

Trabajo integrado “centro de salud-escuela”, una vía para mejorar la posibilidad de desarrollo de niños campesinos e indígenas de zonas rurales

Señor editor: Dentro de los principales objetivos que tienen los países en vías de desarrollo se encuentra mejorar las condiciones de salud y educación. Ambos son aspectos sensibles para una gran parte de la población, especialmente para los estratos sociales vulnerables, de la cual una significativa parte vive en zonas rurales, las cuales poseen una dinámica social diferente (campesinos e indígenas) que se manifiesta en diversas patologías y en bajo rendimiento educativo obtenido por los niños, con lo que se deduce la existencia de una fuerte relación entre salud y aprendizaje.

Según el proyecto *Monitoring Learning Achievement* de la Unesco y la Unicef, los niños de zonas rurales obtienen en resultados de pruebas estandarizadas puntajes significativamente más bajos que los niños de zonas urbanas. Para Chile, se obtienen índices diferenciadores de 10.8 puntos en lenguaje y escritura y de 20.4 en matemáticas,¹ lo que da una idea acerca de la baja calidad educativa de las zonas rurales. Dentro de los factores que más influyen en estas diferencias se encuentran el nivel educativo y socioeconómico de los padres, los contenidos curriculares descontextualizados, las habilidades cognitivas y el estado de salud:² estos dos últimos se asocian con el tardío ingreso de los niños a la escuela, que se debe, fundamentalmente, a la escasa existencia de centros de educación preescolar que permitan un adecuado trabajo psicomotriz de los niños, lo que origina o refuerza problemas neurológicos y motrices en edades posteriores. Estos factores desencadenan altas tasas de deserción que para el caso chileno se encuentran

en 95.9% de niños que finaliza la educación a sexto básico, 81.1% a octavo y sólo 45.9% a cuarto medio,³ lo que trae como consecuencia que muchos jóvenes que cuentan con escasas oportunidades de desarrollo recaigan en el analfabetismo, factor que aumenta las posibilidades de contraer enfermedades, lo que constituye un importante problema de salud pública.

Entre los problemas más comunes que padecen los niños rurales se pueden encontrar algunas alteraciones neurofisiológicas, psicológicas y del lenguaje como dislalia y la dislexia, las cuales obstaculizan fundamentalmente el desarrollo cognitivo que ocasiona bajo rendimiento educativo, todo lo cual da una idea de la carencia de una educación de calidad tanto para los niños rurales como para sus familias.⁴ Si estos problemas de salud en los niños se diagnosticaran a edades tempranas, se facilitaría la planificación educativa y mejorarían las posibilidades de desarrollo.

Lo anterior tiene relevancia política, puesto que para el caso de Chile se acaba de establecer obligatoriamente la educación preescolar desde los dos años de edad, lo que forzará al Estado a garantizar el acceso universal gratuito y, por ende, facilitará a los niños campesinos e indígenas el ingreso temprano al sistema educativo. Sin embargo, antes de una eventual implementación, deberá considerarse que, para lograr una mejor educación rural, debe establecerse una adecuada coordinación entre equipos médicos rurales y centros educativos, de modo que el trabajo coordinado y sistemático pueda facilitar y mejorar la prevención y el tratamiento de las patologías que dificultan, principalmente, el desarrollo cognitivo.

Este tipo de coordinación ya ha sido investigado en contextos vulnerables de Brasil, y se ha demostrado que al tratar sólo aspectos de la visión y la nutrición, los niños rurales de entre 9 y 18 años mejoran

significativamente sus rendimientos educativos tanto en lenguaje como en matemáticas.⁵ Otras buenas experiencias son los programas *High Scope Perry Preschool** y *Head Start†* de Estados Unidos, los cuales han sido implementados en preescolares de niveles socioeconómicos bajos, promoviendo el desarrollo integral del niño y tomando como ejes principales el lenguaje, la alfabetización, la cognición, los conocimientos generales, el desarrollo físico y la salud, más el desarrollo social y emocional con enfoque en el aprendizaje.

La evaluación del programa *Head Start*, por ejemplo, realizada en 2010 por el *Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families* de EUA, permitió concluir mediante pruebas específicas de lenguaje que los niños, bajo la implementación de dicho programa, adquieren tempranamente las habilidades básicas que les ayudan a aprender a leer; se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control (sin intervención) y el grupo intervenido,⁶ lo cual demuestra que una oportuna atención médica, dental y mental, más servicios de nutrición adecuados y la integración de los padres para fomentar el desarrollo de sus hijos, facilitan y mejoran el aprendizaje y las oportunidades de desarrollo.

Por último, cabe señalar que para mejorar los aprendizajes de los niños rurales no sólo es importante la realización de diagnósticos y tratamientos médicos oportunos, sino que es necesario considerar el concepto de salud desde una lógica preventiva, lo cual sólo será posible mediante el involucramiento de equipos especiales de salud rural, dedicados específicamente

* Información disponible en: <http://www.highscope.org/>

† Información disponible en: <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/health>

te al trabajo con niños campesinos e indígenas. Esto, unido a la realización de evaluaciones médicas periódicas y al trabajo interdisciplinario entre profesionales de la educación, las ciencias sociales y la salud, puede facilitar la generación de un adecuado sistema de salud pública rural, lo cual permitiría mejorar los índices de desarrollo tanto en el área de la salud como en el de la educación no sólo de Chile sino de otros países de Latinoamérica que aún no aprueban estas medidas.

