



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**E. U. de Enfermería y Fisioterapia**  
**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

## **El papel del profesional de Enfermería en el ámbito escolar**

**Estudiante: Rocío Velasco Vicente**

**Tutora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> María Dolores Calvo Sánchez**

**Salamanca, mayo de 2018**

**Agradecimientos:** A los centros educativos colaboradores. A Dña. Laura Goenaga por su colaboración en el apartado estadístico. A la Profª Dª María Dolores Calvo Sánchez por su apoyo, experiencia y compromiso con el trabajo

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	6
4. MATERIAL Y MÉTODO .....	6
5. RESULTADOS .....	8
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES-PROPUESTA .....	11
7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
8. ANEXOS.....	22

## **1. RESUMEN**

El concepto de Enfermería Escolar apareció en el siglo XIX y actualmente es una faceta de la Enfermería muy valorada en muchos países del mundo por sus labores de cuidado y educación sanitaria -para la salud- tanto para alumnos/as como para todos los miembros de la comunidad educativa. Sin embargo, en España no es común encontrar profesionales de Enfermería en los colegios e institutos a pesar de la evidencia de la poca efectividad de los programas para la salud llevados a cabo hasta ahora. Son muchas las labores que podría desarrollar la Enfermería en las aulas y fuera de ellas en colaboración con los servicios de Atención Primaria, que beneficiarían a toda la comunidad; tanto a los alumnos/as sanos o enfermos, los padres y madres y el personal docente y no docente de todos los centros escolares de nuestro país, creando un ambiente de seguridad y confianza para los escolares, sus tutores legales y docentes, evitando además el intrusismo profesional y las malas praxis, favoreciendo una calidad de atención tanto sanitaria como educativa para toda la comunidad educativa.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Las campañas de prevención y promoción de salud llevadas a cabo en España en los últimos años han demostrado ser ineficaces: el 44'5% de los ciudadanos no realiza ejercicio físico, el 50% tienen obesidad o sobrepeso, la edad de inicio del consumo habitual de drogas está en descenso, así como la edad de inicio de las relaciones sexuales y los embarazos no deseados en adolescentes. Por otra parte, España cuenta con el mayor índice de colesterol infantil en Europa y en los últimos años se han triplicado el número de casos de trastornos de la conducta alimenticia (TCA) (1). Todos estos datos muestran que es necesario un planteamiento diferente en la educación para la salud, que comience desde la edad escolar, ya que es en este periodo en el cual los niños y niñas desarrollan los conocimientos y habilidades necesarios para garantizar su bienestar en la edad adulta adquiriendo sus costumbres más básicas y por tanto, estimando que es en las aulas donde pasan gran parte de su infancia y adolescencia, estas son el sitio idóneo para su fomento. A través de las estrategias adecuadas, se conseguiría crear una verdadera cultura de la salud (2), de forma que cada persona fuera consciente de que la salud es responsabilidad de cada uno y que no es meramente ausencia de enfermedad, sino también un conjunto de

conductas, hábitos y entornos orientados a alcanzar y mantener un bienestar biológico, psicológico y social.

Según la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) el profesional de Enfermería Escolar se define como: “*el profesional al que, en el ámbito del centro educativo y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno de forma directa, integral o individualizada para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud*” (3). La asociación americana NASN (National Association of School Nurses) apunta además que la Enfermería Escolar es una especialidad enfermera que busca el bienestar, el éxito académico y una buena calidad y esperanza de vida para los alumnos/as, ya que es el puente que une los cuidados de salud y la educación (4).

El concepto de la Enfermería Escolar surge en Londres en el año 1891 durante el Congreso de Higiene y Demografía a raíz de los beneficios observados de las visitas periódicas de enfermeras a los colegios para comprobar la salud de los estudiantes. Esto dio lugar a la creación de The London School Nurses’ Society, con la que comenzó la labor de la enfermera/o escolar en los colegios de primaria en Inglaterra. Más tarde esta figura sería adoptada por otros países como Suecia y Escocia en 1907, Estados Unidos en 1999 con la NASN, Suecia, Francia, etc. En España aún no se ha establecido la figura de la enfermera/o escolar, sino que sus funciones se ven cubiertas por las enfermeras/os de Atención Primaria a través de programas de salud escolar, dando lugar a un debate en el que la mayor dificultad a la que se enfrenta es la crisis económica (5). A pesar de ello, la Enfermería Escolar está tomando fuerza en nuestro país a través de asociaciones como la AMECE (*Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos*) o propuestas en algunas comunidades autónomas de la implantación de esta figura en los centros educativos como la de Andalucía en junio de 2017 (6), aunque hemos de afirmar que ya existe en la mayoría de centros de educación especial.

En el año 1994, se publicó en España la primera norma sobre el tema en estudio, la Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar de la Generalitat Valenciana (7), que define que la prevención y la promoción de salud debían llevarse a cabo desde los centros de Atención Primaria, por lo que las campañas de Educación para la Salud, serían competencia de la Consejería de Sanidad. Por otra parte, sería labor de

la Consejería de Educación *garantizar los medios necesarios* para que el profesorado estuviese formado en la Educación para la Salud para *integrarla de forma transversal* en los currículos. A tenor de las normativas vigentes de ámbito estatal de educación como la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (8), la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre de Calidad de la Educación (9) o la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (10), los *profesionales de la salud deben formar a los docentes de los centros educativos en materia de salud*. El gran problema detectado a la hora de incluir la Educación para la Salud en los temarios, es la gran cantidad de contenido que tiene que impartirse en cada asignatura, que no deja espacio para una correcta labor de enseñanza en la promoción y prevención de salud, dejándola en manos de la iniciativa y la motivación de cada profesional docente. Esto se traduce en que la Educación para la Salud, se imparte muchas veces a través de programas promovidos por distintas asociaciones o instituciones del Estado *ajenas* a la educación y al centro, limitados a sesiones de una hora de duración durante uno o dos días, insuficientes a todas luces para llevar a cabo la magna tarea de promoción y prevención de salud con los escolares. Como ejemplo, en Educación Primaria, según el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de Educación Primaria (11), no son obligatorias sesiones informativas sobre primeros auxilios o promoción y prevención de salud. Estos temas aparecen dentro de un bloque de contenidos en las asignaturas de Ciencias de la Naturaleza y Educación Física. También explica que la promoción de la actividad física diaria y una dieta saludable corresponden a los docentes especializados en educación física. Sin embargo, según los datos, este planteamiento sobre la enseñanza de estas habilidades, no garantiza que los alumnos/as lo aprendan.

