

# Programa de salud escolar: Análisis de una experiencia docente - asistencial

Bernarda Ospina de G.\*

Georgina Londoño de G.\*\*

## RESUMEN

Se recoge parte de la experiencia docente-asistencial, realizada dentro del curso: Psiquiatría y Salud Mental del Programa de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Se analizan los problemas principales que motivan el ingreso de los niños al Programa de Salud Escolar como el denominado "comportamiento escolar llamativo", los problemas académicos, los de tipo familiar y los mixtos. Reporta el franco deterioro en las condiciones de vida de las familias de los niños vinculados al programa.

La problemática socio-cultural que se vive en familias en las cuales los padres se agreden delante de los niños, la presencia de adopciones ilegales, las condiciones de vida de las mujeres cabeza de familia, el abandono de niños, el madre solterismo, las uniones esporádicas y los consecuentes problemas de identidad y afecto para los niños.

Se reportan además, las condiciones de infraestructura de la escuela. Hallazgos en la valoración nutricional que detectó desnutrición crónica, global y aguda. Igualmente, los resultados en la evaluación de funciones psicológicas básicas para el aprendizaje como sicomotricidad, la percepción, el lenguaje y la función cognitiva. Para finalizar se plantean recomendaciones para la formación de personal de salud y educación, a los encargados de administrar la prestación de estos servicios, a los centros de salud, al programa de la Facultad de Enfermería y al Instituto Metropolitano de Salud (METROSALUD). Se acompaña el artículo de una amplia bibliografía para los interesados en el tema.

\*Enfermera, Magister en Orientación y Consejería, Profesora Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

\*\*Enfermera, Profesora de salud mental y Psiquiatría, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

## **PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR**

### **UNA EXPERIENCIA DOCENTE-ASISTENCIAL**

El trabajo se realizó en la Escuela República de Israel del sector de Santander (del área metropolitana de Medellín, Colombia). Fundada en 1972, en un local de la Acción Comunal. Cumple la función educativa en el ciclo de enseñanza básica primaria con un promedio de 600 alumnos. Se ha construido por partes de acuerdo a los recursos económicos que aporta la comunidad a través de la Asociación de Padres de Familia. Algunas aulas de clase son amplias, pero la iluminación inadecuada, no dispone de espacios de recreación, la acústica es deficiente. No corresponden los servicios sanitarios al número de alumnos y la zona dedicada a la celaduría es de hacinamiento y mala distribución.

A partir de 1985, se inició a través de la Secretaria de Educación el programa de facilitadores, coordinado directamente por dos sicoorientadores lo que constituye una ayuda valiosa en aspectos de salud mental de los niños, con ellos se busca una participación positiva entre la familia y la escuela.

La población estudiantil, está conformada por alumnos que viven en una zona de características socio económicas bajas en su gran mayoría, cuyas condiciones habitacionales está dada por casas de invasión, otras de transición y otras en menor cantidad consolidadas; pertenecen a los barrios: Salvador Allende, José Antonio Galán, La Esperanza, La Maruchunga, Santander y unos pocos de Florencia y Pedregal. Al conocer las viviendas de algunos alumnos, especialmente de los niños que toman parte del programa Salud Escolar, concluimos que éstas tampoco reúnen las condiciones mínimas de saneamiento y esto puede ser la razón para que ni los niños, ni los padres de familia se inquieten por las características, ya descritas, de la Escuela.

Los recursos humanos de la Escuela están incluidos en el presupuesto departamental y los físicos en el presupuesto municipal. El Municipio tiene un proyecto para la construcción de la planta física, que aún no se ha hecho realidad. Estos recursos son deficientes, pues en el caso del personal docente, año tras año es frecuente la suspensión de actividades por el retraso en el pago de sus salarios y el presupuesto municipal no proporciona los medios para el saneamiento escolar, ni para el sostenimiento adecuado de la misma. Los materiales necesarios para la enseñanza son insuficientes, carece de espacios para biblioteca, proyecciones y otras actividades.

## EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR: COMO SE DESARROLLA.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, seleccionó como campo de práctica del área de salud mental y psiquiatría, las Escuelas Eduardo Uribe Botero, Felix Bedout Moreno, Diego María Gómez; posteriormente en agosto de 1982, se agregó la Escuela República de Israel y la Escuela Barrio Nuevo. Esta práctica se relaciona con la salud escolar, haciendo énfasis en prevención primaria.

En este trabajo se describe la metodología llevada a cabo en la Escuela República de Israel, durante el período comprendido entre agosto de 1982 a septiembre de 1985.

El proceso de enfermería, ha estado sometido a evaluaciones periódicas por la docente de la Facultad, las estudiantes de enfermería y la directora de la Escuela, con el fin de encaminar las actividades a solucionar las necesidades sentidas y lograr una continuidad que asegure la retroalimentación del programa. Para una mejor comprensión del trabajo, las diversas acciones de enfermería se han clasificado así:

- Con los estudiantes de enfermería.
- Con los alumnos del programa.
- Con las familias de los niños.
- Con los profesores de la Escuela.
- **Estudiantes de enfermería:** rotan durante seis semanas de martes a viernes en un horario de 7 A.M. a 12 M. Los tres primeros días, se orientan en el área y zona de trabajo; el resto del tiempo se distribuye en la siguiente forma: una hora diaria de lunes a miércoles, para análisis y evaluación en grupo, de las actividades planeadas y realizadas; una hora cada jueves para grupo de "crecimiento personal". Esto les permite ubicarse en el momento por el cual están pasando los alumnos con quienes están trabajando. Reconocimiento de algunas dificultades (defectos) que limitan su trabajo en grupo y de aquellas facilidades (cualidades) que le ayudan a tener éxito en el mismo, como también mecanismos para alcanzar un objetivo, una meta; se da orientación individual según la necesidad sentida de la estudiante o percibida por la profesora, en el resto del tiempo.
- **Alumnos del programa:** Dependiendo del número de estudiantes de enfermería, se designa para cada grupo de primer nivel de enseñanza

