



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS PARA LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2003 – 2005

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA**

**IMPLEMENTACIÓN DE LA PROMOCIOND DE LA SALUD EN
ESCUELAS DE TRES DEPARTAMENTOS DEL PAÍS. JUNIO -
JULIO DEL 2005.**

Autora: Fiorella Fabrizia Falla Jerez. M.D.

**Tutora: Lic. Alma Lila Pastora Zeuli
Docente CIES**

Managua, Noviembre del 2005

INDICE

Agradecimientos.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
I) Introducción.....	1
II) Antecedentes.....	4
III) Justificación.....	9
IV) Planteamiento del problema.....	10
V) Objetivos.....	11
VI) Marco de referencia.....	12
VII) Diseño metodológico.....	32
VIII) Resultados	40
IX) Análisis de los resultados.....	49
X) Conclusiones.....	68
XI) Recomendaciones.....	70
XII) Bibliografía.....	73
Anexos	

DEDICATORIA

En primer lugar a mi hija, Paola Natalia, quien nació en el transcurso de la maestría, dándole otro sentido a mi vida, en el día a día.

Y a Marcial, mi esposo, quien me ha apoyado durante estos dos largos años.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios nuestro Señor, por permitirme escalar un peldaño más en mi formación profesional.

A mi tutora, Lic. Alma Lila Pastora, por el esfuerzo dedicado y los consejos prácticos que en cada una de las etapas de la investigación me brindó.

A todas y cada una de las personas que apoyaron la realización de esta investigación, los encuestadores Dra. Vilma Ordoñez, Dra. elba González, Dra. Yamileth Benavides, Sra. Egda Torres, Lic. Bismark Corrales, Lic. Saúl González y Dra. Indiana Paiz. Así mismo a la Lic. Ana Patricia Torres y Lic. Jorge Martínez, quienes colaboraron en la validación de los instrumentos. A los docente del CIES que me dieron una mejor visión para llevar a cabo el estudio.

Así mismo a otras personas que de una u otra manera colaboraron en el desarrollo de la investigación, entre ellas, Ing. Miguel Balladares, Dr. Miguel Orozco, Sra. Socorro Córdoba.

RESUMEN

En el año 1995 surge la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud, en respuesta a la situación de los programas de salud escolar identificada en los países de la Región de las Américas. En Nicaragua se ha desarrollado la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables desde el año 2001, actualmente en nueve departamentos del país.

Este estudio se hizo con le objetivo de describir la implementación de la promoción de la salud en escuelas de tres departamentos del país, durante los meses Junio a Julio del 2005.

Es un estudio descriptivo de corte transversal, con muestreo aleatorio, el que se realizó en tres etapas, seleccionado un total de 8 municipios, 22 escuelas y 268 estudiantes.

Entre los principales hallazgos encontrados están que todas las escuelas tenían un plan de trabajo para la promoción de la salud y en su elaboración participaron la comunidad educativa, el personal de salud y la comunidad. El rol los docentes está orientado principalmente a la incorporación del tema en planes de clases y la gestión. Casi el 100% de maestros encuestados manifestaron que la promoción de la salud estaba incorporada en el curriculum escolar.

Los factores del ambiente escolar que facilitan la promoción de la salud son la presencia de murales alusivos a la salud, escuela limpia, consumo de agua segura, disposición adecuada de basura, disposición adecuada de excretas y presencia de lavamanos.

Los conocimientos adecuados identificados en los alumnos estudiados fueron el concepto básico de salud, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazo, adicciones, violencia, higiene ambiental y ejercicio físico.

Las prácticas saludables adecuadas identificadas fueron cuidados básicos de la salud, higiene ambiental, no acceso a sustancias adictivas y práctica de deportes.

I. INTRODUCCIÓN

Existe una tradición establecida de programas de salud a través de América Latina, que son la base de la iniciativa de promoción de la salud en el ámbito escolar. El primer modelo desarrollado fue el inspirado por la experiencia europea, donde se incorporaron las normas de higiene y control de enfermedades. En los años 50 llegó a las escuelas un modelo sanitario que abarcó varias actividades de prevención: vacunación y programas de nutrición complementaria. En los años 70 y comienzos de los 80 se logra alcance social y político con los grandes movimientos de Salud para todos (Alma Ata 1978) y Educación para todos (Jomtien 1990). En los 90 surgen los programas con enfoque en los determinantes de salud y factores de riesgo. Además OPS/OMS y otras agencias internacionales como UNICEF, UNESCO y el Banco Mundial logran la cooperación y movilización de recursos¹ para asegurar el avance en el desarrollo del área de la salud escolar en la Región. (19)

En el año 1995 surge la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud, en respuesta a la situación de los programas de salud escolar identificada en los países de la Región de las Américas y como resultado del compromiso de la Organización Panamericana de la Salud, con la promoción y educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar. Dicha iniciativa está dirigida a facilitar la articulación y movilización multisectorial de recursos regionales, subregionales y nacionales destinados a la promoción de la salud en las comunidades educativas, con el fin de apoyar la creación de condiciones

¹ La Iniciativa FRESH (Recursos Efectivos en Salud Escolar) es la propuesta conjunta que estas agencias hacen con un enfoque nuevo, para mejorar la calidad y equidad a través de una acción intersectorial.

propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral y el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, niñas, jóvenes y demás miembros de las comunidades educativas. (27)

En nuestro país se han firmado dos convenios de colaboración entre el Ministerio de Salud y el de Educación para formalizar las acciones de promoción de la salud en el ámbito escolar; en el último convenio se incluyó a la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (ENACAL).

En este contexto y en el marco del Convenio de colaboración firmado por las tres instituciones antes mencionadas, en Nicaragua se ha desarrollado la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables desde el año 2001, actualmente en nueve departamentos del país.

Aunque no existen estadísticas precisas sobre los principales problemas de salud que presentan los escolares, se conoce que algunas patologías son frecuentes en estos niños, como la diarrea, caries dental, carencias nutricionales, parasitosis, infecciones dérmicas, entre otras. Muchos de estos problemas se han relacionado a las inadecuadas prácticas higiénico - sanitarias de la familia, reforzadas en los ambientes escolares y que repercuten negativamente en la salud de los niños. En tal sentido, algunos programas del Ministerio de Salud han implementado estrategias para prevenir estos problemas, sin embargo continúan presentes.

Aunado a esta problemática, en nuestra sociedad han surgido nuevos problemas de salud que están afectando especialmente a los adolescentes, como los

suicidios, la violencia intrafamiliar, el embarazo en adolescentes y las adicciones, principalmente, lo que obliga a incluir o reorientar la promoción de la salud dirigida a estos grupos de población desde edades muy tempranas; siendo además el espacio escolar un lugar idóneo para crear en los niños conciencia sobre la importancia de la salud física y mental y transmitirles valores fundamentales.

Con el presente estudio se pretende identificar los conocimientos sobre el autocuidado de la salud que tengan los escolares, así como las prácticas saludables que aplican, con el objetivo de mejorar la orientación temática de la promoción de la salud, dirigida a esta población, en el marco de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables, durante el período de Junio a Julio del año 2005.

II. ANTECEDENTES

Los estudios realizados sobre los hábitos saludables que practican los escolares son muy variados, estando orientados a aspectos específicos como hábitos alimentarios, ejercicio físico, salud buco-dental, entre otros.

Un estudio sobre ejercicio físico en la población escolar realizado en Galicia, España, tenía por objetivo determinar los hábitos y comportamientos en materia de actividad física de los escolares gallegos. Entre sus principales conclusiones se encuentra que existe un mayor sedentarismo de lo esperado, sobre todo en la adolescencia. Esta disminuye durante el fin de semana y aumenta con la edad, con la urbanización y se presenta más en las mujeres. Así mismo mencionan que el sedentarismo es un factor de riesgo para la obesidad, esta a su vez para la hipertensión y todos ellos, para los problemas cardiovasculares y al unirse aumentan las probabilidades de enfermar. (18)

En una encuesta de salud buco-dental realizada en el Valle del Cauca, Colombia, revela que el 76% de los encuestados expresaron que realizan el cepillado de los dientes porque les gusta mantener limpia la boca, para evitar caries dental y mantener el aliento fresco y el 74.2%, refirieron cepillarse los dientes después de cada comida, aclarando que si no tenían cepillo, se los limpiaban con agua o con el dedo. (38)

En la misma encuesta, los alimentos que más les gusta consumir, son en orden de frecuencia las carnes, fruta y granos. Sin embargo el desayuno tiene un alto contenido de harinas con algún energético (chocolate, café con leche), mientras

que en el almuerzo consumen mayoritariamente sopa, seco y jugo, por la noche comen solamente seco. En el recreo lo que más consumen son gaseosas y alimentos chatarra.

En relación con los alimentos que dañan los dientes, los niños consideran que el chicle y el bom bom son los de mayor problema, por el contrario, la manzana o frutas en general y la coca cola son los alimentos que consideraron dañan menos la dentadura.

En el hermano país de El Salvador, como parte de un trabajo colaborativo entre la Universidad del Salvador y la Secretaría de Salud Pública del Municipio Vicente López, el cual tenía por objetivo demostrar que se pueden modificar los hábitos alimentarios de los escolares con una intervención educativa, se realizó un diagnóstico inicial que incluyó encuesta a los niños sobre hábitos alimentarios, encuesta a los padres sobre hábitos y frecuencia de consumo, y observación directa de los kioscos escolares.

Este diagnóstico reflejó que el 33% de los niños tenía exceso de peso (10% obesidad y 23% sobrepeso), el 46% consumía calorías vacías en cantidades perjudiciales, al igual que los padres de familia. Los kioscos escolares solo vendían comida chatarra.

Luego de las intervenciones educativas, el 75% de los alumnos tenían conocimientos amplios de nutrición, pero no los aplicaban en sus hábitos de consumo. (35)

En nuestro país no existen muchos estudios sobre este tema por lo que se mencionarán los que se han realizado.

En la ciudad de Granada se realizó una encuesta sobre salud escolar en 14 escuelas primarias del departamento. Las encuestas fueron aplicadas a maestros, padres de familia y alumnos. Al preguntarles sobre lo que consideraban un entorno escolar sano, respondieron: "a las condiciones básicas de limpieza, orden y aseo del centro en general", "es mantener un ambiente sano y agradable". (16)

Así mismo, al observar la técnica del cepillado en los niños, se demostró que el 66.9% tenían mala técnica de cepillado; el 83.5% tenían una adecuada técnica de lavado de manos, sin embargo el 41% tenía deficiente higiene de las manos; alrededor del 70% de los alumnos de los cuatro municipios en donde se realizó la encuesta, desconocían las medidas para la prevención del dengue.

En el departamento de Managua se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en la comunidad educativa.

