3) consiste en garantizar, de aquí a 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Con miras a ello, uno de los indicadores propuestos con respecto a la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescentes* la tasa de natalidad entre las adolescentes.

La ampliación del acceso a información y servicios de anticoncepción puede hacer que disminuya el número de jóvenes que quedan embarazadas y dan a luz a una edad demasiado temprana. También puede ser útil adoptar y hacer aplicar leyes que prohíban contraer matrimonio antes de los 18 años.

Las jóvenes que quedan embarazadas deben poder recibir una atención prenatal de calidad. Cuando la ley lo permita, las embarazadas que decidan poner término a su embarazo han de tener acceso a un aborto seguro.

Alcohol y drogas

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las causas subyacentes de las lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras.

Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida. Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol.

El consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 19 años también es una fuente de preocupación importante a nivel mundial. El control de las drogas puede centrarse en la reducción de la demanda, de la oferta o de ambas, y los programas con éxito suelen incluir intervenciones estructurales, comunitarias e individuales.

Nutrición y carencia de micronutrientes

En 2006, la anemia por carencia de hierro fue la segunda causa principal de años perdidos por los adolescentes por fallecimiento o discapacidad.

Los suplementos de hierro y ácido fólico son una solución que también ayuda a mejorar la salud antes de que los adolescentes se conviertan en padres. Se recomienda administrar regularmente a los adolescentes un tratamiento vermífugo en aquellas zonas con presencia frecuente de helmintos intestinales, como los anquilostomas, a fin de prevenir deficiencias de micronutrientes (como el hierro).

Desarrollar en la adolescencia unos buenos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico es fundamental para gozar de una buena salud en la edad adulta. Asimismo, reducir la comercialización de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, y ofrecer acceso a alimentos sanos y oportunidades de hacer ejercicio son medidas importantes para todos, pero en particular para los niños y los adolescentes.

Malnutrición y obesidad

Muchos niños y niñas de países en desarrollo padecen desnutrición cuando llegan a la adolescencia, lo que los hace más propensos a contraer

enfermedades y morir a una edad temprana. En el lado opuesto, el número de adolescentes con exceso de peso u obesidad está aumentando en los países de ingresos bajos y altos.

A nivel mundial, en 2016 más de uno de cada seis adolescentes de 10 a 19 años tenía sobrepeso. La prevalencia variaba según las regiones de la OMS, y oscilaba entre menos del 10% en la Región de Asia Sudoriental y más del 30% en la Región de las Américas.

Actividad física

La actividad física aporta beneficios para la salud sumamente importantes en los adolescentes, entre ellos la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria y muscular, de la salud ósea, el mantenimiento de un peso corporal saludable y beneficios psicosociales. La OMS recomienda que los adolescentes hagan como mínimo 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa, por ejemplo mediante juegos o deportes, actividades de desplazamiento (como el ciclismo o caminar) o la educación física.

Se estima que, a nivel mundial, solo 1 de cada 5 adolescentes cumplen estas directrices. La prevalencia de la falta de actividad es elevada en todas las regiones de la OMS, y es más alta entre las adolescentes en comparación con los adolescentes varones.

Para aumentar los niveles de actividad, los países, las sociedades y las comunidades deben crear entornos seguros y propicios y oportunidades para que todos los adolescentes puedan realizar actividad física.

Consumo de tabaco

La gran mayoría de personas que consumen tabaco hoy en día comenzaron a hacerlo cuando eran adolescentes. Prohibir la venta de productos de tabaco a menores, subir el precio de esos productos gravándolos con impuestos más altos, prohibir la publicidad del tabaco y garantizar la existencia de entornos libres de humo es sumamente importante.

A nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes (de 13 a 15 años) consume tabaco, y en algunas regiones esa cifra es mucho mayor. En algunos países de ingresos altos, parece que está disminuyendo el consumo de cigarrillos entre los adolescentes más jóvenes.

Derechos de los adolescentes

Los derechos del niño (persona menor de 18 años) a sobrevivir, crecer y desarrollarse se recogen en diversos instrumentos jurídicos internacionales. En 2013, el Comité de los Derechos del Niño, encargado de vigilar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, publicó directrices sobre el derecho de los niños y los adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, en 2016 se publicó una Observación general sobre la realización de los derechos de los niños durante la adolescencia.

En las publicaciones se puso de relieve las obligaciones de los Estados de reconocer las necesidades de salud y de desarrollo específicas de los adolescentes y las personas jóvenes, así como sus derechos.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece también los derechos de las mujeres y las niñas a la salud y a una atención sanitaria adecuada.

Respuesta de la OMS

En mayo de 2017, la OMS publicó un importante informe sobre la aplicación mundial de medidas aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (*Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country Implementation*), basado en las aportaciones recibidas tras un amplio proceso de consultas con los Estados Miembros, los organismos de las Naciones Unidas, los adolescentes y los jóvenes, la sociedad civil y otros asociados. Su objetivo consiste en prestar asistencia a los gobiernos a la hora de decidir qué prevén hacer, y cómo, para responder a las necesidades sanitarias de los adolescentes en sus países.

Este documento de referencia va dirigido a los formuladores de políticas y a los gestores de programas nacionales para ayudarlos a planificar, aplicar, seguir y evaluar los programas de salud del adolescente. Se ha formado a equipos de 68 países en la aplicación de las orientaciones del informe sobre la aplicación mundial de medidas aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (*Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country Implementation*) por lo que respecta a la determinación de las prioridades nacionales, la programación, el seguimiento y la evaluación, y 18 países están utilizando este enfoque para actualizar las estrategias y políticas nacionales

De forma general, la OMS desempeña toda una serie de funciones para mejorar la salud de los jóvenes, en particular:

- establece directrices basadas en datos científicos para prestar apoyo a los servicios de salud y otros sectores;
- formula recomendaciones a los gobiernos sobre la salud de los adolescentes y la prestación de servicios de salud para adolescentes de alta calidad y adecuados a su edad;
- documenta los progresos realizados en materia de salud y desarrollo del adolescente; y
- promueve la toma de conciencia sobre cuestiones de salud de los jóvenes entre el público en general y diferentes partes interesadas.

