

HÁBITOS, CONDUCTAS Y PRÁCTICAS DE RIESGO DE LA COMUNIDAD ESCOLAR DEL SANTORAL, DEPARTAMENTO DE CANELONES, URUGUAY, AÑO 2011

Habits, behavior and risk practices in the school community in Santoral, Department of Canelones, Uruguay, year 2011

Hábitos, condutas e práticas de risco da comunidade escolar de Santoral, Distrito de Canelones, Uruguai, 2011

Arbelo C¹, Castellano G², Cuadrado M³, Rava P⁴, Regueira R⁵

1 Docente de Medicina Familiar.
Unidad Docente Asistencial
Santoral (UDA).

2 Asist. Depto. de Medicina
Preventiva y Social.

3 Prof. Adj. Depto. de Medicina
Familiar y Comunitaria. UDA
Santoral

4 Asist. Depto. de Medicina
Familiar y Comunitaria.

5 Docente de Medicina Familiar.
Unidad Docente Asistencial
Santoral (UDA).

Dato de contacto: Dra. Graciela
Castellano. Telefax: 005982
2601 2413

Email: sofia.castellano@gmail.
com

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un diagnóstico de la situación de salud de niños y niñas de la región el Santoral, en el departamento de Canelones, a través de la realización de una encuesta autoadministrada. Se recabó información de variables antropométricas, peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial sistólica y diastólica, así como información relativa a hábitos dietéticos, pautas de higiene, accidentes, actividades en el tiempo libre, tabaquismo y consumo de alcohol, sexualidad y aspectos psicoemocionales. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y analítica mediante el uso de software Epi Info y SPSS versión 17. Se destacan como conclusiones significativas para la toma de decisiones en salud, las diferencias entre los hábitos de alimentación entre los niños rurales y urbanos, así como una generalizada baja autoestima entre los niños encuestados.

Palabras clave: Salud rural, salud del niño, hábitos dietéticos, sexualidad, autoestima.

Abstract

The aim of this work is to make a diagnosis of children health conditions in the region "El Santoral", in the Department of Canelones, using self-administered survey.

The information about anthropometric variables was

Trabajo recibido: 1 de
noviembre 2013. Aceptado:
04 de marzo 2014

gathered: weight, height, body mass index, systolic and diastolic blood pressure, as well as information regarding dietary habits, hygiene standards, accidents, leisure activities, smoking and alcohol consumption, sexuality and psycho-emotional aspects. Descriptive and analytical statistics were analyzed using Epi Info and SPSS software version 17. The differences between eating habits among rural and urban children and generalized low self-esteem among the children surveyed are significant conclusions to be considered when taking health related decisions.

Key Words: rural health, children health, eating habits, sexuality, self-esteem

Resumo

O presente trabalho objetiva fazer um diagnóstico do estado de saúde das garotas e garotas da região de Santoral no Distrito de Canelones, através da realização de uma enquete auto-administrada. Foram coletadas informações de variáveis antropométricas, peso, altura, índice de massa corporal, pressão arterial sistólica e diastólica, bem como informações sobre os hábitos alimentares e de higiene, acidentes, atividades de lazer, tabagismo e uso de álcool, sexualidade e aspectos psico-emocionais. Realizou-se uma análise de estatística descritiva e analítica utilizando o software Epi Info e SPSS versão 17. Destacam-se como conclusões significativas para a tomada de decisões na área da saúde, as diferenças entre os hábitos alimentares entre crianças rurais e urbanas bem como uma baixa auto-estima global entre as crianças pesquisadas.

Palavras-chave: Saúde rural, saúde da criança, hábitos alimentares, sexualidade, auto-estima.

Introducción

La iniciativa regional de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) es impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir del año 1995. El fin de la iniciativa *“...es el formar futuras generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y comunidad, así como de crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables. El propósito de la iniciativa es el de fortalecer y actualizar la capacidad de los países para desarrollar y fortalecer escuelas promotoras de la salud...”*

En el país existe una larga tradición de trabajo compartido entre equipos de salud y las escuelas públicas. Importantes experiencias han sido documentadas, como la “Experiencia de la Mina”, una de las primeras misiones socio pedagógicas y de extensión de la Universidad de la República desarrolladas en la década del 50. (1)