En su mayoría los alumnos conceptualizaron "salud", como estar bien y "estar sanos"; se sienten saludables cuando están alegres, contentos, animados, fuertes y con energía; de igual manera consideraron que tener buena salud es tener adecuada higiene personal, buena alimentación y realizar acciones preventivas. La higiene personal tiene que ver con el baño diario, cambio de ropa, lavado de manos antes de preparar los alimentos, antes de comer y de ir al servicio higiénico, así como también el lavado diario de dientes. (11)

Algunos hábitos de higiene que practican en su casa y escuela son el aseo personal y lavado de manos, limpieza general de la casa y del aula, colocar la basura en recipientes, ordenar las sillas, limpieza de pizarras y lavado de servicios higiénicos, manipulación adecuada de los alimentos, cocinarlos bien y mantenerlos tapados.

Los alimentos que consideraron se pueden comer fuera de la casa, son refrescos embotellados y comidas empacadas.

Las formas de prevenir el dengue y la malaria que mencionaron los niños, fueron la fumigación, mantener la casa limpia y uso de mosquiteros por la noche. Para prevenir la diarrea, lavarse las manos con agua y jabón después de ir al servicio y antes de comer. Y para prevenir la tos y el catarro deben tener buena alimentación, usar ropa y zapatos.

Para mantener buenas relaciones con los amigos y familiares, los alumnos consideran necesario ser amistosos y comunicativos. Así mismo, consideraron que las características importantes de una persona deben ser ayudar a los demás y decir la verdad.

Mencionaron que las ventajas que tiene para la salud el hacer ejercicios, son que favorece la circulación sanguínea y el trabajo del corazón. En su mayoría los escolares realizan actividad física entre una y dos veces por semana.

Los tipos de drogas más conocidas son la marihuana, cocaína, pega, alcohol y cigarrillos. Un porcentaje significativo de los alumnos ha fumado y tomado licor.

Con respecto a las formas de cómo se expresa la violencia en una persona, mencionaron que física y verbalmente.

III. JUSTIFICACIÓN

La promoción de la salud en el ámbito escolar se ha realizado en nuestro país desde hace varios años, sin embargo no se ha conocido el impacto obtenido en la adopción de prácticas saludables en los alumnos.

El Ministerio de Salud tiene como parte de su misión desarrollar y garantizar servicios de promoción de la salud con la participación de la familia y la comunidad, para lo cual uno de los lineamientos definidos en la Política Nacional de Salud es el "Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud", el cual se operativizará a través de varias estrategias, siendo dos de ellas el fomento de ambientes y entornos saludables priorizando los espacios educativos; y coordinación con el sistema escolar, formular e implementar programas obligatorios que fomenten prácticas saludables en los escolares.

Es por ello importante conocer las diferentes experiencias puestas en marcha en el país, enfocadas a promover estilos de vida saludables en los estudiantes, su implementación y resultados obtenidos. Una de estas experiencias es la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables.

Los resultados de este estudio serán de utilidad en primera instancia al personal docente, quienes están en contacto directo con los estudiantes; al personal de salud relacionado con la promoción de la salud en el ámbito escolar y a los funcionarios del Ministerio de Salud, pues les dará insumos para orientar la temática de la promoción en salud dirigida a este grupo de población.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De qué manera se ha implementado la promoción de la salud en escuelas de tres departamentos del país, durante los meses Junio - Julio del 2005?

¿Es posible identificar las características generales de los alumnos en estudio?

¿Cuáles son los factores internos y externos relacionados a implementación de la promoción de la salud en las escuelas seleccionadas?

¿Cuáles son los conocimientos que tienen los estudiantes de primaria para el autocuidado de su salud, en las escuelas seleccionadas?

¿Cuáles son las prácticas saludables de los estudiantes de primaria en las escuelas investigadas?

¿Cuáles son las principales temáticas en salud, de interés para los estudiantes estudiados?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la implementación de la promoción de la salud en escuelas de tres departamentos del país, durante los meses Junio - Julio del 2005.

Objetivos específicos

1. Conocer las características generales de los alumnos.
2. Identificar los factores internos y externos relacionados a la implementación de la promoción de la salud en las escuelas seleccionadas.
3. Identificar los conocimientos que tienen los escolares para el autocuidado de su salud.
4. Determinar las prácticas saludables de los estudiantes incluidos en el estudio.
5. Identificar las principales temáticas en salud, de interés para los estudiantes.

VI. MARCO DE REFERENCIA

VI. a) Aspectos conceptuales

Conocimiento: es el grado de comprensión de determinados tópicos.

En el presente estudio se corresponden al grado de comprensión que los estudiantes encuestados tienen sobre el cuidado de su propia salud, la de su familia y la escuela.

Prácticas: son las acciones que realizan los individuos ante determinadas circunstancias o situaciones.

En este estudio las prácticas saludables son las diferentes acciones que realizan los estudiantes encuestados para garantizar un adecuado estado de salud personal, en su hogar y la escuela.

Aunque no existe un programa estructurado de promoción de la salud en las escuelas, se ha hecho mucho énfasis que los escolares conozcan y adopten estilos de vida saludables enfocados principalmente a: agua segura y prácticas para el manejo de la misma, disposición de excretas, aguas residuales y basura, medidas higiénico - sanitarias personales, sexualidad responsable, prevención de las ITS y SIDA, autoestima, nutrición adecuada y prevención de enfermedades crónico degenerativas.

Promoción de la salud: es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios, para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, cualquier persona o colectivo debe poder discernir y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y evolucionar con su entorno o adaptarse a él. (10)

La promoción de la salud en el ámbito escolar incluye tres componentes esenciales (30):

1. Educación para la salud con enfoque integral.

La educación para la salud con un enfoque integral procura responder a las necesidades de los alumnos en cada etapa de su desarrollo. La educación en salud en el ámbito escolar no se limita a transferir información en la materia, sino que busca desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas que contribuyan a adoptar modos de vida más sanos.

La iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables orienta el enfoque pedagógico de habilidades para la vida, que modifica la visión de los programas educativos tradicionales, orientados principalmente al suministro de información. Su énfasis es la aplicación de los conocimientos a la vida real, el cambio de actitudes y valores, así como la adquisición de habilidades que les serán útiles en su vida actual y futura. (42)

Las categorías de habilidades para la vida se centran en aptitudes sociales, prevención de la violencia y promoción de la salud.

El desarrollo curricular trata de ofrecer un programa secuencial y planificado, que se lleve a cabo a lo largo de toda la experiencia estudiantil, desde la etapa pre-escolar hasta la pre-universitaria. Un plan de esta naturaleza será tanto más efectivo cuanto más se integre con el resto de las materias. En este sentido, la reforma educativa que se está llevando a cabo en varios países de la Región representa una valiosa oportunidad para integrar los aspectos de promoción y educación para la salud en los planes de estudio.

2. Creación de entornos saludables.

Es importante que las escuelas cuenten con un ambiente físico seguro, limpio y estructuralmente apropiado, que asegure una atmósfera psicosocial armónica y estimulante. Esto determina el clima emocional y las interacciones sociales que afecten el bienestar y la productividad de los estudiantes y del personal escolar.

En este componente se integran las habilidades para la vida, que comprende las actividades teóricas y prácticas que permiten a los niños y jóvenes desarrollar sus relaciones personales, aprender a utilizar los recursos de la comunidad y adoptar comportamientos saludables.

Otro aspecto importante del entorno saludable en la escuela, es la promoción del ejercicio físico.

3. Provisión de servicios de salud.

La mera información didáctica resulta insuficiente y debe ir acompañada de reconocimientos médicos que brindan una excelente oportunidad para la

detección temprana de deficiencias o enfermedades. La ventaja de los servicios escolares de atención de la salud es que, al ser los niños y adolescentes, un blanco de acción bien definido y ubicado en un solo lugar, su crecimiento y desarrollo pueden supervisarse y evaluarse con facilidad.

Escuela Amiga y Saludable: es un espacio en el que los niños, niñas y adolescentes construyen, practican y desarrollan conocimientos, habilidades y destrezas para la vida, en un entorno saludable, seguro, integrador, protector, respetuoso de las diferencias y de la diversidad cultural; contando con la participación activa de los niños, niñas y adolescentes, educadores, padres de familia y la comunidad. (41)

Son componentes de una escuela amiga y saludable los siguientes:

- Aprendizaje de calidad, calidez y éxito.
- Condiciones físico - ambientales amigables y seguras.
- Higiene escolar y saneamiento ambiental.
- Salud y nutrición escolar.
- Ciudadanía y democracia.

VI.b) Implementación de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables

Con la firma del Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (MECD) y la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (ENACAL), se desarrolla la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables. Dicho convenio tiene como propósito garantizar que los centros educativos de Nicaragua brinden

condiciones adecuadas para lograr un armonioso desarrollo biológico, psicológico y social, en un ambiente de bienestar institucional y comunal.

Según el marco conceptual de esta iniciativa, la implementación de la misma se basa en los siguientes ejes estratégicos:

- Un abordaje holístico de la realidad, donde educación y salud se fortalecen mutuamente.
- La participación - acción en la identificación de los problemas y búsqueda de soluciones.
- La articulación interinstitucional y de la sociedad civil en el nivel local y nacional.
- La formación de recursos nacionales en la metodología de habilidades para la vida.
- La sistematización de la experiencia y la socialización del aprendizaje.
- El respeto a las diferencias, diversidad y la aplicación de los derechos de la niñez como ejes transversales de las acciones.

Para que una escuela pueda llegar a ser amiga y saludable, debe pasar por las siguientes acciones:

1. Información y sensibilización de la comunidad educativa sobre la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables. Su propósito es informar a la comunidad educativa cómo funciona y qué debe hacer una escuela para llegar a ser amiga y saludable.
2. Demanda y compromiso de la comunidad educativa y el municipio para participar en la Iniciativa. Una vez que la escuela conoce la Iniciativa y ha analizado las ventajas y compromisos que implica para cada uno de los

miembros de la comunidad educativa su involucramiento, se toma la decisión de participar y lo expresan formalmente a través de una comunicación escrita firmada por todos los miembros del consejo escolar.

