

PROMOCIÓN DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN UNA ESCUELA PRIMARIA DE HERMOSILLO, SON., MÉXICO

Elba Abril¹, Cristina Rascon Loreto¹, Luz Arenas Monreal², Pastor Bonilla Fernández², Héctor Hernández Pérez³, Sofía Cuevas Bahena⁴

¹Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C (Hermosillo, Son., México); ²Instituto Nacional de Salud

Pública (Cuernavaca, Mor., México); ³Secretaría de Salud del Estado de Jalisco (Guadalajara, Jal., México);

⁴Secretaría de Salud del Estado de Guerrero (Chilpancingo, Gro., México)

E-mail: abril@ciad.mx



Introducción

La calidad de vida de la edad adulta se define en las primeras etapas de la vida. La disminución de la mortalidad infantil que garantiza la supervivencia de casi todos los nacidos vivos y una esperanza de vida cada vez mayor, ha desarrollado el interés no sólo en garantizar la identificación y manejo de los problemas de salud del niño sino en la necesidad de identificar factores de riesgo en este grupo que aumentan su probabilidad de sufrir enfermedades crónicas en su edad adulta. El niño en edad

escolar se encuentra en un proceso de gran importancia social, formando hábitos, creencias y costumbres que afectarán en una u otra forma su salud y sus conceptos como ciudadano (1).

Es reconocido que los escolares necesitan estar en buenas condiciones físicas y mentales para obtener un mejor rendimiento escolar. La falta de alimentos en cantidad y calidad suficiente, los problemas de salud y un entorno físico inadecuado, hacen que la atención y la capacidad de aprendizaje disminuyan, produciendo como consecuencia bajo rendimiento escolar, repetición y finalmente en muchos casos la deserción.

El sector educación ofrece una oportunidad única de formar hábitos y conductas saludables en los educandos y en sus comunidades, porque el niño es un agente de cambio que con los conocimientos y habilidades necesarias puede influir en el autocuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. En la década de los '90 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) empezó a promover la iniciativa de Escuelas Saludables en la región centroamericana. Con una visión integral y amplia, esta iniciativa fomenta la coordinación de esfuerzos de los diferentes sectores, tanto públicos como privados, de las organizaciones locales y de la ciudadanía para el autocuidado de la salud de la comunidad en general y de los niños y de los jóvenes en particular (2).

El término Escuela Saludable refiere a un centro educativo en el cual los alumnos logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, en un ambiente de bienestar institucional y común, desarrollando estilos de vida saludables, todo lo cual es compartido con sus familias, los maestros, el personal de la escuela y la comunidad (3). En este enfoque integral, la escuela se constituye en un centro de convergencia en el cual los maestros, los alumnos, las familias y la comunidad toda trabajan por un fin común: propiciar en los niños el desarrollo de habilidades para la vida que los forme como agentes de desarrollo con alta autoestima, creativos, seguro de si mismos, innovadores,

críticos y con valores cívicos y morales que los lleven a la búsqueda constante de bienestar individual y colectivo para la promoción de desarrollo humano sostenible.

Basado en esta estrategia se implementó en una escuela de educación primaria de Hermosillo, Sonora (Méjico) una intervención educativa con el fin de contribuir a la adquisición de conocimientos y hábitos alimenticios que ayuden a mejorar su salud.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio: Es un estudio cuasi-experimental con mediciones pre y post intervención educativa.

Participantes: Total de alumnos inscritos (235) en una escuela pública ubicada en una colonia de nivel socioeconómico bajo.

Instrumentos:

Paquete educativo en el cual se incluyen los temas: Qué es la salud, la buena alimentación, grupos de alimentos, la importancia del agua en nuestra salud, hábitos de alimentación, hábitos de higiene. Cuestionario para la pre y post evaluación considerando los diferentes temas vistos en la intervención educativa. Guía de entrevista para grupo focal con maestros para obtener datos sociodemográficos de los alumnos e información sobre hábitos observados antes y después de la intervención.