A mayor abundamiento de la insuficiente Educación para la Salud, se plantean otros problemas en el día a día del ámbito escolar, como son los pequeños accidentes que pueden suceder durante el transcurso de la jornada escolar, la presencia de escolares con enfermedades crónicas o de salud mental en las aulas, el absentismo escolar por enfermedad... todo ello suele ser solventado por el personal docente y no docente del centro, que evidentemente no tiene la formación, ni la capacitación para hacerlo de forma profesionalmente correcta, asumiendo competencias impropias y consecuentemente responsabilidades de los resultados. Cada vez es más común que los docentes se nieguen a administrar medicamentos prescritos a sus alumnos/as,

obligando a sus tutores legales a ir al centro a administrárselos, haciéndoles faltar a su trabajo e incrementando la dificultad de conciliación en la familia; o que estos docentes no se vean capacitados para atender a escolares con enfermedades crónicas especialmente en salidas educativas fuera del centro, por lo que estos niños/as en ocasiones no pueden asistir a la actividad o lo hacen con terceras personas encargadas especialmente (familia o un profesional contratado) con el agravio y discriminación que conlleva.

A partir de estas observaciones detectadas, la cuestión que se nos plantea es el estudio sobre la necesidad de la presencia de un profesional de Enfermería en los centros educativos españoles, sus posibles funciones y qué beneficios traería a la comunidad educativa.

### **3. OBJETIVOS**

- Conocer la situación actual de los centros educativos en materia de atención y educación sanitaria.
- Conocer la percepción de los profesionales docentes en materia de atención y educación sanitaria.
- Valorar la efectividad de los programas de atención y educación sanitaria llevados a cabo en los centros escolares actualmente.
- Realizar una propuesta de las funciones de un profesional de Enfermería Escolar.

### **4. MATERIAL Y MÉTODO**

Con el fin de responder a las cuestiones que se han planteado, el trabajo *descriptivo* que se presenta, ha sido diseñado en dos partes complementarias: un estudio doctrinal sobre la materia y un trabajo estadístico, con análisis objetivos sobre los resultados obtenidos. Se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica con el fin de encontrar propuestas sobre la implantación de la figura del profesional de Enfermería Escolar por parte de diversas asociaciones y autores, la situación actual de estos profesionales en España, propuestas educativas eficientes para llevar a cabo en sesiones de educación para la salud orientadas a cada edad y etapa escolar para así encontrar una solución real y viable a los problemas de salud de la comunidad

educativa a través de la presencia de profesionales sanitarios enfermeros en las aulas, todo ello dentro del marco legal de nuestro país.

Bases de datos utilizadas: Pubmed; Google académico; Journal of School Nursing; Aranzadi digital.

La población diana del estudio fueron profesionales docentes de distintos centros educativos de la provincia de Salamanca. El muestreo se realizó de forma *estratificada*: se seleccionaron centros con distintas características. Los centros seleccionados fueron un colegio de educación primaria e infantil urbano, un instituto de educación secundaria y bachillerato urbano, un colegio de educación primaria e infantil rural, un instituto de educación secundaria y bachillerato rural y un centro concertado de educación primaria, infantil, secundaria y bachillerato. En cada colegio de primaria e infantil se repartieron diez cuestionarios, al igual que en los de secundaria y bachillerato; y en el centro concertado, veinte cuestionarios, haciendo un total de 60 cuestionarios (Imagen 1). En cada uno de ellos se seleccionó a los docentes de forma aleatoria. A los profesionales elegidos se les entregó un cuestionario (Anexo 1) con una escala de Likert para conocer la percepción de sus competencias y habilidades en cuanto a: atención sanitaria y promoción de salud con los alumnos/as, eficacia de los programas de promoción de salud actuales abocando en obtener respuesta sobre la necesidad percibida de un profesional de Enfermería en el centro.

Para facilitar el análisis y la interpretación de la información recogida con el cuestionario, de nueve ítems, se ha realizado un Análisis Factorial. El objetivo es reducir la dimensionalidad y encontrar un menor número de variables latentes, resultado de una combinación lineal de las variables originales, que estén incorreladas entre sí y permitan una interpretación más sencilla de la información sin perder una gran cantidad de la variabilidad recogida.

La peculiaridad de esta técnica multivariante en relación con otras técnicas, como es el análisis de componentes principales, es que las variables latentes (o componentes) extraídas tienen carácter de factor o dimensión, es decir, son interpretables en sí mismas y susceptibles de ser consideradas indicadores con significado en la realidad. De esta forma, el investigador puede dar un sentido a esas dimensiones latentes en relación con las preguntas originales del cuestionario.

De esta forma, lo interesante es que cada ítem cargue de manera casi exclusiva en un solo factor, de tal forma que cada dimensión esté compuesta por una

combinación lineal de variables identificables que permitan la interpretación de las mismas en términos de significado. Por tanto, los factores se convierten en indicadores dentro del cuestionario, compuestos por determinadas preguntas. Esto es muy útil para el investigador, ya que permite una interpretación más simple del cuestionario, construir gráficos, y también brinda la capacidad de medir dimensiones abstractas, o que están conformadas por varias posibles preguntas.

Resumidamente, para realizar el Análisis Factorial se somete a la matriz de datos cuantitativa (escala Likert, en este caso) a una técnica de reducción de la dimensionalidad, como puede ser el análisis de componentes principales y después, si es necesario, se le aplica una rotación adecuada para aumentar los factores de carga de cada variable a un solo factor latente y disminuirlo en los demás, manteniendo siempre la ortogonalidad de las componentes extraídas (“perpendicularidad” en el espacio euclídeo, o independencia lineal).

Para un análisis más exhaustivo, se ha realizado un gráfico biplot de Análisis Multivariante de la Varianza, o MANOVA Biplot mediante el programa MultBiplot, desarrollado por el departamento de bioestadística de la Universidad de Salamanca.

## **5. RESULTADOS**

Al realizar el análisis factorial de componentes principales, se extrajo la comunabilidad ( $h^2$ ) (Tabla 1). A partir de la varianza total explicada se terminaron seleccionando tres dimensiones, ya que estas representaban el 65% de varianza total acumulada, y la consideramos una representación suficiente de los datos y que nos permite trabajar de forma más práctica al tratarse de 3 dimensiones, además de la forma en que se agrupan las variables de esta manera. (Tabla 2) (Gráfico 1). La dimensión 1 representaría las variables P1, P2, P3, P4, P5 y P6, que formarían un grupo que hace referencia a la percepción de competencias y habilidades que tienen los profesionales docentes en cuanto a habilidades de atención sanitaria y Educación para la Salud. La dimensión 2 representaría las variables P7 y P8, que se refieren al grado de satisfacción de los profesionales docentes en cuanto a los servicios de Atención Primaria durante el horario escolar y la calidad de los programas de Educación para la Salud que se llevan a cabo en los centros. Por último la dimensión 3 representaría P9; es decir, la necesidad percibida de un profesional de Enfermería Escolar en los centros educativos (Tabla 3).

