

PERFIL DE SALUD DEL GAMIN

*Bernarda Ospina M.; Cecilia Soto V.; Cenèida Betancur T.;
Diva Estela Jaramillo; Luz Zuloaga P. y Vivian Berrío C.*
Juan Darío Escobar G.***

Resumen

En el presente estudio se analizó el perfil de salud del gamin de Medellín en 98 niños, su situación sociofamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas, la morbilidad general y la salud mental y oral.

Palabras claves

Niño abandonado

Drogas ilícitas

Tabaquismo

Desempleo

Pobreza

Parasitosis intestinal

Trastornos nutricionales

Higiene bucal

Desarrollo infantil

Sífilis

Anemia

*Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín, Colombia.

**Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín, Colombia.

Introducción

El problema del niño abandonado, niño desprotegido, o niño gamín, es propio de las grandes ciudades de aquellos países que, como el nuestro, concentran los ingresos en pocas manos privando a grandes grupos de la población de toda oportunidad de acceder a los mínimos bienes para su subsistencia. Unida a esta situación aparece, en nuestro país, la violencia, como fenómeno permanente en el campo, lo cual lleva a amplias masas de la población campesina a emigrar a las ciudades, impulsadas por la pobreza, la falta de tierras —convertidas en latifundios—, y la ausencia de fuentes de trabajo.

El asentamiento obligado y acelerado de estos grupos sociales y la falta de trabajo en las ciudades, lleva a la ruptura del medio familiar, y a la mujer, eje de la familia, a convertirse en semiasalariada o a dedicarse a la prostitución, lo cual le impide la crianza de los hijos quienes, a su vez, se convierten en una carga, por lo que son lanzados a la calle o puestos a trabajar.

Cuando el niño sale a la calle se enfrenta a un mundo violento y peligroso con el que se acostumbra a vivir, se integra a un grupo que lo protege y pasa a formar parte del submundo del gamín.

En la solución del problema del niño de la calle han trabajado entidades privadas y estatales —más las primeras que las segundas—; sin embargo, al no solucionar las verdaderas causas del fenómeno, estos esfuerzos han sido infructuosos.

En el decenio del setenta, el problema del gamín cobró mucha importancia. Autores de reconocido prestigio efectuaron numerosos estudios tratando de explicar las causas y las características de este fenómeno, desde la antropología, la sociología y la psicología. Entre estos autores encontramos a Virginia Gutiérrez de Pineda¹ quien en el estudio "El gamín, su albergue social y su familia" encontró los siguientes factores condicionantes para el gaminismo en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín y Cartagena: la inestabilidad marital, el conflicto general entre los miembros del hogar, el bajo ingreso familiar, la paternidad responsable y la poca educación de la madre.

José Gutiérrez, en entrevista realizada por Daniel Samper,² concluye que el gaminismo y su propia forma de cultura tiene mucho que ver con el problema de marginalidad a la que se encuentran sometidos algunos sectores de la sociedad.

Cecilia Muñoz³ también afirma que la mayoría de los niños abandona su casa por la pobreza y el maltrato a los cuales están sometidos. Francisco Cobos⁴ entiende que la desprotección del niño implica una falla en la acción de aquellas personas o entidades que naturalmente deben protegerlo o asegurar su supervivencia.

El problema de la salud de este subgrupo de la población ha sido estudiado tangencialmente por algunos autores. Virginia Gutiérrez⁵ afirma que en Medellín el 15% de los gamines tiene un estado físico regular o malo, un 25% no tiene problemas de salud y un 15% presenta enfermedades venéreas. Marco F. Granados⁶ sostiene que en Bogotá el 83% de los gamines ha presentado dos tipos de patología: las enfermedades transmisibles como gripa, parotiditis, sarampión y gonorrea, y los trastornos debidos a los accidentes en la calle, entre ellos las heridas y las fracturas.

Los problemas de salud y adaptación de los niños de la calle tal vez han sido estudiados más profundamente desde el punto de vista de la psicología y del psicoanálisis. Es importante resaltar el estudio experimental de José Gutiérrez⁷ y la "Estrategia para una lucha contra el abandono" de Francisco Cobos.⁴ Este último afirma que las características psicológicas del gamin no han sido descritas en forma definitiva pues se confunde la inteligencia con la capacidad manipuladora psicopática, lo cual ha llevado a afirmar que el 60% de los gamines son inteligentes. También se ha encontrado en el gamin una alta proporción de incapacidad para tolerar la frustración, la agresión o la violencia. Además, antes de poder escaparse hacia la calle, estos niños han hecho adaptaciones intrasíquicas, las cuales los convierte en niños con disfunciones psicológicas y después de un periodo de gaminismo hacen que un buen porcentaje de ellos se convierta en delincentes comunes.

Finalmente, consideramos que siendo la salud y la enfermedad, las resultantes de una complicada red de procesos, estos estados en el gamin deben ser analizados dentro de un marco interpretativo que permita lograr su

comprensión integral. Por tanto, se hace necesario establecer las interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social. En este sentido, entonces, la salud del gamín está íntimamente determinada por la estructura de la sociedad. Sus condiciones de vida lo exponen a diversas patologías y trastornos como los accidentes, las enfermedades de transmisión sexual y las infectocontagiosas, los problemas mentales y la drogadicción, entre otros.

Por estas razones es de suma importancia, de acuerdo con la filosofía de la atención primaria —cuya prioridad es la atención a las masas indigentes—, evaluar la salud de los niños de la calle y de esta manera, evaluar indirectamente las bondades de las medidas preventivas de los programas oficiales existentes en Medellín y hacer recomendaciones para la atención a este grupo de la población.

Metodología

Del total de niños que permanecen en la calle y asisten a la primera etapa del programa *Operación amistad* de las instituciones Ciudad Don Bosco y Bosconia, se eligieron 98 niños del sexo masculino, con edades entre los siete y los dieciséis años, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

El proyecto se proponía efectuar el estudio con los niños de la calle de ambos sexos, pero fue imposible entrevistar a las niñas, quienes además de estar menos protegidas que los varones por los programas de rehabilitación, desarrollan actividades callejeras, en la mayoría de los casos, unidas a la prostitución, actividad prohibida y perseguida por las autoridades policivas, por lo cual la llevan a cabo, cada vez más frecuentemente, ocultas en pensiones o en casas adaptadas para tal fin.

En la encuesta efectuada por estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia se interrogó por la edad, la escolaridad, la procedencia y la composición de la familia del niño; la edad y la educación de los padres, las fuentes de ingreso de la familia, el motivo por el cual el niño abandona el hogar y sus hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas.

En la encuesta de morbilidad se evaluó el estado nutricional mediante el peso, la talla y la edad de acuerdo con las tablas del Usa National Center for Health Statistics [Centro nacional de Estadística para la Salud]; para los niños con talla por encima de 145 cm, se utilizaron las tablas de Jelliffe Derrick;⁹ la agudeza visual con la tabla de Snellen y la agudeza auditiva media con los test de Rinne y Weber. Además se realizaron pruebas de hemoglobina y hematócrito para descartar la anemia ferropénica y de sífilis por VDRL.

La salud oral se evaluó mediante el análisis de los índices de dientes cariados, obturados y perdidos (COP) en dientes permanentes; y los de dientes cariados, obturados y extraídos (COE) en dientes temporales. La enfermedad periodontal se evaluó mediante el índice simplificado de Russel, y la higiene oral por medio del índice oral simplificado de Greene y Vermillion.

La salud mental se determinó a partir de la evaluación de tres parámetros: desviaciones transitorias del lenguaje, la percepción, la función cognitiva, la memoria, la atención y la orientación; rasgos neuróticos como fobias, depresiones y conversiones; y reacciones sicofisiológicas. A continuación definimos estos parámetros.

Desviaciones transitorias

Esta categoría intenta delimitar aquellas variaciones del desarrollo que pueden presentarse en una época o en un grado no esperado para determinada edad y cuando no hay evidencia de otra patología.¹⁰

Las desviaciones del desarrollo se consideran anormales en un sentido eminentemente cronológico —es el caso de la tardanza del niño para dominar alguna fase de su desarrollo psicológico y emocional—, estas desviaciones son temporales y pueden ser causadas por factores biológicos o genéticos. En algunas circunstancias, la desviación puede llevar a un desorden más estructurado dependiendo de su manejo.

Las desviaciones transitorias se evalúan teniendo en cuenta el área sicomotriz, el área cognitiva, el lenguaje, la atención, la memoria y la orientación.

Las pruebas del lenguaje pretenden evaluar algunos rasgos de la vertiente comprensiva y expresiva de la comunicación. Según Mabel Condemarn, el lenguaje articulado constituye la más distintiva de las características humanas y virtualmente todo niño logra su dominio alrededor de los cinco o los seis años. La atención y la memoria son funciones mentales relacionadas con la capacidad de captar el estímulo que puede verse alterado por la impulsividad, la dificultad de concentración, la ansiedad y por el aumento de la actividad motora. La orientación es la captación intelectual de la realidad tomando como referencia el tiempo, el lugar, las personas y los compañeros de la misma edad y grupo social. La percepción es la respuesta a un estímulo físico definido, lo que implica un proceso constructivo, mediante el cual el individuo organiza los datos que le entregan sus sentidos, los interpreta y los completa a través de sus recuerdos, es decir, sobre la base de sus experiencias previas.¹¹

El niño desde los dos años utiliza representaciones, es decir, estímulos que representan los objetos y que se sitúan en un nivel intermedio entre el concepto de una cosa: esa mesa; y el de una clase: todas las mesas de cuatro patas. De los siete a los once años el niño ha adquirido estabilidad y coherencia en las operaciones conceptuales.

Con respecto a la función cognitiva se evalúo la noción de clase, la de seriación y la de conservación.¹² La noción de clase es la capacidad de agrupar objetos, y de establecer semejanzas y diferencias entre ellos; se adquiere cuando se es capaz de establecer relación del todo con las partes, o sea, cuando se domina la relación de inclusión. La noción de seriación implica establecer una sistematización de los objetos, siguiendo un cierto orden o secuencia establecida previamente, la cual es adquirida por el niño en el periodo escolar. La noción de conservación, por su parte, se refiere a que un objeto o conjunto de objetos se considera variante en una sola dirección con respecto a la estructura de sus elementos, o cualquier otro parámetro físico, a pesar del cambio de su forma o configuración externa con la condición de que no se le quite o agregue nada.