En Uruguay la reforma del actual sistema de salud implica un cambio en el modelo de atención en base a la Atención Primaria de Salud renovada y la Promoción de Salud. El Ministerio de Salud Pública (MSP), reconociendo el ámbito educativo como una de la “puertas de entrada” de esta estrategia, ha impulsado distintas propuestas de promoción de salud en las escuelas que se recogen en el documento de trabajo publicado en el año 2007 “Escuelas Saludables”, en el marco del Proyecto Uruguay Saludable. (2)

Con la creación del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), en el año 2010, se incorpora en sus líneas de acción un enfoque integral, con énfasis en la promoción de salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado del ambiente. En este sentido, el desarrollo de estrategias educativas con las escuelas y las comunidades constituyen una prioridad, en consonancia con la estrategia de la OPS de EPS que se viene impulsando en Iberoamérica. El DPES se ha propuesto instalar y promover la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud como forma de fortalecer el desarrollo saludable e integral de niñas y niños de las escuelas públicas y privadas, mediante su plena participación en consonancia con la reforma del Sistema Nacional e Integrado de Salud. (2)

En este contexto es que se propone el siguiente trabajo, cuyo objetivo general es contribuir al empoderamiento de la escuela y las comunidades locales en la promoción de su propia salud aportando información a través de la realización de una encuesta y la obtención de parámetros antropométricos.

El mismo se desarrolla en el departamento de Canelones, teniendo como base la actividad docente desarrollada en la Unidad Docente Asistencia Santoral Rural, en el departamento de Canelones.

El departamento de Canelones posee una población de 485.240 personas, correspondiendo al 15 % de la población total del país (4). Posee una población rural del 11,4 %. Sus actividades productivas están centradas en la producción hortifrutícola, pero se observan algunos cambios importantes en los últimos años, que coinciden con los observados en el resto del país.

Actualmente, el Uruguay posee una población de 3.286.314 habitantes de los cuales un 5.34 % vive en el medio rural (175.613 habitantes). (4)

Esta población se encuentra enfrentada a cambios importantes en el medio, que incluyen la adopción a gran escala del modelo agroexportador, que conlleva entre otras cosas a la unificación de grandes extensiones productivas en manos de inversionistas extranjeros, el uso masivo de pesticidas y fertilizantes, el monocultivo, la pérdida de biodiversidad.

En 1970, el 93,2% de los productores eran de tipo familiar, mientras los productores empresariales correspondían al 6,8%. Sin embargo, en el año 2010, los productores familiares descendieron a 37 % mientras los empresariales aumentaron a 17,4%. Asimismo, el número total de productores durante ese mismo período descendió de un total de 77.163 a 51.020. (5)

La región donde se realiza el estudio se caracteriza por la presencia histórica de agricultores familiares, que actualmente se encuentran bajo la presión del nuevo modelo de producción agrícola y sin los apoyos necesarios para lograr una continuidad en los predios, que impida la migración de las nuevas generaciones a la ciudad. Esta situación afecta la calidad de vida de las familias. Esta situación afecta la calidad de vida de las familias, observándose serias dificultades para el desarrollo de comunidades rurales saludables.

El presente trabajo pretende aportar información valiosa para el diagnóstico de situación de salud de niños y niñas de áreas tanto urbanas como rurales de la región.

Del mismo modo, pretende ofrecer una mirada comparativa a la situación de salud de la población de escolares urbanos y rurales del departamento. (7, 8, 9, 10, 11, 12)

Desarrollo

Se realiza un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta autoadministrada, y la obtención de parámetros antropométricos en niños y niñas de 6° de escuelas públicas de la región del Santoral.

La encuesta fue construida con los aportes del Departamento de Programación Estratégica en Salud del MSP, OPS/OMS, así como del Consejo de Educación Inicial y Primaria.

La encuesta autoadministrada se aplicó a una muestra de niños y niñas de 6° de escuelas públicas del Dpto. de Canelones, de las localidades de San Bautista, San Antonio, Santa Rosa, Sauce, tanto del ámbito urbano como rural.

Se encuestaron en total 570 niños, 428 pertenecientes al medio urbano, y 138 al medio rural. Esta población representa el total de niños y niñas escolares de 6° año del área de influencia de la Unidad Docente. (San Bautista, San Antonio, Santa Rosa, Sauce).

La encuesta indagó información acerca de las siguientes variables:

- Datos antropométricos (peso, talla, IMC, PAS, PAD).
- Sexo.
- Edad.
- Constitución familiar.