Para evaluar si el modelo factorial en su conjunto es significativo, y al tratarse de una muestra pequeña, realizamos el test KMO para medir la adecuación de la misma para este estudio y para saber si las variables comparten factores comunes. El valor del test KMO es mayor que 0.7 por lo que la relación entre las variables es buena. Por otro lado, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett para conocer si los resultados se adecúan a la realidad. En la prueba de esfericidad de Bartlett encontramos una significación de 0.000 por lo que podemos aplicar el análisis factorial con el que contamos. (Tabla 4).

Para estudiar la existencia de una relación entre los grupos y la valoración que dan a cada ítem, utilizaremos los gráficos MANOVA biplot.

En cuanto a la existencia de una relación entre los centros o las etapas escolares, a través del MANOVA observamos que en cuanto a los centros existen diferencias considerables (Gráfico 2) y en cuanto a las etapas educativas, las diferencias son más pequeñas y la mayor diferencia que existe es la que hay entre los docentes de Bachillerato y los de Educación Primaria (Gráfico 3).

Al interpretar el gráfico que representa a los centros (Gráfico 2) podemos observar que respecto a las variables P1, P2 y P3, que representan las capacidades percibidas para llevar a cabo actividades relacionadas con la salud de los escolares, los docentes del centro concertado dan puntuaciones más altas, frente a los del centro público urbano, que dan puntuaciones muy bajas. En cuanto a P4, P5 y P6, que hacen referencia a las competencias del personal docente, los del centro concertado son los que dan puntuaciones más altas; los del centro público urbano no creen que ninguna de las actividades propuestas sean de su competencia y los del centro público rural dan mejor puntuación en cuanto a competencias de Educación para la Salud. Respecto a P7, que hace referencia a la satisfacción de los servicios de Atención Primaria, los docentes de los centros concertados son los que están más satisfechos; y en P8, los docentes del centro concertado y del rural dan mejor puntuación a las sesiones de Educación para la Salud que se imparten en sus centros. Viendo la representación de P9 en el gráfico, la analizaremos más adelante de forma independiente, ya que su dirección es opuesta a la del resto de variables y su representación es muy pequeña.

En definitiva, los docentes del centro público urbano tienen una menor percepción de sus capacidades para atender a los alumnos y educarlos en salud y no consideran que estas actividades formen parte de sus competencias como docentes.

Además están más descontentos con los servicios de Atención Primaria durante el horario escolar y con las sesiones de Educación para la Salud impartidas en su centro.

En el gráfico de las etapas escolares (Gráfico 3), observamos que para las variables que representan las capacidades percibidas para las actividades sanitarias con los escolares (P1, P2 y P3), los docentes de las etapas más bajas (Educación Infantil y Primaria), dan mayor puntuación. Para las competencias en atención sanitaria ocurre lo mismo: los docentes de Educación Infantil y Primaria consideran que es su labor prestar atención sanitaria a sus alumnos y alumnas. En cuanto a las competencias en Educación para la Salud y la atención a escolares con enfermedades crónicas, la jerarquía cambia ligeramente y son los docentes de Educación Primaria los que puntúan más alto que los de Educación Infantil, aunque aún se mantiene el predominio de las etapas escolares más bajas. Para P7, los docentes de las dos etapas más tempranas son los que están más satisfechos con los servicios de Atención Primaria durante el horario escolar y los docentes de Educación Primaria son los que mejor valoran las sesiones de Educación para la Salud del centro.

De este modo, obtenemos como resultado que a medida que aumenta la edad de los escolares, menor puntuación dan los docentes a las variables.

Como hemos explicado anteriormente, debido a la representación de P9 en el gráfico, conviene estudiarla de forma independiente. P9 hace referencia a la consideración de los docentes de la necesidad de implantar la figura del profesional de Enfermería Escolar en su centro. Al analizarla de forma general (Tabla 5) observamos una media de 4'42 sobre 5, lo cual se aproxima en gran medida a la máxima puntuación. Además aparece una desviación típica de 0,766, lo que significa que hay muy poca diferencia entre las puntuaciones que han dado los docentes y que por tanto sus respuestas son similares entre sí.

En cuanto al análisis de la varianza para P9, primero analizamos si existen diferencias respecto a los centros. La prueba de Levene (Tabla 6) da un valor de 0'0306, el cual es mayor de 0'05 por lo que no hay diferencia de varianzas y podemos analizar la tabla del ANOVA (Tabla 7), que tiene una significación de 0'252, mayor de 0'05, por lo que no existen diferencias entre los centros educativos.

Lo mismo ocurre con las etapas educativas: la prueba de Levene nos da un valor de 0'694 (Tabla 6), que es superior a 0'05, por lo que no hay diferencia de varianzas y podremos consultar la tabla del ANOVA (Tabla 7), que muestra una significación

de más de 0'05, lo cual significa que tampoco hay diferencias entre los grupos de etapas educativas.

Por lo tanto, los docentes consideran conveniente de forma generalizada la presencia de un profesional de Enfermería Escolar en sus centros educativos.

## **6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES-PROPUESTA**

### **6.1 DISCUSIÓN**

Las bajas puntuaciones que dan los profesionales del centro público urbano a los distintos ítems del cuestionario pueden justificarse con el elevado número de alumnos/as y la carga de trabajo que hay en este tipo de centros frente a los centros públicos rurales. Un menor número de alumnos/as facilita la atención individualizada y la organización de las actividades llevadas a cabo en la jornada escolar así como la relación entre los miembros de la comunidad educativa. Asimismo, la dirección de un centro concertado cuenta con más recursos e independencia a la hora de gestionar actividades formativas tanto para el personal docente como para los alumnos/as y sus familias, lo cual facilita la atención en el centro por parte del personal docente y no docente y la formación en salud de los escolares.