básica primaria una o dos de ellas. Los niños del programa se han seleccionado por diversos medios: por observación directa del estudiante y su interés en el caso; por sugerencia de la docente de la Facultad o del profesor del grupo. Del total del grupo se le asignan a la estudiante de uno a seis alumnos para trabajar más cerca con ellos, se lleva una ficha por cada niño, a pesar de trabajar con determinados niños, la estudiante desempeña el rol de enfermera del grupo. Esto le permite participar en todas las actividades educativas, recreacionales y de observación del niño de seguimiento, sin que éste sea visto como "preferido", "enfermo" o "necio". Para ello se emplean diversas modalidades de actividades terapéuticas: libre, dirigidos, al aire libre, o en el salón de clase. La metodología de trabajo con los niños varía de acuerdo a la iniciativa de la estudiante. Entre otras se han utilizado: sicodrama, sociodrama, expresión y charlas con títeres, dramatización de cuentos, grupos de niños con dos sesiones semanales mediante la expresión lúdica y el dibujo, permitiéndole catarsis, descargas emocionales, expresión libre y límite de autoridad. Se dictan charlas formales de acuerdo al momento escolar: al iniciarse el año, el tema es "adaptación escolar". En período pre-vacacional "prevención de accidentes" y "distribución del tiempo". En período normal "comunicación interpersonal", "higiene y alimentación". A cada estudiante se le asigna un niño para seguimiento individual y es a éste a quien se le hace una evaluación completa que incluye: el aspecto nutricional, las funciones psicológicas básicas, exámen físico mediante inspección cefalocaudal y la anamnesis respectiva; se le realiza un estudio lo más completo posible de su medio familiar y del desarrollo sicosocial, motor, intelectual y de lenguaje, la morbilidad, el período escolar. En esta forma se logra una aproximación diagnóstica que permite realizar el plan de trabajo de acuerdo con lo detectado. Cuando un niño amerita ser evaluado y tratado por otro miembro del equipo de salud, se hace la remisión del caso por escrito a la Institución que cuenta con el recurso humano; las más utilizadas han sido: La Secretaría de Educación, Sección de Educación Especial, La Clínica Noel, La Unidad Infantil del Hospital Mental, un Oftalmólogo y el Hogar Infantil San José.

- **Con las familias de los niños:** Se trabaja individualmente con la familia del niño seleccionado, trabajo que se hace en la mayoría de las veces en su hogar. Cada alumna prepara y dicta una charla educativa para un promedio de 12 padres de familia; el tema se define de las inquietudes anteriores o por necesidad sentida. En caso de que una madre necesite asesoría o ayuda y su niño no esté incluido en el programa, la estudiante de enfermería la remite a la docente de la Facultad y ésta toma las medidas según el caso.

- **Con los profesores de la Escuela:** Se trabaja en comunicación directa, lo cual facilita la información sobre los niños. Asisten y participan activamente en la "presentación oral", que se hace de los casos y se les participa de las demás actividades que se realizan.

### **ANALISIS DE LAS VARIABLES QUE SE TUVIERON EN CUENTA Y QUE HAN INFLUIDO EN EL RESULTADO DEL PROCESO TERAPEUTICO**

1. Durante el período comprendido entre agosto de 1982 y septiembre de 1985 el programa atendió de una manera directa a 149 niños, así: en 1982 a 43; en 1983 a 21; en 1985 a 44, dichos niños estaban cursando el primer año de enseñanza básica y de ellos 102 eran niños y 47 niñas. Las edades oscilaron entre más de 6 años hasta 12 distribuidos así:

6 años - 8 años: 91  
8 años - 10 años: 42  
10 años - 12 años: 16

Teniendo en cuenta las etapas de desarrollo en el niño y cómo ese proceso encaja uno en otro tras cada nuevo aprendizaje, se encontró que para el educador es difícil compaginar esas diversas edades en el primer año de aprendizaje escolar, pues cuando el niño pasa de los 8 años ya empieza una nueva inquietud en el aspecto social y algunos medios de enseñanza especialmente los necesarios en el aprestamiento escolar, pueden parecerle "infantiles", causándole más apatía para el proceso del aprendizaje. Corresponde al educador desarrollar una gran iniciativa para que la iniciación en el estudio motive al niño a la asistencia a clase y a hacerse partícipe de ese proceso educativo.

Son varias las razones encontradas para que niños de 9, 10, 11 y 12 años estén cursando primer nivel de enseñanza básica: Algunos venían de pueblos y su madre no había tenido motivación para entrarlos a la escuela; otros han cursado uno o dos primeros pero no terminan el período escolar por cambio de domicilio o por necesidad de ayudar en casa. Otros están repitiendo el año y aún no mejora su rendimiento académico, lo que llevó a pensar en un retardo mental y por lo tanto a remitirlos para una evaluación completa y su ubicación en escuela especial o en un aula especial. En los niños del programa no se encontró un número significativo que haya realizado el pre-escolar. Esto es debido a que en dicha escuela no está establecido ese nivel, y en la zona que les corresponde no hay suficientes, no se cubre la demanda. En otros casos los padres respon-