Siconeurosis

Resulta de conflictos inconscientes, reprimidos, con relación al manejo de impulsos sexuales y agresivos; ésta produce tanta angustia subjetiva como

evidencia objetiva de conducta anormal. Aunque compromete buena parte de las áreas del funcionamiento de la persona, no provoca el deterioro intelectual, ni el compromiso primario del afecto o de la relación con la realidad.

Reacciones sicofisiológicas

Se utiliza el término para referirse a aquellos desórdenes de las áreas corporales, primariamente inervadas por el sistema nervioso autónomo, en las cuales los conflictos emocionales aparecen frente a los peligros o a las situaciones de naturaleza síquica o interpersonal.¹⁰

Resultados

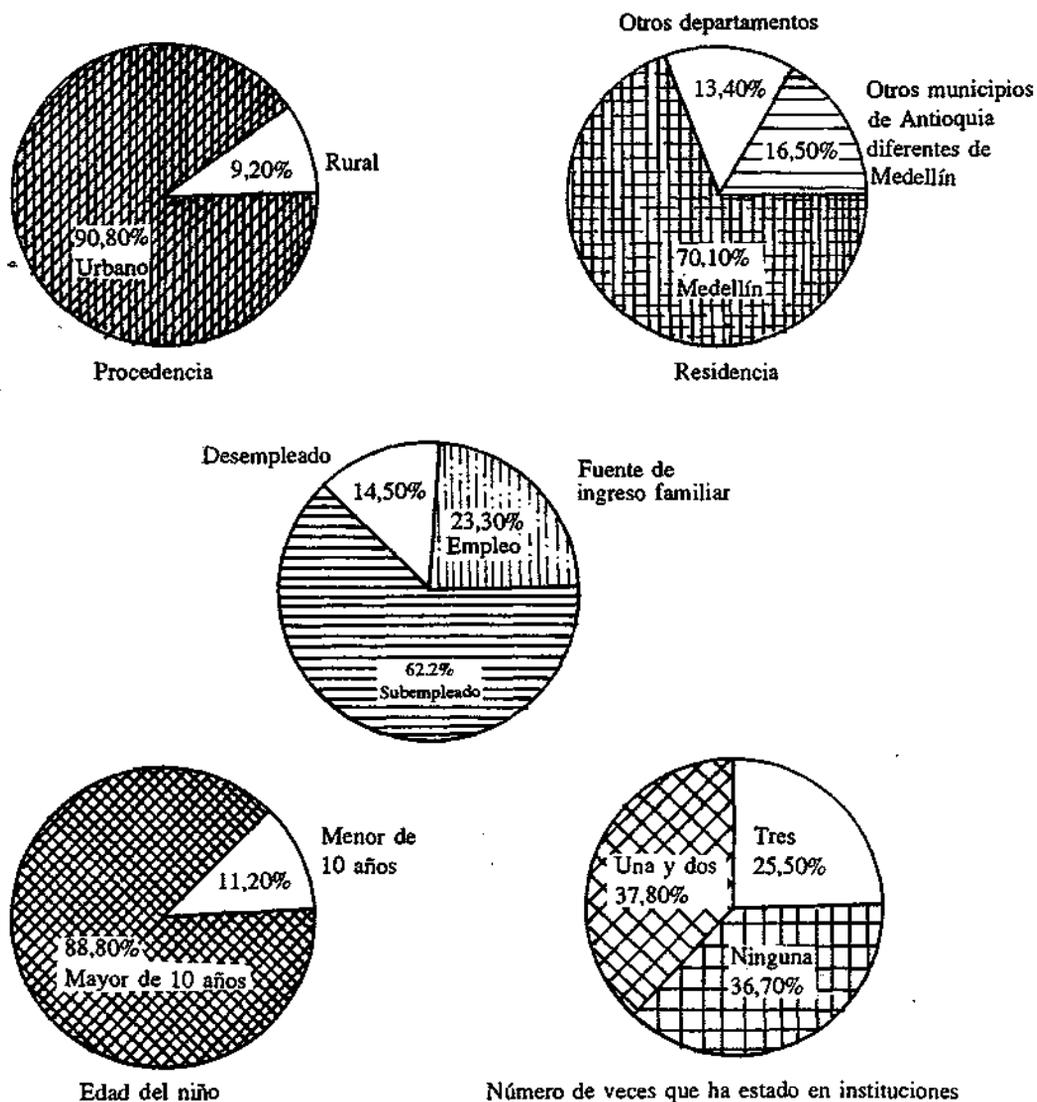
Situación sociofamiliar

La mayoría de los estudios efectuados para caracterizar a los niños de la calle, coinciden en afirmar que la edad de éstos se encuentra entre los seis y los dieciséis años; en el presente estudio el 11% de los niños eran menores de diez años (Véase figura 1). Muchos autores, tratando de explicar las consecuencias del gaminismo, afirman que la edad crítica del niño es entre los once y los quince años, época caracterizada por la rebeldía, el rechazo de las normas y la búsqueda de identidad. En esta edad el menor debe tener vínculos con la familia y la escuela para que, entre ambos, ayuden a superar esta etapa.^{5, 13, 14, 15} El niño de la calle no sólo carece de este marco de referencia, sino que está sometido a influencias perniciosas y a escenas de brutalidad y frecuente regularmente lugares como los bares, los burdeles y los expendios de drogas. En este ambiente, los niños son fácilmente llevados a la delincuencia y a la muerte violenta y precoz.

Lo anterior podría explicar, en parte, el hecho de que el 60% de la población carcelaria de Colombia, 31.000 detenidos, sea menor de veinticuatro años.^{15, 17}

La mayoría de los niños entrevistados, 90,8%, era de extracción urbana, 70,1% procedía de familias residentes en Medellín y de éstos, el 45,6% procedía de la zona nororiental. Estadísticas semejantes arrojaron otros estudios realizados en Medellín sobre el tema.^{5, 15, 17}

Figura 1
Situación sociodemográfica de la población
de gamines de Medellín en 1989



El 76,6% de los niños de la muestra procedía de familias con una gran inestabilidad económica, y sus padres tenían un trabajo informal, 62,2%, o eran desempleados, 14,5%. Estos resultados coinciden con las conclusiones del primer seminario sobre alternativas comunitarias para el niño de la calle,¹⁹ en los cuales se plantean —como una de las primeras causas del gaminismo— la extrema pobreza originada por políticas estatales incapaces de cubrir las necesidades básicas de la población. La teoría de la pobreza como causa del gaminismo es compartida por múltiples investigadores sociales.^{16, 20-23}

El 63,3% de los niños de este estudio ha estado alguna vez en una institución de protección al menor; la cuarta parte ha estado en más de tres instituciones, e inclusive, uno de los niños narró haber entrado y salido treinta veces de distintas instituciones de protección al menor. Antonio Acosta, en su tesis de grado,²⁴ demuestra que los intentos para solucionar el problema del niño de la calle en Medellín a través de instituciones es antiguo, data del tiempo de la colonia, cuando el virrey Manuel de Guerrero, mandó recoger a los niños y colocarlos en el pabellón de las mujeres.

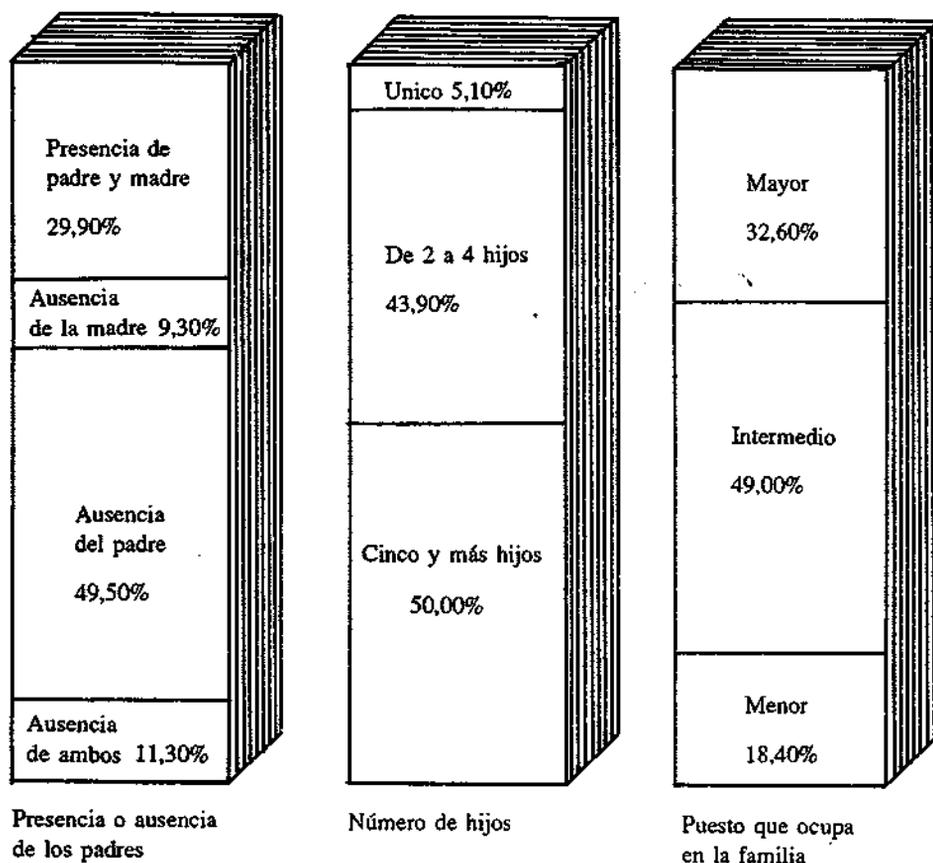
Lo anterior nos muestra que las soluciones estatales actuales al problema de los gamines no difieren mucho de las de la época de la colonia; se ha desconocido la génesis del problema y se orientan los precarios esfuerzos a llevar a los niños a instituciones.

Existen, además, instituciones privadas sin ánimo de lucro, las cuales resuelven en alguna forma el problema de los niños de la calle, sin embargo, éstas siguen siendo medidas paliativas al problema.

El 70,1% de los niños procede de familias descompuestas, especialmente con el padre ausente, 68,8% (Véase figura 2). Esta causa es considerada por la mayoría de los autores^{6, 14-23} como una de las más importantes, además de la miseria.