Cómo adaptar los servicios de salud a los adolescentes

Normas mundiales de la OMS y el ONUSIDA

Los adolescentes tienen unas necesidades especiales y se les deben prestar servicios sanitarios de calidad que las tengan en cuenta.

La OMS y el ONUSIDA han elaborado normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a los adolescentes de todo el mundo. Nuestras infografías ofrecen un resumen que se puede descargar o compartir en las redes sociales.

Capítulo III

Diseño curricular

Para poder conocer el significado del término diseño curricular es necesario, en primer lugar, descubrir el origen etimológico de las dos palabras que le dan forma:

- Diseño procede del italiano “disegno”, que puede traducirse como “dibujar”.
- Curricular, por su parte, emana del latín “curriculum”, que significa “plan de estudios” y que es fruto de la suma de dos componentes de dicha lengua claramente delimitados: el sustantivo “cursus”, que es sinónimo de “carrera”, y el sufijo “-culo”, que puede traducirse como “instrumento” o “medio”.

La noción de diseño puede emplearse para nombrar a la delineación de algo (un proyecto, una obra, etc.). Curricular, por su parte, es aquello vinculado a un currículo: un programa de estudios.

La idea de diseño curricular, por lo tanto, hace referencia a un proceso que permite organizar y desarrollar un plan educativo. A través de esta estructuración se busca satisfacer las necesidades formativas de los estudiantes.

El diseño curricular se plasma en un documento que presenta la estructura del plan de educación, detallando las características y proyectando los alcances de la formación. En este documento se mencionan los objetivos del currículo, las competencias que se buscan desarrollar, los resultados que se persiguen y la certificación que se brinda.

Gracias al diseño curricular, es posible aseverar que la formación es pertinente de acuerdo al grado de formación. Los docentes encuentran en él una guía para llevar adelante la labor pedagógica.

Puede decirse que el diseño curricular define qué, cómo y cuándo se enseña. También brinda respuesta a dichos interrogantes respecto a la acción de evaluar. Conceptos ideológicos, factores sociales, cuestiones vinculadas a la epistemología y temáticas propias de la psicología forman parte del diseño.

Para poder llevar adelante un diseño curricular se hace necesario tener claro que hay que llevar adelante una serie de tareas como son las siguientes:

- El diagnóstico de problemas y necesidades en cuanto a lo que es el contexto y la situación existente. En concreto, esta labor se compone de tres etapas fundamentales: el estudio de lo que es el marco teórico, la exploración de situaciones reales y la determinación de problemas y necesidades.
- La modelación del currículum, en la que, por ejemplo, se determinan los contenidos necesarios para alcanzar los objetivos deseados.
- La estructuración curricular, donde se elige, por ejemplo, el orden en el que se va a desarrollar el diseño curricular.
- La organización para la puesta en práctica, es decir, el establecimiento de medidas para garantizar lo que es la puesta en práctica del proyecto curricular. (definiciones.de)
- El diseño de la evaluación curricular, que debe tener como punto de partida lo que son objetivos de tipo terminal.

El diseño curricular, en definitiva, es el procedimiento que posibilita la planificación general de las actividades académicas.

El currículum, una vez definido, luego se adapta a las condiciones particulares de cada establecimiento educativo, siempre respetando los principios establecidos en el diseño. De esta manera se pretende garantizar que cada uno de los estudiantes pueda desarrollar su potencial, formarse y concluir el proceso educativo preparado para integrarse a un nivel superior o al universo laboral. (definiciones.de)

Los Núcleos de Aprendizaje Prioritarios

Los núcleos de aprendizaje prioritarios (NAP) son los contenidos acordados como comunes para la transmisión escolar, en todas las escuelas de la Argentina, desde el nivel inicial hasta el nivel superior.

Es decir que estos contenidos "comunes" se acuerdan en base a una decisión de política educativa, un acuerdo de alcance nacional, sobre aquellos aprendizajes fundamentales que todos los estudiantes del país realizarán, a lo largo de su trayectoria escolar.

Una consultora se iba a encargar de hacer los diseños curriculares

Para especificar más, se trata de "un recorte de saberes que el Estado, en su expresión federal acuerda como relevantes, valiosos y básicos para toda su población, en un momento dado", según se expresa desde el ministerio de Educación.

Desde esta postura, siempre se parte de una pregunta para confeccionar estos NAPs: ¿Qué es valioso que todos aprendan, en las escuelas del país?

Para ello, cada provincia del país toma los contenidos definidos a nivel nacional, y les realiza adecuaciones en las que se incorporan modismos, saberes, inquietudes, costumbres, prácticas y una multiplicidad de acciones que se consideran "valiosas" para la provincia o la región.

Los NAP, se plantea desde el ministerio de Educación, definen saberes, como productos de procesos de aprendizaje y se orientan a construir una agenda de enseñanza, que será el resultado de una construcción federal y compleja, y allí se plasmarán los acuerdos de prioridades que no refieren tanto a contenidos de la enseñanza, sino en cuanto a saberes que se espera resulten, del trabajo de enseñanza.

Sobre la base de los NAPs, surgen los diseños curriculares, que se terminan de definir dentro del área de Planeamiento Educativo.

Delimitando los enunciados genéricos, tomando la realidad regional, provincial, y con la flexibilidad necesaria para incluso cada escuela tome decisiones.

De allí la importancia de que sean confeccionados por los interesados en la materia y que conozcan su realidad.