Los resultados en cuanto a las distintas etapas escolares pueden deberse a que en las etapas de Educación Infantil y Primaria los escolares son más dependientes y los docentes perciben una mayor responsabilidad hacia sus alumnos y además pasan más tiempo con ellos, ya que en estas etapas educativas los tutores de cada clase pasan la mayor parte de la jornada escolar con sus alumnos. La Educación para la Salud toma un papel más importante en Educación Primaria porque es la edad en la que los alumnos/as pueden afianzar sus conocimientos, mientras que en Educación Infantil, la Educación para la Salud se orienta más hacia la adquisición de hábitos de salud y la educación en casa. Es posible que la valoración de los servicios de Atención Primaria durante el horario escolar sea más alta en las etapas con escolares de menor edad, porque estos son más propensos a sufrir accidentes y enfermar por factores tanto conductuales (mayor actividad, juegos con más movimiento) como fisiológicos (maduración del sistema inmunológico) (12).

Dado que las etapas de Educación Primaria e Infantil toman puntuaciones más altas en los ítems del cuestionario, debemos preguntarnos por qué a alumnos y

alumnas de mayor edad no se les presta tanta atención. Es cierto que al ser adolescentes son más independientes, pero no por ello debemos descuidar su salud. A medida que avanza la edad, las puntuaciones acerca de la efectividad de las campañas de promoción de salud son menores, lo que debe hacernos plantearnos dónde está el error. Puede deberse tanto a un número insuficiente de sesiones como a la calidad de las mismas. Dado que los currículos difícilmente pueden ajustarse a las horas del curso escolar, una mejor calidad de las intervenciones de Educación para la Salud parece ser la mejor solución a este problema. La edad adolescente es una edad de cambio y de adquisición de independencia, y en la que los escolares afianzan sus hábitos y pueden iniciar otros nuevos, algunos nocivos para su salud. Una actividad de promoción de salud para adolescentes debe adecuarse a su edad y a su forma de pensar, debe poner como protagonista al adolescente, y no solo explicarle el contenido, sino conseguir que esté de acuerdo con él para que entienda que su salud le interesa y que cada individuo es íntegramente responsable de la suya. Esto puede conseguirse a través de propuestas como la educación mediante la acción, que será explicada más adelante.

Tras la interpretación de los resultados del estudio estadístico, es evidente que la presencia de un profesional de Enfermería Escolar en los centros educativos facilitaría el desarrollo de las funciones de los docentes, la atención sanitaria a los alumnos/as que la precisen durante la jornada escolar y la prevención y promoción de salud llevada a cabo en las aulas.

Por todo lo expuesto, para plantearnos la implantación de esta figura, algo esencial es definir las posibles funciones propias de la labor enfermera que podrían llevarse a cabo con alumnos/as, personal docente y no docente y familias que conforman la comunidad educativa. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (13) dice en su artículo 4.4 que *“Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades”*. Esto refuerza la idea de que no es obligación de los profesionales docentes realizar labores de mantenimiento, promoción y prevención de salud, como no lo es de voluntarios o de instituciones que intentan solventar la falta de este tipo

de servicios por parte de los centros de Atención Primaria, sino que estas actuaciones corresponden a los profesionales sanitarios. Asimismo a tenor del artículo 7.2.c) de esta misma ley, “*corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*” podemos afirmar que un profesional de Enfermería es el sanitario más adecuado para realizar esta labor de prevención, promoción, atención y seguimiento de la salud de los escolares en los centros educativos. A todo esto se puede sumar la repercusión ética-socio-sanitaria que tiene este servicio para con la comunidad y los individuos que la forman, ya que una buena educación sanitaria desde edades tempranas condiciona la salud de la comunidad en el futuro y por tanto, mejora la calidad de vida de todos los que la forman.

Atendiendo al artículo 4.3 de la LOPS, “*Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias*”, estas funciones no tienen por qué ser desarrolladas de forma única ni individual, sino que un mismo profesional de la salud puede llevarlas a cabo simultáneamente. En el caso de la Enfermería Escolar, convenimos que el profesional podrá desarrollarse en todas estas áreas realizando diferentes funciones.

**a) Función asistencial:** El profesional de Enfermería Escolar será responsable de proteger y mantener la salud de toda la comunidad educativa a través de un espacio de consulta al que podrán asistir todos aquellos que la conforman, en el que se creará una historia de Enfermería de cada uno de ellos (5) y desarrollará planes de cuidados individualizados para aquellas personas que lo precisen (14).

Identificará y valorará las necesidades de salud y los principales problemas del ámbito de la salud de los escolares, colaborando con el resto del personal del centro y a partir de estas valoraciones desarrollará distintos planes de atención, atendiendo a los problemas más comunes en la etapa escolar y la adolescencia, que pueden ser problemas emocionales o psicológicos, hábitos de alimentación, de higiene, de ejercicio físico, sexualidad y afectividad, etc.

El profesional de Enfermería Escolar actuará en situaciones de emergencia o incidencias que tengan lugar durante la jornada escolar.

Administrará tratamientos prescritos por facultativos, previa autorización escrita (5) y podrá monitorizar los efectos adversos que se manifiesten durante el horario

escolar (14). También podrá administrar las vacunas que correspondan a cada niño o niña según el calendario de vacunación vigente, evitando así que falte a clase.

Llevará el control y seguimiento de los enfermos/as crónicos e incluso podrá acompañarlos en las salidas educativas de larga duración en caso de ser necesario, reduciendo la discriminación hacia el alumno o alumna o el absentismo laboral por parte de sus tutores legales por tener que acompañarlos, creando además un ambiente de seguridad y confianza para el escolar, el personal docente y los tutores legales en este tipo de actividades.

Podrá supervisar que el comedor proporcione una dieta equilibrada, colaborando en la elaboración del menú y podrá adaptarlo a los alumnos con necesidades nutricionales especiales (5).

El profesional de Enfermería Escolar tendrá la capacidad y el criterio de derivar a los escolares a un centro sanitario, ya sea de Atención Primaria o Especializada cuando lo requieran. (5) De esta forma se asegurará un uso correcto de los recursos sanitarios.

Detectará y actuará ante la sospecha de casos de abuso o maltrato infantil, acoso escolar o de cualquier tipo de violencia ya tengan lugar dentro o fuera del centro, como en el ámbito familiar o a través de las redes sociales, siguiendo los protocolos de actuación pertinentes.

Velará por que la hospitalización de los niños o niñas o el hecho de que estén pasando por un proceso patológico prolongado tengan la menor repercusión posible en su escolarización y aprendizaje. A través de cuidados de enfermería en el propio centro se evitará el absentismo escolar, ya que su adaptación a la escuela será más temprana, recibiendo los cuidados pertinentes en el propio centro. El profesional de enfermería planificará los cuidados al alta hospitalaria en el centro, colaborando con la familia y registrará y garantizará la continuidad de estos cuidados. (14)

**b) Función docente:** La función docente estará orientada a toda la comunidad educativa: niños/as, padres, madres, personal docente y no docente del centro.