En los niños del presente estudio, la figura paterna está ausente, bien sea en forma permanente o temporal; es frecuente que, aún existiendo físicamente, desempeñe un papel secundario lo cual no permite la normal identidad de los hijos. Este hecho genera una gran dependencia de los hijos hacia la madre, y hace más traumático el abandono del hogar por parte del menor, quien en la mayoría de los casos tiene sentimientos ambivalentes hacia ella.

Figura 2
Composición de las familias de las cuales
proceden los gamines de Medellín en 1989

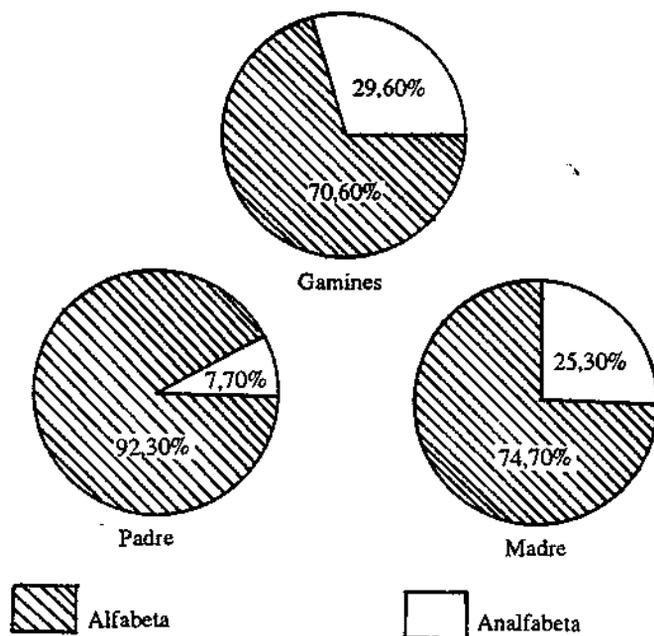


Las familias de las que procedían los niños de la muestra eran numerosas en su gran mayoría, el 50% tenía cinco o más hijos. Lo mismo informan Duque y colaboradores.¹⁵ Por su parte, Quiróz y colaboradores²⁰ en un estudio de casos y controles encontraron asociación estadística entre familias numerosas y el maltrato al niño. En el presente estudio el mayor porcentaje de los gamines ocupó un puesto intermedio en la familia.

El analfabetismo es mayor en la madre que en el padre; una cuarta parte de éstas no saben leer ni escribir. En cuanto a los niños, la tercera parte no ha asistido nunca a una institución escolar y el 72,5% sólo ha cursado

dos años a pesar de que el total de niños entrevistados tenía siete o más años, edad en la cual todos deberían estar estudiando (Véase figura 3).

Figura 3
Porcentaje de analfabetismo en los gamines de Medellín y en sus padres en 1989



Al analizar la edad de los padres en el momento del abandono del hogar por parte del niño (Véase tabla 1), se encontró que el 62,51% de las madres tenía entre veintiséis y cuarenta años. Es necesario destacar que sólo el 24,5% de los niños conocía la edad del padre.

El 20% de los niños abandonó el hogar antes de los siete años, lo cual puede considerarse más como un abandono que como una decisión del niño.

El 55,3% de los niños había vivido en la calle durante más de un año y el 67,9% vivía allí desde hacía más de tres años. Aunque son múltiples los estudios que tratan de explicar las causas por las cuales el niño abandona el hogar, la opinión del niño sobre estas causas ha sido poco investigada. En el presente trabajo la respuesta del niño concuerda, en un 68,8%, con

la planteada por los investigadores y casi la mitad de los niños, el 49%, coincide en que la principal causa es el maltrato.

Llama la atención, sin embargo, que el 22,9% exponga como causa del abandono, el gusto propio.

Tabla 1
Factores relacionados con el abandono del hogar

<i>Factores</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Edad del padre cuando abandona el hogar (N = 80)</i>	
Veintiséis a cuarenta años	62,5
Más de cuarenta años	37,5
<i>Edad de la madre cuando abandona el hogar (N = 58)</i>	
Veinticinco y menos años	10,4
Veintiséis a cuarenta años	62,5
Más de cuarenta años	27,5
<i>Edad del niño cuando abandona el hogar (N = 95)</i>	
Siete y menos años	20,0
Ocho a diez años	42,1
Once y más años	37,9
<i>Meses de abandono del hogar (N = 94)</i>	
Menos de un mes	13,8
Uno a doce meses	30,9
Trece a treinta y seis meses	26,6
Treinta y siete y más meses	28,7
<i>Motivos del gamín para abandonar el hogar (N = 96)</i>	
Maltrato	49,0
Orfandad	2,1
Extrema pobreza	10,4
Gusto propio	22,9
Abandono	7,3
Vive con los padres	6,3
Otras causas	2,1

Consumo de sustancias

La comparación de los resultados de los estudios realizados en Medellín durante 1989 sobre el consumo de sustancias psicoactivas que producen dependencia en los gamines, con los de otros estudios, sugiere que la frecuencia de consumo de estas sustancias en los niños de la calle de esta ciudad, es diferente a la de los niños de la población general (Véase figura 4).

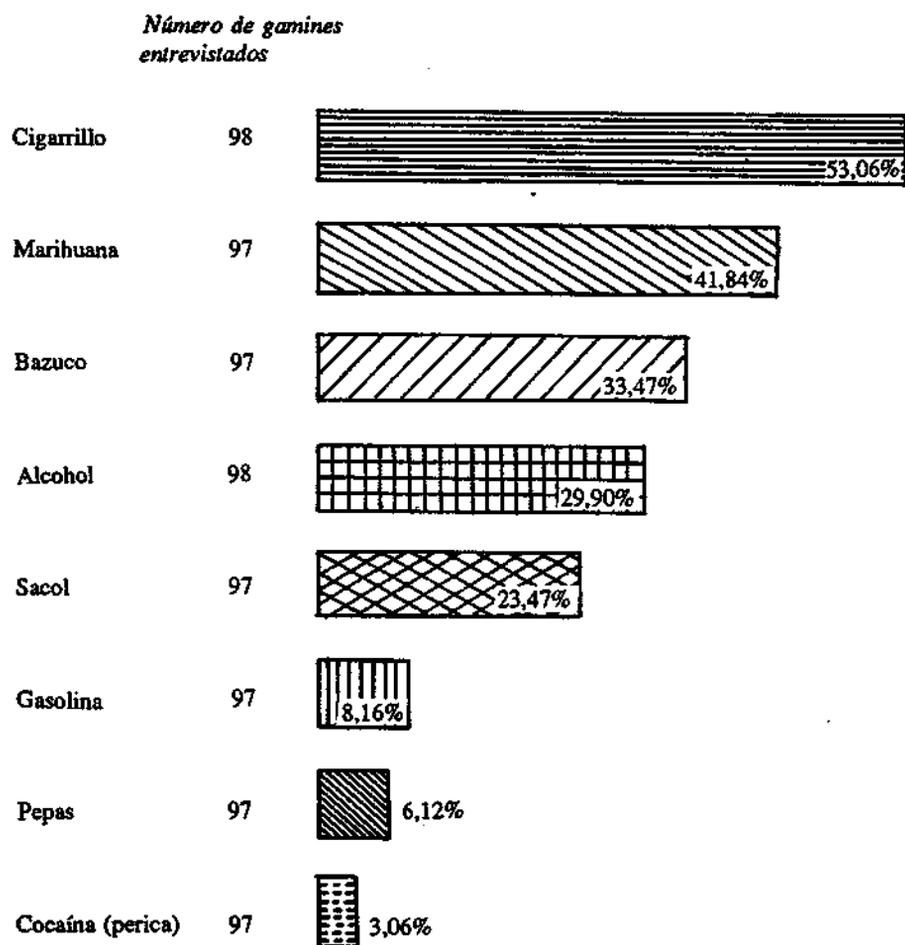
La sustancia más consumida por los gamines de Medellín fue el cigarrillo 53,06%, cifra 1,6 veces mayor que la de los estudiantes de secundaria del departamento de Antioquia en 1986 que fue 33,33%;²⁵ 5,56 veces mayor que la de los de quinto y sexto grado de la ciudad de Cali: 9,54%,²⁶ y diez veces mayor a la descrita en el Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia,²⁷ 5,3%, para los niños del sexo masculino entre los doce y los quince años. Es de anotar que los datos del presente estudio referentes al hábito de fumar son consistentes con los de Atehortúa.¹³

En otros países, se han informado los siguientes datos sobre el consumo de cigarrillo entre los adolescentes masculinos: en Francia durante 1977 y en Israel durante 1979 fue de 86% y 52%, respectivamente.²⁸ En Estados Unidos, Kandel encontró, en 1980, que el 80% de los adolescentes de las escuelas de secundaria en Nueva York fumaban cigarrillo.

El consumo de marihuana ocupó el segundo lugar, 41,84%, cifra similar a la encontrada por Atehortúa, 33,5%, pero 5,89 veces más alta que la hallada entre los estudiantes de secundaria de Antioquia, 7,1%, y 8,38 veces mayor que la descrita en el Estudio nacional de alcoholismo, 0,05%. Los adolescentes de Estados Unidos también superan en el consumo de esta sustancia a los gamines de Medellín, la frecuencia del consumo en tal país fue del 77%, pero en Francia e Israel fue menor: 26% y 5%, respectivamente.

El consumo de *bazuco* en la población analizada fue de 33,47%, frecuencia mayor a la encontrada por Atehortúa, 3,16% y 9,8% veces mayor a la de los estudiantes de secundaria de Antioquia, 3,4%. En Cali, el 2,5% de los estudiantes de quinto y sexto grado consumía bazuco, marihuana o cocaína.

Figura 4
Porcentaje de consumo de sustancias
sicoactivas por los gamines de Medellín en 1989



El alcohol fue también muy consumido por los niños de la calle, con una frecuencia de 29,9%, casi tres veces mayor a la informada por Atehortúa, 10,3%, y similar a la del Estudio nacional, 29,1%. Se encontró, además, que de los niños que reconocieron ser consumidores de alcohol el 70,37% relató haber consumido licor durante el mes anterior, entre uno y tres días, el 25,9% entre cuatro y veintinueve días y el 3,7% lo consumían diariamente.

La inhalación de sacol se ubicó en quinto lugar con una frecuencia de 23,47%, 0,59 veces menor a la encontrada por Atehortúa.