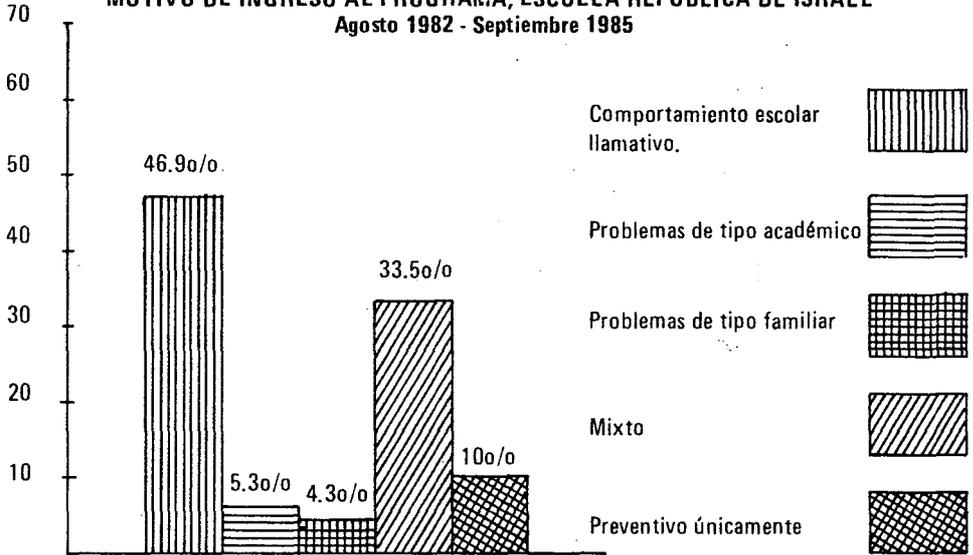
dían que "no es necesario entrarlos a pre-escolar o kinder", comentando que lo que allí se realiza es sólo juego, lo que implica pérdida de tiempo. En alguna ocasión, estando en charla con los padres de familia, sobre la importancia que ellos le veían al pre-escolar y al período de aprestamiento decían algunos: "Esos son inventos de ahora, del gobierno, cómo antes no se necesitaba y también aprendíamos?. Eso antes es enseñarles a perder el tiempo" (...)

En la escuela, se trata de clasificar los grupos de acuerdo a la edad, por lo tanto se forma un grupo con los niños mayores y repitentes permitiendo así, al educador, planear sus actividades para un grupo poco homogéneo y con similar nivel de motivación y de desarrollo. De este total de 149 niños, a 56 se les hizo un séguimiento individual, lo que corresponde a un 37.5 por ciento. A 93 no se les hizo séguimiento de caso o sea a un 62.5 por ciento. Lo ideal sería que se alcanzara a realizar a todos los niños una evaluación completa para tomar las medidas preventivas, pero por falta de recurso humano y de tiempo, no ha sido posible lograrlo. Sería el mejor logro que en un futuro el dato porcentual se invirtiera.

2. Para incluir al niño en el programa, se tuvieron en cuenta principios acordados para el nivel de prevención primaria y con base en ellos se determinaron las medidas preventivas. Algunos niños fueron sugeridos por las profesoras, otros por observación hecha al niño, algunos por sugerencia de estudiantes de rotación anterior y con el fin de dar continuidad al tratamiento, otros por la docente que había detectado la necesidad de ayuda. Los motivos por los cuales han ingresado al programa de salud escolar son: comportamiento escolar llamativo, o sea aquel niño que tiene las características propias de su desarrollo inhibidas o exageradas; problemas de tipo académico, problemas de tipo familiar, problemas de tipo mixto o sea cuando en el niño convergen varios factores sin que se pueda delimitar uno determinado; preventivo unicamente, el caso de los niños estudiados con fines de protección de salud.

Como se puede observar en el Gráfico 1, el comportamiento escolar llamativo fue sobresaliente (un 46.9 por ciento) como motivo de ingreso al programa, seguido por los problemas de tipo mixto (33.5 por ciento) y si se tiene en cuenta que los niños en mayor número: 91, estaban en una edad mayor de 8 años, se puede deducir que es la separación del medio familiar y la adaptación al medio escolar, lo que hace que el niño manifieste su ansiedad y qué mejor manera de llamar la atención que exhibiendo un comportamiento exaltado o inhibido, o no relacionándose con los demás niños?.

**GRAFICO 1**  
**MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA, ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL**  
 Agosto 1982 - Septiembre 1985



Es pues una edad propicia para trabajar en base a prevención de crisis de desarrollo en la edad escolar. Es básico el acercamiento al niño y una vez ganada su confianza, participar de su vida escolar, acompañándolo en el recreo que es para él un medio propicio para expresar sus temores y sentirse libre; o bien observando y estimulando sus progresos, por leves que estos sean, lo que elevará su autoestima y le dará deseos de seguir trabajando para que "alguien" diferente a su mamá, le reconozca lo que hace; paulatinamente el niño mejorará esos "alertas" que manifiesta y se irá adaptando a la vida escolar.

El programa plantea el trabajo escolar con niños entre 5 y 14 años; se eligieron aquellos niños que se encontraban en el primer año de enseñanza básica primaria, de los cuatro grupos que tiene la escuela, con miras a un mayor cubrimiento del aspecto salud escolar y que permitiera en un buen número ser controlado durante los años posteriores, y luego hacer una evaluación de los objetivos planteados al ingresar al programa y al salir de él.

La prevención como motivo único de ingreso al programa, correspondió a un 10o/o por ciento. Este se incluyó para reforzar acciones de prevención primaria, en el aspecto de promoción de la sa-

lud. El problema de tipo académico (5.3 por ciento) ocupó el tercer lugar, ya que no es éste el objetivo del programa, pero estos niños ameritaban una evaluación completa. Por último, el problema de tipo familiar (4.3 por ciento). Sin embargo, durante el trabajo con los niños fue éste el más llamativo.

**CUADRO 1**  
**RELACION ENTRE EL MOTIVO DE INGRESO AL PROGRAMA**  
**Y LA EDAD DE LOS NIÑOS. ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL**  
 Agosto 1982 - Septiembre 1985

Motivo de ingreso \ Edad	6 - 8 años		8 - 10 años		10 - 12 años		TOTAL	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
Comportamiento escolar llamativo	45	64.3	20	28.6	5	7.1	70	100
Problema académico	3	37.5	4	50.0	1	12.5	8	100
Problema de tipo familiar	2	33.3	3	50.0	1	16.7	6	100
Problema mixto	28	56.0	13	26.0	9	18.0	50	100
Netamente preventivo	13	86.7	2	13.7	0	0	15	100

El cuadro 1 muestra los motivos de ingreso al programa relacionándolos de acuerdo a la edad de los niños seleccionados, se observa que el comportamiento escolar llamativo fue superior (64.3 por ciento) en los niños cuyas edades estaban entre los 6 a 8 años; correspondió también a esa edad el motivo preventivo únicamente (86.7 por ciento), pudiéndose así llamar a este trabajo como acción francamente preventiva a nivel primario, que con lleva a acciones mediante las técnicas de prevención de crisis de desarrollo en la edad escolar.