El trámite para homologar los diseños curriculares sigue esta lógica natural que se desprende desde los NAPs, formulados desde el ministerio de Educación de la Nación, luego adaptados en cada provincia y finalmente, plasmados en los programas de cada asignatura, que componen las carreras, por ejemplo, de los institutos de educación superior. (elancasti.com.ar)

Características de los diseños curriculares

Características del modelo curricular, tal como se definió el marco curricular provincial aprobado por resolución número 36 55/ 07 y que se retoman en el presente marco, la característica central de los diseños curriculares. Son diseño curricular común, el sistema educativo provincial se fundamenta en la concepción de educación común, sustentada en las nociones de derecho a la educación, diversidad, interculturalidad e igualdad de posibilidades, la educación común, establece que todos los niños, jóvenes y adultos de la provincia, se apropian de los conocimientos socialmente significativos y de fundamentos científicos que les permiten acceder al mundo del trabajo y de los estudios superiores. En este sentido es necesario fortalecer acciones, que garanticen el ingreso, la permanencia y el egreso de todos los estudiantes, con la capacidad y saberes significativos para poder desarrollar su potencialidad a nivel personal y social. En un mundo dinámico y globalizado por la tecnología, los procesos de enseñanza y de aprendizaje de calidad en las escuelas, garantizan el desarrollo de trayectorias educativas, en los tiempos previstos, favoreciendo así las particularidades de cada estudiante, desde la premisa de que todos pueden y tienen el derecho a aprender, desde la perspectiva del respeto por la diversidad. Se concibe la educación inclusiva, como una estrategia para reducir la exclusión a través de la transformación de las prácticas institucionales y pedagógicas, las oportunidades de aprendizaje, deben ser equitativas para todos los alumnos, de manera tal, que los distintos puntos de partida, no condicionen desigualdad en los puntos de llegada. Pues las particularidades individuales, implican divergencia, en los modos de acceder al conocimiento.

Implementando un modelo pedagógico inclusivo, esto significa, contemplar la diversidad de todos los estudiantes del sistema educativo, ofreciendo dispositivos pedagógicos y todos para ser desarrollados dentro del contexto áulico. En definitiva, propicia una Concepción integral del aprendizaje, que de manera continua y sostenida a lo largo de los años de escolaridad. Implican experiencias educativas, que constituyen a la formación del estudiante, para su inserción social ,como ciudadano activo, democrático, libre, solidario, participativo, responsable, respetuoso de los derechos humanos. (direccion general de cultura y educacion de la prov. ba. as, 2019)

Diseño curricular prescriptos

Los diseños curriculares tiene una intencionalidad clara, en función de lo que establece la política educativa integral e inclusiva y de calidad, garantizando la unidad del sistema educativo provincial y la igualdad de los sujetos, en su derecho a la educación. En ese sentido, los diseños curriculares son prescritos, ya que determinan, los conceptos disciplinares de cada campo de conocimiento que enseñar y los modos de conocer cómo enseñar los saberes socialmente significativos para promover, la construcción de conocimientos y el desarrollo integral de la capacidad en condiciones de igualdad y respeto por la diversidad, es responsabilidad de todos los agentes del sistema educativo provincial, hacer que el diseño curricular se concrete. Los proyectos institucionales y en los proyectos de aula es por eso, que los mismos, se constituyen en una herramienta de consulta permanente, para que todos los docentes permitiéndose organizar sus prácticas de enseñanza.

Diseño curricular paradigmáticos

Las políticas curriculares provinciales, centralizan conceptos, que atraviesan los contenidos disciplinares y de las áreas del conocimiento.

Que articulados entre sí, definen el carácter pragmático de los diseños, los conceptos que se desarrollan particularmente en el marco referencial son, formación en ciudadanía, educación inclusiva, educación sexual integral y tecnología educativa. (dirección general de cultura y educación de la prov. ba. as, 2019)

Diseño curricular relacionales

Los diseños curriculares se definen, como relacionales ya que los conceptos se relacionan entre sí, se organizan, orientan y otorgan sentido a la enseñanza, de los saberes prioritarios. También son relacionales, porque la revisión, diseño y desarrollo curricular, son procesos simultáneos, en la práctica docente y finalmente por que adoptan una Concepción integral del desarrollo del estudiante a lo largo de toda su trayectoria escolar.

Es un proceso que acontece, en la articulación pedagógica, entre niveles y modalidades el conocimiento escolar. Se construye, en la interacción y diálogo entre los docentes y alumnos.

Este intercambio, permite a su vez la problematización, la interrogación acerca de los objetos de conocimiento. Lo que favorece su construcción individual, por parte de cada uno de los alumnos, la enseñanza es entendida como la práctica de transmisión cultural, para favorecer la inserción creativa de los sujetos en las culturas. Enseñar a transmitir conocimientos, prácticas sociales, normas, lenguajes y generar situaciones de aprendizaje, para la construcción y reconstrucción. En este proceso, no sólo se producen saberes, si no modos de vincularse con el conocimiento, aspecto que sólo aprende en relación con los otros. La apropiación y reconstrucción cultural, genera nuevos sentidos y proyectos de vida. Por ello el sujeto que aprende, también se transforma y construye subjetividad. así la mediación, que los docentes hacen al interpretar las indicaciones curriculares. Al descontextualizar y recontextualizar los saberes propios de las distintas disciplinas.

Los ubican, como profesionales críticos, capaces de dar sentido a su diario accionar, agentes activos e irremplazables, para la formación de decisiones

curriculares en esta medida. La autoridad pedagógica se construye en el docente, a partir del ejercicio de un saber experto, que demuestra saber lo propio y lo que enseña y cómo hacerlo. Se ejerce a partir de la presencia y la escucha, con indispensable reconocimiento del otro y por medio de acuerdos que regulan la actividad de aprendizaje y la convivencia del grupo. De esta manera, este marco, propone promover el movimiento activo de los conocimientos, motivando al alumno a construir su proceso aprendizaje, en un contexto determinado, dando la posibilidad de profundizar en acciones complejas. Potenciando la identificación e interacción de conceptos, métodos, habilidades, valores y hábitos necesarios para abordar los problemas en busca de su solución. Tanto de manera individual como colectiva, para finalmente, posibilitar que el educando construya conocimientos, contextualizados en el que, el porqué y el para qué. En síntesis, el marco referencial curricular de la provincia de Buenos Aires, define las condiciones para los nuevos diseños curriculares comunes, prescriptivos, paradigmáticos y relacionales.