El consumo de gasolina, tranquilizantes y cocaína, presentó las siguientes frecuencias: 8,16%, 6,12% y 3,06%, respectivamente. El estudio de Atehortúa arrojó cifras más bajas de consumo para estas sustancias: 4,8% para gasolina y 3,2% para tranquilizantes.

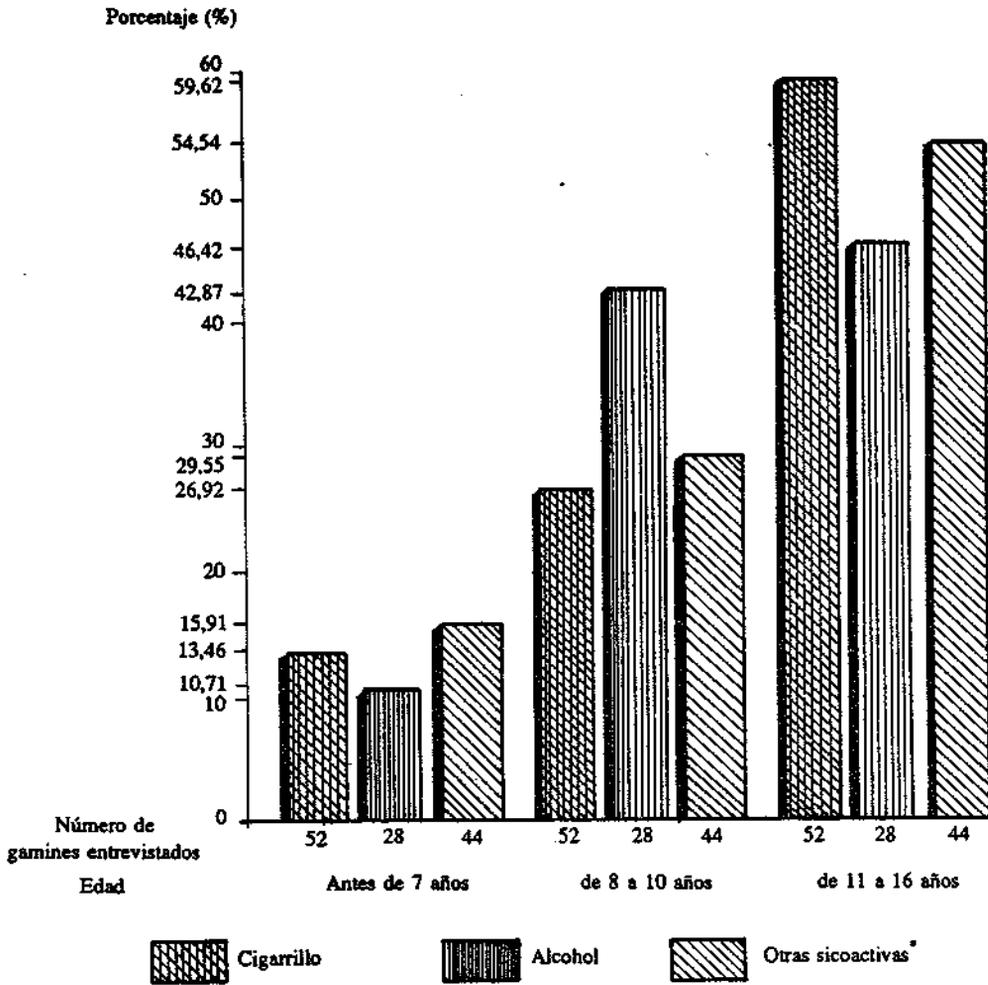
En la figura 5 se observa que desde antes de los siete años de vida, los niños analizados ya consumían cigarrillos en proporción de 13,46%, alcohol en un 10,71% y 15,91% para otras sustancias, entre las cuales se encontraron la marihuana, el sacol, la gasolina, los tranquilizantes y la cocaína. Es alarmante saber que el consumo de estas sustancias se inicie a tan temprana edad.

Kandel encontró que el 20% de los estudiantes de secundaria estadounidenses a los diez años consumía alcohol, el 50% a los catorce, y el 30% había iniciado el consumo a los dieciocho años.

Al indagar si los hábitos de consumo de psicoactivos se habían iniciado antes o después de abandonar el hogar, se encontró que el 77,27% de los niños había comenzado el consumo de marihuana, sacol, bazuco, gasolina, tranquilizantes y cocaína después de dejar su hogar; lo mismo sucedió con el 62% de los fumadores y el 40% de los consumidores de bebidas alcohólicas (Véase figura 6).

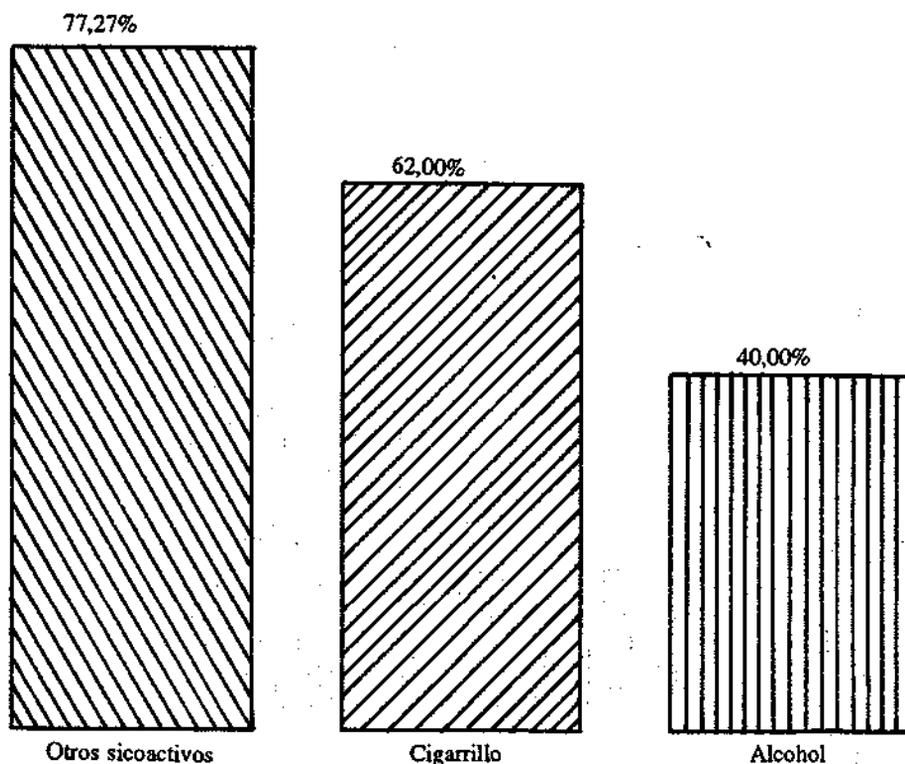
Lo anterior nos muestra que, si bien en algunos casos la iniciación en los vicios empieza en el hogar, inclusive a causa de la descomposición familiar, la mayoría de los niños accede a los vicios en la calle.

Figura 5
Edades de iniciación en el consumo de sustancias
sicoactivas en los gamines de Medellín en 1989



* Marihuana, sacol, bazuco, gasolina, coca, pepas

Figura 6
Porcentaje de iniciación, en los gaminés de Medellín en 1989 en el consumo de sustancias psicoactivas después de abandonar sus hogares



Morbilidad general

En la figura 7 aparecen las principales causas de morbilidad encontradas en los niños de la calle. Uno de los síntomas frecuente fue la hemorragia nasal a repetición, 29,47%, atribuible a la irritación de las mucosas nasales por la inhalación frecuente de sustancias como el sacol.

Al comparar las patologías encontradas en este estudio con las halladas por el Estudio nacional de salud,³⁰ para los niños de cinco a catorce años, se aprecia que las deficiencias nutricionales, las parasitosis y las enfermedades de la piel y de las vías respiratorias altas, son mucho más frecuentes en los gaminés (Véase figura 8).

Figura 7
Porcentaje de la morbilidad en los gaminos
de Medellín en 1989

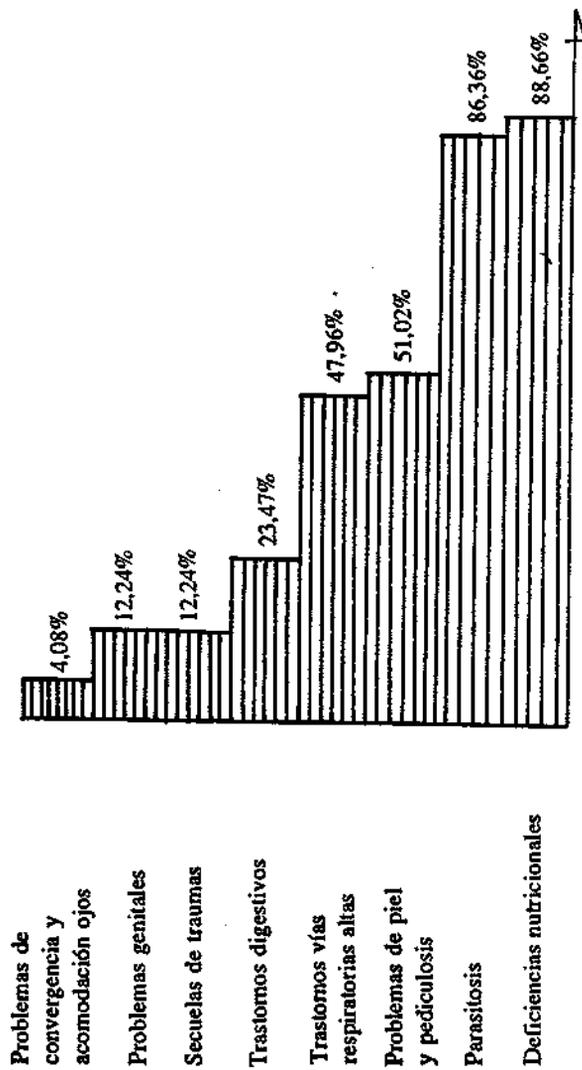
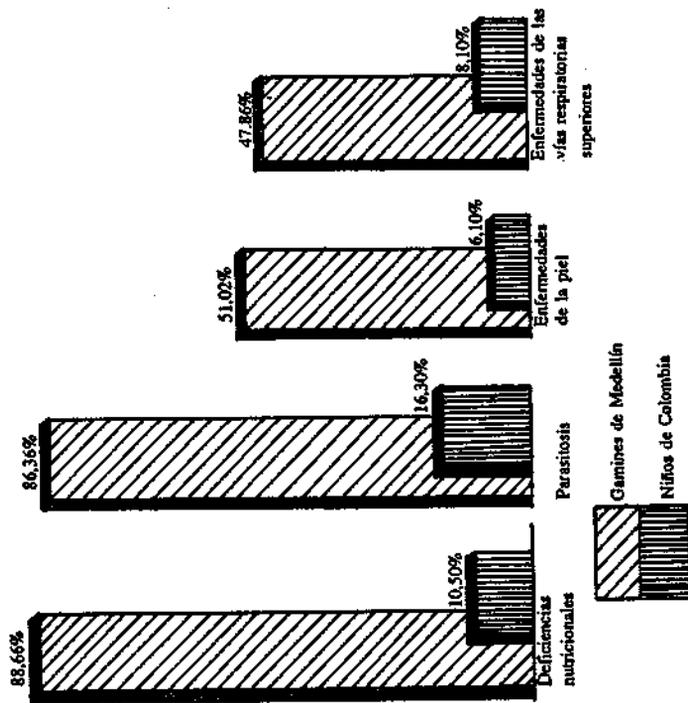