Procedimiento: A través de metodología participativa y lúdica, durante un semestre escolar un facilitador educativo previamente capacitado, trabajó en aula en sesiones de una hora a la semana con cada grupo y con los 6 grados escolares. El cuestionario se aplicó durante la pre y post evaluación para ver cambios en el conocimiento adquirido, esta evaluación se realizó en los grupos de segundo a sexto grado. A la par se tomaron medidas de peso y talla al total de alumnos. El análisis de estos datos se realizó considerando puntaje Z de talla para edad y percentil del índice de masa corporal (IMC). El punto de referencia para el análisis fue The 2000 CDC Growth Charts (4). También se efectuó una revisión clínica que incluyó agudeza visual evaluado con las tablas de Snell y con la ayuda de un separador de mucosas se observaron las piezas dentales anteriores y posteriores tanto superiores como inferiores para revisar el estado de las piezas dentales. Se realizaron dos grupos focales con los maestros, el primero se realizó al inicio de la intervención para obtener información sobre la familia de los alumnos participantes y prácticas de alimentación e higiene observadas en ellos. El segundo grupo focal se llevó a cabo al final de la intervención para tener información sobre los cambios observados en los niños en el transcurso del trabajo en grupo.

Resultados

El 51% (120) fueron mujeres y el 49%(115) fueron hombres, la edad en meses fue de 111.85 (mínimo de 72.93, máximo 161.52 meses) para ambos sexos. El 91% (215) eran de padres originarios de la entidad y el 9% (20) de otra entidad. De las mediciones realizadas, en la agudeza visual se evaluó a 227 niños, de estos al 10% se detectó con algún tipo de problema visual. En la revisión dental el 36% presentó problemas de caries. En estos casos los niños fueron canalizados al centro de salud más cercano para que fueran atendidos.

Para esta población, de acuerdo con el indicador talla para la edad la desnutrición afecta al 10% de los estudiantes y el 3% se encuentra por arriba de 2 DS (ver Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de participantes (general y según sexo) del indicador ZTALLA/EDAD

RANGO	GENERAL(235)	SEXO	
		HOMBRE (115)	MUJER (120)
-2DS a 2 DS	87	89	86
> 2DS	3	2	3
< -2DS	10	9	11

Fuente: Elaboración propia

En relación al PIMC, el 4% presenta problemas de desnutrición y el 9% problemas de obesidad. El análisis por sexo no presenta diferencias significativas en ninguno de los indicadores, aunque en proporción las mujeres se ven más afectadas que los hombres en ambas problemáticas (ver Tabla 2). Resultados similares se reportan en un estudio realizado con escolares en la región noreste de México en donde se encontró una prevalencia mayor de obesidad en las niñas (5)

Tabla 2. Porcentaje de participantes (general y según sexo) del indicador PIMC

RANGO	GENERAL(235)	SEXO	
		HOMBRE (115)	MUJER (120)
< 5 Percentil (Delgado)	4	5	3
5 a 85 Percentil (Normal)	73	74	72
85 a 95 Percentil (Sobrepeso)	14	12	16
> 95 Percentil (Obeso)	10	9	9

Fuente: Elaboración propia

Las medidas antropométricas permiten en forma indirecta evaluar no sólo el crecimiento del niño sino su composición corporal y los efectos de cambios socioeconómicos en un país o región. Estos datos pueden ser indicadores tempranos de enfermedades crónicas en la vida adulta con manifestaciones tempranas en la infancia y adolescencia. Si los problemas de salud del adulto tienen su origen desde la infancia, los factores genéticos y del período intrauterino deben ser identificados de tal modo que sea posible tomar acciones preventivas específicas. (6,7). De acuerdo con los indicadores analizados la mayoría de la población estudiada se encuentra dentro de los parámetros normales reportados para este tipo de población sin embargo esta presente, aunque en menores porcentajes, la desnutrición y la obesidad tanto en hombres como en mujeres, problemas que de no ser tratados pueden ser causa de otros padecimientos en un futuro próximo.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre los diferentes temas vistos en el programa la evaluación mostró cambios en los conocimientos adquiridos por los alumnos participantes. Se evaluaron en total 225 alumnos, al inicio de la intervención el 9% de los participantes tenían información sobre lo necesario para tener una buena salud, al final de la intervención el 39% manejaba este tipo de información. Igualmente en la preevaluación el 43% de los participantes sabía que alimentos debía comer con mayor frecuencia y el 21% de ellos respondieron de manera correcta sobre que alimentos deberían comer con menor frecuencia. Al concluir el programa los porcentajes aumentaron a 50% y 47% respectivamente (ver Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de respuestas correctas según el tema evaluado en la Pre y Post evaluación de la intervención