El problema académico fue superior entre los niños cuyas edades oscilan entre 8 y 10 años (50 por ciento) al igual que el problema de tipo familiar (50 por ciento) pues ya el niño en esa edad pasa al medio escolar con menos ansiedad por sus problemas familiares, ya que es capaz de distinguirlos y de hacer partícipe de ellos a su profesora, los padres ante la angustia por los problemas conyugales de diversa índole, acuden también a ella para pedir ayuda o al menos para justificar el rendimiento académico del niño en caso de fracaso. Contando durante este tiempo con el personal de enfermería, lógicamente estos niños fueron sugeridos para ingresarlos y dar-

les alguna ayuda en el programa. Los problemas de tipo mixto también fueron superiores (56.0 por ciento) entre los niños de 6 a 8 años. Esto porque es difícil a veces precisar lo que realmente le sucede al niño. El problema emocional influye en el académico o viceversa o el aspecto familiar puede ser el influyente. Demuestra ésto, la importancia de hacer una evaluación completa del niño, para poder llegar a una aproximación diagnóstica y con base en ella trazar unos objetivos alcanzables para mejorar su salud escolar.

3. Teniendo en cuenta el factor sicosocial como coadyudante para la salud del escolar; y conociendo que es su propio medio familiar el primero en facilitarle dicho desarrollo, el sitio o espacio en que éste se desenvuelve es importante, no sólo tenerlo en cuenta, sino también conocerlo para poder desarrollar acciones dentro de su contexto socio-económico, sin crearles más angustia o privación de las que ya tienen. Por las entrevistas a los padres de familia y a los mismos niños, se identifica que muchos provienen del campo, o de pueblos que emigraron a la ciudad, en busca de mejorar sus condiciones de vida; otros manifestaron que por carecer de empleo estable no podían pagar arriendo por una casa, por lo tanto se ideó el medio de adquirir así sea un rancho para poder vivir y darle techo a los hijos. De esta manera, encontramos que los niños del programa vivían en casas de zona de invasión, o vivienda en transición y algunos en viviendas consolidadas, como lo muestra el cuadro 2.

**CUADRO 2**  
**TIPO DE VIVIENDA DE LOS NIÑOS DEL PROGRAMA SALUD ESCOLAR**  
**ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL**  
**Agosto 1982 - Septiembre 1985**

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	o/o
Invasión	35	23.5
Transición	62	41.6
Consolidada	52	34.9
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>100o/o</b>

**INVASION:** Aquella vivienda ubicada en terrenos cuya propiedad, ningún particular reclama. Inician la construcción con materiales de desecho.

**TRÁNSICION:** La vivienda que empieza a cambiar los materiales de desecho por materiales durables.

**CONSOLIDADA:** Vivienda definitiva, construída con materiales durables y con acabados de buena calidad, higiénica y habitable.

El mayor porcentaje corresponde a vivienda en transición y aunque ésta no reúne los requisitos mínimos de saneamiento, proporcionan al menos un poco de seguridad a los que la habitan y representa para ellos un progreso logrado con sacrificio de los padres, en los cuales se observó satisfacción cuando refieren cómo se han ido superando.

Sumando los dos primeros: Invasión y Transición, (65.1 por ciento), el porcentaje es muy superior al de vivienda consolidada que sería la ideal para que un niño pueda al menos en el aspecto físico, ambiental-familiar, desarrollar adecuadamente su psicomotricidad y si a esto se agrega el hacinamiento encontrado, es imposible entonces que estos niños, adultos del mañana, tengan un comportamiento social sano y que sus capacidades sicoafectivas e intelectuales estén bien desarrolladas. Hay niños que duermen en el suelo de tierra o en el piso, sobre una cobija y con las mismas ropas que usa en la escuela; otros en un sofa-cama que sólo conserva el nombre, pues son alambres forrados con lona; otros duermen tres en una cama, con sus padres, en una pequeña pieza. Sus condiciones de vivienda son similares en su gran mayoría, ya que son muy pocos los que viven en viviendas consolidadas o gozan de comodidades.

Lo anterior tiene repercusión en el comportamiento del escolar, pues carece de normas higiénicas en su hogar y de un lugar de esparcimiento en su vivienda; viven prácticamente en la calle, compartiendo con otros niños que tienen iguales dificultades, esto les impide conservar unas normas o reglamentos escolares, cuidar de los elementos de la escuela o procurar un mantenimiento útil de los mismos, vg.: constantemente vemos que los servicios sanitarios están en malas condiciones, obstruidos con papeles y cartones, sucios, no botan los desechos o basuras en su lugar; o sea, viven de acuerdo con "las costumbres de sus casas".

4. Las condiciones económicas de las familias de los niños del programa, se pueden clasificar como malas por no tener vivienda adecuada, viven en su mayoría en hacinamiento, y a pesar de no tener en cuenta el ingreso económico de cada hogar, se pudo detectar por los informes de los padres que no tienen dinero para dar una adecuada alimentación a su hijo, ni para gastos de esparcimiento, escasamente los "cuadernos" para estudiar.

En algunos casos tienen que trabajar ambos padres, pero en un 70.4 por ciento de las madres permanecen en su hogar dedicadas a los oficios domésticos y el 77.1 por ciento de los padres están fuera del hogar trabajando en subempleos como independientes (36.5 por

ciento) o son empleados en algún trabajo (40.9 por ciento). Este dato indica la razón por la cual a las reuniones de padres de familia o a las charlas educativas que se dictan en la escuela, asisten las madres; igual ocurre con las visitas domiciliarias donde es la madre quien permanece en el hogar.