Figura 8
Porcentajes de la morbilidad en los gaminos de Medellín y en la población masculina colombiana con edades entre los cinco y catorce años



En cuanto a las enfermedades sexualmente transmitidas sólo se estudió la sífilis mediante serología, la prevalencia encontrada fue de 3,19% y todos los casos correspondieron a niños de trece a catorce años. Esta frecuencia es mayor a la hallada en el departamento de Antioquia para los niños de cinco a catorce años en 1986, 1,4 por cien mil habitantes.³¹ Virginia Gutiérrez de Pineda³² informa que en Medellín, en 1978, el 15% de los gámines tenía enfermedades venéreas.

La disminución de la agudeza visual entre 20/40-20/70 fue de 33,68% en ambos ojos; la disminución entre 20/100-10/200 fue de 5,26%, mayor en el ojo derecho que en el izquierdo (Véase figura 9). Estas cifras son menores que las encontradas por Fernández, y colaboradores en el estudio efectuado en la población de cinco a catorce años del departamento de Antioquia,³³ quien afirma que el 78% de los niños examinados presentó una leve disminución de la agudeza visual, más frecuente en el ojo izquierdo; además, el 12% presentó disminución de la agudeza visual entre 20/100-20/200, en ambos ojos.

En cuanto a la agudeza auditiva, de 97 niños examinados, el 1,02% presentó disminución de la audición en ambos oídos, el 6,12% del oído izquierdo y el 1,02% del derecho.

La prevalencia de parasitosis intestinal en los niños de la muestra fue 5,3 veces mayor que la reportada por el Estudio nacional de salud. De los niños parasitados, el 56,35% presentó algún tipo de protozoo, de los cuales el más común fue la *Entamoeba coli*, 17,46%. El 43,65% presentó parasitosis por helmintos, de los cuales el más frecuente fue el *Ascaris lumbricoides*, 26,98% (Véase figura 10).

Estado nutricional

Teniendo en cuenta los tres indicadores para evaluar el estado nutricional: peso-edad, talla-edad y peso-talla, se encontraron altos índices de desnutrición global, 75,25%, relacionada con el primer indicador, y crónica, 81,44%, relacionada con el segundo. Estos valores corresponden principalmente a los niveles leves y moderados de desnutrición; los grados severos fueron de un 5,15% y 8,25%. En cuanto a la desnutrición aguda, medida por los parámetros peso-talla, fue de 14,43%.

Figura 9
Porcentajes de la agudeza visual
de los gamines de Medellín en 1989

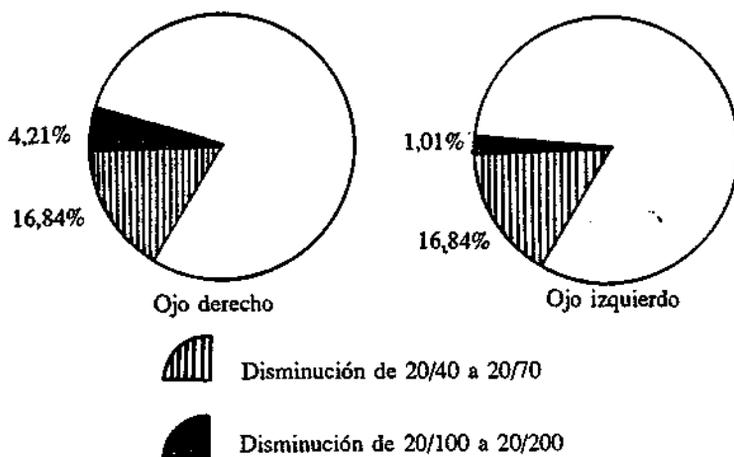
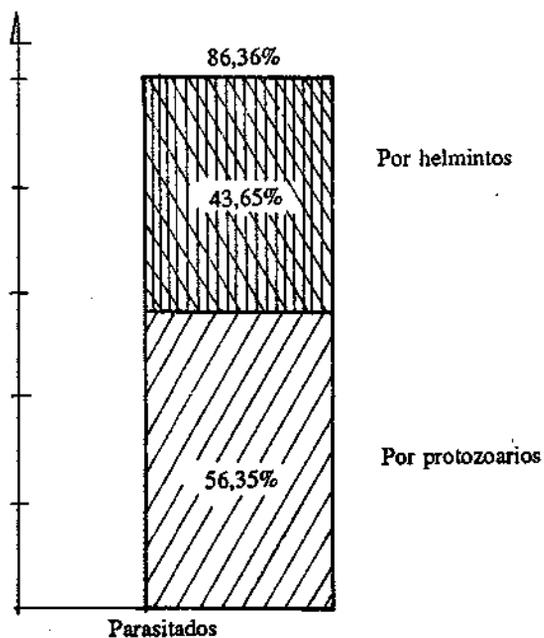


Figura 10
Porcentaje de la prevalencia de parasitosis
intestinales en los gamines de Medellín en 1989



Como se puede apreciar en la figura 11 los índices de desnutrición global y crónica de estos niños son mayores a los indicados por Restrepo y colaboradores³⁴ para los escolares de Medellín en 1983; sin embargo, la desnutrición aguda es mayor en estos niños que en los escolares.

Lo anterior reafirma la tesis de la extrema pobreza como causa importante del abandono del hogar. Los niños privados de alimentación adecuada en la primera infancia, desarrollan desnutrición crónica, no obstante, ya en la calle, el niño satisface sus necesidades de alimentación mediante la mendicidad y el pillaje, hasta el punto de que la desnutrición aguda, que da cuenta de la situación nutricional actual, es menor que en los escolares de Medellín.

Lo encontrado en el estudio coincide con la tesis de Virginia Gutiérrez de Pineda,³² quien afirma que son pocos los gamines desnutridos —aunque probablemente antes de ser gamines lo estuvieran—, pues su gran preocupación es conseguir comida y lo demás no les importa.

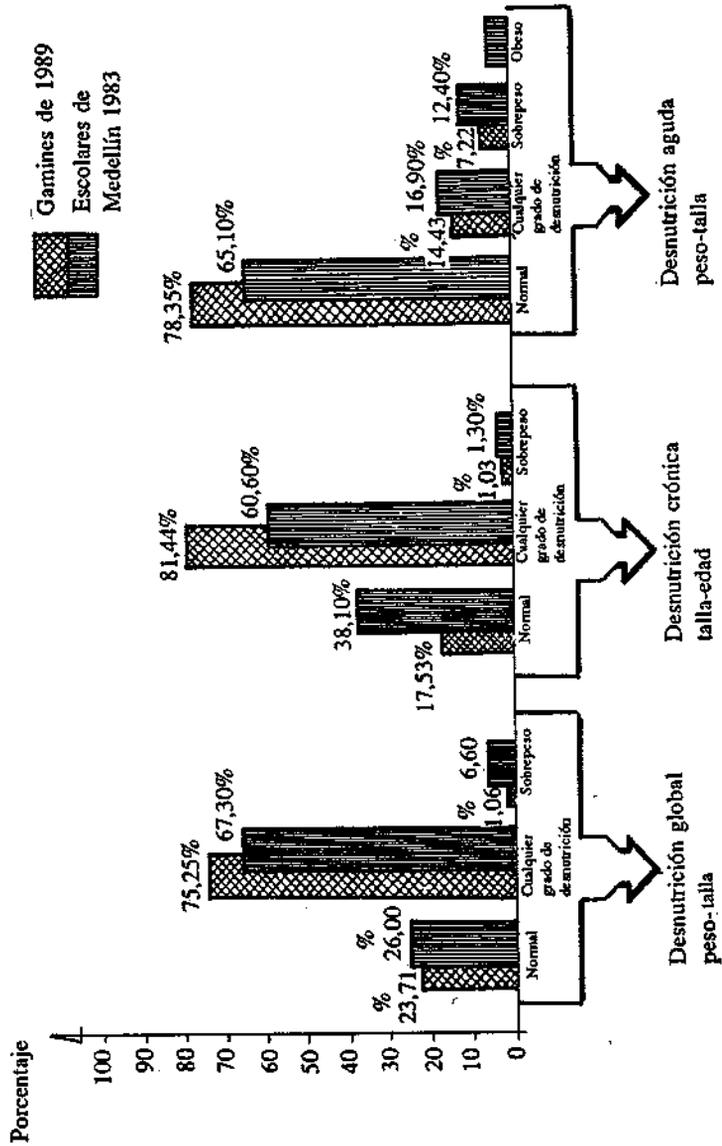
Los resultados del estado nutricional coinciden con los niveles de hemoglobina y hematócrito. El promedio de hemoglobina en los niños analizados fue de 13,59 g por 100 ml (límite inferior 11,16, límite superior 16,07), y el promedio de hematócrito fue de 40,5 ml/100 ml (límite inferior 33, límite superior 43). De los niños examinados, 3,7% presentó hematócrito por debajo de los valores normales con valores de hemoglobina cercanos al límite inferior.