TEMAS	Preevaluación		Postevaluación	
	Fr	%	Fr	%
Lo necesario para tener buena salud	20	9	87	39
Alimentos que se deben consumir con mayor frecuencia	98	43	114	50
Alimentos que se deben de consumir con menor frecuencia	48	21	106	47

Fuente: Elaboración propia con datos de Pre y Post evaluación

El análisis general de la pre y post evaluación del programa muestra que la media en número de respuesta correctas contestadas por los alumnos evaluados al inicio de la intervención fue de 23.4, menor a la reportada al concluir el programa que fue de 26.36, diferencias que fueron estadísticamente significativas ($p < 0.0001$). Estas diferencias fueron corroboradas por los maestros en un grupo focal que se realizó con ellos para verificar los cambios. Los maestros refieren, según sus propios comentarios que “...saben que es la comida chatarra...”, “...están más informados ahora de lo que deben de comer”, “...ya tienen conciencia, si se comen la sabritas ahora saben que está mal”, “...saben identificar mejor”. En el análisis por sexo las diferencias no fueron significativas ni en la preevaluación ni en la post evaluación.

Los resultados muestran cambios en el conocimiento de los participantes, sin embargo en su práctica no se observaron los resultados que se esperaban, lo cual demuestra que la información no es suficiente para que ocurra el cambio en el comportamiento (8). El acceso a alimento “chatarra” en el plantel participante siempre estuvo presente o bien los niños lo traían de casa. En Sonora, en el 2005, los diputados del Congreso local aprobaron una reforma a la Ley de Educación en Sonora para evitar la venta de alimentos de densidad energética alta en jardines de niños, primarias y secundarias públicas y privadas (9). Esto aunque es un gran avance aun no hay una normativa que la rija por lo que es difícil que se cumpla en su totalidad, por lo menos es lo que se observó en el plantel participante.

Partiendo de esta iniciativa, con la colaboración del Director del plantel, se invitó a la encargada de la cooperativa escolar para que incluyera dentro de su menú en venta alimentos saludables (fruta picada, sándwich, taquitos, entre otros). Antes de salir a recreo se pasaba a los salones y se les informaba a los niños sobre el menú ofrecido en la cooperativa y se les sugería que compraran lo ofertado. Al inicio la respuesta fue positiva por parte de los niños del plantel, sin embargo con el tiempo fue disminuyendo a pesar de que en cada clase se les seguía sugiriendo que compraran o trajeran de su casa alimentos saludables. La encargada de la cooperativa reportó que los niños no consumían la fruta o alimento saludable que ella ofrecía y que en su mayoría preferían comprarle otro tipo de productos tales como frituras o galletas ocasionándole a ella perdidas en las ganancias ya que el producto se le quedaba. Por lo anterior es importante establecer la cooperativa escolar, no como un negocio externo, sino más bien como un espacio en la escuela que promueva de manera constante hábitos alimenticios saludables y en donde el objetivo principal no sea solo tener una ganancia económica.