3. Elaboración de un autodiagnóstico participativo de la situación de la escuela. El autodiagnóstico debe ser elaborado por la propia comunidad educativa de la escuela para identificar los problemas más importantes de la escuela y las posibles soluciones. Esto permitirá establecer en que situación se encuentra la escuela al momento de integrarse a la Iniciativa, así como medir los avances.
4. Elaboración y desarrollo del plan de trabajo participativo de la escuela. Es necesario contar con un Plan de Acción que establezca los objetivos, las actividades, el cronograma de ejecución, los resultados y logros que se espera obtener, respondiendo a las necesidades encontradas en el diagnóstico y las prioridades establecidas por la comunidad educativa.
5. Monitoreo participativo. El consejo escolar se reunirá periódicamente para conversar sobre cómo han avanzado, cuales son los logros, las dificultades, cuales son las situaciones no planificadas, qué cosas hay que ajustar. Es muy importante tomar en cuenta el tiempo de cumplimiento que se propuso al inicio en el Plan.
6. Evaluación y certificación. La certificación de la escuela lo hará un comité externo encargado de dicha función, el que estará capacitado y

contará con los instrumentos idóneos para evaluar a las escuelas. El proceso de certificación se hará sobre la base de requisitos mínimos, instrumentos de información y monitoreo, estableciéndose períodos para la certificación de las escuelas².

VI.c) Datos generales de la población escolar

En las Américas hay una población de más de 220 millones de niños y adolescentes entre 5 y 18 años de edad, de los cuales 41 millones viven en México, Centroamérica y el Caribe de habla hispana. (34)

Durante el último decenio del siglo XX se realizaron avances considerables en el mejoramiento de algunos problemas que tradicionalmente han afectado a niños, niñas y jóvenes de la Región. Los principales logros se hicieron en el campo de los derechos sociales (salud, nutrición y educación), en gran medida como resultado del estímulo internacional que brindó en 1990 la Cumbre Mundial de la Infancia. (8)

En este sentido durante la última década del siglo XX, el número de alumnos inscritos en las escuelas primarias en la Región de las Américas aumentó de 61 millones en 1990 a 71 millones en 1998, mientras que la población infantil no escolarizada disminuyó de 11 millones en 1990 a 6 millones en 1998. La importancia de la promoción de la salud en el ámbito escolar es indiscutible si se considera la elevada tasa de inscripción en la escuela primaria; y representa

² Las características y composición del comité de certificación, así como sus instrumentos aún no han sido diseñados

una oportunidad única para fortalecer el desarrollo psicosocial, impartir conocimientos sanitarios, crear hábitos higiénicos y fomentar modos de vida saludables. La escuela, como centro de enseñanza, aprendizaje, convivencia y desarrollo en el que se imparten valores fundamentales, es el lugar ideal para la aplicación de los programas de promoción de la salud. (16)

En Centroamérica la matrícula de primaria está entre el 50% en Guatemala y el 89% en Costa Rica. El porcentaje de niños y niñas que ingresan al primer grado y alcanzan el quinto grado oscila entre el 88% como máximo en Costa Rica y 50% como mínimo en Guatemala³.

Para el año 2001, en Nicaragua la educación primaria tuvo una tasa neta de escolarización del 81.1%, que es la matrícula en el rango de 7 - 12 años. (5)

Pese a los logros durante los últimos años, todavía hay muchos problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable de niños y jóvenes en América Latina y el Caribe. El perfil de las condiciones de salud infantil y juvenil se teje en el contexto de grandes inequidades sociales, económicas, geográficas, étnicas, de género y en el acceso a servicios básicos como salud y educación que todavía prevalecen y caracterizan la Región.

VI. d) Informes y estudios sobre la población escolar

El perfil sanitario de los países de América Latina y el Caribe se caracteriza por la llamada transición epidemiológica, la superposición o acumulación de

³ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 2000.

distintos patrones de enfermedad y la desigualdad de estas en la población. Si bien durante los últimos años en la mayoría de los países ha habido una transición gradual de la carga de enfermedad del grupo de enfermedades transmisibles a los grupos de las no transmisibles y las lesiones, las primeras no han sido eliminadas por completo. (31)

El grupo de enfermedades no transmisibles y lesiones se han caracterizado por accidentes, lesiones provocadas, enfermedades mentales y problemas asociados al comportamiento, afecciones crónicas, enfermedades emergentes y reemergentes, y otros problemas de salud que tienen raíces en factores psicosociales y ambientales prevenibles.

Se estima que todavía cerca de 600,000 niños y adolescentes mueren cada año en Iberoamérica como consecuencia de afecciones que hubieran podido prevenirse, las que pueden agruparse en tres grandes categorías: (8)

1. Muertes debidas a enfermedades prevenibles mediante vacunación oportuna, o como consecuencia de desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, falta de agua potable y ausencia de sistemas para la eliminación de excretas.
2. Muertes ocasionadas por afecciones que podrían haberse tratado con éxito mediante el acceso oportuno a servicios de salud de buena calidad.
3. Muertes ocasionadas por violencia, ya sea por acción directa (homicidio) o negligencia (accidentes).

Pese a que se han logrado avances importantes en la disminución de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe, todavía hay altas tasas de deficiencia de micronutrientes y desnutrición crónica, especialmente en algunos países con población numerosa y tasas elevadas de mortalidad infantil.

Estudios sobre micronutrientes realizados en algunos países centroamericanos muestran cifras variables de prevalencia de anemia en escolares: Panamá 47%, Guatemala 36.7% y El Salvador 12.8%. (28)

Aunque en nuestro país no tenemos información sobre anemia en escolares, los reportes del primer año del Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones en Nutrición (SIVIN), indica una reducción significativa en la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años (25.9%) en relación al año 2000 (33.5%), así mismo hay un progreso sostenido en el control de la deficiencia de Vitamina A en este mismo grupo (proporción menor al 2.3%). (39 y 26)

Estudios de prevalencia de bocio en escolares entre 7 y 14 años, realizados en Centroamérica y República Dominicana entre los años 1987 y 1999 demostraron que este era un problema moderado. La prevalencia fue mayor en niñas y con residencia en área rural. (28)

Una consecuencia típica de la desnutrición es que, a través de variables neuropsicológicas intermedias, afecta considerablemente el rendimiento escolar. Adicionalmente los niños desnutridos no asisten al colegio con regularidad o lo abandonan por completo y repiten años con frecuencia. En

consecuencia, la desnutrición infantil es una de las causas principales de disminución de la eficiencia y eficacia de los sistemas educativos. (8)

El desarrollo del niño a los 7 años edad considera el resultado de las condiciones ambientales, potencial genético y la interacción entre ambos. Los censos de talla constituyen un elemento importante de la vigilancia epidemiológica nutricional, porque permite evaluar los cambios registrados en el tiempo.

Los países centroamericanos, incluyendo Panamá, Belice y México han realizado censos de talla en escolares de primer grado en diferentes años, desde 1986 (Guatemala) hasta el 2004 (Nicaragua). Los promedios nacionales de prevalencia de retardo en talla de cada país se encuentran entre 7.4% (Costa Rica) y 40.6% (Honduras)⁴. (28)

En Nicaragua, el retardo en talla de los escolares de 6 - 9 años, es del 27.2 % en el año 2004, observando las mayores prevalencias en los niños de 8 y 9 años. Según la clasificación de vulnerabilidad nutricional determinada, los departamento de Estelí y Nueva Segovia con vulnerabilidad muy alta, mientras Estelí se clasificó moderada. (19)

La baja estatura como resultado de la desnutrición anterior se asocia con una disminución de masa corporal magra, deficiencia en la fuerza muscular y capacidad de trabajo. La masa corporal baja en adolescentes se relaciona con una menor masa ósea a comienzos de la edad adulta y puede originar mayor

⁴ Se tomaron en cuenta únicamente los resultados de Censos de talla realizados después del año 1993.

riesgo de osteoporosis en el período postmenopáusico. Los riesgos de bajo peso al nacer y cesárea en el parto son mayores en madres de más baja estatura. (28)

Aunque el problema de desnutrición es serio en la región, un reto nutricional actual principalmente en escolares de las áreas urbanas y metropolitanas, es evitar la aparición de la obesidad. La aparición de la obesidad en la niñez es multifactorial y compleja, como parte de estos factores están la herencia, el sedentarismo, excesivo consumo de alimentos y hábitos alimentarios inadecuados.

Sin embargo, los comportamientos alimentarios en la población escolar están influenciados por diversos factores, entre ellos los predisponentes (conocimientos, actitudes y creencias), los habilitadores (vinculados con la motivación, autoevaluación, intención de realizar el comportamiento y autoeficacia) y los facilitadores e influyentes (familia, amigos redes sociales, medios de comunicación).

El comportamiento aprendido juega un papel de consideración. Si una familia tiene costumbre de comer o beber algo por la noche, es probable que todos sus miembros desarrollen el mismo hábito aunque no tengan hambre. La adquisición de hábitos alimentarios perjudiciales se desarrolla en edades tempranas y una vez adquiridas, es difícil modificar esos hábitos en la edad adulta. (29)

Todos los factores mencionados juegan un papel importante en la adecuada nutrición de la población, y en especial de los escolares. Sin embargo, el

concepto de seguridad alimentaria y nutricional incorpora otros elementos: es un estado en el cual todas las personas gozan en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al desarrollo humano. Son sus pilares la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico. (19)

Como se mencionó anteriormente, la obesidad es un problema está siendo cada vez más frecuente en los escolares, siendo otro factor importante que contribuye a la obesidad es la inactividad física. El ejercicio regular y vigoroso puede ayudar a un niño a gastar la energía necesaria para compensar el consumo diario de alimentos. Según estudios realizados en Costa Rica el 60% de niños y adolescentes son inactivos, los escolares entre 10 y 13 años dedican entre 3.2 y 3.8 horas diarias en ver programas de televisión (28). Así mismo se ha encontrado que el 15% de escolares presentan riesgo de obesidad, teniendo las niñas mayor prevalencia de sobrepeso⁵.

Pero además la educación física y el deporte desarrollan en los niños capacidades como la percepción espacial, la coordinación motora, la agilidad y el equilibrio. A nivel social, los menores aprenden a asumir ciertas responsabilidades, comprenden las normas establecidas, y vivencian los éxitos y fracasos. Así mismo, se han propuesto otras razones por las que los niños deben practicar deporte y son la motivación del logro, búsqueda de la excelencia, diversión y la necesidad de afiliación.

⁵ Encuesta Nacional de Nutrición de Costa Rica. 1996.

Los especialistas coinciden en que la realización de actividad física durante la niñez favorece el proceso de crecimiento, debido a la estimulación que se produce a nivel de tejido óseo y muscular.

Un problema que está afectando cada vez más a la población en edad escolar, es el uso de drogas.

La Organización Mundial de la Salud define droga como sustancias naturales o químicas, que introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración, es capaz de actuar en el sistema nerviosos central y producir un cambio en la conducta de las personas, creando en su mayoría dependencia psíquica o física. (6)

Los estudiantes peruanos de primaria inician el uso de drogas a partir de los 8 años, en el siguiente orden: bebidas alcohólicas en un 10%, tabaco 3.38%, y entre 0.11% y 0.04% consumen inhalantes, marihuana o cocaína.