A su vez, presenta modos conceptuales, que orientan la propuesta formativa, basada en los desempeños esperados, los saberes y las capacidades de los estudiantes, para resolución de problemas del mundo actual. (dirección general de cultura y educación de la prov. ba. as, 2019)

Una vez visto la definición y los tipos de modelos curriculares que se utilizan en la provincia de Buenos Aires, podemos dedicarnos de lleno al modelo curricular de 4° año del nivel secundario de la materia salud y adolescencia, que es el modelo que nos compete.

La materia está presentada desde su propuesta de enseñanza temas/problemas, que resultan reconocidos como importantes para la formación de jóvenes y adolescentes.

Salud y adolescencia prevé una construcción de saberes desde la problematización de temas de interés de los estudiantes o sus comunidades de pertenencia, dado que se espera que esta construcción tenga su correlato en prácticas y elecciones saludables de parte de los jóvenes.

El saber se evidencia en el hacer, en este sentido, la comprensión esperada de los contenidos deberá redundar en la posibilidad de influir en la toma de decisiones argumentadas y reflexivas en relación a su propia salud y la de su comunidad.

La construcción de saberes comenzara a partir de la identificación, problematización y puesta en cuestión de las definiciones y prácticas que los jóvenes ya se encuentran desarrollando. Para ello se pondrá a disposición nueva información y nuevos conocimientos, así como espacios que permitan la reflexión crítica entre pares y con la guía del docente.

Es posible identificar la relación entre el periodo adolescente y la posibilidad de comenzar a tomar decisiones en relación con las prácticas saludables.

Lo que se espera en esta materia es que los alumnos tengan la posibilidad de adquirir diversos saberes que les permitan general prácticas saludables y responsables a través de la promoción y prevención de conductas dañinas para la salud. Y es de suma necesidad que ellos piensen la salud como un derecho humano fundamental y prioritario.

El contenido de la materia es dividido en módulos.

Modulo I. Problema: definición de salud/enfermedad

Módulo II . Problema: los jóvenes y los procesos de salud y enfermedad

Módulo III . Problema: educación sexual integral

Módulo IV . Problema: el derecho a la salud

Modulo V . Problema: espacios de participación juvenil en la promoción y prevención de la salud

Esta materia requiere de un trabajo reflexivo y participativo por parte de profesores y estudiantes. El debate, la participación, la escucha del conjunto de voces resultan imprescindibles para el desarrollo de la enseñanza y el aprendizaje de la materia.

Se requiere apelar a diferentes fuentes, literarias, documentales, películas, pintura, música y otras formas artísticas, como fuente de información. Los productos culturales permiten el análisis de las representaciones e imaginarios en disputa respecto de los adolescentes, la salud, la enfermedad y las metáforas sociales de lo que enferma. (dirección general de cultura y educación de la prov. ba. as, 2019)

Lo que se espera del docente es que guíe a los estudiantes en elección de temas o problemas de salud, que permitan un abordaje de las prácticas, de manera que logran un compromiso con el objeto de estudio en tanto prácticas a desarrollar tanto al interior como al afuera de la escuela. Que aporte información actualizada y pertinente acerca de los temas a desarrollar, que permitan tanto la consulta como la profundización de los temas seleccionados. Que proponga instancias de reflexión grupal e individual en los temas y los problemas trabajados en las clases que conduzcan a sistematizar y profundizar progresivamente los puntos de vista del alumno. Que favorezcan la fundamentación de las posiciones establecidas en relación con los contenidos trabajados, que propicie instancias de sociabilización de los temas trabajados y de las producciones. Que se relacionan con los mismos, como ejemplo publicación de trabajos en la comunidad, divulgación en sitios de internet, propagandas de radio, etcétera.

Que acompañe y oriente el proceso de lectura de textos complejos con un léxico con el que no siempre los estudiantes están familiarizados, que considere el punto de partida de cada alumno o grupo de estudiantes y fomente instancias de autoevaluación, donde puedan confrontar, enriquecer entre sus pares el conocimiento y posiciones respecto a los temas problemas de salud. Que establezca criterios claros para decidir cuándo se ha avanzado en el aprendizaje y o propuestas de juegos, prácticas y conocimientos de salud, que aporte experiencia de trabajo, respecto de la promoción y prevención de la salud, experiencias modélicas de participación juvenil para que los estudiantes las incorporen como marco de referencia en el desarrollo de sus propios proyectos. Que pondré el grado de avance de los estudiantes al interpretar críticamente los discursos sociales en relación a la salud y al producir sus propios discursos.

Que genere oportunidades durante el año, donde los estudiantes puedan abordar temas que les resulten significativos y dónde se propició una permanente articulación con sus intereses y problemas propios o de su comunidad de pertenencia y que al momento de evaluar los comentarios y los informes de los estudiantes, se coloque en un primer plano la forma que los estudiantes van adquiriendo prácticas de salud, que les permitan ejercer una ciudadanía responsable, que propicie entre los conocimientos aprendidos la influencia que estos ejercen en su vida actual y futura y que diseñe situaciones de trabajo donde los estudiantes sientan la necesidad de volver a reflexionar acerca de las cuestiones mencionadas. (dirección general de cultura y educación de la prov. ba. as, 2019)