El entorno familiar es, en buena medida, el espacio en el que se construye la forma de ser y de relacionarse con el medio. Muchos de los hábitos y las costumbres que se adquieren en la familia en la infancia permanecen a lo largo de toda la vida. Por ello, el papel que los padres y las madres cumplen como agentes y modelos de salud respecto a sus hijos e hijas es básico (10, 11). En este estudio la participación de los padres fue nula, aun cuando se buscó su participación. Según refirieron los maestros en el grupo focal, la mayoría ambos padres trabajaban o bien eran hogares uniparentales en donde la madre trabajaba. Los maestros refirieron que los niños participantes en gran parte provienen de familias disfuncionales y con problemáticas muy particulares (drogadicción, violencia intrafamiliar, entre otros), además de que muestran en su mayoría poco interés por participar o acudir a la escuela cuando se les cita. Estos aspectos pudieron haber influido para que los padres no acudieran cuando se les solicito su presencia para informarles sobre el programa, en la mayoría de los casos.

Discusión

Considerando que la calidad de vida del adulto está relacionada con la calidad de vida en la niñez, es necesario implementar programas dirigidos a la creación de una cultura de actividad y dietas apropiadas desde temprana edad, con el fin de disminuir esta problemática. Es importante señalar que aun cuando esta población en su mayoría salió dentro de los parámetros normales de peso y talla, no hay que dejar de lado el porcentaje de niños que salió con sobrepeso. Según datos de la Secretaría de Salud en Sonora el 35% de su población infantil está en riesgo de sufrir obesidad (12). De ahí la importancia de que la prevención de la obesidad sea una estrategia prioritaria de salud pública que debe comenzar desde la infancia y que requiere la participación activa y comprometida tanto del sector educativo como de salud. Es necesario la continuidad de este tipo de programas para la prevención de problemas de salud a futuro. Cuanto más temprano sea su inicio los beneficios a corto, medio y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos (13).

Los datos muestran la necesidad de aplicar una metodología de intervención que capte el interés principalmente de los padres y así lograr que los cambios en el conocimiento se mantengan y el comportamiento se modifique alimentación e higiene y logren que la comunidad modifiquen su conducta sobre estos aspectos. Se requiere conocer los hábitos, las costumbres y los valores de la población, para así proponer soluciones que los individuos hagan suyas (14).

Es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida más saludables durante la etapa infantil, que modificar hábitos incorrectos estructurados durante la vida adulta (15, 16). Por lo tanto, el trabajo educativo en el cuidado de salud a lo largo de la infancia, la edad escolar y la adolescencia desempeña un papel muy importante en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud.

Resumen

El objetivo fue promover hábitos alimentarios saludables a través de una intervención educativa en una escuela primaria de Hermosillo, Sonora México con la finalidad de contribuir a la adquisición de conocimientos y hábitos saludables. El estudio cuasi experimental, mediante una intervención educativa se trabajó con 225 alumnos inscritos en una escuela pública ubicada en una colonia de nivel socioeconómico bajo. Se tomaron medidas antropométricas (peso y talla). Durante un semestre escolar se trabajó en aula a través de actividades lúdicas diferentes aspectos relacionados con la buena alimentación e higiene. Se aplicó una medición pre y post evaluación para ver cambios en el conocimiento adquirido. Los resultados fueron que la media de edad de los participantes fue de 111.85 meses (mínimo de 72.93, máximo 161.52 meses), el 49% fueron mujeres y el 51% hombres. De acuerdo con el indicador peso/edad, el 9% de los participantes presenta problemas de bajo peso y el 4% obesidad. En relación al PIMC, el 4% presenta problemas de desnutrición y el 9% problemas de obesidad. La evaluación pre y post intervención mostró cambios en los conocimientos adquiridos por los alumnos participantes. Los resultados muestran un panorama general del estado de nutrición del grupo de escolares participantes. Así mismo, apuntan hacia la necesidad de reforzar los conocimientos a través de prácticas escolares que refuerzen comportamientos saludables con el fin de prevenir problemas de salud en este grupo en un futuro próximo.