- Tipo de familia.
- Alimentación.
- Higiene.
- Actividades.
- Accidentes.
- Tabaquismo y consumo de alcohol.
- Actividades con la familia.
- Aspectos emocionales.
- Autopercepción.
- Sexualidad.
- Trabajo.

Se procedió al análisis descriptivo teniendo en cuenta las distintas variables presentes y los objetivos del estudio.

Se utilizaron los programas estadísticos : *Epi-Info* 2002 versión 3.5 , y SPSS versión 17, seleccionando la población según procedencia del escolar en Escuela Urbana o Rural y obteniendo tablas de Frecuencias Absolutas ,porcentajes y gráficos representativos de los datos. Para realizar cálculos estadísticos, se utilizaron el Test de Chi cuadrado, para variables cualitativas, y el test de Student para comparación de variables cuantitativas, realizados ambos mediante el SPSS versión 17.

Se obtuvieron los datos de peso, mediante una balanza electrónica, la talla mediante tallímetro, y la presión arterial mediante esfigmomanómetro anerode. Datos que se registraron en el formulario de encuesta.

Resultados

Datos antropométricos:

- Peso en kg: para los niños rurales, la media de peso fue 43.58 kg., la mediana 40.4 kg. y la moda 35 kg. Para los niños urbanos, la media fue 43.9 kg., mediana 42 kg. y la moda 40 kg.
- IMC: ambos grupos muestran una mediana de 20.0 kg.
- Talla: ambas poblaciones muestran una mediana para la talla de 149 cm.
- Presión arterial: PAS: para los niños urbanos, el promedio fue 96 mm, mientras que los rurales, 105 mm. Se realizó Test de Student, para comparación de medias, no hallándose significación estadística. PAD: en la población rural, el promedio fue 59.7 mm y en la urbana 53.8 mm. La mediana en la población rural 60 mm y para la urbana 50 mm. Se realizó test de Student, encontrándose que esta diferencia es estadística mente significativa con una p 0.004.

Sexo: predomina el sexo masculino en ambos grupos.

Edad: el 90% de la población de niños evaluada en ambos grupos tenía edades entre 10 y 12 años.

Constitución familiar: respecto al número de miembros del hogar, no se encuentra diferencia en ambas poblaciones, el mayor porcentaje se encuentra en la categoría 4 miembros, seguido por la categoría 5 miembros.

Tipo de familia: la distribución del tipo de familia es homogénea en ambas poblaciones. El principal tipo de familia encontrada es la nuclear, presente en el 72.5% de las familiar rurales y el 66.4% de las urbanas, seguida de la monoparental y la extensa.

Familias con agregado: No se observan diferencias entre ambos grupos, entre el 10 al 15 % de las familias viven con otra persona agregada al núcleo familiar, con quien no comparten lazos de consanguinidad.

Alimentación: se pretendió evaluar hábitos de alimentación saludable, destacándose por ejemplo que el 20 % de los niños de ambos grupos, no consumen nunca frutas y el 41 % de los niños en ambas poblaciones consumen algunas veces por semana frutas y vegetales.

En relación a la ingesta de alimentos congelados, hamburguesas y embutidos hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0.0051$), siendo mayores consumidores los niños urbanos. (Tabla 2)

Los otros grupos considerados como snacks y golosinas fueron iguales para ambas poblaciones.

Higiene: se subdivide en tres aspectos cepillado dental, lavado de manos e higiene corporal.

Cepillado dental: ambos grupos se comportan de modo similar, predominando el cepillado antes de dormir. Entre un 1-3% de ambos grupos no se cepillan nunca.

Lavado de manos: en ambas poblaciones los niños se comportan igual frente al lavado de manos luego de ir al baño, (alrededor de un 15 % de los niños no se lavan las manos), y un 85 % lo hacen antes de comer.

Higiene corporal: No se encuentran diferencias entre ambos grupos. Más del 80 % de los niños en ambas poblaciones refieren bañarse todos los días.

Actividades: de todas las actividades relevadas (correr, jugar a la mancha, etc), se observan las mismas frecuencias en ambas poblaciones.

Respecto a la variable “horas frente a la TV o computadora” la mayoría de los niños de ambos grupos dicen estar menos de 2 horas al día, con una frecuencia entre el 52 y el 63 % de los encuestados. Sin embargo, parece haber una diferencia entre ambos grupos, cuando analizamos la categoría más de 4 horas frente a la TV o computadora. En este caso se registra en el 16,1% de los niños urbanos, y el 5,8 % de los niños rurales.