En Nicaragua se tiene información que el 4.4% de estudiantes de primaria ha consumido drogas. Esta situación se agrava porque el 2.6% de los mismos ha vendido drogas. (20)

Hay muchas corrientes científicas que explican la drogodependencia en el ser humano. Una de ellas es la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias, que explica que el hombre tiene períodos experimentales importantes en la formación de su cerebro emocional, siendo uno de ellos la adolescencia. Otras corrientes dan a la familia un papel preponderante, pues esta necesita

garantizar su existencia y promover adecuadamente la transmisión sucesiva de valores conquistados. (4)

Los principales problemas de salud de los adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe difieren bastante de los de la población infantil y se asocian principalmente, con los cambios físicos y psicosociales que caracterizan esta etapa del ciclo evolutivo, con las condiciones del entorno que los rodea y con el apoyo y oportunidades que reciben de la sociedad a la que pertenecen.

Los adolescentes y jóvenes mueren principalmente como consecuencia de actos violentos (accidentes, homicidios y suicidios) que ocasionan en promedio 40% de las muertes en este grupo. La mortalidad es mayor en el sexo masculino y en los adolescentes y jóvenes entre los 15 y 24 años de edad. (33)

Además de las consecuencias éticas y la pérdida económica que representa, la mortalidad en este grupo tiene repercusiones psicosociales enormes: por cada niño o adolescente que muere como consecuencia de un accidente o acto violento, hay 15 que sufren secuelas graves y otros 30 o 40 que requerirán tratamiento médico, psicológico o rehabilitación. Los accidentes automovilísticos son la causa principal de muerte violenta de adolescentes en Iberoamérica. El homicidio es una causa de mortalidad en Colombia, en donde ocasiona 54% de las muertes en este grupo de edad, en comparación con el Ecuador, en donde representa sólo el 11% del total. (8)

En Nicaragua la violencia social⁶ está tomando gran importancia y según datos de la Policía Nacional, el 10% de víctimas de delitos es menor de 18 años. (7)

En un estudio del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, se evaluó las actitudes violentas de los alumnos de primaria, encontrando que el 4.7% llevan armas a la escuela y el 53.7% de los estudiantes manifestó que se defienden a golpes. (20)

La violencia intrafamiliar es uno de los elementos generadores de mayor inestabilidad emocional y física en las etapas de la niñez y adolescencia, afectando el desarrollo humano e incidiendo en una baja autoestima. Se practica como un ejercicio de poder y en muchas familias está asociada al método de educación empleada con hijos e hijas, ocasionando una transmisión intergeneracional de la violencia "vía" la educación.

Aunque la información disponible sugiere que en Latinoamérica en general, la tasa de fecundidad de las adolescentes es menor ahora que hace 30 años, esta tendencia no se mantuvo durante la última década e incluso es posible que esté aumentando nuevamente (2). Los países con la tasa de fecundidad adolescente más alta son Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador y Venezuela. En general, los países de Centro América tienen una tasa de fecundidad mayor (87 x 1,000) que los países del Caribe (78 x 1,000) y los de Sudamérica (75 x 1,000). (33)

⁶ De acuerdo a la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la mujer, niñez y adolescencia, violencia social se entiende como todas las formas de violencia que ocurren en la sociedad, especialmente en el ámbito público.

Específicamente en nuestro país, la tasa de fecundidad en adolescentes es de 19 x 1,000. (15)

La población adolescente enfrenta los riesgos involucrados en la iniciación temprana de las relaciones sexuales en el contexto de una gran vulnerabilidad. De acuerdo al estudio realizado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, el 7.2% de los escolares de primaria ha tenido relaciones sexuales y el 20.5% de los estudiantes de secundaria. (20)

Esta situación se agrava si se toma en cuenta que según el estudio anterior, del total de estudiantes de secundaria que habían tenido relaciones sexuales, el 67.4% no utilizó métodos de planificación familiar; y de los que no habían iniciado su vida sexual, el 20.7% no utilizaría estos métodos porque es pecado.

Otra consecuencia importante son las infecciones de transmisión sexual que, casi siempre afectan a los adolescentes con una mayor severidad. Se ha informado, por ejemplo que cada año 15% de adolescentes entre 15 - 19 años contraen tricomoniasis, clamidia, gonorrea y sífilis. (3)

En Nicaragua, en el año 2004 la población adolescente de 10 - 14 años representa el 2.2% del total de casos de Infección de Trasnmisión Sexual, y los de 15 - 19 años el 25.2% del total. En este último grupo etáreo, las infecciones que predominan son gonorrea, condiloma acuminado y sífilis adquirida. (24)

De acuerdo a un informe 1,660,000 personas se han infectado con el VIH / SIDA en Latinoamérica, de las cuales aproximadamente 37,600 son niños y niñas entre 0 - 14 años de edad. (43)

El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático en los últimos años. Cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos, correspondiendo a la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes de entre 15 a 24 años de edad, y la sexta causa de muerte para aquellos de entre 5 a 14 años. 1)

En Nicaragua las lesiones autoinflingidas⁷ se han venido incrementando en el transcurso de los años. El Ministerio de Salud mantiene vigilancia activa de este problema a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones en cinco hospitales el país. En el período comprendido de Marzo 2003 a Febrero 2004, se registraron 490 pacientes atendidos por lesiones autoinflingidas; en ambos sexos la edad menor fue de 9 años. Casi el 10% de estas lesiones se encuentra entre los 5 a los 14 años. Los métodos más usados para llevar a cabo estas lesiones fueron fármacos para los no fatales y plaguicidas, para los fatales. (37)

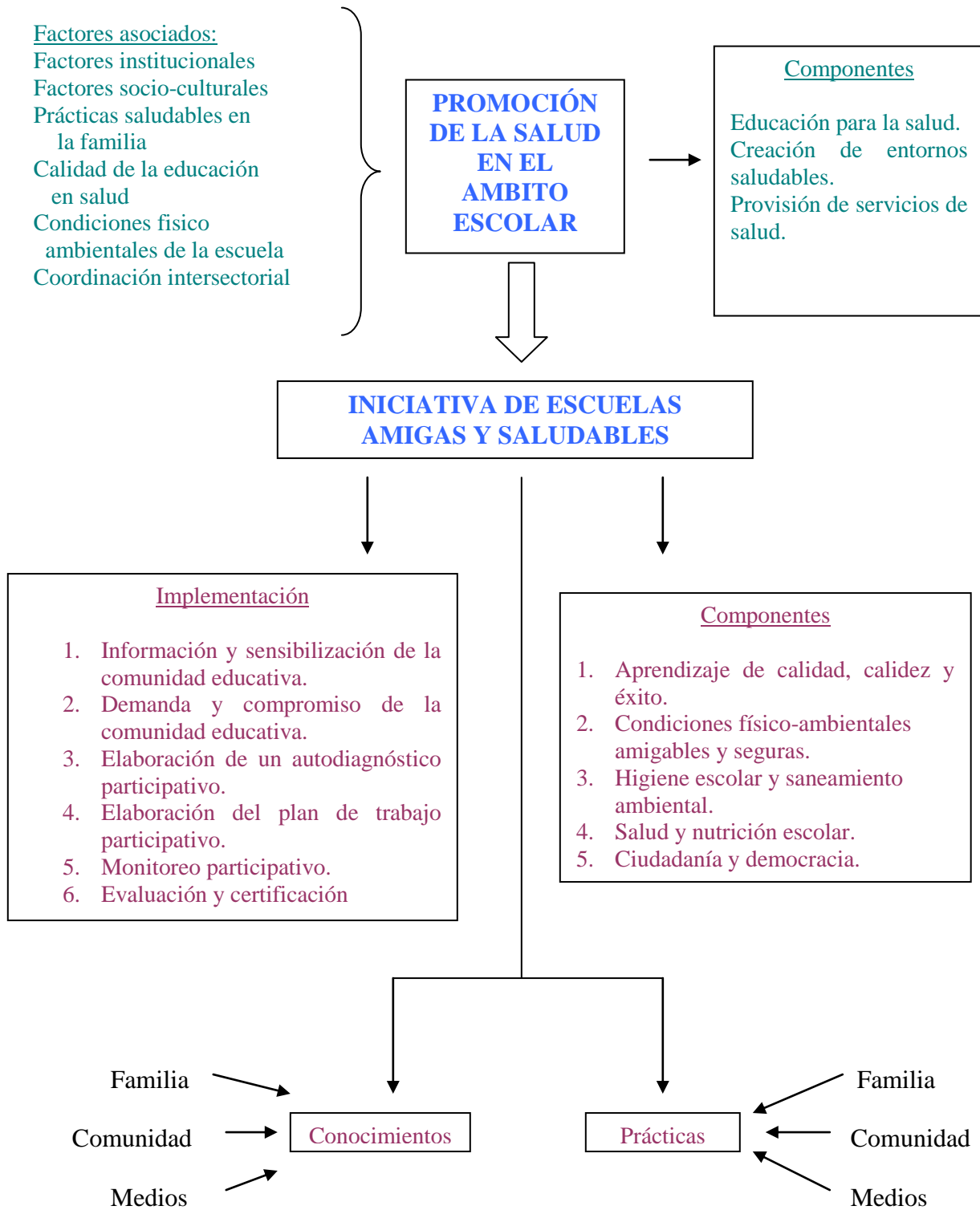
Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés.

⁷ Las lesiones autoinflingidas son aquellas provocadas por uno mismo, con el fin de causarse daño, incluso la muerte.

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión.

Los especialistas en la materia mencionan algunas señales que pueden indicar que el niño o adolescente está contemplando el suicidio, sin embargo todos están de acuerdo en que los intentos suicidas son una clara señal premonitora de un suicidio.

Modelo teórico



VII. DISEÑO METODOLOGICO

a) *Tipo de estudio:* descriptivo de corte transversal.

b) *Universo:* Total de estudiantes de cuarto a sexto grado de primaria de las escuelas en donde se ha implementado la iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables, en los departamentos de Nueva Segovia, Matagalpa y Estelí.

c) *Muestra:* se realizó el muestreo en tres etapas.

En la primera etapa se eligió la muestra de los municipios en donde se esté implementando la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables. La segunda etapa consistió en la selección de las escuelas a visitar para encuestar a los alumnos. Tomando en cuenta la representatividad de los municipios, se incluyeron en el estudio el 50% de los municipios de cada SILAIS y de cada municipio, se incluyeron el total de escuelas correspondientes.

Total de municipios seleccionados:

- ✓ Estelí: 3
- ✓ Nueva Segovia: 2
- ✓ Matagalpa: 2

Los municipios se eligieron por conveniencia, los que tuvieran mayor accesibilidad geográfica, siendo estos: Estelí, Condega, La Trinidad, San Fernando, Dipilto, Matagalpa y Sébaco.