La forma en la que se lleva a cabo la educación sanitaria es primordial a la hora de garantizar que las personas a las que va dirigida realmente interioricen los contenidos. No se trata de ejercer enseñanza, sino de garantizar el aprendizaje. Para que una persona aprenda e interiorice algo, debe sentir que ese aprendizaje es responsabilidad suya. En la etapa escolar y adolescente, los jóvenes se sienten los

protagonistas de su propia vida y por tanto, deben ser los protagonistas de su aprendizaje para adquirir un compromiso con lo que se les está transmitiendo y por tanto, interiorizarlo y tomar una conciencia real de ello. Esto puede conseguirse con propuestas como la educación activa, desarrollada por John Dewey, que se ha venido aplicando desde hace tiempo en la formación no formal (asociaciones de ocio y tiempo libre, talleres educativos...) y comienza a ser una realidad en la formación formal gracias a la implantación de los programas de educación por proyectos, especialmente en las edades más pequeñas. Según esta teoría, el aprendizaje tiene como fundamento la experiencia del escolar a través de la interacción entre sus conocimientos de base y sus intereses y de esta forma, la enseñanza solamente tendrá sentido cuando enriquezca la vida de la persona que la ha recibido (15). La mayoría de las sesiones de promoción de salud, especialmente las dirigidas a escolares más mayores y adolescentes, dejan de lado esta teoría y se limitan a proporcionar información sin hacer que los receptores tomen conciencia de que tienen un compromiso y una responsabilidad hacia su propia salud. Lo mismo ocurre al transmitir este tipo de información en las asignaturas como Ciencias Naturales: se imparten basándose en transmitir teoría y explicarlo desde un punto de vista biomédico en vez de enfocarlo en el modelo biopsicosocial, el cual se centra en la persona como algo que aparte de ser un ser vivo, también se relaciona con el mundo, los demás y consigo mismo. El modelo biomédico no puede plantear un correcto modelo de Educación para la Salud porque no es capaz de reconocer ni permitir expresión de las necesidades de una persona en su contexto personal, social y relacional (16).

Por todo esto, un profesional de Enfermería Escolar que tuviere un contacto frecuente con los miembros de la comunidad educativa y hubiere creado una relación de confianza con estos, sería capaz de percibir los intereses y las necesidades más urgentes de cada miembro o del conjunto y diseñar adecuadamente una o varias sesiones orientadas a una educación para la salud completa y que se adecúe a la edad y a la etapa vital de los individuos, además de mejorar la actitud receptiva de las personas a las que se dirige gracias a su relación cercana con ellas, consiguiendo una comunicación mucho más efectiva que la que se consigue con las sesiones de educación sanitaria que actualmente se llevan a cabo. Es posible que en un centro sea necesario que ciertos tipos de sesiones como las de hábitos tóxicos o sexualidad y afectividad tengan que llevarse a cabo antes que en otros o viceversa, según el nivel

sociocultural de la comunidad educativa y para ello es importante conocer la situación de cada centro o área (17). A la hora de diseñarse las sesiones de educación para la salud, deben seleccionarse las fórmulas pedagógicas adaptadas a cada caso concreto. La educación para la salud debe llevarse a cabo de forma continua (14), y no de forma puntual o una vez al año, como ocurre con los programas que se encuentran en marcha actualmente.

Las sesiones que consideramos que deben impartirse a lo largo de la trayectoria académica de los escolares o adolescentes adaptadas a su etapa vital, y diseñadas de forma individualizada respecto a la comunidad educativa son:

- Ejercicio y dieta saludable
- Higiene (especialmente bucodental)
- Primeros Auxilios
- Sexualidad y afectividad
- Trastornos alimenticios
- Salud mental: afrontamiento del estrés, resolución de problemas, resiliencia
- Consumo de drogas, alcohol y hábitos tóxicos
- Acoso escolar
- Violencia de género
- Integración, inclusión y diversidad

No obstante si el profesional de Enfermería Escolar observase la necesidad de plantear otros temas según sus observaciones dentro de la comunidad educativa, podría impartir esas sesiones. Para completar los programas, el profesional de Enfermería Escolar podrá diseñar folletos o protocolos para facilitar el aprendizaje.

Estos programas no tienen por qué llevarse a cabo exclusivamente en el centro escolar, sino que el profesional de Enfermería Escolar podría colaborar con los centros de Atención Primaria (14) para programar este tipo de sesiones, aportando una visión cercana sobre las necesidades de la comunidad educativa y así enfocarlas de forma que sea más enriquecedora y beneficiosa para los usuarios.

Además de sesiones de promoción de salud a nivel colectivo, el profesional de Enfermería Escolar también podrá educar en salud a alumnos con enfermedades crónicas, fomentar su autocuidado y enseñarles a tener una conciencia real de salud.

También es importante formar a los padres y madres en los problemas que se dan con más frecuencia en el centro como son la transmisión de enfermedades o los accidentes, a manejar las enfermedades o problemas más comunes en la edad escolar y cómo prevenirlos y tratarlos. También se les podrá enseñar cómo fomentar los hábitos saludables que sus hijos e hijas hayan aprendido en el centro desde el hogar, para que el aprendizaje sea completo y la salud se convierta en un hábito de vida para todo el núcleo familiar.

Respecto al personal docente y no docente de los centros, podrán trabajarse tanto los hábitos saludables como las líneas de actuación ante accidentes, prevención de riesgos, detección de problemas de salud en las aulas, etc. (5)

En cuanto a la enseñanza universitaria tanto de grado como de posgrado, el profesional de Enfermería Escolar podría aceptar alumnos-as que estén realizando prácticas clínicas, impartir seminarios o clases en la universidad (algunas universidades incluyen en sus programas la asignatura de Salud Escolar o Enfermería Escolar). Asimismo podrá acoger residentes que estén obteniendo las especialidades EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica o Enfermería del Trabajo. (14)

**c) Función de gestión clínica:** El profesional de Enfermería Escolar deberá planificar su labor en coordinación con el equipo del centro, especialmente su función docente, para que se incluya en el PEC (Proyecto Educativo del Centro). (5)

Participará en las tutorías (reuniones trimestrales del tutor con los padres o madres de los escolares) siempre que se considere necesario (14).

Será el primer referente de salud de los miembros de la comunidad educativa, constituyendo un nexo con otros servicios de salud como Atención Primaria, Atención Especializada o Salud Mental. De esta forma se facilitaría la detección precoz de problemas de salud y el buen uso de los recursos sanitarios.