Abstract

The objective of this study is to promote healthy feeding habits through an educative intervention in an elementary school from Hermosillo, Sonora, México. The goal is to contribute to have good knowledge of healthy feeding habits. It is a quasi-experimental study developed through an educative intervention. It was applied to a sample of 225 students from a public elementary school located in a low socioeconomic block. Anthropometric sizes were taken: height and weight. Through games and during a scholar semester we worked to observe different aspects related to both good feeding and hygiene. There was applied a measure before and after the evaluation to observe any change in the acquired knowledge of feeding. The results show that the media of age of the participants was 111.85 months (as a minimum of 72.93, and a maximum of 161.52 months of age). Of these data the 49% were girls and the 51% were boys. According with the indicator weight/height, the 9% of the participants presented low weight problems and the 4% presented obesity. In relation with PBMI, the 4% presented malnutrition problems and the 9% obesity problems. The evaluation before and after the intervention demonstrated changes in the acquired knowledge of the participants. As a general panorama, the results demonstrate the nutrition state of the participants of the group. In like manner, the results goes to the necessity of reinforce the students' knowledge they have of healthy feeding habits which can be induced through scholar practices which can reinforce healthy behavior to prevent health problems in that group of students for a near future.

Key words: health promotion, feeding habits, health education .

Referencias

1. Harris B. 2001. Commentary: The child is father of the man. The relationship between child health and adult mortality in the 19th and 20th centuries. *Int J Epidemiol*; 30: 688-696.
2. Organización Panamericana de la Salud 1998. Escuelas promotoras de la salud. entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington.
3. Organización Mundial de la Salud 1997. Fomento de la salud a través de la escuela. Informe de un comité de expertos la OMS en educación sanitaria y fomento de la salud integral en las escuelas.
4. CDC's National Center for Health Statistics. (www.cdc.gov/growthcharts)
5. Ramírez E., M Grijalvo, J. Ponce y M. Valencia 2006. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el noroeste de México por tres referencias de índice de masa corporal: diferencias en la clasificación. *ALAN Vol.56 No.3*. (http://www.alanrevista.org/ediciones/2006-3/prevalencia_sobrepeso_obesidad_mexico.asp#)
6. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; Technical Report Series 916.
7. García B., C. Plata, A. Rueda y A. Padilla 2003. Antropometría por edad y estrato socioeconómico de la población escolarizada en la zona urbana de Cali. *Colomb Med*, 34:61-68
8. Valadez, I., M. Villaseñor y N. Alfaro 2004. Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo, pp. 43-48.
9. Prohíben venta de "comida chatarra" en escuelas de Sonora. Publicado en el Periódico Reforma el 29 de Octubre 2005. www.mipediatra.com Revisado en noviembre de 2007.

10. García Viveros, M. y C. Botey (Coords.) 2002. Modelos para la implementación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina. México: Funsalud-GlaxoSmithkline-OPS. 23-39 y 125-145 pp.
11. Aranceta J. 2002. Prácticas alimentarias no saludables. An Esp Pediatr; 56 (Supl 6): 239-241
12. Secretaría de Salud del Estado de Sonora 2008. El 35% de los niños evaluados en el Programa "Sonora toma medidas" padece de obesidad y sobrepeso dijo el Secretario de Salud Pública". [www. saludsonora.gob.mx](http://www.saludsonora.gob.mx). Febrero 27, 2008
13. Dueñas J. 1999. Educación para la salud. Bases psicopedagógicas. Rev Cubana Educ Med Super v.13 n. 1 Ciudad de la Habana ene.- jun. 1999
14. Gutiérrez M. 2002. Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. IV Foro de Pediatría de atención Primaria. <http://www.spapex.org/prevobesidad.htm> Revisado noviembre 2007
15. Ysunza A., S. Díez y L. López 1993. Programa de Investigación-Acción comunitaria en migración y nutrición. Salud Publica Mex; 35:569-575
16. Martínez H., G. Martínez, J. Contreras, R. Ramos, J. Ramírez, L. Meneses y A. Chávez 1993. Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición. Salud Publica Mex ; 35: 673-681



Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición
Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria
Col Mitras Centro, Monterrey, N.L. México 64460
Tels. (8)348-4354, 348-6080, 348-6447
respyn@faspyn.uanl.mx



Universidad Autónoma de Nuevo León
webmaster@uanl.mx