El número de escuelas incluidas fue 22, correspondiendo a 8 escuelas al departamento de Estelí, 6 de Nueva Segovia y 8 de Matagalpa; corresponden al 50% del total de escuelas por municipio que están implementando la Iniciativa de Escuela Amigas y Saludables.

En la tercera etapa se calcularon la cantidad de los estudiantes a encuestar, de cuarto a sexto grado de primaria de las escuelas seleccionadas; para ello se utilizó el Programa Epi Info, versión 6.02 reflejando los siguientes resultados:

- Tamaño poblacional: 3,756 estudiantes
- Prevalencia estimada del 0.5%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño de la muestra: 182 estudiantes. Al desconocer la prevalencia, este resultado se multiplicó por 1.5%, correspondiendo la muestra a **273 alumnos**.

Teniendo la cantidad total de estudiantes a encuestar y el número de escuelas, se procedió a la seleccionar el número de alumnos por cada una de las escuelas (Ver anexos, tabla No. 1), en conjunto con los encuestadores, ya que ellos conocían mejor el volumen de estudiantes de cada escuela.

Una vez teniendo el número de estudiantes por escuela, estos fueron seleccionados aleatoriamente por sorteo.

Al revisar las encuestas recogidas se eliminaron cinco, pues no cumplían con los criterios de inclusión, quedando un total de **268 alumnos encuestados**.

d) Unidad de análisis: estudiantes de cuarto a sexto grado de primaria.

e) Control de sesgos: el sesgo de selección se disminuyó al escoger la muestra de estudiantes a ser encuestados, de forma aleatoria. De igual manera al aplicar criterios de inclusión para municipios, escuelas y estudiantes, los que se describen posteriormente.

También se consideró evitar el sesgo de información al seleccionar solamente a los alumnos que estuvieran cursando entre el cuarto y sexto grado de primaria, dado que por su edad pueden brindar información más fidedigna y clara que los niños menores.

Otro sesgo muy importante que se tomó en cuenta fue el de confusión. En el caso de la presente investigación se realizó estratificación de las variables correspondientes al segundo objetivo por departamento, es decir se analizaron los factores internos y externos relacionados a la implementación de la promoción de la salud en las escuelas por cada departamento estudiado, dada la posibilidad de encontrar diferentes niveles de implementación de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables.

f) Criterios de inclusión:

- ✓ Municipios:
 - a. Municipios que tengan escuelas participando en la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables.

- ✓ Escuelas:
 - a. Escuelas que tengan al menos un año de estar implementando la promoción de la salud, en el marco de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables.

✓ Estudiantes:

- a. Estudiantes que en el año anterior cursaron en la misma escuela seleccionada.
- b. Estudiantes que asistan regularmente a clases, conforme listas de asistencias.

g) Fuente de información: la fuente de información fue primaria a través de los alumnos, e informantes claves de las diferentes escuelas, siendo estos últimos los directores y maestros de las escuelas seleccionadas.

h) Técnicas de recolección de la información: Se aplicó una encuesta a cada estudiante seleccionado con el objetivo de identificar los conocimientos sobre el autocuidado de la salud, así como las prácticas saludables de los mismos. (Instrumento No. 1)

De igual manera se aplicó una encuesta al director y maestros de cada escuela incluida en el estudio, con el fin de conocer en qué forma se ha implementado la promoción de la salud en las escuelas. (Instrumento No. 2)

Una tercera técnica utilizada fue la de observación, tanto a los alumnos encuestados con el propósito de valorar las prácticas saludables a través de la observación de las condiciones de higiene personal de los mismos, como del ambiente escolar en el cual se desenvolvían los niños. (Instrumentos No. 3 y 4)

i) Recolección de la información: para recolectar la información se capacitó a los responsables de la implementación de la iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables en los SILAIS y delegaciones departamentales del MECD, de los tres departamentos seleccionados, con el propósito de darle seguimiento al llenado de los diferentes instrumentos de la investigación, así como al retorno de la información una vez recolectada. Estos recursos, con el apoyo de los directores de las escuelas y maestros de las aulas de cuarto a sexto grado, aplicaron los instrumentos en cada una de las escuelas seleccionadas.

j) Validación de los instrumentos: Los instrumentos correspondientes a encuestas se validaron previo a su aplicación, en una escuela de Matagalpa.

Los principales cambios realizados en los instrumentos fueron en relación a la comprensión por parte de los estudiantes a algunas preguntas, especialmente las dirigidas a nutrición, violencia y salud sexual y reproductiva. La encuesta dirigida a personal docente no tuvo cambios.

k) Variables:

✓ Características generales de los alumnos:

Edad

Sexo

Escolaridad

Responsable o tutor

Municipio

Departamento

- ✓ Factores internos y externos relacionados a la implementación de la promoción de la salud en la escuela :

Internos: Plan de trabajo en la escuela

Rol del docente en la promoción de la salud

Promoción de la salud incorporada en el currículum escolar

Externos: Presencia de murales alusivos a la salud

Escuela limpia

Disponibilidad de alimentos saludables en el bar escolar

Consumo de agua segura

Disposición de basura

Disposición de excretas

Presencia de lavamanos.

Disposición de aguas residuales

- ✓ Conocimientos que tienen los escolares para el autocuidado de su salud:

Concepto de salud

Enfermedades transmitidas por vectores

Enfermedades infecciosas

Infección de Transmisión Sexual

VIH / SIDA

Embarazo

Nutrición

Adicciones

Violencia

Higiene personal

Higiene ambiental
Práctica de deporte
Suicidio

✓ Prácticas saludables de los escolares estudiados:

Cuidados básicos de la salud
Prevención de enfermedades transmitidas por vectores
Prevención de enfermedades infecciosas.
Prevención de Infección de Transmisión Sexual
Prevención del VIH / SIDA
Prevención del embarazo
Acceso a sustancias adictivas
Respuesta ante situaciones de estrés
Higiene personal
Higiene ambiental
Actividad física

Una vez definidas las variables por cada objetivo específico, se procedió a la operacionalización de las mismas, estableciendo una escala para cada variable de acuerdo a valores definidos. De aquí surgen las escalas de "adecuado" o "inadecuado", "violenta" o "no violenta". (Ver anexos)

m) Procesamiento de la información: Para el análisis de la información se creó una base de datos en el programa SPSS, versión 12.0, en correspondencia con las variables descritas previamente.

n) Presentación de los resultados: Los resultados se presentan en tablas y gráficos, los que se ubican en los anexos del presente documento.

VIII. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se presentan de acuerdo a la escala y valores definidos en la operacionalización de las variables. (Ver anexos)

Características generales de los alumnos

Se encuestaron un total de 268 estudiantes que cursaban entre cuarto y sexto grado de primaria, de 22 escuelas incluidas en el estudio. Las edades estuvieron comprendidas en menores de 10 años con 33 alumnos (12.3%), 10 - 12 años con 150 (56%) y de 13 - 15 años, 85 alumnos (31.7%). (Ver anexos, tablas No. 1 y 2, gráfico No. 1)

Predominó el sexo masculino con 156 estudiantes y el femenino con 112, correspondiendo al 58% y 48%, respectivamente. (Ver anexos, tabla No. 2, gráfico No. 2)

La escolaridad de los estudiantes correspondió a cuarto grado con 85 escolares, siendo el 31.7% del total, quinto grado 81 estudiantes, con el 30.2% y sexto grado, 102 escolares con el 38%. (Ver anexos, tabla No. 2, gráfico No. 3)

Del total de alumnos encuestados, 189 estudiantes (71%) tenían como responsable o tutor a mamá y papá, 59 (22%) solamente tenían a mamá (22%), en menor porcentaje 10 (4%) a otro familiar fuera del núcleo familiar, 8 (3%) solo papá y 2 (1%) a otro familiar. (Ver anexos, tabla No. 2, gráfico No. 4)

De los 268 alumnos estudiados 63 (23.5%) proceden de Nueva Segovia, 30 (11.2%) de Dipilto y 33 (12.3%) de San Fernando; 105 proceden de Estelí (39.2%), 52 (19.4%) del municipio de Estelí, 11 (4.1%) de La Trinidad, 32 (11.9%) de Condega y 10 (3.7%) de Pueblo Nuevo; 100 (37.3%) proceden del departamento de Matagalpa, 58 (21.6%) de Matagalpa y 48 (15.7%) de Sébaco. (Ver anexos, tabla No. 3)

Factores internos y externos relacionados a la implementación de la promoción de la salud en la escuela

De las escuelas incluidas en el estudio, 21 (95%) eran rurales y 1 (5%) urbanas. Las 6 escuelas de Nueva Segovia y 8 de Matagalpa eran rurales, correspondiendo al 100%, y en Estelí solamente 7 (87.5%) de ellas eran rurales. (Ver anexos, tabla No. 4)

En relación al plan de trabajo de la escuela, en 22 de ellas (100%) existe dicho plan. (Ver anexos, tabla No. 5)

Al identificar las personas que participaron en la elaboración del plan de trabajo, 22 maestros (40.7%) respondieron que solamente la comunidad educativa había participado, seguido por 12 maestros (22.2%) que mencionaron a la comunidad educativa, personal de salud y comunidad. Continuaron en orden de frecuencia 7 (13%) que mencionaron a la comunidad educativa y personal de salud; 6 (11.1%), la comunidad educativa y comunidad, 4 (7%) solamente maestros 3 (5.5%) una combinación de las anteriores. (Ver anexos, tabla No. 6)

El rol del docente en la promoción de la salud se clasificó según las actividades que estos realizan en la escuela para promocionar la salud. De acuerdo a las categorías definidas, en los departamentos Nueva Segovia, Estelí y Matagalpa, los docentes coinciden en incorporar la promoción de la salud en los temas de clase, respondiendo afirmativamente 9 docentes (53%), 5 (23.8%) y 4 (25%), respectivamente. Le siguió la gestión en sus diferentes formas con 6 maestros (35.3%) en Nueva Segovia, 3 (14.3%) en Estelí y 3 en Matagalpa (18.7%).

En Nueva Segovia y Estelí sus docentes estimulan a los alumnos para elaborar murales alusivos a la salud, correspondiendo a 1 maestro (5.9%) en el primero y 4 (19%) respectivamente. Y solamente en Nueva Segovia 3 (17.6%) docentes reportaron realizar aplicación de flúor a los alumnos.