Sin embargo, el padre se comunica con la enfermera, previa cita y de acuerdo a su trabajo; llama la atención el interés demostrado para colaborar con el programa especialmente porque "quiere el bien para su hijo".

Al realizar el análisis del estudio de las familias de los niños del programa, se encontraron algunas características especiales que influyen en la dinámica familiar:

- En algunos casos los nombres de los niños, son rebuscados e incluso en otro idioma; ésto con el fin de que no se vuelva común, lo quieren como algo especial.
- El padre y la madre se agreden verbalmente y aún de hecho en presencia de los hijos causando traumas que luego repercuten en su comportamiento escolar, pues es allí donde generalmente se detectan, ya que el nivel sociocultural de los padres impide comprender y visualizar en sus hijos las consecuencias de sus inadecuadas relaciones.
- Se encontraron tres casos en que las madres son castigadas por su esposo o compañero si el niño "pone quejas de ella", razón por la cual son los niños los manipuladores del medio familiar.
- En tres familias se encontraron "niños adoptados", pero ninguno ha cumplido los trámites legales y a pesar de la sugerencia dada para legalizar el proceso, existen razones para no hacerlo: básicamente al miedo a que se los quiten. En el primer caso, la niña fue hija de una madre enferma mental y la familia adoptiva que atendió el parto, optó por quedarse con la niña "para evitarle traumas".

En el segundo caso, la madre era soltera y de bajos recursos económicos, quería que se le muriera el niño; no le daba alimento; lo regaló a la familia adoptante, luego que fue descubierta, a cambio del silencio.

El tercer caso una niña hija de una madre soltera de 15 años de buena posición socioeconómica quien ante el temor de su padre,

regaló la niña a la familia actual. Estos se sienten felices con ella pues no tenían sino dos niños. No han llenado los requisitos legales porque ahora que la madre verdadera ha madurado física y emocionalmente, está haciendo lo posible por recuperar la hija y esta familia prefiere estar cambiando de barrio para que no la encuentren y tengan que entregarla.

- En ausencia del padre, bien sea por muerte o abandono, la madre conserva el hogar aún en condiciones económicas más que precarias. En cambio el padre elude la responsabilidad aún la económica y entrega sus hijos a la familia extensa preferentemente a la materna. Sin embargo, se encontraron cuatro casos de niños abandonados por la madre y que pasan de mano en mano, a donde los lleva su papá para que cuiden de él, pero con gran carencia afectiva. Así mismo un caso en el cual la niña ha sufrido moral, social y económicamente por problema de drogadicción de la madre (bazuca). Se logró la resocialización familiar parcial de la niña, por un tiempo se llevó a una institución interna y luego se incorporó nuevamente a la escuela; con la madre prácticamente nada se ha podido hacer, pues las entidades que la podrían ayudar exigen la participación de la familia y no la hay, el aspecto económico es pésimo.
- Se encontraron algunas familias en las que el padre y la madre han tenido matrimonio y uniones anteriores y los hijos de éstos integran el nuevo hogar siendo causa de conflictos: también es llamativo en varias familias encontrar que la madre tiene hijos con hombres diferentes, en uniones esporádicas lo que incide en la falta de un patrón de identidad estable para los hijos. Este es el caso de una madre soltera, con cuatro hijos de compañeros esporádicos, uno de los cuales murió y le dejó vivienda tipo transición, que le ha traído cada vez más problemas pero no cambia porque "es mío, me lo dió el papá de la niña", en malas condiciones económicas, sin empleo por lo tanto los niños desnutridos; se le orientó acerca de la planificación familiar, pero no la aceptó por sus principios religiosos.
- Seis de los niños del programa (10.7 por ciento) permanecen solos en el hogar pues sus madres trabajan de día o toda la noche por lo tanto tienen que prepararse solos para ir a la escuela, siendo esta otra de las causas de ausentismo escolar.
- Las uniones esporádicas, además de los problemas de identidad y afectividad para los niños pueden traer otras consecuencias, como el caso de una niña violada por su "padrastra", o sea el actual compañero de su madre.

**CUADRO 3**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE**  
**SEGUIMIENTO – ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL**  
 Agosto 1982 - Septiembre 1985

TIPO DE FAMILIA	No. DE FAMILIA	PORCENTAJE
Nuclear	27	48.2o/o
Extensa	9	16.1o/o
Ampliada	6	10.7o/o
Indefinida	14	25.0o/o

**FAMILIA NUCLEAR:** Constituída por lazos internos, reducidos a padres e hijos.

**FAMILIA EXTENSA:** Conformada por una red de lazos sanguíneos dentro de un parentesco familiar como son: padres, abuelos, tíos, primos.

**FAMILIA AMPLIADA:** Es la familia extensa más otras personas que no tienen grado de consanguinidad, pero que habitan allí en forma permanente.

Prevalece en las familias estudiadas, como se puede ver en el Cuadro 3, la familia de tipo nuclear (48,2 por ciento). Esto favorece la identidad y le dá al niño cierta estabilidad; le permite compartir con sus hermanos y padres sin influencia constante de otras personas. La familia que no tiene las características para ubicarlas en los distintos tipos de familia tenidos en cuenta para este trabajo: nuclear, extensa y ampliada, se ubica en indefinida, siendo ésta la que ocupa el segundo lugar (25 por ciento). En ésta se encuentran aquellos niños que no tienen hogar definido o transitoriamente pasan a vivir con alguna familia, pudiendo ser traumático para ellos, especialmente para su desarrollo, el no tener la seguridad física y muchas veces tampoco emocional.

La familia extensa ocupa el tercer lugar (16.1 por ciento). Esto es dado porque los nuevos esposos no tienen económicamente como independizarse o en otros casos se queda con su familia nuclear para ayudar al sostenimiento de la misma.