Salud mental

Uno de los parámetros para evaluar la presencia de desviaciones transitorias en los niños fue el lenguaje, del cual se evaluó la forma y la calidad. Para ello se tuvieron en cuenta: la lógica, la coherencia, la continuidad y el vocabulario. El 56,84% de ellos presentó un déficit de intensidad leve y el 16,66% un déficit de mayor intensidad.

La fluidez del lenguaje fue evaluada a partir de la rapidez, la lentitud y los bloqueos. El 37,24% de los niños presentó un déficit de intensidad leve y un 10,78% un déficit mayor. Finalmente, la calidad fue determinada a par-

Figura 11
Comparación de los estados nutricionales
entre los niños escolares de 1983 y los gaminos de 1989



tir de la expresión y la congruencia; el 59,78% de la población examinada presentó déficit de intensidad leve y el 8,82%, un déficit de mayor grado.

Las deficiencias del lenguaje encontradas en estos niños se pueden explicar si se tiene en cuenta que el sistema de comunicación de los niños, en general, puede coincidir con el empleado por su núcleo familiar. Era de esperarse, pues, que —dadas las condiciones de vida de estos niños— este proceso sufriera alteraciones.

Otros parámetros utilizados para evaluar las desviaciones transitorias fueron la atención y la memoria, la orientación, la percepción y la función cognitiva. Con respecto a la atención y la memoria, se encontró que el 42,14% de los gaminos tenía déficit de intensidad leve y el 12,74% un déficit mayor.

Por otra parte, estos niños no presentaron alteración en la ubicación de la persona y del lugar, pero, en cuanto a la orientación en el tiempo, un 38,22% presentó un déficit de intensidad leve y un 28,42% un déficit mayor.

La percepción fue evaluada a partir de las percepciones visuales, gustativas y auditivas y sólo se encontró alteración en la visual, con un déficit de intensidad leve, 62,72% (Véase figura 12).

En cuanto a la función cognitiva, el 41,83% de los niños examinados no había adquirido la noción de clase, el 67,34% la de seriación y el 73,46% la de conservación.

Podemos concluir, de acuerdo con estos resultados, que el 70,41% de los niños presentó compromiso de varias áreas y un 25,51% de una sola.

En condiciones normales, el niño entre los siete y los once años, poseen las funciones psicológicas vistas anteriormente, las cuales le permiten el aprendizaje y la socialización; sin embargo, en los gaminos examinados —cuyas edades oscilan entre los siete y los dieciséis años— la mayoría de estas funciones están disminuidas, lo cual podría tener las siguientes interpretaciones: no han contado con una estimulación adecuada para el desarrollo de estas áreas, o habiéndolas desarrollado, el medio donde se desen-

Figura 12
Desviaciones transitorias en los gamines
de Medellín en 1989

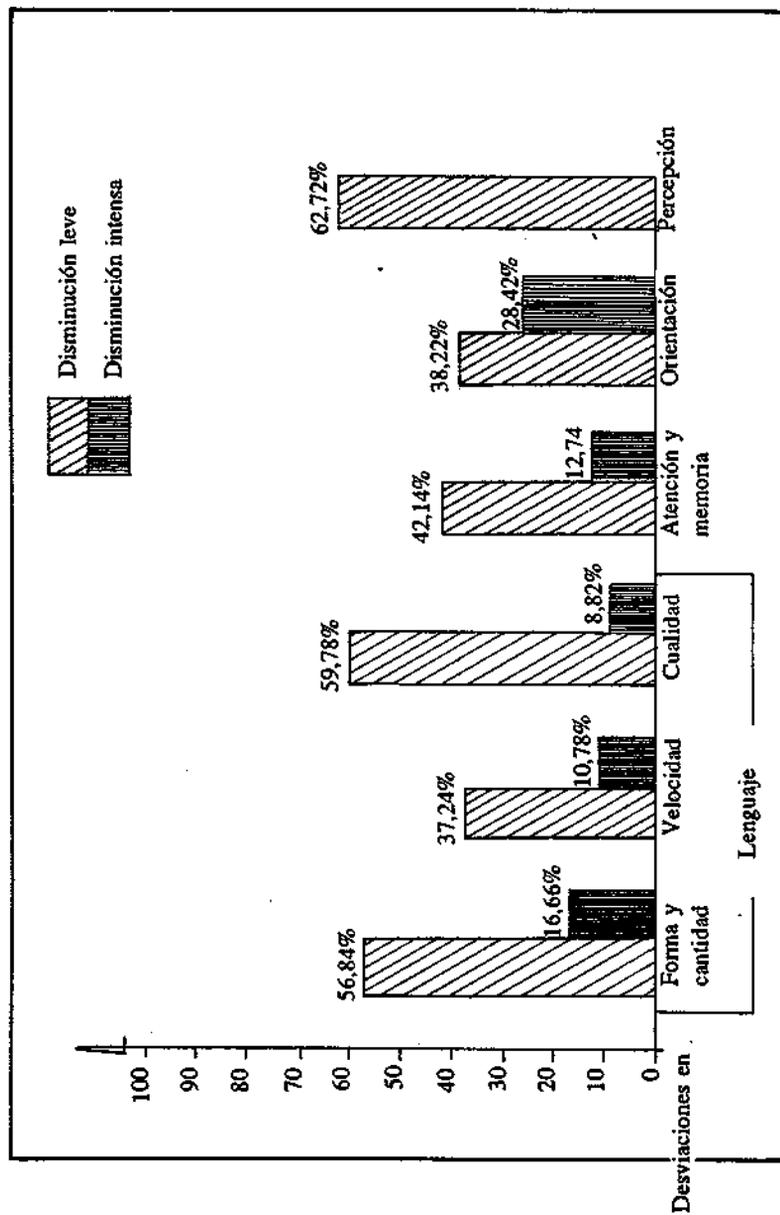
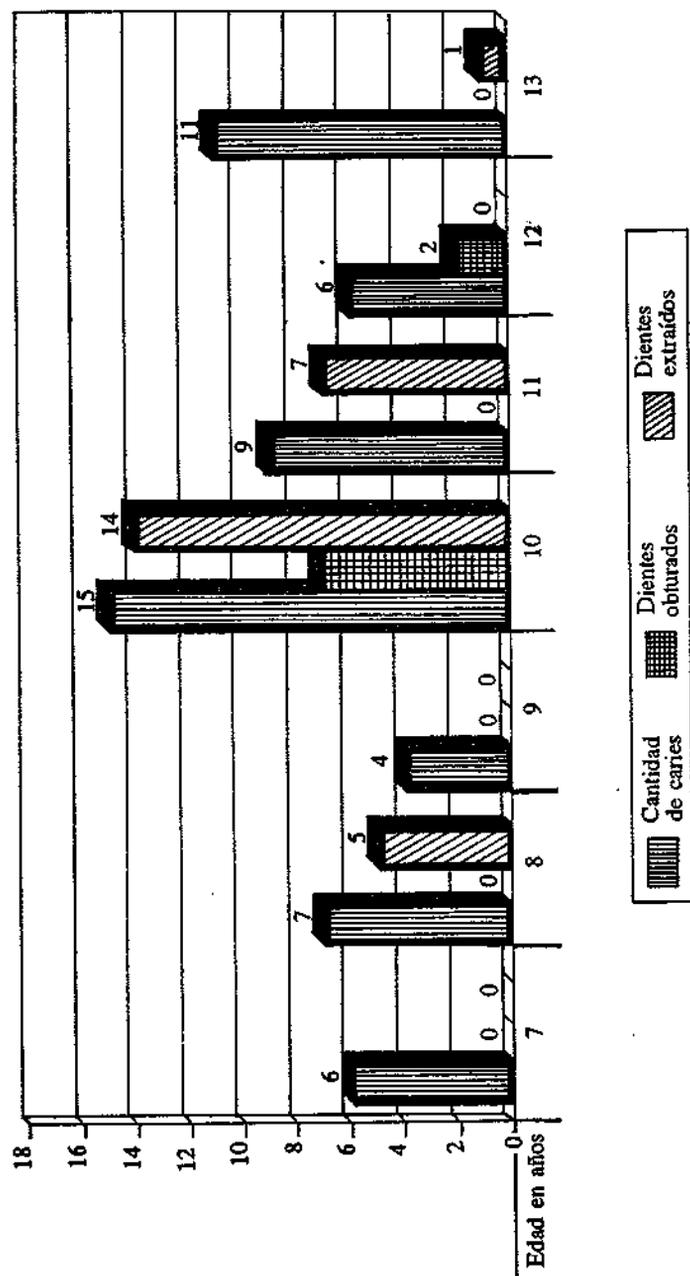


Figura 13
Prevalencia de caries en los dientes
temporales de los gamines de Medellín en 1989



vuelven no les permite seguir afianzándolas ni adquirir otros conocimientos.

Cuando las desviaciones psicológicas no se identifican ni se manejan adecuadamente, se puede llegar a un desorden más estructurado, como el síconeurótico. La evaluación de los rasgos neuróticos mostró que el 10,20% de los niños tenía rasgos conversivos, un 82,65% rasgos fóbicos —caracterizados estos últimos por un temor exagerado a animales como la culebra y el perro, temor a la noche, a la oscuridad y a la altura—, el 78,57% mostró rasgos depresivos, los cuales parecen originarse en la inseguridad del sitio donde pasarán la noche, el día y donde obtendrán la comida; además, en el recuerdo triste de la familia desaparecida.

El 69,39% de los niños examinados presentó reacciones sicofisiológicas, las cuales comprometen los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y musculoesquelético.