Rolando H Díaz, D en C de la Educ,⁽¹⁾
 rolyrdf@hotmail.com, rolyrdf@gmail.com
 Sonia Osses Bustingorry, D en Educ,⁽¹⁾

Sergio Muñoz Navarro, PhD en Bioestadística,⁽²⁾
 Ana María Alarcón Muñoz, D en Antrop,⁽²⁾

⁽¹⁾ Departamento de Educación,
 Universidad de La Frontera de Temuco, Chile.

⁽²⁾ Departamento de Salud Pública,
 Universidad de La Frontera de Temuco, Chile.

Referencias

1. Lakin M, Gasperini L. La educación básica en las áreas rurales: situación, problemática y perspectivas. In: FAO, UNESCO, IPE, ed. Educación para el desarrollo rural: hacia nuevas respuestas de política. Roma, Italia: UNESCO, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación, 2004:81-192.
2. PNUD. Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. Nueva York, EUA: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.
3. UNESCO. Situación educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la educación de calidad para todos. Situación educativa. Informe regional de revisión y evaluación del progreso de América Latina y el Caribe hacia la educación para todos en el marco del proyecto regional de educación (EPT/PRELAC) -2007. Santiago, Chile: Salesianos Impresores, 2008.
4. Bravo-Valdivieso L, Milicic-Müller N, Cuadro A, Mejía L, Eslava J. Trastornos del aprendizaje: investigaciones psicológicas y psicopedagógicas en diversos países de Sudamérica. Ciencias Psicológicas 2009;3:203-18.
5. Gomes-Neto JB, Hanushek EA, Leite RH, FrotaBezerra RC. Health and schooling: evidence and policy implications for developing countries. Economics of Education Review 1997;16(3):271-282.

6. Puma M, Bell S, Cook R, Heid C. Head Start Impact Study. Final Report. EUA, Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, 2010.

Síndrome de edorexia: evaluación y diagnóstico

Señor editor: Desde una perspectiva multidisciplinaria, la obesidad se entiende como una consecuencia de un apetito desproporcionado y descontrolado que conlleva a una sobrealimentación y la posterior acumulación de grasa; por tanto, la incapacidad de control de estos impulsos puede determinar el exceso alimentario y la propia obesidad.

En estudios piloto se ha analizado la influencia de factores psicológicos sobre la obesidad. En concordancia con Demos, Heatherton y Kelley,¹ se puede entender la obesidad como un problema de control de estímulos. De esta forma, López Morales y Garcés de los Fayos² concluyen cómo el apetito excesivo debido al déficit de control es la verdadera causa de la obesidad. Además, estos autores definen este problema como edorexia (procedente de dos palabras latinas, *edo* y *orexis*, que significan comer y apetito). Sin embargo, para mejorar el diagnóstico del síndrome de edorexia es necesario definir los aspectos clínicos relevantes. Para ello, se presenta el inventario de edorexia compuesto de 47 ítems tipo *test* de cuatro opciones de respuesta cada uno. Siguiendo la línea de trabajo de Dosil, Díaz, Viñolas y Díaz,³ se pretende proporcionar un instrumento de evaluación para la prevención y detención de este síndrome en poblaciones de riesgo como los deportistas, entre otras.

Este inventario tiene dos escalas que permiten una orientación clínica al diagnóstico del síndrome de edorexia. La primera evalúa las alteraciones psicosociales y la segunda los componentes del síndrome. Cabe destacar la necesidad de una evaluación psicológica que

acompañe a este inventario para el diagnóstico y diferenciación según los tipos (cuadro I).

Siguiendo los epígrafes anteriores, parece apropiado realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos de la conducta alimentaria para completar los criterios diagnósticos.

- En relación con la anorexia nerviosa. En el síndrome de edorexia también se puede presentar miedo a engordar; se puede emplear el deporte para contrarrestar la obesidad y se realizan restricciones calóricas; sin embargo, estas restricciones son relativas y los individuos son conscientes de su estado físico.
- En relación con la bulimia nerviosa. En ambos casos se produce una sobrealimentación con episodios de ingesta compulsiva, sin embargo, la diferencia se encuentra en el volumen y frecuencia de los episodios. Los individuos con síndrome de edorexia no tienen episodios de atracón, sino un consumo excesivo constante caracterizado por un picoteo (sin llegar a ser un atracón) o una ingesta excesiva de raciones. Por otro lado, no se producen purgas.
- En relación con otros trastornos de la conducta alimentaria destacan el *trastorno por atracón*, que no es padecido por los individuos con síndrome de edorexia; la *hiperfagia* que es de origen fisiológico, en comparación con el síndrome de la edorexia tiene origen psicológico, y la *ortorexia*, que restringe los alimentos por la calidad de los mismos, mientras que los individuos con síndrome de edorexia tienen restricciones con el objetivo de evitar la obesidad y controlar la ingesta excesiva de alimentos. Por último, no se produce ningún ritual o patrón de comportamiento en la elaboración o en la presentación de los alimentos, tal y como ocurre en la ortorexia.