A pesar de estos resultados, los tres departamentos coincidieron en que la mayoría de sus docentes realizan "otras" acciones diferentes a las mencionadas anteriormente, teniendo en Nueva Segovia a 13 maestros (76.5%), en Estelí a 10 (47.6%) y en Matagalpa 14 de ellos (87.5%). Entre esas "otras acciones" están principalmente dar un buen ejemplo y brindar charlas a estudiantes y alumnos. (Ver anexos, tabla No. 7)

Del total de maestros encuestados, 42 (80%) afirmaron que la promoción de la salud estaba incorporada en el currículum escolar. Al desglosarlo por departamento, Estelí y Nueva Segovia van a la cabeza con 21 (100%) y 16 (94%) de sus maestros, respectivamente; en Matagalpa tan solo 5 docentes (33%) lo afirmaron. (Ver anexos, tabla No. 8)

Las variables correspondientes a los factores del ambiente escolar que facilitan u obstaculizan la promoción de la salud en la escuela, se comportaron de la siguiente manera:

La presencia de murales alusivos a la salud se observaron en 13 (59%) de las escuelas estudiadas. Por departamento, Nueva Segovia tiene estos murales en 5 de sus escuelas, que corresponde al 85% de las mismas, Estelí en 6 para un 75% y Matagalpa, solamente en 2, correspondiendo al 25% de sus escuelas.

De las escuelas incluidas en el estudio 16 (72.7%) se observaron limpias, tanto en las áreas verdes, como en los pasillos. Si lo separamos por departamento, los tres departamentos tuvieron el mismo comportamiento con 5 escuelas (83%) en Nueva Segovia, 7 (87.5%) en Estelí y 6 (75%) en Matagalpa. (Ver anexos, tabla No. 9, gráfico No. 5)

Solamente en 12 escuelas (54.5%) existía bar o alguien llevaba algún tipo de alimento para vender. De estas, 9 (75%) no ofrecían alimentos saludables a los alumnos. Al analizarlo por departamento, 2 escuelas de Nueva Segovia (50%) ofrecían alimentos saludables, 5 de Estelí (83%) y ninguna de Matagalpa que corresponde al 100%. (Ver anexos, tabla No. 9, gráfico No. 6)

En relación al consumo de agua segura en las escuelas estudiadas, 17 (77%) lo practica. Viendo esta variable por departamento, en 4 escuelas de nueva Segovia (67%) se consumía agua segura, 6 de Estelí (75%) y en 7 de Matagalpa (87.5%). (Ver anexos, tabla No. 9, gráfico No. 5)

La disposición de la basura fue adecuada en 17 escuelas, correspondiendo al 77% del total e inadecuada en 5, siendo el 23% de las mismas. Estelí y Nueva Segovia presentaron más del 80% de sus escuelas con disposición adecuada, a diferencia de Matagalpa en que solo el 62.5% lo hacía. (Ver anexos, tabla No. 10, gráfico No. 5)

La disposición de las excretas se hacía de forma adecuada en todas las escuelas, teniendo inodoro en 2 escuelas (9%) y letrina en 20 escuelas (91%). Por departamento el comportamiento es similar. (Ver anexos, tabla No. 11, gráfico No. 5)

La disposición de las aguas residuales se realizaba en las áreas verdes o directamente en la calle en 12 escuelas, correspondiendo al 54.5% de las mismas; 8 escuelas (36.4%) las disponían en sumidero y 2 (9.1%) en el sistema de alcantarillado.

Por departamento esta variable se comportó de manera diferente en cada uno, en Nueva Segovia 4 escuelas (67%) vertía sus aguas residuales en áreas verdes o directamente en la calle y 2 (33%) en sumidero. En Estelí 6 escuelas (75%) lo hacía en sumidero y 1 escuela (12.5%) en sistema de alcantarillado y en áreas verdes o directamente en la calle, respectivamente. En Matagalpa al igual que en Nueva Segovia, el mayor número, 7 escuelas (87.5%) vertía sus aguas residuales en áreas verdes o directamente en la calle y tan solo 1 escuela (12.5%) lo hacía a través del sistema de alcantarillado. (Ver anexos, tabla No. 12, gráfico No. 7)

De las 22 escuelas involucradas en la investigación, 17 (77.3%) tenían lavamanos para los estudiantes. En Nueva Segovia y Estelí más del 80% de sus escuelas, 5 y 7, respectivamente, tenían lavamanos, a diferencia de Matagalpa en solo 5 (62.5%) se verificó su presencia. (Ver anexos, tabla No. 13, gráfico No. 5)

Conocimientos que tienen los escolares para el autocuidado de su salud

El concepto básico de salud que tienen los estudiantes encuestados, es adecuado en 215 de ellos (80%) e inadecuado en 59 (20%).

El conocimiento sobre el dengue y la malaria es adecuado en 163 (61%) de los alumnos e inadecuado en 105 (39%).

Con la diarrea, solamente 155 (58%) de los encuestados tiene un conocimiento adecuado y 113 (42%) de los mismos lo tiene inadecuadamente.

Al preguntar sobre el conocimiento que tenían los alumnos de las ITS, VIH/SIDA y la prevención del embarazo, se observó que en su mayoría era adecuado, con 234 alumnos (87%), 242 (90%) y 197 (73.5%), respectivamente.

El conocimiento adecuado que tienen los estudiantes sobre una buena nutrición se encontró en 160 de ellos, correspondiendo al 60% de los encuestados e inadecuado en 108, siendo el 40%.

El conocimiento sobre adicciones fue adecuado en 257 alumnos (96%) e inadecuado en 11 de ellos (4%).

De los 268 alumnos encuestados, 203 (76%) tenían conocimiento adecuado sobre la violencia y en 65 (24%), era inadecuado.

El conocimiento sobre higiene personal que tenían los estudiantes fue adecuado en 148 (55%) de ellos e inadecuado en 120 (45%).

Respecto al conocimiento sobre la higiene ambiental, 247 de los estudiantes (92%) respondió adecuadamente y 21 (8%) lo hizo de manera inadecuada.

Al valorar el conocimiento sobre la importancia del ejercicio físico, 195 (73%) de los alumnos contestó adecuadamente y 73 (27.2%) lo hizo de forma inadecuada.

El conocimiento de alumnos sobre el suicidio fue adecuado en 175 de ellos (65.3%) e inadecuado en 93 (34.7%) de los mismos. (Ver anexos, tabla No. 14)

Prácticas saludables de los escolares estudiados

Las prácticas de prevención de las enfermedades transmitidas por vectores fueron adecuadas en el 145 alumnos (54%) e inadecuadas en 123 (46%) de los mismos.

Las medidas de prevención de la diarrea son aplicadas adecuadamente por 172 (64%) de los alumnos e inadecuadamente por 96 (36%) de los mismos. (Ver anexos, tabla No. 15)

Del total de alumnos solamente 8 habían iniciado vida sexual, correspondiendo a un 3%. De ellos, 4 (50%) tuvieron buena práctica de prevención de las infecciones de transmisión sexual; así mismo 3 (37.5%) estudiantes manifestaron una práctica adecuada para prevenir el VIH/SIDA e igual número, el embarazo. En los dos últimos casos, 4 estudiantes (50%) tuvieron práctica inadecuada, respectivamente. (Ver anexos, tabla No. 15 y 16)

Las medidas de higiene personal son practicadas adecuadamente por 161 estudiantes (60%) y de forma inadecuada por 104 (38.8%), no se consignó este dato en 3 encuestas (1.1%). A la observación directa de los estudiantes, el aspecto físico de los mismos se consideró adecuado en 247 de ellos, correspondiendo al 92% y tan solo 21 (8%) tenía un aspecto físico inadecuado.

La higiene ambiental era practicada adecuadamente por 226 alumnos (84.3%) e inadecuadamente por 39 de ellos (14.5%). (Ver anexos, tabla No. 15)

Al preguntarles a los estudiantes sobre los alimentos que habían ingerido el día anterior a la encuesta, tanto en su casa como en la escuela, 143 (53.3%) había ingerido de 3 a 4 de los grupos de alimentos y 124 (46.2%), había ingerido de 1 a 2 grupos. Únicamente un alumno no consignó la información, correspondiendo al 0.4% del total. (Ver anexos, tabla No. 17)

De los 268 estudiantes, solamente 8 alumnos habían consumido algún tipo de droga, que corresponde al 3%. De ellos 6 (75%) tenían entre 10 y 12 años, y 2 (25%), se ubicó en las edades de 13 a 15 años. El alcohol fue consumido por los 8 estudiantes, el tabaco por 7 (87.5%) y drogas por 4 estudiantes (50%). En relación a quien les había proporcionado cualquiera de estas sustancias, se observó que a 4 (50%) de ellos se las ofrecieron los amigos o vecinos, a 2 (25%) alguien del núcleo familiar, otro familiar y otra persona se las proporcionaron a un estudiante (12.5%), respectivamente. (Ver anexos, tablas No. 18 y 19)

Del total de alumnos, 219 (81.7%) manifestó practicar algún deporte. (Ver anexos, tabla No. 18)

La respuesta situaciones de estrés se observó que no era violenta en 195 de los alumnos (72.8%), pero fue violenta en 72 de ellos (26.7%). (Ver anexos, tabla No. 20)

Principales temáticas en salud, de interés para los estudiantes

Los estudiantes manifestaron interés en conocer más sobre los siguientes temas de salud: educación sexual 20 estudiantes (18.6%), drogas y alcoholismo 36 (13.4%), VIH/SIDA 33 estudiantes (12.3%), salud en general 29 (10.8%), medio ambiente, y violencia y abuso sexual 24 alumnos (8.9%) en cada tema, higiene e Infecciones de Transmisión Sexual 14 (52%) respectivamente, suicidio 7 (2.6%), otros temas relacionados a la salud 11 (4.1%). (Ver anexos, tabla No. 21)

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La escuela es una fuerza motora capaz de influir y transformar a la familia y a la comunidad, ya que desde aquí se pueden promover prácticas de vida que ejercen una gran influencia en las etapas formativas de la niñez y la adolescencia, de gran alcance y repercusión para su futuro.

Si los niños son involucrados en el proceso de desarrollo como participantes activos, pueden llegar a ser agentes de cambio dentro de sus familias y un estímulo para el desarrollo de la comunidad. Ellos están dispuestos a aprender y cooperar, si consideran además el cuidado ambiental y su propio papel importantes en esta tarea, entonces cuidarán de su propia salud y la de otros.

Para que la escuela juegue este rol tan importante, de promocionar en los estudiantes el autocuidado de su salud, es necesario que identifiquen y se organicen en función de sus necesidades. En tal sentido se debe elaborar un diagnóstico para conocer a profundidad las necesidades reales para promocionar la salud, y con esta base elaborar un plan de trabajo. En este debe participar la comunidad educativa, conformada por los maestros, alumnos y padres de familia, y como apoyo, representantes de la comunidad, el personal de salud u otros actores importantes de la comunidad o el municipio.