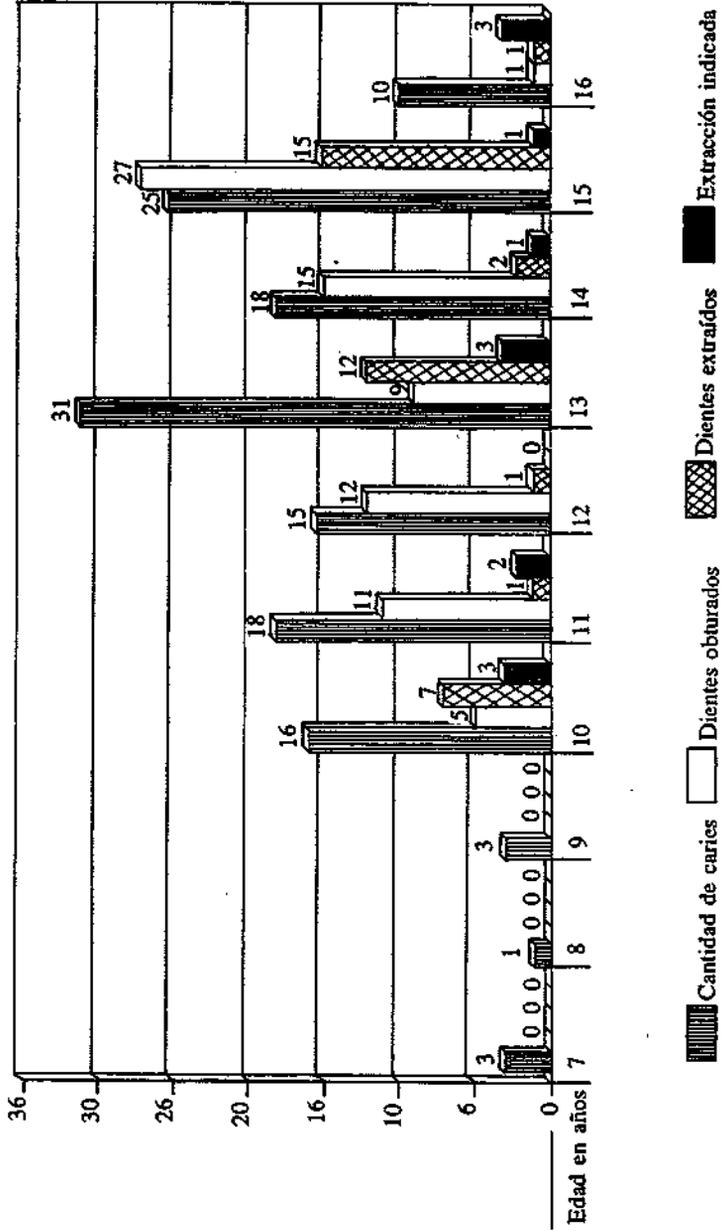
Salud oral

De 290 dientes temporales presentes en los 98 niños examinados, 102 —equivalentes a un 35,00% del total de los dientes— presentaban caries o secuelas de ellas. De los dientes temporales afectados por caries, 20,00% tenía caries activa (c), 3,17% había sido tratado u obturado (o) y en el 12% estaba indicada la extracción. Sorprende que a los diez años la relación entre dientes cariados y los de extracción indicada sea 1 a 1.

En resumen, la caries predomina en los dientes temporales en todas las edades, los dientes temporales comienzan a recibir tratamiento restaurativo a partir de los diez años, cuando ya su permanencia en la boca es poca, lo cual, además de explicar los valores tan altos de dientes cariados contra dientes obturados, muestra la necesidad del tratamiento a edades más tempranas (Véase figura 13).

De un total de 1.830 dientes permanentes presentes en los 98 niños examinados, 272 presentaban caries dental o sus secuelas, lo cual equivale a un 14,60%. De los dientes permanentes afectados por caries, 7,50% presentaba caries activa (c), 4,30% había sido obturado (o), 2,10% extraído y 0,70% tenía la anterior condición indicada (Véase figura 14).

Figura 14
Prevalencia de caries en los dientes
permanentes de los gamines de Medellín en 1989



Comparados estos resultados con los presentados para el grupo de siete a catorce años en la investigación de morbilidad oral,³⁵ observamos que la frecuencia de caries dental es menor en los niños de la calle. Ello se evidencia por un aumento de 13,80% en el porcentaje de dientes sanos, una disminución de 1,90% en el de los cariados y de 1,00% en los extraídos y de 1,9% en los de extracción indicada. El número de dientes obturados es igual en los dos estudios.

Por otro lado, si comparamos los resultados del presente análisis con los presentados por el Instituto Metropolitano de Salud en: "Situación de salud oral de Medellín, veinte años de prevención integral"³⁶ encontramos que el problema es mayor en el niño de la calle. El Cop para el grupo de niños de ocho a catorce años de Medellín es de 1,98, mientras que para el niño de la calle es de 2,3. El promedio general de dientes cariados, tanto permanentes como temporales, en los niños de Medellín fue de 0,53 y en los gaminos de 2,02. El número de dientes perdidos para los primeros es de 0,07 y para los segundos de 0,39.

Los niveles de placa blanda son considerables si se tiene en cuenta que para todas las edades más de un tercio de los dientes se encuentra afectado.

Sorprende, igualmente, la presencia elevada de placa calcificada a estas edades, lo que determina un índice de higiene oral alto. Con excepción del grupo de siete años, casi las dos terceras partes de los dientes se encontraron afectados, con lo cual se muestra una tendencia al aumento del índice de higiene oral con la edad (Véase figura 15).

La totalidad de los niños examinados presentaron inflamación periodontal leve, condición que coincide con la presencia de placa dental (Véase figura 16). Esto contrasta notoriamente con el hallazgo de Metrosalud en los niños de Medellín de ocho a catorce años, los cuales, en un 95%, se encontraron libres de enfermedad periodontal incipiente. Sin embargo, las diferencias encontradas pueden deberse a que en ambos estudios se utilizaron índices diferentes en la medición de la enfermedad periodontal.

Figura 15
Indice de higiene oral de los gaminés
de Medellín en 1989

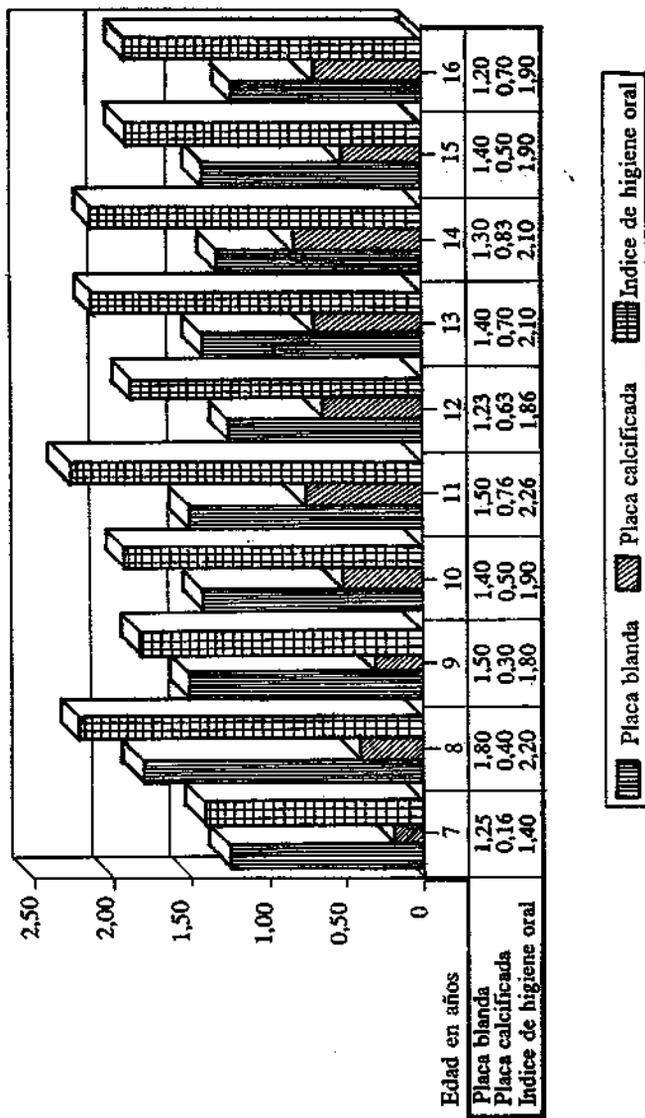
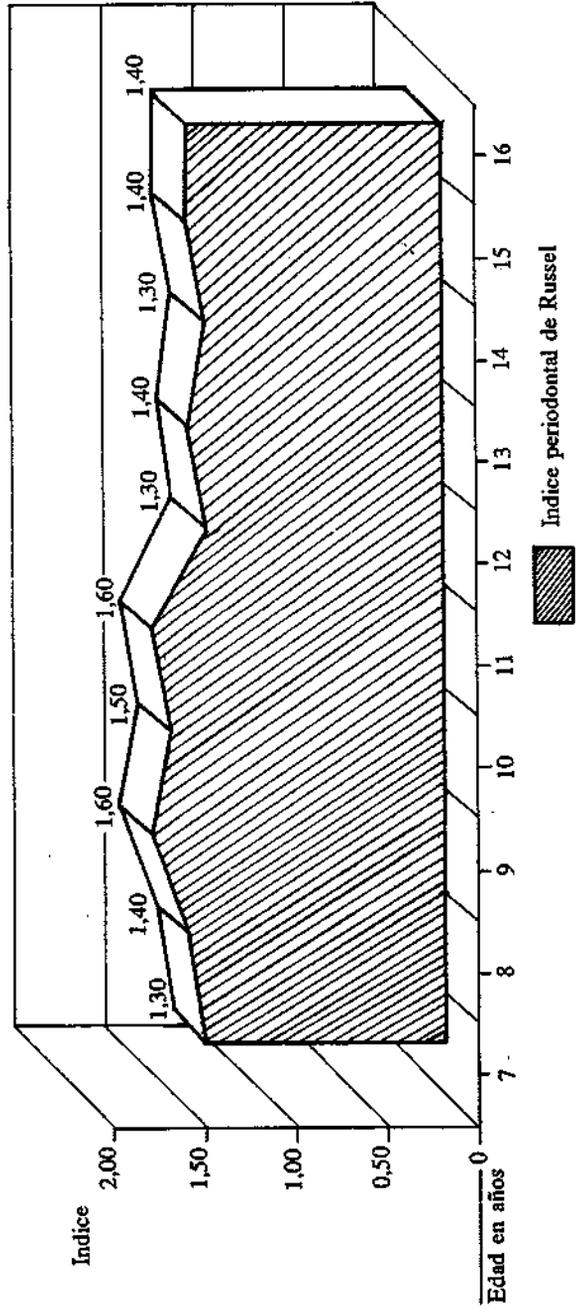


Figura 16
Enfermedad periodontal de los gamines
de Medellín en 1989 determinada mediante el índice
periodontal de Russel para dientes permanentes



Asombra que los tejidos periodontales respondan a la presencia de placa tan marcada, con inflamación incipiente, sin que se dé la retracción gingival o la pérdida ósea.