Se realiza Test de Chi cuadrado (se obtiene un valor de X^2 de 11,3, corresponde a valor de $p < 0.001$). (Tabla 1).

Accidentes: globalmente se observa un leve aumento de la frecuencia de accidentes en la población urbana respecto a las categorías cortes profundos, golpes, caídas y quemaduras.

Respecto al lugar del accidente en ambas poblaciones la mayoría de los niños sufre accidentes en el hogar, 43,9% de los niños urbanos y 50 % de los niños rurales.

Respecto al uso de cinturón de seguridad en automóvil: el 80 % de los niños que transitan en auto lo utilizan, mientras que en motocicleta o moto en ambas poblaciones encuestadas, un 30 % de los niños no usan casco.

Tabaquismo: convivencia con tabaquistas en el hogar un 48,8 % de los niños urbanos, frente a un 34,5 % de los niños rurales. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.04$).

Hábito de fumar del niño: entre 1 y 4% de los niños de ambas poblaciones han probado el tabaco.

Consumo de alcohol: ambas poblaciones se comportan del mismo modo frente al consumo de alcohol, aproximadamente un 35 % de los niños han probado bebidas alcohólicas durante las comidas.

Actividades con la familia: no se encuentran diferencias entre ambas poblaciones, siendo las actividades principales mirar televisión, conversar y comer.

Aspectos emocionales: cuando se releva el comportamiento frente al conflicto, en ambas poblaciones, cerca de un 70 % de los encuestados refieren que sus familias hablan o dialogan con el niño, alrededor del 25% no tienen diálogo en caso de conflicto. Los niños refieren en un 2 a 5% en ambas poblaciones, que son castigados o reciben insultos, frente al conflicto. El porcentaje restante corresponde a los niños que relatan que sus padres “no hacen nada”.

Auto percepción : se destaca en este caso la variable para ambos grupos “no ser lindos”, donde un 57,2 % de los casos de niños rurales lo refieren frente a un 60 % de los niños urbanos y la variable “no inteligente”, más de 60 % de los niños se siente “no inteligente”, observándose un ligero aumento en los varones respecto a las niñas (57,6% de las niñas, frente a 64.8 % de los varones).

Sexualidad: Respecto a la comunicación sobre temas relativos a la sexualidad, la población rural parece mostrarse menos comunicativa: 47,8% de los niños rurales hablan del tema con alguien, frente a 62 % de los niños urbanos ($p = 0.0042$). (Tabla 3)

Respecto a con quienes se da la comunicación mayor respecto a estos temas, en ambos grupos no hay diferencia y es la familia.

Trabajo: al indagar respecto a la realización de actividades laborales remuneradas, en la población rural, un 26% de los niños mencionan afirmativamente, frente a 20 % de los niños urbanos, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 4).

Tabla 1: Test de Chi cuadrado. Horas frente a la TV o computadora.

FRENTE TV	R	U	TOTAL
Entre 2 y 4 horas al día	33	101	134
% Fila	24,6	75,4	100,0
% Columna	24,3	24,3	24,3
Más de 4 horas al día	8	69	77
% Fila	10,4	89,6	100,0
% Columna	5,9	16,6	13,9
Menos de 2 horas al día.	87	222	309
% Fila	28,2	71,8	100,0
% Columna	64,0	53,4	56,0
Nunca.	8	24	32
% Fila	25,0	75,0	100,0
% Columna	5,9	5,8	5,8
TOTAL	136	416	552
% Fila	24,6	75,4	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Escuela Urbana (U) o Rural (R)

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
10,4803	3	0,0149

Tabla 2: Test de Chi cuadrado para consumo de productos cárnicos.

Hamburguesa-chorizos-fiambres	R	Sin datos	U	TOTAL
Algunas veces por semana	108	0	307	415
% Fila	26,0	0,0	74,0	100,0
% Columna	83,1	0,0	77,3	78,4
Nunca	17	1	42	60
% Fila	28,3	1,7	70,0	100,0
% Columna	13,1	50,0	10,6	11,3
Todos los días	5	1	48	54
% Fila	9,3	1,9	88,9	100,0
% Columna	3,8	50,0	12,1	10,2
TOTAL	130	2	397	529
% Fila	24,6	0,4	75,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0

Escuela Urbana (U) o Rural (R)

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
14,8061	4	0,0051

Tabla 3. Test de Chi cuadrado. Comunicación sobre sexualidad.