MÉTODOS DE ENSEÑANZA

La enseñanza es una práctica social e interpersonal que antes e históricamente a la existencia misma de las escuelas y aún hoy se desarrolla más allá de sus límites desde el siglo 19 comienza un proceso sostenido de conformación de sistemas escolares que culminarán el siglo 20 con los sistemas educativos nacionales o lo que implicará una legión de personas específicamente formadas para enseñar o sea enseñar no sólo se generaliza sino que se especializa la enseñanza como acción intencional de transmisión cultural la enseñanza implica transmitir un conocimiento o un saber favorecer el desarrollo de una capacidad corregir y apuntar una habilidad guiar una práctica y siempre la enseñanza corresponde a intenciones es decir a una acción voluntaria y conscientemente dirigida para que alguien aprenda algo que no puede aprender sólo cuando una persona aprende sola no es enseñanza sino aprendizaje social o socialización estas intenciones son de doble vía quienes enseñan desean hacerlo y quienes aprenden también desean aprender sin embargo como dice Fenster March en sentido estricto la enseñanza sólo quiere de la intención de quién enseña la intencionalidad no se restringe a lograr que otro aprenda la enseñanza implica transmitir un saber o una práctica considerada culturalmente válida socialmente justa y éticamente valiosa enseñar es un acto de transmisión cultural con intenciones sociales y opiniones de valor en este sentido distingue enseñanza de buena enseñanza moral y epistemológicamente hablando.

LA ENSEÑANZA COMO UNA SECUENCIA METÓDICA DE ACCIONES

Según Stenhouse define la enseñanza como "la promoción sistemática del aprendizaje mediante diversos medios" (1987, pág. 53). En otros términos, la enseñanza no es algo que ocurra de modo espontáneo ni representa una acción puntual. Implica una actividad sistemática y metódica, con fases a lo largo de un tiempo (más breve o más largo) y un proceso interactivo entre quienes participan, según valores y resultados que se busca alcanzar. Es decir, supone un plan de trabajo con una secuencia organizada de actividades, en el que "una cosa se presenta antes y otra, después". La idea de la enseñanza como secuencia metódica es muy antigua en el pensamiento didáctico. Un hito importante en esta historia se encuentra en la obra de Herbart, a mediados del siglo XIX, quien planteó una secuencia de "pasos formales" constantes para el desarrollo de la enseñanza. Pero contar con un diseño de actividades secuenciadas y con un marco metodológico que oriente la enseñanza es una condición crítica para asegurar los logros de aprendizaje y elaborar estrategias particulares. (Davini, 2008)

ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: PRÁCTICA METÓDICA DE RESULTADOS ABIERTOS

Según Davini, la enseñanza busca promover el aprendizaje de manera metódica. Sin embargo, no existe una relación lineal o de "causa y efecto" entre ambos polos de esta relación. En otros términos, no toda enseñanza logra el resultado de aprendizaje que persigue en todos y cada uno de los aprendices. Los efectos de la enseñanza no son cerrados o fijos, como si tratase de resultados de una reacción química. Nunca un grupo humano es igual a otro ni desarrolla los mismos procesos.

ORIENTACIONES DE LA ENSEÑANZA

Se puede decir que en términos generales, existen dos grandes concepciones acerca de la enseñanza: se destaca la mediación del adulto o profesor como transmisor de un conocimiento o modelizador de una práctica.

Quienes aprenden incorporan los procedimientos, los conceptos a partir de la acción de quien enseña, a través de la escucha activa, la observación del modelo, la reflexión interna. {Ausubel, Novak y Hanesian, 1983; Reighiutfi y Merri, 1978}. La metáfora es la enseñanza como andamio para que los alumnos elaboren el nuevo conocimiento en una secuencia progresiva de acciones. En la realidad, las prácticas de enseñanza no adoptan rígidamente uno y sólo uno de estos grandes enfoques. Aunque exista una orientación principal, la enseñanza puede incluir alternativas durante su desarrollo y producir distintos efectos de aprendizaje. En otras palabras, la orientación puede darse en "estado puro" o puede incluir toda una gama variada de alternativas entre un extremo y otro de las prácticas. (Davini, 2008)

MÉTODOS PARA LA ASIMILACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y EL DESARROLLO COGNITIVO INTRODUCCIÓN

Como sabemos buena parte de las prácticas de enseñanza están dirigidas a la asimilación de conocimientos, en los distintos niveles escolares y se extiende, aun, en las acciones de capacitación en el trabajo. Cualquiera sea el contenido, estas enseñanzas tratan de favorecer simultáneamente la asimilación de conocimientos y el desarrollo de capacidades de pensamiento. En última instancia, se busca que quienes aprenden adquieran los conocimientos y los integren, desarrollando habilidades para conocer, manejar informaciones y seguir aprendiendo. El desarrollo del pensamiento y de las habilidades para el manejo de las informaciones es un propósito permanente en la enseñanza, pero alcanza aún mayor énfasis en la actualidad, dada la importancia del acceso y manejo crítico reflexivo de la información y la expansión de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Como dice la autora, quien aprende no es un papel en blanco, ni recibe pasivamente las informaciones. Por el contrario, de una u otra manera las procesa y las integra a su mente y a sus prácticas de manera activa y personal. El concepto de asimilación fue desarrollado desde la obra de Jean Piaget, pero hoy es un bien común en las ciencias sociales y, particularmente, en educación. Para quien enseña, se trata, entonces, de facilitar que quien aprenda "ponga el motor en marcha" . (Davini, 2008)

MÉTODOS PARA LA ASIMILACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y EL DESARROLLO COGNITIVO

A través de estos métodos de enseñanza podemos encontrar tres maneras de transmisión:

LA FAMILIA DE LOS MÉTODOS INDUCTIVO

Tal como dice la autora los métodos de este grupo se dirigen a la formación de conceptos, la inferencia de reglas, principios y regularidades de los fenómenos, mediante la observación, el manejo, la organización y la utilización de los datos. Asimismo, implican actividades y aprendizajes para la indagación y la formulación de hipótesis, estimulando el clima social del aprendizaje cooperativo.