En cuanto al manejo de datos y de información, el profesional de Enfermería Escolar será el encargado de gestionarlos y de registrar todas las acciones que se

lleven a cabo durante la atención de enfermería en el centro, respetando siempre el derecho a la intimidad y el secreto profesional.

El profesional de Enfermería Escolar supervisará el abastecimiento y el uso de los recursos sanitarios con los que cuenta en la unidad de Enfermería Escolar (5).

Finalmente garantizará una práctica enfermera segura (14) y de calidad hacia toda la comunidad educativa evaluando el cumplimiento de los objetivos y midiendo la satisfacción de los usuarios de la comunidad educativa.

**d) Función investigadora:** Para garantizar la máxima calidad de los cuidados de Enfermería Escolar, los profesionales de Enfermería deberán desarrollar estudios científicos basados en la evidencia sobre los conocimientos y hábitos de los escolares y favorecer una mejora continua de los cuidados en este campo. Podrá colaborar con otros grupos de investigación en Enfermería Escolar para buscar las mejores evidencias y difundir y compartir los resultados de sus estudios, experiencias y recursos educativos. (5)

## 6.2 CONCLUSIONES

- El trabajo de campo realizado nos indica que a medida que avanza la edad de los escolares, el personal docente percibe una menor capacidad y obligación de realizar labores de atención sanitaria y promoción de salud con sus alumnos/as y que el personal docente de los centros públicos urbanos son los que menor percepción tienen en estas acciones, independientemente de la etapa educativa.
- La atención sanitaria y la educación para la salud que recibe la comunidad educativa resultan insuficientes a través de los medios con los que se cuenta actualmente, principalmente por no tener profesionales cualificados especialmente para ello.
- Las estrategias de promoción de salud en el medio escolar deberían adaptarse a las necesidades de cada comunidad educativa y a la etapa escolar de los alumnos/as del centro, llevándose a cabo de una forma profesional, dinámica y participativa, centrada en el aprendizaje.
- Un profesional de Enfermería Escolar puede llevar a cabo de forma independiente un gran número de intervenciones orientadas a la

promoción, seguimiento y educación de salud de la comunidad educativa. Sus intervenciones facilitarían: la integración de los escolares con enfermedades crónicas; la vuelta a la rutina de los alumnos/as que han sido hospitalizados recientemente, el seguimiento de crónicos y, en definitiva, la seguridad para todos los miembros de la comunidad educativa garantizando su salud a largo plazo.

### **6.3 PROPUESTA**

La inclusión de un profesional de Enfermería Escolar en los centros escolares puede plantearse de numerosas formas. Para empezar debería estudiarse si es necesario que haya un profesional por centro educativo, por área de salud, por localidad, etc. y compatibilizarlo con la situación económica y social, intentando que la comunidad se beneficie al máximo dentro de las posibilidades. Asimismo, a la hora de incluir la Enfermería Escolar en alguna de las especialidades de enfermería existentes, existe un debate sobre si debería formar parte de la Enfermería Pediátrica o de la Enfermería Familiar y Comunitaria, ya que, a pesar de trabajar la mayor parte del tiempo con niños y niñas, las intervenciones incluyen también una relación con la familia, el personal docente y no docente de la comunidad educativa y la mayor parte de las intervenciones propuestas consisten en un seguimiento continuo de los miembros de la comunidad educativa, así como intervenciones orientadas a la promoción de salud para todos sus miembros. Una solución a esta cuestión es bastante ambiciosa: incluir la Enfermería Escolar como una especialidad independiente, como lo es en otros países donde esta figura tiene una gran repercusión social. A pesar de estas dificultades, resulta evidente que la presencia de un profesional de Enfermería Escolar en las aulas, mejoraría notablemente la salud de todos los miembros de la comunidad educativa, evitando problemas de salud a largo plazo gracias a una eficiente promoción de la salud desde las etapas más tempranas de la vida, en un ámbito de aprendizaje y convivenci

## 7 BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández, F. Rebolledo M. Velandia L. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas?. Hacia la Promoción de la Salud. 2006; 11:21-28.
2. Gallego de Prado, GP. Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de salud y prevención de la enfermedad. Aquichan [Internet]. 2003 [27-1-2018]; 3:42-47. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/36/69>
3. Sin referencia de autor. Perfil de la enfermera escolar elaborado por la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; [Internet] 2010 [Citado 22 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
4. Silver, MD The role of the 21st century School Nurse (Position Statement) [Internet]. 2016 [Citado 22 Abr. 2018] Disponible en: <https://www.nasn.org/advocacy/professional-practice-documents/position-statements/ps-role>
5. Encinar, C. Enfermería escolar. La situación hoy en día. Rev. enferm. CyL. 2015; 7(1): 56-61.
6. Redacción Médica [Internet] Madrid. Sanitara 2000; [29 Jun 2017; citado 22 Abr. 2018] Disponible en : <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/andalucia/aprobada-la-integracion-de-la-enfermeria-en-los-centros-escolares-3562>
7. Ley 1/1994, de 28 de marzo, de la Generalitat Valenciana de Salud Escolar, BOE, núm. 107, de 5 de mayo.
8. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), BOE, núm. 238, de 4 de octubre.
9. Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre de Calidad de la Educación (LOCE), BOE, núm.307, de 24 de diciembre.
10. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), BOE, núm. 295, de 10 de diciembre
11. Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria, BOE núm. 52, de 1 de marzo.
12. Díaz, J. A. Vall, O. Ruiz. M.A. Informe Técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España [Internet] 2005 [Citado el 22 Abr. 2018]

Disponible en:  
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/InformeTecnico.pdf>

13. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, (LOPS), BOE, núm. 280, de 22 de noviembre
14. López, N, González, NI, López, I. Competencias profesionales de la enfermería escolar. AMECE [Internet]. 2015 [28-1-2018]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/2a572c87-f198-4fbf-b327-1d8d4aece026/5C1B7237-DD0C-4891-8066-60BD01570087/ec90aaac-9ca8-4712-9e81-df61619f3e43/ec90aaac-9ca8-4712-9e81-df61619f3e43.pdf>
15. Zuluaga, OL, Molina, A, Velasquez, L, Osorio DB. La pedagogía de John Dewey. Educación y Pedagogía. 1994; 10: 20-30
16. Borrell, F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) 2002; 119(5): 175-179
17. Arancón, C. Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria. Rev. ROL Enf. 2010; 33(1): 28-29