	R	U	TOTAL
No	64	144	208
% Fila	30,8	69,2	100,0
% Columna	49,2	35,2	38,6
Si	66	265	331
% Fila	19,9	80,1	100,0
% Columna	50,8	64,8	61,4
TOTAL	130	409	539
% Fila	24,1	75,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Escuela Urbana (U) o Rural (R)

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	Gl	Probabilidad
6,4238	2	0,0403

Tabla 4. Test de Chi cuadrado. Trabajo

Trabajar	R	U	TOTAL
Yes	31	75	106
% Fila	29,2	70,8	100,0
% Columna	22,5	17,5	18,7
No	107	353	460
% Fila	23,3	76,7	100,0
% Columna	77,5	82,5	81,3
TOTAL	138	428	566
% Fila	24,4	75,6	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Escuela Urbana (U) o Rural (R)

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	Probabilidad
1,673	0,19

Conclusión

En primer lugar queremos destacar la importancia que significa en el proceso de aprendizaje de las nuevas generaciones, la participación en conjunto con el equipo docente en actividades de investigación-acción en territorio en forma intersectorial y descentralizada. De esta forma adquieren conocimientos y competencias integradas en varias áreas de desempeño del futuro egresado.

Del análisis de los datos de la encuesta destacamos cuatro aspectos que parecen significativos por su impacto sobre la salud de niños y niñas.

En primer lugar respecto al riesgo de accidentes, un 30 % de los niños encuestados declaran no usar medidas de seguridad cuando transitan en motocicleta.

Destacamos la diferencia existente entre el hábito de ingesta de alimentos congelados e industrializados, con alto contenido en grasas saturadas y sal, entre los niños urbanos y rurales. Este hallazgo debería tenerse en cuenta a la hora de realizar programas de promoción de salud en la comunidad escolar, con especial énfasis en el ámbito urbano.

Por otro lado, se destaca el contacto precoz con las bebidas alcohólicas ya que un 35% de los niños ya han probado alcohol antes de los 12 años.

Para finalizar, es de gran importancia destacar las dificultades que expresan un alto porcentaje de los niños de ambas poblaciones con relación a su autoestima. Esta se

manifiesta a través de su autopercepción de falta de inteligencia, así como en relación a su imagen corporal. Sería oportuno incorporar en la conceptualización de la inteligencia, tanto en el ámbito educativo como en el ámbito de la promoción de salud, otras miradas conceptuales que permitan evaluar las múltiples facetas de los talentos humanos de un modo más flexible y acorde a la diversidad. (5) (6).

Bibliografía

1. Anep: “Misiones sociopedagógicas en el Uruguay: documentos para la Memoria. (1945-1971)”. 2012.
2. Departamento de Programación Estratégica en Salud. “Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud”. MSP, 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en : [http// www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy)
4. Plan Nacional de Salud Rural: “ Un medio rural habitable para un país de primera”, MSP. Departamento de Programación Estratégica de Salud, Área de Promoción de la Salud y Prevención. Marzo 2011. Versión al 1/4/2011.
5. Goleman, D. La inteligencia emocional, Ed. Zeta, 2008.
6. Gardner H. “Inteligencias múltiples: La teoría en la práctica”. Ed. Paidós. 1998.
7. Belltzky R. Bernardi R. Brockhorst N. Canetti A. Material de apoyo para la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño. Publicación científica del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano 1304. Montevideo 1994.
8. Canetti A. Cerutti A. Schwartzmann L. Bernardi R. Caminando por la vida con los hijos: los primeros 5 años. Publicación científica del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. N° 1363. Montevideo.
9. Gesell A. Ilg FL Bates Ames L. El niño de uno a cinco años. Buenos Aires.Ed.Paidós 1980.
10. Instituto de Pediatría. Atención Pediátrica. Normas Nacionales de diagnóstico , tratamiento y prevención. 7° edición. Oficina del Libro. FEFMUR. 2008
11. Hoekelman R. Atención Primaria en Pediatría. Ed. Harcourt. 1999.
12. Universidad Autónoma de Madrid. Residentes Hospital Infantil “La Paz”. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 3° edición. 1996. Madrid.