En todos los casos, estos procesos facilitan la asimilación activa de informaciones y conocimientos.

En este grupo de métodos incluimos tres variantes:

- A. La inducción básica.
- B. La formación de concepto
- C. la investigación didáctica

A. LA INDUCCIÓN BÁSICA: El método de enseñanza inductivo, esta organizado para quienes aprendan formen conceptos mediante la observación y el manejo directo de materiales.

A partir de la observación y el análisis de los materiales, se registran, comparan y clasifican los datos. Así los alumnos desarrollan su comprensión por su propia actividad en lugar de obtenerla por la explicación organizada por otros (docente.)

el método inductivo en su esencia básica se orienta a lo que es la enseñanza como guía pero no siempre se llega a la enseñanza como guía los conocimientos, solo con la inducción básica, por ahí dependiendo del contenido

de enseñanza es muy complejo puede incluir momento de instrucción, como por ejemplo, introduciendo un momento de explicación por parte del profesor

B. MÉTODO DE CONSTRUCCIÓN DE CONCEPTOS: este método pertenece a la familia de los métodos inductivos, pero no proceden de la observación y el manejo de materiales.

los conceptos no son algo natural, sino que viene de construcciones elaboradas por la sociedad y la cultura o de teorías determinadas. En este método los alumnos trabajan a partir de conjuntos o grupo de propiedades calificadas por el profesor como ejemplos positivos y ejemplos negativos, los alumnos comparan los grupos con el objetivo de construir y comprender conceptos.

C. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN DIDÁCTICA: la enseñanza debe ser capaz de brindarle a los alumnos la oportunidad de desarrollar modo de pensar y manejar la información y los conocimientos de manera eficaz.

Con eso los alumnos pueden asimilar el conocimiento y desarrollar destrezas para el manejo de la información para su actuación en la sociedad y aprendizaje permanente. El método de investigación didáctica le da una contribución a ese sentido enseñando a los alumnos a procesar activamente la información mediante una metodología de estudio

LA FAMILIA COMO MÉTODO DE INSTRUCCIÓN:

Este todo está dirigido para la asimilación de conocimientos y modos de pensamientos. Aquí es donde el docente cumple rol de transmitir el contenido, los alumnos tendrán que elaborar un desarrollo con el método. Dentro de este modelo encontramos tres tipos de enseñanza.

A. MÉTODO DE TRANSMISIÓN: ASIMILACIÓN DE CUERPO DE CONTENIDO ORGANIZADO.

B. MÉTODO DE TRANSMISIÓN SIGNIFICATIVO

C. SEMINARIO DE LECTURA Y DEBATE

A. El contenido se transmite de manera directa, este tipo de manera de transmisión es justificable. Pero para que este método funcione es necesario considerar otras condiciones: el profesor debe conocer lo que enseña y debe darle un toque personal, en cuanto al contenido se debe transmitir lo justo y lo necesario para que los alumnos luego puedan afianzarlo con libros u otro tipo de información y una última condición es el proceso de comunicación y de asimilación, aquí es importante la expresión oral y el lenguaje

B. **TRANSMISIÓN SIGNIFICATIVA:** un aprendizaje es significativo cuando de forma activa y consciente podemos relacionar los contenidos previos con los nuevos contenidos siendo el docente un guía. El objetivo de este método es ayudar a enriquecer y mejorar la transmisión, a través de tres maneras:

- * organizadores previos: se presentan las partes más importantes del contenido teniendo en cuenta el perfil del alumno;

- * mapa conceptual: es una representación gráfica de contenidos, hechos, ideas, etc.

- * organizadores avanzados: es un análisis más detenido del contenido. Se da la exposición oral del profesor o lectura de un texto.

C. **SEMINARIO DE LECTURA Y DEBATE:** es otra alternativa metódica de enseñanza donde el docente es un orientador. Este método facilita el desarrollo cognitivo, interpretación, lectura independiente, intercambio de ideas, etc.

LA FAMILIA DE LOS MÉTODOS DE FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y CAMBIO CONCEPTUAL:

Estas ideas se originan en el intercambio de las personas con el medio cotidiano. El propósito educativo no es "desarraigar" los modos de ver personales, para imponer otros sino favorecer el desarrollo reflexivo, la flexibilidad del pensamiento, ampliar la conciencia y la comprensión de otros enfoques.

Si se pueden modificar las teorías personales. Se puede desaprender o mejorar las propias concepciones. Dentro de esta familia hay dos métodos que requieren de un ambiente de enseñanza participativo entre profesores y estudiantes:

Método de dialogo reflexivo: El núcleo fundamental del método es el dialogo. Donde se intercambian observaciones, experiencias, punto de vista y forman sus ideas. Tiene protagonistas, contenidos, lenguaje y una dirección. Acá se hacen preguntas reflexivas de explicación y comprensión que no deben confundirse con un interrogatorio. Esto facilita al profesor a la orientación de un mejor nivel de comprensión y entiende que es mejor que ellos mismos descubran nuevos significados en lugar de dárselos. Y desde lo social facilita la comprensión de la diversidad y culturas. Así el alumno integra el saber de las practicas, sistematizado y la elaboración personal.

Método de cambio conceptual: Se trata de la búsqueda de ampliación de la conciencia y la flexibilidad del pensamiento. Para esto implica los siguientes conflictos de diferentes formas:

Conflicto empírico: Poniendo en tensión sus propias interpretaciones.

Conflicto teórico: Contrastando sus interpretaciones con otros enfoques conceptuales.

Conflicto entre teorías: Contrastando distintos enfoques sobre un mismo problemas.

Conflicto practico: Un enfoque puede ser apropiado para explicar el contexto en el que se origino. Pero puede ser limitado o invalido. Para extender el propio.