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: Cuestionario del estudio



Esta encuesta es confidencial y tiene carácter voluntario. Si consiente contestar, está usted participando en el trabajo de investigación para la realización de un Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Salamanca, Investigadora: rociovelasco96@usal.es)

Tipo de centro en el que trabaja:

- Público urbano
- Público rural
- Concertado

Etapa en la que imparte clases:

- Educación Infantil
- Educación Primaria
- Educación Secundaria Obligatoria
- Bachillerato

A continuación, valore las siguientes afirmaciones del 1 (nada de acuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5
1. Estoy capacitado/a para ofrecer asistencia sanitaria a los/las alumnos/as del centro.					
2. Estoy capacitado/a para realizar labores de educación sanitaria y promoción de salud con los/las alumnos/as del centro.					
3. Estoy capacitado/a para ofrecer asistencia a alumnos/as con enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia...).					
4. Entra dentro de mis competencias ofrecer asistencia sanitaria a los/las alumnos/as del centro.					
5. Entra dentro de mis competencias realizar labores de educación sanitaria y promoción de salud con los/las alumnos/as del centro.					
6. Entra dentro de mis competencias ofrecer asistencia sanitaria a alumnos/as con enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia...).					
7. Cree que los servicios de atención primaria suplen las necesidades sanitarias de alumnos/as, padres/madres y personal docente y no docente de la comunidad educativa, dentro del horario escolar.					
8. Las campañas de promoción de salud realizadas en el centro suplen las necesidades de alumnos/as, padres/madres y personal docente y no docente de la comunidad educativa.					
9. Cree conveniente la presencia de un profesional de enfermería en el centro.					

Muchas gracias por su colaboración

## **IMÁGENES**



**Imagen 1.** Distribución de los cuestionarios en los distintos tipos de centros educativos seleccionados para el estudio

## **TABLAS**

### **Comunalidades**

	Inicial	Extracción
P1	1,000	,783
P2	1,000	,773
P3	1,000	,583
P4	1,000	,624
P5	1,000	,432
P6	1,000	,621
P7	1,000	,518
P8	1,000	,644
P9	1,000	,927

**Tabla 1.** Comunalidades

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,435	38,169	38,169	2,669	29,655	29,655
2	1,426	15,841	54,010	2,170	24,115	53,771
3	1,043	11,594	65,604	1,065	11,833	65,604
4	,853	9,477	75,080			
5	,717	7,964	83,045			
6	,563	6,258	89,303			
7	,450	5,000	94,303			
8	,286	3,178	97,481			
9	,227	2,519	100,000			

**Tabla 2.** Selección del número de componentes según la representación de la varianza

		1	2	3
Estoy capacitado/a para ofrecer asistencia sanitaria a los/las alumnos/as del centro.	P1	,730	-,431	,252
Estoy capacitado/a para ofrecer asistencia a alumnos/as con enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia...).	P2	,760	-,441	-,017
Estoy capacitado/a para ofrecer asistencia a alumnos/as con enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia...).	P3	,759	,068	-,038
Entra dentro de mis competencias ofrecer asistencia sanitaria a los/las alumnos/as del centro.	P4	,778	,038	,131
Entra dentro de mis competencias realizar labores de educación sanitaria y promoción de salud con los/las alumnos/as del centro.	P5	,527	-,392	-,013
Entra dentro de mis competencias ofrecer asistencia sanitaria a alumnos/as con enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia...).	P6	,647	,448	-,038
Cree que los servicios de atención primaria suplen las necesidades sanitarias de alumnos/as, padres/madres y personal docente y no docente de la comunidad educativa, dentro del horario escolar.	P7	,495	,446	-,271
Las campañas de promoción de salud realizadas en el centro suplen las necesidades de alumnos/as, padres/madres y personal docente y no docente de la comunidad educativa.	P8	,428	,673	,091
Cree conveniente la presencia de un profesional de enfermería en el centro.	P9	-,126	,182	,937

**Tabla 3.** Variables explicadas por cada dimensión

**KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,727
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	163,801
	Gl	36
	Sig.	,000

**Tabla 4.** Pruebas KMO y de esfericidad de Bartlett

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P9	60	2	5	4,42	,766
N válido (según lista)	60				

**Tabla 5.** Cálculo de la media y la desviación típica para P9

**Prueba de homogeneidad de varianzas**

Cree conveniente la presencia de un profesional de enfermería en el centro

Factores	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Centro educativo	1,209	2	57	,306
Etapa educativa	,485	3	56	,694

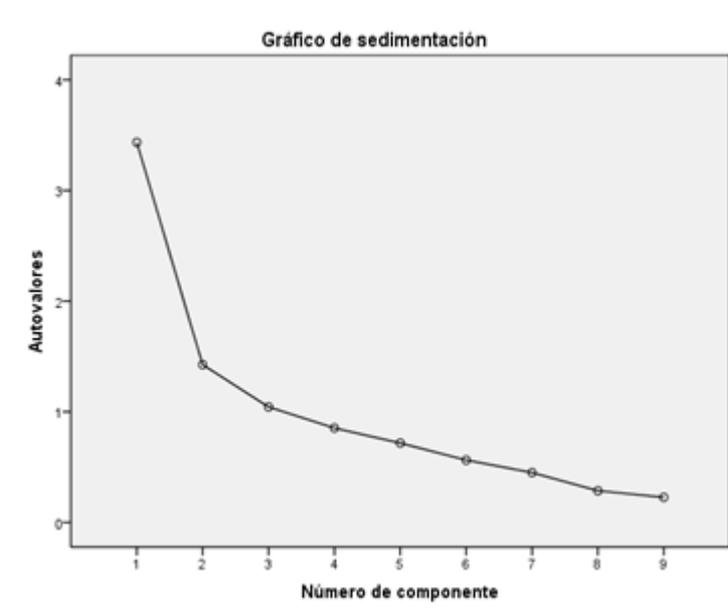
**Tabla 6.** Prueba de homogeneidad de varianzas para los factores