La familia ampliada (10.7 por ciento), generalmente se dió por el hecho de que alguien emigra del pueblo y se ubica donde su paisano que le da la posibilidad de vivir en su casa, mientras consigue trabajo, y una vez logra emplearse, hace aporte económico para ayudar en los gastos. Dentro de la dinámica familiar en un 35.7 por ciento, los padres comparten el ejercicio de los roles: Social, afectivo y de autoridad. El económico es asumido por el padre que es el mayor o único proveedor (77 por ciento) como se observa en el análisis del factor económico. En los demás casos (64.3 por ciento) en que los niños viven con uno de los padres, el que tiene el niño a su cargo, asume los roles, aunque no siempre con responsabilidad.

Se encontraron varios casos de niños no deseados con las consecuencias de ambivalencia dados por la sobreprotección y el rechazo. Nos pareció llamativo encontrar una familia donde la mamá rechaza su nombre y apellido y por lo tanto lleva otros. Esto sería explicable en el campo delictivo para efectos de ocultar la verdadera identidad. En el caso concreto de esta familia se trata de aversión a los padres y por ello el repudio de su nombre y apellido.

5. El aspecto nutricional, se evaluó únicamente a los 56 niños que se les hizo un seguimiento individual, mediante anamnesis alimentaria del niño y la familia; observación de la media mañana que traían a la escuela y el registro de las medidas antropométricas y luego evaluando los datos de acuerdo a los estándares de la NCHS (Centro Nacional para las Estadísticas de la Salud, Estados Unidos) que para la valoración nutricional aporta la O.M.S. Pudiendo entonces detectar:
  - a. El pasado nutricional dado por la talla y la edad lo que nos lleva a detectar si hay desnutrición crónica.
  - b. El presente nutricional dado por el peso y la talla, lo que nos da, si hay desnutrición aguda.
  - c. La desnutrición global, dada por el peso y la edad, siendo esta relación peso para la edad el indicador más sensible para determinar algún grado de desnutrición; como lo vemos en el Cuadro 4.

Corroborando lo dicho anteriormente sobre la falta de recursos económicos para una adecuada alimentación, el dato sobre desnutrición crónica, (62.5 por ciento) demuestra que su pasado nutricional ha sido malo y ya sería difícil corregir, pues las condiciones socio-económicas, no tienden a mejorar, y más aún cuando la escuela no tiene

**CUADRO 4**  
**RELACION PORCENTUAL DE LA VALORACION NUTRICIONAL A LOS 56 NIÑOS**  
**DEL PROGRAMA ESCOLAR, ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL**  
**Medellín, Agosto 1982 - Septiembre 1985**

Valoración Est. nutric.	Resultado		Algún grado de desnutrición		No hay des- nutrición		No se evaluó		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
D. N. * crónica	35	62.5	21	37.5	---	---	56	100		
D. N. * global	22	39.4	30	53.5	---	7.1	56	100		
D. N. * aguda	13	23.3	43	76.7	---	---	56	100		

\* D. N. Desnutrición

restaurante escolar constante, sino muy esporádico. Durante un tiempo se les suministró bienestarina para la colada escolar, pero ésto se da ocasionalmente .

Aunque la desnutrición aguda no es alta (76.7 por ciento no tienen) en alguna medida sí la hay (23.3 por ciento) y éstos son los niños que con frecuencia se ausentan de la escuela, porque "no hay sino agua panela para darles esta semana", dicen las mamás.

Al factor económico, se le agrega el educacional; las madres, que son quienes compran los alimentos, no lo hacen teniendo en cuenta el calor nutricional del mismo, sino por estas tres razones, dadas por ellas: "que llene, calme el hambre y rinda". Es esta la razón por la cual los niños que tomaron parte del restaurante escolar durante el año 1984, que sólo se les dió por unos meses, no conocían muchos alimentos y por lo tanto los despreciaban y se negaban a consumirlos; por ejemplo: pescado, pollo, jugos; en cambio preferían la mortadela, salchichas, agua de panela. Fue común ver el caso del niño que quería esconder alimentos en su mochila o bolsillo, para llevarse a su mamá o a sus hermanitos, pues sabía que en su casa no había comida o sólo tenían sopa de arroz; es una buena oportunidad para impartir educación a los escolares, no sólo sobre hábitos alimenticios sino también sobre hábitos higiénicos. Los niños son golosos y ésto también ayuda a su mala nutrición, pues aunque algunos pueden alimentarse bien porque sus condiciones lo permiten, no lo hacen, pues prefieren unos dulces, unos bolis, una gaseosa al alimento normal de su casa; gastan el poco dinero que les dan para la media mañana en "mecato", el cual pueden adquirir en la tienda

escolar. Unido al factor de mala nutrición está el problema de salud oral, causado por mala higiene, consumo exagerado de dulces, y la poca atención odontológica.

6. Al igual que el aspecto nutricional, se procedió a la valoración de las funciones psicológicas básicas para el aprendizaje, solo para los 56 niños de seguimiento individual. Se han seguido los parámetros dados por Mabel Conde Marín sobre: sicomotricidad, percepción, lenguaje y pensamiento (cognositivo) y la importancia que tiene el aprestamiento escolar.

Las fallas o la inadecuada estimulación del mismo, trae dificultades en el aprendizaje. Fue interesante el trabajo realizado a este respecto con los padres de familia. Se aprovecharon materiales de desecho y otros reutilizables, para ayudar al niño en estas áreas.