Con esto los alumnos, reflexionan, discuten, analizan y reelaboran, pero al mismo tiempo se transmiten otras alternativas. (Davini, 2008)

Capítulo IV : Trabajo de campo

Diseño metodológico: descriptivo, aquí se pretende describir características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos para destacar los elementos esenciales de su naturaleza. Contar como son determinados aspectos de un problema. Por ejemplo la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno, en quienes donde y cuando sucede ese fenómeno. Puede tener o no hipótesis.

Tal como cita el autor es relevante mencionar que, la recolección de datos es una sección concebida de igual forma que la expresión operativa del diseño de investigación, es decir, es la especificación concreta de los procedimientos, lugares y condiciones de la recolección de datos. Por tanto, se analizará y definirá si la investigación será a base de lecturas, documentos, encuestas, u observaciones directas de los hechos.

La recolección de datos a través de diferentes técnicas de investigación; se define a la encuesta y sus dos tipos más conocidos: el cuestionario y la entrevista. Del mismo modo, define la importancia de la observación en una investigación y en qué consiste, se describe la observación participante y la no participante, así como la observación cuantitativa y cualitativa.

Además, se detallan las escalas de medición y su importancia en la investigación; y se explica lo que es un experimento. (Gomez Bastar, 2012)

ENCUESTA, CUESTIONARIO Y ENTREVISTA

La recolección de los datos, dependerá en cierta medida del tipo de Investigación, y obviamente del problema planteado, y se podrá efectuar desde:

- ☐ Ficha bibliográfica.
- ☐ Observación.
- ☐ Entrevista.
- ☐ Cuestionario.

☐ Encuestas.

El autor plantea, que lo ideal es comenzar analizando el papel de la encuesta, y es que para lograr un mayor acopio de información, la encuesta puede ser una alternativa viable, ya que se basa en el diseño y aplicación de ciertas incógnitas dirigidas a obtener determinados datos. Los instrumentos principales de la encuesta son:

☐ Entrevista.

☐ Cuestionario.

El cuestionario, es de gran utilidad en la investigación científica, ya que constituye una forma concreta de la técnica de observación, logrando que el investigador fije su atención en ciertos aspectos y se sujeten a determinadas condiciones.

El cuestionario contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales; permite, además, aislar ciertos problemas que nos interesan principalmente; reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio.

Para el diseño y elaboración del cuestionario, se requiere un conocimiento del fenómeno a investigar, lo cual es el resultado de la primera fase de trabajo.

Ahora bien, una vez que se tiene contacto directo con el fenómeno a investigar, además de tener conocimientos de sus aspectos y elementos más relevantes, es el momento de analizar y precisar el tipo de preguntas que se realizarán y que nos conducirán a la comprobación de nuestras hipótesis.

En cuanto a la estructura y forma del cuestionario, sus preguntas deben estar cuidadosamente elaboradas, es importante que no se incluyan preguntas intrascendentes. Es relevante, el orden en el que deben aparecer las preguntas, ya que debe existir un vínculo y estar relacionadas con el orden en el que son planteadas. La redacción de las preguntas debe ser sencilla para que se comprendan fácilmente, además de ser claras y precisas para llegar directamente al punto de información deseado. (Gomez Bastar, 2012)

Las preguntas o ítems pueden ser:

a) Dato objetivo: edad, sexo, etcétera.

b) Cerradas: se contestan con si o no.

c) Abiertas: se contestan a criterio y juicio del entrevistado.

d) En abanico: presentan una serie de posibilidades para responder, entre las cuales el entrevistado escogerá la que crea conveniente.

Como recomendación, el autor nos dice que es importante que el cuestionario se aplique en primera instancia como una prueba, con el objetivo de detectar errores que se hayan presentado, como preguntas inútiles, poco precisas, repetidas, redactadas de forma incorrecta, etc. Así, el cuestionario se puede probar con un pequeño grupo de individuos antes de aplicarse a la totalidad de la muestra.

Ahora bien, en cuanto a la entrevista, “al igual que la observación, es de uso bastante común en la investigación, ya que en la investigación de campo buena parte de los datos obtenidos se logran por entrevistas. Podemos decir que la entrevista es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales.”

☐ Libre

☐ Dirigida.

La experiencia indica que un testigo actúa mejor cuando:

1. Se le permite usar una forma narrativa.
2. Se le interrumpe menos.
3. Se le anima a seguir un orden cronológico.
4. Cuando las preguntas se utilizan únicamente para suscitar narraciones.

Es común, que la mayoría de las personas muestren una gran variedad de modos de “atestiguar”, por tanto, la entrevista es un arte y el investigador deberá tener las habilidades necesarias para aprovechar al máximo este recurso, y obtener el mejor provecho de los informantes. (Gomez Bastar, 2012)

Debido a la pandemia que nos atraviesa desde el año pasado, el método de recolección de datos para poder responder la pregunta problema fue de manera virtual, no pudiendo aplicar la entrevista, si no directamente utilice un cuestionario, que fue creado por medio de una herramienta virtual, Google Formulario, que permite por medio de internet compartir este cuestionario a las personas, a las cuales le vamos a realizar las preguntas.

Análisis realizado a docentes de la materia salud y adolescencia

El análisis se efectuó a cinco docentes de dos escuelas distintas, el mismo fue enviado por medio de la herramienta whasapp, ya que como se mencionó antes la pandemia no permitió el normal desempeño de la entrega del cuestionario y la realización de la entrevista. A continuación detallare las preguntas contenidas en el instrumento y un cuadro con las respuestas.

Cuestionario:

- 1- ¿Qué tipo de métodos de enseñanza aplica en sus clases?
- 2- ¿Este método hace que los alumnos sean más participativos?
- 3- ¿Cuál considerada usted que es el impedimento para que los estudiantes participen activamente?
- 4- ¿De los métodos de enseñanza que utiliza cual es el más efectivo?
- 5- ¿Según su experiencia de qué manera se podría lograr una participación más activa de los estudiantes?