Según nos refirieron los maestros encuestados, en la mayoría de las escuelas, la comunidad educativa, el personal de salud y representantes de la comunidad participan en la elaboración del plan de trabajo. Este hecho sugiere el compromiso que todos tienen en la educación y la salud de la comunidad,

principalmente si se tiene la convicción que al invertir en el desarrollo integral de los niños, se garantiza el desarrollo de sus propias comunidades y a largo plazo, de nuestra nación.

Uno de los componentes esenciales de la promoción de la salud en el ámbito escolar, es la educación para la salud. Al tener esta un enfoque integral, procura responder a las necesidades de los alumnos en cada etapa de su desarrollo. La educación para la salud en el ámbito escolar no se limita a transferir información en la materia, sino que busca desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas que contribuyan a adoptar modos de vida más sanos.

El desarrollo curricular trata de ofrecer un programa secuencial y planificado, que se lleve a cabo a lo largo de toda la experiencia estudiantil; un plan de esta naturaleza será tanto más efectivo cuanto más se integre con el resto de las materias.

En el presente estudio, la mayor parte de los maestros encuestados respondieron que la promoción de la salud estaba incorporada en el currículum de las escuelas donde laboran, siendo en los departamentos de Estelí y Nueva Segovia en donde más aplicaba este componente.

Otro de los componentes esenciales de la promoción de la salud en el ámbito escolar, es la creación de entornos saludables, es decir que la escuela garantice un ambiente físico seguro, limpio y estructuralmente apropiado. Aunque también es importante que la escuela cuenta con agua segura, disponga adecuadamente las excretas, basura y aguas residuales y fomente a través del

proceso de enseñanza aprendizaje la formación de hábitos higiénico - sanitarios para practicarlos.

De nada sirve que se le brinde al alumno conocimientos sobre el autocuidado de su salud, si no existen las condiciones necesarias para estimular la puesta en práctica de estos conocimientos.

Es por ello que una escuela amiga y saludable garantiza estas condiciones a través de la aplicación de los componentes de condiciones físico - ambientales amigables y seguras, e higiene escolar y saneamiento ambiental.

Los factores encontrados en el presente estudio que favorecen la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en los alumnos, son la presencia de murales alusivos a la salud, escuela limpia, consumo de agua segura, disposición de basura, disposición de excretas y presencia de lavamanos. Las escuelas e los departamentos de Nueva Segovia y Estelí son las que más aportan estas condiciones favorables.

Y los factores identificados que obstaculizan la promoción de la salud son, que no se dispone de alimentos saludables en el bar escolar o ventas ambulantes y disposición inadecuada de las aguas residuales en las escuelas. Las escuelas de Matagalpa son las que mayoritariamente presentan estas condiciones.

Esto indica indudablemente que, en las escuelas seleccionadas se debe enfatizar en garantizar que los alimentos que se venden en las mismas sean saludables, tanto en el bar como por personas particulares que lleguen a

vender. Así mismo, la disposición de aguas residuales debe cumplir con las normativas definidas por el Ministerio de Salud para el caso.

Es importante mencionar, que aunque la disposición de excretas en la escuela fue adecuada en la mayoría de los niños encuestados, aún persiste un pequeño porcentaje⁸ que no utilizan las unidades sanitarias, sino que hacen sus necesidades fisiológicas al aire libre. Sería importante en estos casos investigar el motivo, aunque según lo referido en los diagnósticos realizados en 17 escuelas de cinco regiones del país, el principal motivo es el inadecuado aseo en que se encuentren estas unidades sanitarias, obligando principalmente a las niñas a no utilizarlas.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, la mayoría de los maestros encuestados incorporan la promoción de la salud en el currículo escolar. Esto pudiera estar incidiendo favorablemente en que los alumnos tengan, en general, un conocimiento adecuado sobre la salud y sus cuidados, pues al indagar específicamente sobre el concepto básico que estos tenían sobre la salud, fue adecuado en su mayoría.

El perfil sanitario de los países de América Latina y el Caribe se caracteriza por la llamada transición epidemiológica, la superposición o acumulación de distintos patrones de enfermedad y la desigualdad de estas en la población. Si bien durante los últimos años en la mayoría de los países ha habido una transición gradual de la carga de enfermedad del grupo de enfermedades

⁸ El 6.3% de los estudiantes encuestados realizan sus necesidades fisiológicas fuera de las unidades sanitarias.

transmisibles a los grupos de las no transmisibles y las lesiones, las primeras no han sido eliminadas por completo.

Nuestro país no escapa a esta realidad, pues aún tenemos un problema serio con las enfermedades transmitidas por vectores, principalmente el dengue y la malaria, así como con la diarrea. Es por ello que una de las estrategias para la educación a la población, ha sido la dirigida a la población escolar.

Tenemos entonces que un poco más de la mitad de los estudiantes involucrados en la presente investigación, tienen conocimientos adecuados para las enfermedades transmitidas por vectores y diarrea, considerando que esto es insuficiente dada la problemática generalizada a nivel nacional.

Sin embargo los hallazgos encontrados no son tan negativos, pues del total de estudiantes encuestados, la mayoría aplican medidas de prevención adecuadas para las enfermedades transmitidas por vectores y diarrea.

Los adolescentes se exponen cada vez más a los riesgos relacionados con el inicio de la vida sexual a temprana edad. Problemas como las infecciones de transmisión sexual casi siempre afectan a los adolescentes con mayor severidad. En Nicaragua, en el año 2004 la población adolescente de 10 - 14 años representa el 2.2% del total de casos de Infección de Transmisión Sexual, y los de 15 - 19 años el 25.2% del total. En este último grupo etéreo, las infecciones que predominan son gonorrea, condiloma acuminado y sífilis adquirida, coincidiendo con la revisión bibliográfica realizada en América Latina en la década 1988 - 1998.

Otra consecuencia no menos importante de las relaciones sexuales a temprana edad, son los embarazos en adolescentes. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, Centroamérica reporta una mayor tasa de fecundidad en adolescentes en relación a los países caribeños y sudamericanos. En Nicaragua la ENDESA 2001 reporta la tasa de fecundidad en adolescentes de 19 x 1,000.

Otro riesgo al que está expuesta la población y en particular, los adolescentes, es a la infección por el VIH. De acuerdo a un informe emitido por UNICEF, 1,660,000 personas se han infectado con el VIH / SIDA en Latinoamérica, de las cuales aproximadamente 37,600 son niños y niñas entre 0 - 14 años de edad.

El uso de cualquier método de planificación familiar está orientado a evitar los embarazos no deseados, o no planificados; sin embargo la medida más eficaz para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, es el uso del preservativo.

Al averiguar sobre el conocimiento que los alumnos encuestados tenían sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH / SIDA y la prevención de los embarazos, se encontró que era adecuado con el mayor porcentaje. Sin embargo, de los 8 alumnos que habían iniciado su vida sexual, solamente la mitad utilizó las medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual y tan solo un tercio, puso en práctica adecuadamente las medidas de prevención del el VIH/SIDA y los embarazos.

Esto demuestra que aunque el conocimiento es adecuado, la práctica no lo es, lo cual puede ser debido a factores culturales o religiosos que impiden aplicar en estos alumnos el conocimiento adquirido, o bien, porque la metodología de enseñanza ha sido deficiente en el sentido de crear un hábito.

Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio Educar la convivencia, para prevenir la violencia, realizado por el Ministerio Educación, Cultura y Deportes, en que del total de estudiantes de secundaria que habían tenido relaciones sexuales, el 67.4% no utilizó métodos de planificación familiar; y de los que no habían tenido relaciones sexuales, el 20.7% no utilizaría estos métodos porque es pecado.

En el caso del VIH / SIDA, la poca utilización del preservativo se pudiera explicar porque entre los adolescentes no es evidente en la mayoría de las comunidades, es fácil suponer que el VIH plantea un peligro menor a los jóvenes aún cuando sean sexualmente activos. No solamente pasa desapercibido el problema del SIDA entre los jóvenes, sino que además es usual que la mayoría de los jefes de familia y las comunidades raramente discutan la amenaza con los adolescentes.

Aunque algunas campañas preventivas han contribuido a prácticas sexuales más seguras y al aplazamiento de la actividad sexual entre los adolescentes, la instrucción de prevención en los programas escolares es comúnmente inefectiva e infrecuente, si no es que completamente ausente, particularmente en los países en desarrollo.

Es importante mencionar, que aunque el conocimiento de la mayor parte de los alumnos fue adecuado, un porcentaje de ellos⁹ considera que el VIH/SIDA o las infecciones de transmisión sexual se transmiten por abrazar o besar a personas infectadas, o que el VIH/SIDA se transmite al comer de los mismos utensilios que estas personas utilizan. Esto nos puede indicar que aunque el conocimiento en general es adecuado, aún un porcentaje importante de la población escolar no está clara del mecanismo de transmisión de estas dos patologías.

El estado de nutrición y de salud de la población constituye un factor esencial para el análisis del grado de desarrollo de un país y el nivel de vida de su población.

La promoción de la salud y estilos alimentarios saludables en el ámbito escolar, debe procurar la formación de futuras generaciones con conocimientos, habilidades y prácticas idóneas relativas a la salud, alimentación y nutrición, debiendo contar con la participación del escolar, la familia, la escuela, grupos sociales, comunidad y medios de comunicación, entre otros.

El desarrollo del niño a los 7 años edad considera el resultado de las condiciones ambientales, potencial genético y la interacción entre ambos. Al llegar a la edad escolar, los niños necesitan una alimentación nutritiva y suficiente para realizar adecuadamente sus funciones, entre ellas crecer,

⁹ El 10% de los estudiantes encuestados manifestó que el VIH/SIDA se transmite por abrazar o besar a personas infectadas y el 8.2%, al comer de los mismos utensilios que estas personas utilizan. Así mismo, el 8.4% maneja que las Infecciones de Transmisión Sexual se transmite por abrazar o besar a personas infectadas.

estudiar, correr y jugar. La alimentación afecta el crecimiento, desarrollo, aprendizaje y conducta del escolar, pudiendo prevenir incluso problemas de salud a largo plazo. Los niños mal alimentados pueden tener problemas de desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso, problemas de conducta y aprendizaje.

En relación al conocimiento sobre una adecuada nutrición, un poco más de la mitad de los estudiantes encuestados respondieron afirmativamente. En similar porcentaje los estudiantes consumieron de tres a cuatro grupos de alimentos necesarios para un adecuado desarrollo y funcionamiento del organismo, el día anterior a la encuesta.

Si tomamos en cuenta que el 27.2% de los niños que estaban en primer grado para el año 2004 tenían un retardo en talla, es decir desnutrición crónica, y si el conocimiento y práctica de estos al llegar a la escolaridad de los estudiantes encuestados (cuarto a sexto grado) sigue el mismo comportamiento, tendremos entonces una población joven con estado nutricional deficiente. De esta población joven habrá mujeres que en algún momento de su vida serán madres, pero si están desnutridas iniciarán el círculo vicioso de la desnutrición¹⁰, pues conllevarán a recién nacidos desnutridos, muerte infantil, o si sobreviven a niños desnutridos, y estos a su vez a adultos desnutridos o con sobrepeso.