Los resultados obtenidos con los niños del programa se aprecian en el cuadro No. 5

**CUADRO 5**  
**RELACION PORCENTUAL DE LAS FUNCIONES PSICOLOGICAS BASICAS**  
**PARA EL APRENDIZAJE Y ETAPA DE DESARROLLO DEL ESCOLAR ESTUDIADO**  
**ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL**  
 Agosto 1.982 - Septiembre 1985

Funciones Evaluadas	Resultado		Adecuado para su edad		Deficiente para su edad		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Sicomotricidad	31	55.3	25	44.7	56	100.0		
Percepción	47	83.9	9	16.1	56	100.0		
Lenguaje	36	64.3	20	35.7	56	100.0		
Cognitiva	36	64.3	20	35.6	56	100.0		

La percepción es el área donde mejor se encuentran los niños del programa (83.9 por ciento), lo que les permite percibir el medio en forma adecuada mediante sus sentidos y corresponde a lo propio de su edad, quieren reconocer todo lo nuevo, es ésto lo que les llama la atención; es imaginativo, indaga para qué son las cosas y de acuerdo a ello, les da la utilidad. Teniendo en cuenta la edad de los niños del programa: Mayores de seis y medio años hasta 11, se espera

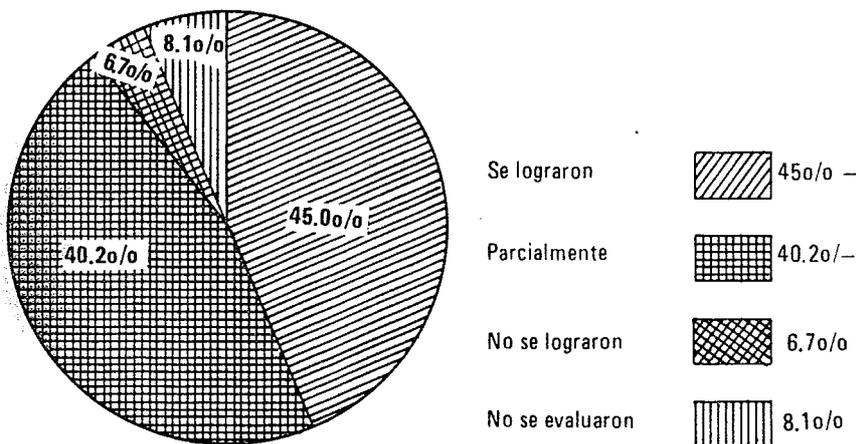
que ya el niño tenga un dominio de su sicomotricidad, lo cual debe iniciarse con la estimulación temprana desde los primeros meses y fomentar el proceso de desarrollo integral en la edad pre-escolar entre 4 y 6 años, más aún sabiendo que el ejercicio físico no sólo es vital para la salud sino que también le ayuda a tomar conciencia sobre su ubicación temporo espacial.

Se considera alto el porcentaje (44.7 por ciento) que sobre sicomotricidad deficiente tienen los niños de acuerdo a su etapa de desarrollo. Esto es explicable por las connotaciones hechas anteriormente, en cuanto a lo limitado del espacio ocupado por las viviendas, falta de estimulación a nivel familiar, sumado a que estos niños en su mayoría no hicieron preescolar. Igual comentario es válido para el lenguaje (35.7 por ciento) y la función cognitiva (35.7 por ciento). Es de anotar que los ejercicios para esta evaluación, se realizaron de acuerdo al conocimiento de la historia individual de cada niño.

7. Al incluir un niño en el programa de acuerdo a los motivos dichos anteriormente, se hizo una observación directa e indirecta del mismo y luego se trazaron unos objetivos, cuyo logro se daría durante el plan de tratamiento de las cinco semanas, o si se hacía necesario, se continuaba. Como se puede observar en el Gráfico 2.

**GRAFICO 2**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL SOBRE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS QUE SE LLEVARON A CABO CON LOS NIÑOS DEL PROGRAMA SALUD ESCOLAR ESCUELA REPUBLICA DE ISRAEL Agosto 1982 - Septiembre 1985**



El que los objetivos se hubiesen logrado en un (45.0 por ciento), es considerado un porcentaje alto, teniendo en cuenta las grandes limitaciones con que se trabaja; entre ellas, la falta de recursos humanos; pues casi es imposible realizar un trabajo completo, sin contar con la ayuda de un equipo interdisciplinario, como el que amerita un trabajo en una comunidad. El logro parcial (40.2 por ciento) es positivo, pues al menos se dió un primer paso en la acción preventiva. En algunos casos no se lograron los objetivos en (6.7 por ciento), ésto porque al realizar el plan de acción, no se encontraron los apoyos necesarios para ello, el niño se retiró de la escuela y la familia no continuó con las sugerencias dadas, o el niño aún necesita de más tiempo dentro del programa, por lo tanto en 1986 debe seguir tomando parte de él.

No se evaluaron los objetivos trazados en el (8.1 por ciento) pues al hacer el control de los niños, se habían cambiado de domicilio y no fue posible conocer su nueva dirección.

## CONCLUSIONES

- Las medidas de atención primaria, a nivel de prevención primaria, deben enfocarse a mejorar las condiciones familiares, tanto a nivel social, como emocional y económico, teniendo en cuenta que la familia es la unidad básica de la sociedad.
- Todo el personal de Salud y Educación, debe actuar en equipo interdisciplinario, ésto favorece la salud del escolar y el rendimiento académico.
- Para llevar a cabo el trabajo en una comunidad seleccionada, es necesario contar con los recursos institucionales y humanos suficientes; mientras más temprano se trabajen los factores de riesgo, menores serán las consecuencias negativas.
- Es de gran importancia una evaluación completa del escolar, especialmente en los primeros meses del año académico, lo que permitirá detectar a tiempo las dificultades, para tomar las medidas pertinentes.
- Se hace necesario fomentar cada vez más, la relación entre la familia y la escuela. A esto contribuyen: Los programas educativos, la escuela de padres, de orientación y consejería y de facilitadores.
- El profesional de enfermería está en capacidad de brindar una ayuda oportuna y adecuada en cuanto a salud escolar se refiere y de asesorar y ayudar a las familias de los niños que así lo requieran.

- Se hace necesario, realizar investigaciones sobre Salud Escolar, para darnos cuenta de la importancia del trabajo a este nivel, y llegar a comparar varios estudios que lleven a conclusiones generales que den luz a nuevas formas de actuar.
- El trabajo que se realice en una comunidad, especialmente en “la escuela”, debe ser constante y continuado, ya que la interrupción por períodos, disminuye su eficacia.