CUESTIONARIO

¿Que tipo de métodos de enseñanza aplica en sus clases?	¿ Este método hace que los alumnos sean más participativos?	¿Cuál considerada usted que es el impedimento para que los estudiantes participen activamente?	¿ De los métodos de enseñanza que utiliza cual es el más efectivo?	¿ Según su experiencia de qué manera se podría lograr una participación más activa de los estudiantes?
Proyectos, trabajo de campo, estudios de casos.	Si	Las estrategias que hacen que el estudiante se sienta por fuera de lo que hace, produce desinterés.	El estudio de casos y los proyectos.	Logrando que los estudiantes se sientan parte de la materia. Los proyectos, los trabajos de campo, hacen que ellos sean los constructores de la tarea; esto los hace sentir activos. Si en cambio solo hacemos exposiciones es como que se tornan pasivos y eso desmotiva.
Aprendizaje basado en proyectos - aprendizaje basado en problemas	Si		aprendizaje basado en proyectos	El ABP permite un trabajo colaborativo, y en muchas oportunidades trabajar transversalmente; esto hace que los estudiantes se sientan parte del proyecto. Son el hacer; lo que permite que se construyan además de nuevos conocimientos, el desarrollo de habilidades como el pensamiento critico, la comunicación, empatía, etc.
Charlas conceptuales, explicativas y demostraciones si el tema lo requiere. Cuestionamientos, orales y/o escritos, con respaldo teórico bibliográfico. Utilización de	Si	Creo que si mi forma de enseñarles es sólo explicativa y bajada verticalmente no favorecerá en absoluto el hecho de que participen, se comuniquen, se	Charlas explicativas, continuas, con preguntas permanentes, favoreciendo un feedback entre estudiante / docente. Y creando un clima de confianza para que	Generando confianza, escuchándolos, utilizando recurso que les sean comunes (ej. videos actuales) Pidiéndoles trabajos prácticos creativos y no tan

recursos tecnológicos como vídeos, películas, etc.		expongan y de esta forma participen activamente. Es decir, la forma en la que les enseño determinará en gran medida el grado de participación de los estudiantes.	puedan deshinibirse, expresarse, perder el miedo a equivocarse.	estructurados como pregunta y respuesta solamente.
El método que utilizo está orientado a la participacion conjunta del docente y los alumnos, planteando problemáticas a resolver y analizar	Si	Muchas veces la predisposición del docente y el modo en que emplea la forma de transmitir el aprendizaje, si solo realiza un monólogo de aquello a aprender el estudiante se sentirá poco participativo y no podrá significar eso que se le está enseñando. O también a través de formas autoritarista, dónde el alumno se queda en silencio por miedo a lo que dirá o pensara el docente.	La práctica participativa	Darle la palabra, que ellos puedan entablar semejanzas con sus propias experiencias sobre ese saber que se está aprendiendo, analizarlos junto con el docente, buscar una solución entre todos en caso que esa problemática dejé una enseñanza
Cambio de roles y participación continua sobre debates actuales .	Si	Actualmente, las clases virtuales, los problemas de conectividad es muy recurrente.	ambio de roles. Donde ellos hacen de docentes y dan charlas o generan debates .	Haciéndolos participes de cada situación a exponer, donde ellos puedan ser los principales criticos y reflexivos de las clases.

Conclusión

Luego de la investigación que se realizó sobre los métodos de enseñanza en la materia salud y adolescencia, se puede decir que en aspectos generales los docentes entrevistados dieron prueba de que sus métodos no dificultaban este intercambio positivo, haciendo hincapié en la importancia del trabajo participativo y del feedback, corriéndose algunas veces del programa, dándoles a los estudiantes un espacio de más protagonismo.

Sería maravilloso que todos se dieran cuenta del impacto que genera en sus estudiantes la información que brindan, porque a diferencia de matemáticas, lengua o historia, salud y adolescencia es una materia que atraviesa a estos chicos porque están en esa etapa justamente y bien aplicada les permite tener muchas herramientas y conocer sus derechos y obligaciones para formarlos en ciudadanos responsables.

Trabajos citados

(s.f.). Obtenido de

https://cursospaises.campusvirtualsp.org/.../3_Legislacion_Sanitaria_Contexto_Histórico

MacMahon y Pugh . (1975).

(Leavell & Clark, 1953; Noble, 1988). (s.f.).

(Mills & Gilson, 1988; Muskin, 1962). (s.f.).

(2002). En *Ritzer*.

Briceño-León. (2000).

(1998). En Castellanos.

Davini, M. C. (2008). *Metodos de enseñanza*. buenos aires: santillan.

definiciones.de. (s.f.). Recuperado el 10 de 11 de 2020, de <https://definicion.de/disenio-curricular/>

direccion general de cultura y educacion de la prov. ba. as. (2019). *marco referencial curricular*. bs. as: la plata.

elancasti.com.ar. (s.f.). Recuperado el 10 de 11 de 2020, de <https://www.elancasti.com.ar/info-gral/2015/8/23/para-sirven-diseos-curriculares-para-docentes-alumnos-270544.html>

(2001). En Freitez.

Frenk et al., 1991; Arredondo, 1992. (s.f.).

Gomez Bastar, S. (2012). *Metodologia de la investigacion*. mexico: Red tercer milenio.

GONZALEZ PEREZ, J. (1986). Recuperado el 2 de 10 de 2020, de https://cursospaises.campusvirtualsp.org/.../3_Legislacion_Sanitaria_Contexto_Histórico

HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS. (s.f.). Recuperado el 2 de 10 de 2020, de <http://www1.diputados.gov.ar/dependencias/dip/bases.htm>

Janeiro, C. d. (s.f.). 1992.

Janeiro, C. d. (1992).

Laurell & Noriega. (1987).

May. (1977).

OMS. (s.f.). Recuperado el 2 de 10 de 2020, de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13491:community-health-in-the-21st-century&Itemid=40283&lang=es

Pasteur. (1946).

piña. (1990).

Susser. (1972).