Cree conveniente la presencia de un profesional de enfermería en el centro

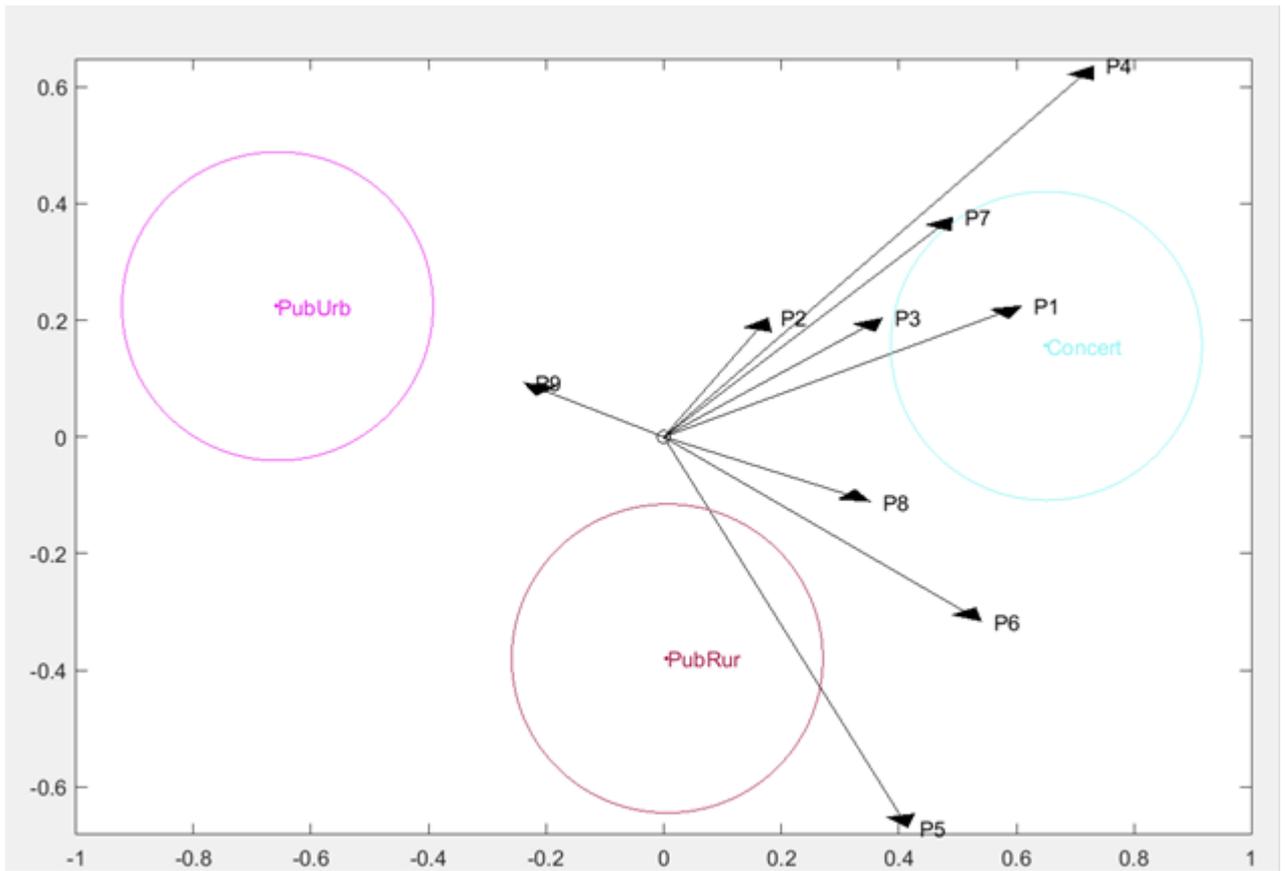
Factor		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Centro educativo	Inter-grupos	1,633	2	,817	1,413	,252
	Intra-grupos	32,950	57	,578		
	Total	34,583	59			
Etapa educativa	Inter-grupos	1,517	3	,506	,856	,469
	Intra-grupos	33,067	56	,590		
	Total	34,583	59			

**Tabla 7.** ANOVA de los factores

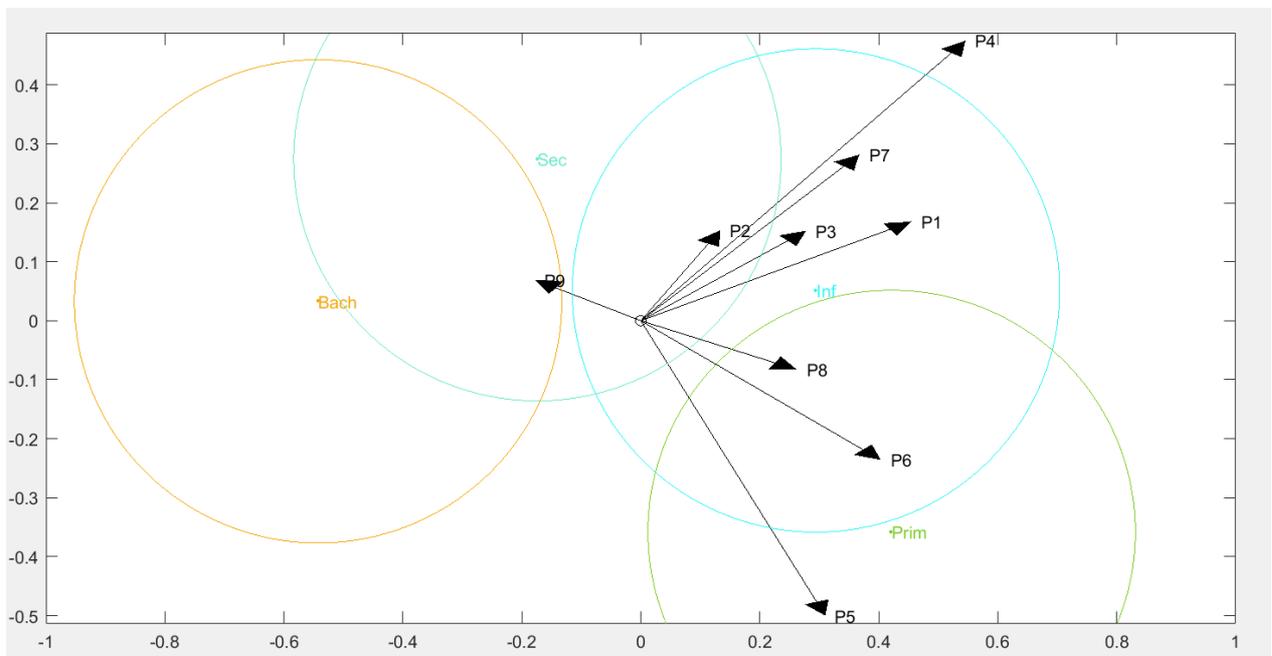
**GRÁFICOS:**



**Gráfico 1.** Gráfico de sedimentación para seleccionar el número de dimensiones.



**Gráfico 2.** MANOVA respecto a los centros



**Gráfico 3.** MANOVA respecto a las etapas