El 22,00% de los niños examinados clínicamente, en especial los de doce, catorce y quince años, presentó algún tipo de patología oral; los sitios más afectados fueron el dorso de la lengua y el labio inferior, 5,81% cada uno, y la patología más común fue la úlcera traumática de los tejidos blandos, 8,14%, seguida por la lengua geográfica, 4,65%. Los labios resecaos se consideraron normales.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados del presente trabajo, podemos afirmar que una gran proporción de los niños de la calle procede de familias residentes en la zona nororiental de Medellín, en las cuales existe gran descomposición familiar y condiciones económicas miserables.

Desde pequeños, los niños sufren los estragos de la violencia, ya sea física y psicológica o proveniente de un ambiente hostil, en el cual se carece de todo lo necesario para la subsistencia. Los anteriores actúan como causa de abandono del hogar a temprana edad.

Los intentos por parte del Estado para erradicar el gaminismo, son ineficientes porque no resuelven las causas que lo generan. Sólo una política que erradique la miseria y dé educación a amplios sectores sociales podrá evitar que los niños sean objeto de la violencia y del abandono de los padres.

Es importante resaltar que el ambiente en el cual vive el niño de la calle lo lleva a ingerir cigarrillo, alcohol y sustancias que producen adicción, aun antes de los siete años de edad, pues si bien algunos de ellos se iniciaron en estos hábitos antes de salir del hogar, la gran mayoría lo hizo después.

Como era de esperarse, las patologías encontradas en los niños de la calle son las propias de sus condiciones de vida. Las condiciones de extrema pobreza de las que proceden, la ausencia de un lugar para guarecerse de las inclemencias del tiempo, las malas condiciones higiénicas, la violencia

a que permanentemente están sometidos en la calle y la deprivación afectiva, hacen que patologías como las deficiencias nutricionales crónicas, principalmente; las parasitosis, las enfermedades de la piel, las infecciones de las vías respiratorias altas y las enfermedades venéreas, como la sífilis, sean mucho más frecuentes en estos niños que en la población infantil general de Colombia.

Otro tanto ocurre con la salud mental, una gran proporción de los niños presenta disminución en la velocidad y la cualidad del lenguaje, en la atención y la memoria, y en la orientación y la percepción. Además, son muy frecuentes los rasgos neuróticos, como los rasgos conversivos, los fóbicos, los depresivos y las reacciones sicofisiológicas.

En cuanto a la salud oral, podemos afirmar que el niño de la calle recibe mínimas acciones preventivas y restaurativas en salud oral.

Las autoridades encargadas de velar por la salud deberían instaurar programas tendientes a prevenir la placa dental y designar algún recurso para atender a estos niños.

Nuestra sociedad no podrá considerarse sana mientras existan diferencias tan marcadas en los índices de salud entre los distintos grupos sociales que la conforman.

Reconocimientos

Expresamos nuestro agradecimiento al Instituto Metropolitano de Salud y a las instituciones Ciudad don Bosco y Bosconia.

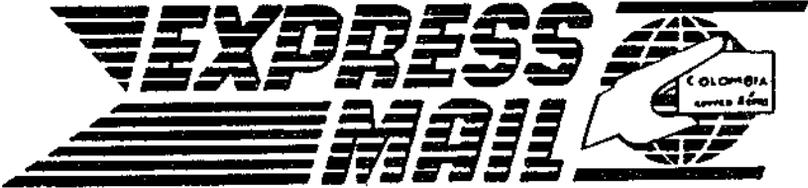
Referencias

1. Gutiérrez de P., Virginia; Perry, Elvia I.; Vila de P., Patricia; Echeverry, Yolanda; Arias, Jairo. *El gamín: su albergue social y su familia*. Primera edición. Bogotá: Arco, 1978. 264 p.
2. Samper, Daniel. Hay un niño Dios en cada niño desamparado. *El Tiempo: Lecturas Dominicales*. Bogotá, 1972, diciembre 24. pp. 1-2.
3. Muñoz, Cecilia; Pachón, Ximena. *Gamínes: testimonios*. Primera edición, Bogotá: Carlos Valencia y Editores 1980. 136 p.

4. Cobos, Francisco. Estrategia para una lucha contra el abandono: un modelo de atención integral al niño desprotegido de la calle. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 1979. 199 p.
5. Gutiérrez de P., Virginia; Perry, Elvia; Villa, Patricia; Echeverry, Yolanda; Arias, Jairo. *El gamín: análisis de datos secundarios*. Primera edición, Bogotá: Arco, 1978. 91 p.
6. Granados, Marco. *Gamines*. Segunda edición. Bogotá: Temis. 1976. 133 p.
7. Gutiérrez, José. *Gamín: un ser olvidado*. Primera Edición. México: Agence de Prene Novosti. 1972. 350 p.
8. Usa National Center for Health Statistics: NCHS growth curves for children 18 years. United States. DHEW Publications. 1977. pp. 78-1650.
9. Jellife, Derrick. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. OMS. Ginebra, 1968. pp. 250-255.
10. Knobel, Mauricio. *Siquiatría infantil sicodinámica*. Primera edición. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1977. 289 p.
11. Condemarín, Mabel; Chadwick, Marina; Mirlicia, Neva. *Madurez escolar*. Segunda edición. Chile: Ed. Andrés Bello, 1982. 306 p.
12. Wastson, Robert. *Sicología infantil*. Primera edición. España. Ed. Aguilar. 1979.
13. Atehortúa R., Mario; Hoyos C., Daniel; Maya S., Luz Elena; Grisales A., Duval. Consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en solventes volátiles orgánicos (inhalantes). En población menos de 16 años de vida callejera, zona urbana de Medellín. Antioquia, Colombia, octubre 1984. I Encuentro Departamental de Investigación en Farmacodependencia y alcoholismo. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Noviembre 1984. pp. 116-149.
14. Trabajo de Víctor Gutiérrez. Alteraciones funcionales producidas por el uso de inhalantes y solventes. UPB. Septiembre 1985.
15. Duque, Hernán; villegas, Nora. El menor de la calle municipio de Medellín. Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social. División de Bienestar Social. 1984.
16. Gómez A., Horacio. El crimen, un desquite. *El Tiempo: Lecturas Dominicales*. Bogotá, 1990. Mayo 6. p. 3.
17. Manciaux, Michel. Niños golpeados, maltratados y abandonados. *Revista ilustrada de la Organización Mundial de la Salud*. Enero-febrero 1984. pp. 21-22.

18. Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social de Medellín. El problema del menor indigente en la ciudad de Medellín, 1987.
19. Brasil. Ministerio de Prevención y Asistencia Social. MPAS; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Primer Seminario Latinoamericano sobre alternativas comunitarias para los niños de la calle. Brasil. 1984. pp. 9-14.
20. Quiróz A., Margarita; Mazuera del H., María E.; González, German; González, Luz M.; Bedoya, Ana C. Factores de riesgo asociados con el maltrato al menor. Boletín Epidemiológico de Antioquia. 14 (3). Julio-septiembre, 1989. pp. 17-24.
21. Correa, Luz M. Matriarcado y sicarios. *El Tiempo: Lecturas Dominicales*. Bogotá, 1990, mayo 27. pp. 10-11.
22. Acosta Antonio B.; Arango, José; Villa D., Juvenal. El gaminismo como una realidad social. Medellín, 1980. Tesis de grado. Universidad San Buenaventura. Facultad de Sociología.
23. Rivas P., Alvaro. *El menor de la calle y la deserción escolar*. Universidad de Antioquia. Medellín 1986. 219 p.
24. Villeta, Rafael. Problemática de la niñez en la calle. Revista Javeriana: *El Pensamiento Cristiano en Diálogo con el Mundo*. 91 (455). Bogotá. 1979.
25. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Fondo Especial contra la Farmacodependencia. Secretaría Departamental de Educación y Cultura, Universidad San Buenaventura. Consumo de sicoactivos en estudiantes de secundaria. Antioquia 1986. Boletín Epidemiológico de Antioquia S.S.S.A. Año XIII (1) enero/marzo 1988. pp. 97-103.
26. Bergonzoli, Gustavo; Rico, Oscar; Ramírez, Abelardo; Paz, María I.; Ramírez, Jorge; Rivas, Juan C.; Salinas, Alirio; Rodríguez, Orlando; Salazar, Omar; Rincón, Norastra. Uso de drogas entre estudiantes de Cali, Colombia. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 106 (1). 1989. pp. 22-30.
27. Torres, Yolanda; Murelle, Lenn. Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia. Colombia. Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública. Medellín 1987. 215 p.
28. Kandel, Denise B.; Adler, Israel; Suit, Miryam, M. the epidemiology of adolescent drug use un France and Israel. *American Journal Public Health*. 71 (3). 1981 pp. 256-265.
29. Kandel, Denise B.; Logan, John A. Patterns of drug use from adolescent to young adulthood: I periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American journal public health* 74 (7). 1984. pp. 660-666.

30. Colombia, Ministerio de Salud. Morbilidad general: diagnósticos médicos y consumo de medicamentos. 1987. p. 50.
31. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Comportamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Antioquia 1977-1986. Boletín Epidemiológico de Antioquia. Abril/junio 1987. pp. 137-146.
32. Gutiérrez de P., Virginia; Ferry, Elvia; Vila, Patricia; Echeverry, Yolanda; Arias, Jairo. El gamín: análisis de datos secundarios. Primera edición, Bogotá Arco, 1978. 91 p.
33. Fernández, Jorge Iván; Echeverry, Nancy. Atención primaria de la salud ocular de la población menor de 15 años en el departamento de Antioquia 1987. Boletín Epidemiológico de Antioquia. Julio/septiembre 1987. pp. 171-185.
34. Restrepo, María T.; Alvarez, Marta C.; Quintero, Dolly; Londoño, Juan L. Evaluación del estado nutricional de los escolares en Medellín. 1982-1983. Universidad de Antioquia. Medellín. 1983.
35. Colombia, Ministerio de Salud Pública. Asociación de Facultades de Medicina. Morbilidad oral. Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Bogotá. 1971. 83 p.
36. Arango, Gonzalo; Toro, Gabriela; Rubio, César A., Bojanini, Jorge; Arias, Omar. Situación de salud oral de Medellín 20 años de prevención integral. Instituto Metropolitano de Salud. 1989.



**Es el Correo Extrarrápido
Internacional de Colombia!**

**Solicite este servicio en
las oficinas del Correo Aéreo.**