### RECOMENDACIONES

- Incluir en la formación del personal de salud y educación, aspectos de salud escolar a nivel teórico y práctico.
- Las administraciones encargadas de salud y educación, deben propiciar los recursos humanos y económicos, para sostener el programa de Salud Escolar a nivel preventivo.
- El Centro de Salud debería incluir el programa Salud Mental para las escuelas que a él pertenecen, dando prioridad a los casos expuestos a mayor riesgo, similar a como funcionan los demás subprogramas.
- El programa de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, debe ser constante y continuo, tener los recursos administrativos y docentes necesarios que le garanticen a la comunidad a la cual se sirve, una adecuada prestación de servicios.
- Basados en los resultados de las investigaciones parciales que se realicen de los distintos programas llevados a cabo en las Escuelas: Eduardo Uribe Botero, Félix de Bedout Moreno, Diego María Gómez y República de Israel y en la investigación evaluativa total, sustentar la importancia de implementar en los Centros del Instituto Metropolitano de Salud (Metrosalud) el subprograma Salud Mental.
- Propiciar y participar en eventos que se relacionan con la Salud Mental y Escolar, con el fin de demostrar su importancia y retroalimentar los subprogramas existentes.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARCHER, Sara Ellen. *Enfermería en Salud Comunitaria*. Washington O.P.S. 1977.
2. LANCASTER, Jeannette. *Enfermería Comunitaria*. México, Interamericana, 1983.
3. DE CASTRO, Josue. *El hombre problema universal*. Buenos Aires, La Pleyade.
4. WATSON, Robert I. *Psicología Infantil*. Madrid, Aguilar, 1979.
5. MANGER, Henry. *Tres teorías sobre el desarrollo del niño*, Erikson, Piaget, y Sears. Buenos Aires, Amorrortu, 1980.
6. ERIKSON, Erik. *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Paidós, 1978.
7. HALEY, Jay. *Terapia no convencional*. Buenos Aires, Amorrortu, 1980.
8. CONDEMARIN, Mabel y otros. *Madurez escolar*. Santiago de Chile, Andrés Bello, 1981.
9. RATHS, Louis. *Seguridad emocional en el aula*. México, Pax 1977.
10. ACKERMAN, Nathan. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Paidós, 1971.
11. "UN ENSAYO ACERCA DE LA GENESIS DEL SUBEMPLEO Y ALGUNAS CONSIDERACIONES REFERENTES AL DESEMPLEO EN MEDELLIN". Cámara de Comercio de Medellín, febrero 1981.
12. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud Mental y desarrollo psicológico del niño*. Ginebra, 1977 (Serie de informes técnicos No. 613)
13. COLOMBIA: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *Manual general de organización, Módulo normativo para Enfermería en el programa Salud Mental*. Bogotá, 1982. Volúmen I Y II.
14. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Formación de profesores y administradores de Enfermería, con especial referencia a la Atención Primaria de Salud*. Ginebra, OMS, 1984. (Informe técnico No. 708)
15. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000. *Educación para la Salud* (Bogotá). 50-1983.
16. RESTREPO, Lucía y otros. "Esquema de propuesta para un programa de **Salud Mental Comunitaria**". Universidad Nacional de Colombia, VII Congreso Nacional de Enfermeras, Barranquilla, 1978.
17. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud". *Cuadernos de Salud Pública*. (Ginebra) 80, 1981.
18. SARMIENTO, Beatriz de; Fajardo María Teresa y Alfonso Myriam. **Subprograma de Salud Escolar con énfasis en Salud Mental** IN recopilación pon-

cias presentadas en el segundo coloquio sobre "Ciencia e investigación en Enfermería". Bucaramanga, ACOFAEN, 1981 p. 5-24.

19. RESTREPO, Bernardo y otros. "La calidad de la educación en Medellín". Universidad de Antioquia, 1981.
20. CASTRILLON, María Consuelo y Correa Ulloa Alba Elena. **Características culturales sobre concepciones de diagnóstico, etiología y terapéutica en acudientes de menores de 15 años.** Centros de Salud. Municipio de Mebre: "Ciencias e investigación en Enfermería". Bucaramanga, ACOFAEN, 1981 p. 1-26.
21. Velez, Hernán y otros. **"Crecimiento y desarrollo de los escolares de la ciudad de Medellín"**. Antioquia Médica. 5 (9) 1965.
22. OLIVES, Cáceres, Berta y otros. "Actitud de los padres frente a experiencias sexuales de los niños de 7 a 12 años". **Ciencia e investigación en Enfermería. 1984.**
23. VELANDIA, de V. Ana Luisa. "La familia como unidad de observación en las investigaciones de salud". **Ciencia e investigación en Enfermería, 1984.**
24. OSPINA, M. Margarita María. "Estudio Socioeconómico del barrio la Candalaria de Medellín". Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1984
25. ORREGO S. Silvia y otras. "Utilidad de las acciones de Enfermería en Salud Mental 1983". Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1984.
26. TORRES, Miryam Elsa y otros. "Modelo de atención primaria de enfermería en Salud Mental para niños de 6-12 años". Universidad Javeriana, Bogotá 1981.
27. PRIMER ENCUENTRO DE EDUCACION ESPECIAL. Documento. Universidad de Antioquia, 1985.
28. MEMORIAS SOBRE EL PRIMER ENCUENTRO DE TERAPIA FAMILIA. Medellín, 1984.
29. INFANTE, Nohemy de "La enseñanza de la enfermería en Psiquiatría y Salud Mental en Colombia". Educación Médica y Salud (Washington) 12(2): 167-183, 1978.
30. RESTREPO, C. María Teresa y otros "Evaluación del estado nutricional de los escolares de Medellín, 1982-1983". Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1983
31. SUAREZ, Franco Roberto. **Derecho de Familia.** Bogotá, Temis, 1979.
32. CAÑON, R. Pedro. **Derecho civil -1- personas y familia.** Bogotá, A.B.C.