Pero regresando a los escolares, los comportamientos alimentarios en esta población están influenciados por diversos factores, entre ellos los predisponentes (conocimientos, actitudes y creencias), los habilitadores

¹⁰ Concepto desarrollado por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

(vinculados con la motivación, autoevaluación, intención de realizar el comportamiento y autoeficacia) y los facilitadores e influyentes (familia, amigos redes sociales, medios de comunicación).

En este sentido hay que trabajar un poco más para que los escolares realmente conozcan como alimentarse de manera óptima. Sin embargo los factores facilitadores e influyentes tienen bastante incidencia en la adquisición de un hábito, por lo que deben tramárseles muy en cuenta.

Los factores económicos también tienen gran influencia en la adquisición de buenos hábitos alimentarios, pues de esto dependerá en gran medida la disponibilidad de alimentos saludables en el hogar.

De conformidad con la última evaluación de la pobreza, esta alcanza los mayores índices en las zonas rurales del país, siendo una característica esencial de la misma la falta y dificultades de acceso a los servicios básicos, situación menos significativa en el caso de las zonas rurales. Esto se relaciona con lo encontrado en la presente investigación, pues en su mayoría las escuelas incluidas proceden de áreas rurales y un poco más de la mitad de los escolares habían ingerido de uno a dos grupos de alimentos el día anterior a la encuesta.

Es por ello que el concepto de seguridad alimentaria y nutricional incorpora cuatro pilares, como son disponibilidad, accesibilidad, aceptación y consumo, y utilización biológica. Sin embargo su abordaje debe ser intersectorial y multidisciplinario, tomando en cuenta no solamente los cuatro pilares mencionados anteriormente, sino también, el ordenamiento de las instituciones,

organización y participación ciudadana, y existencia de planes de desarrollo nacionales y locales que aborden la problemática de salud, nutrición y pobreza desde una perspectiva integradora y orientada al desarrollo humano.

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUDFID), el uso indebido de drogas sigue apareciendo como una estrategia de los jóvenes ante los diversos problemas sociales. Nicaragua no es la excepción a tal enunciado y, aunque no podemos saber con exactitud la dimensión real del problema debido a la falta de estudios específicos en esta materia, existen algunos datos, como el que brinda el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, en que el 4.4% de estudiantes de primaria ha consumido drogas y el 2.6% de los mismos las ha vendido.

La presente investigación encuestó a niños menores de 10 hasta los 15 años, población que en los próximos años será adolescente. Aunque solamente se estudió el conocimiento que tenían sobre adicciones y el consumo de algunas de estas sustancias, se puede tener una idea general de la situación en un futuro, en los departamentos incluidos.

Estos estudiantes tenían en su mayoría un conocimiento adecuado del tema y de ellos un porcentaje importante, no había ingerido sustancias que producen adicción.

Es importante mencionar sin embargo, que de los 8 alumnos que habían ingerido algún tipo de droga, 6 (75%) tenían edades entre 10 a 12 años. Aunque no sabemos la edad de inicio de la ingesta en estos niños, esta situación se

corresponde con la información que se tiene de niños peruanos, en la que se afirma que los escolares de primaria inician el uso de drogas a partir de los 8 años y, con el estudio mencionado anteriormente, en que el 4.4% de estudiantes de primaria había ingerido drogas.

El alcohol fue el más consumido por los estudiantes, seguido por el tabaco y por último, otras drogas. Este dato también coincide con la información de escolares peruanos de primaria, en la que el orden del inicio del uso de las drogas son las bebidas alcohólicas, tabaco y otros como inhalantes, marihuana y cocaína.

La corriente científica de la psicopatología y las neurociencias que explican la drogodependencia en el ser humano, a través de períodos experimentales importantes en la formación de su cerebro emocional, siendo uno de ellos la adolescencia. Menciona que a esto se le deben agregar los factores externos, así como importantes cambios hormonales. Pero también se refiere que hay un componente muy acusado en los jóvenes teniendo su base en la emoción, y es la curiosidad.

Otras corrientes dan a la familia un papel preponderante, pues esta necesita garantizar su existencia y promover adecuadamente la transmisión sucesiva de valores conquistados, de lo contrario se produce una brecha que permite un espacio para indeseadas y reprochables conductas, que son el resultado de un conjunto de factores desde lo genético hasta lo social, pero es la familia el marco contextual más concreto donde se expresan y se hacen visibles, donde se moldea, permite, potencializa o suprime cualquiera de ellas.

Relacionando lo que menciona esta corriente y lo encontrado en la presente investigación, llegaríamos a la conclusión que la familia no está jugando del todo su rol de transmisión y potencialización de algunos valores positivos en relación al tema de las drogas, pues casi la mitad de los estudiantes que habían consumido alguna sustancia adictiva, esta había sido proporcionada por algún miembro de la familia, nuclear o extendida, agregado a que la mitad de ellos la obtuvieron de vecinos o amigos, es decir personas cercanas a la familia.

América Latina y el Caribe cursa la "transición epidemiológica", caracterizada por la superposición de enfermedades transmisibles y no transmisibles. El grupo de enfermedades no transmisibles y lesiones se han caracterizado por accidentes, lesiones provocadas, enfermedades mentales y problemas asociados al comportamiento, afecciones crónicas, enfermedades emergentes y reemergentes, y otros problemas de salud que tienen raíces en factores psicosociales y ambientales prevenibles.

La violencia, tanto intrafamiliar como social, es una de las condiciones que favorecen los accidentes y que a su vez tiene sus orígenes en factores psicosociales, problemas asociados al comportamiento y factores ambientales prevenibles, como lo es el ambiente familiar.

Se ha concluido que por cada niño o adolescente que muere como consecuencia de un accidente o acto violento en Iberoamérica, hay 15 que sufren secuelas graves y otros 30 o 40 que requerirán tratamiento médico, psicológico o rehabilitación. En Nicaragua el 10% de víctimas de delitos es menor de 18 años.

La violencia intrafamiliar es uno de los elementos generadores de mayor inestabilidad emocional y física en las etapas de la niñez y adolescencia, afectando el desarrollo humano e incidiendo en una baja autoestima. Este se transmite intergeneracionalmente "vía" la educación.

Es por ello que como uno de los indicadores del Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual 2001 - 2006, está la prevención de la violencia como un eje transversal en los diferentes niveles educativos, así como programas académicos establecidos en estos niveles.

El conocimiento en esta investigación fue valorado de forma general, encontrando que es adecuado en la mayoría de los alumnos encuestados, así como la respuesta "no violenta" ante situaciones de estrés.

En las escuelas que implementan la iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables, se aplica el enfoque pedagógico de habilidades para la vida, entre ellas las habilidades para el control de las emociones, como el control de estrés, de sentimientos, incluyendo la ira y habilidades de control interno (manejo de sí mismo).

Con los resultados encontrados en este estudio, considero que se ha incidido favorablemente en el comportamiento de esta variable, sin embargo no se debe descuidar este punto, pues hay que continuar trabajando en función de los niños que vienen creciendo, favoreciendo en ellos las habilidades para el manejo de las emociones, principalmente debido a que según datos de la Organización Panamericana de la Salud los adolescentes y jóvenes entre los 15 y 24 años de

edad mueren principalmente como consecuencia de actos violentos (accidentes, homicidios y suicidios) que ocasionan en promedio 40% de las muertes en este grupo. Los niños incluidos en este estudio en el mediano plazo formarán parte de este grupo afectado por la violencia en sus diferentes manifestaciones.

No obstante, considero que aunque estos resultados nos dan una panorámica general de la situación en los escolares, para poder determinar si se ha incidido favorablemente en el conocimiento y práctica de los alumnos, se debe hacer una evaluación a profundidad del tema en este ámbito.

El aseo personal es una de las prácticas que aseguran la salud en la población, en los escolares este es uno de los pilares fundamentales de la educación sanitaria.

Un poco más de la mitad de los alumnos encuestados tienen conocimiento adecuado y en igual proporción, practican adecuadamente las medidas de higiene personal. Considero que este aspecto al ser uno de los fundamentales para el autocuidado de la salud, se debe trabajar más para lograr que los estudiantes realmente practiquen la higiene personal.

Es importante mencionar sin embargo, que en su mayoría los alumnos encuestados relacionan el concepto de salud con las medidas de higiene personal, lo que podría favorecer la adquisición del hábito en un mayor número de estudiantes.

Como uno de los componentes de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables que se implementa en el país, la escuela debe contar con agua segura, disposición adecuada de las excretas, basura y aguas residuales, así como fomentar a través del proceso de enseñanza - aprendizaje la formación de hábitos higiénico sanitario. Es así que con el último aspecto, los maestros deben cumplir con un programa de educación con métodos de habilidades para la vida sobre agua, saneamiento, hábitos de higiene y salud de los niños, niñas, adolescentes y padres de familias.

Esta orientación parece estar dando efecto, pues en su gran mayoría los alumnos encuestados tenían conocimiento adecuado sobre la higiene ambiental y un porcentaje similar, los pone en práctica. Esta puesta en práctica de las medidas de higiene ambiental tiene mucho que ver con las condiciones que en la escuela y en el mismo hogar se presten.

En el presente estudio ya se analizaron las condiciones que la escuela presta para estimular la práctica de las principales medidas de higiene ambiental, encontrándose como factores facilitadores la escuela limpia, consumo de agua segura, disposición de excretas y basura, presencia de lavamanos y como obstaculizadores, la disposición inadecuada de las aguas residuales.

Considero entonces que existe una relación directa entre los conocimientos promovidos en los alumnos sobre higiene ambiental, las condiciones del ambiente escolar y la práctica de estas medidas por parte de los estudiantes.

Algunas patologías como las enfermedades crónicas están apareciendo más frecuentemente en la población, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, entre otras. El ejercicio físico en sus diferentes modalidades puede ayudar a prevenir estas enfermedades, o mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen.

Por otro lado la obesidad está apareciendo cada vez más en personas jóvenes, incluso niños. Esto debido a la mala alimentación de la población, aunado a la inactividad física que estos tienen.

Es por ello importante fomentar en los niños la actividad física, pues además de prevenir la obesidad y más a largo plazo, enfermedades crónicas, la educación física y el deporte desarrollan capacidades como la percepción espacial, la coordinación motora, la agilidad y el equilibrio. A nivel social, los menores aprenden a asumir ciertas responsabilidades, comprenden las normas establecidas, y vivencian los éxitos y fracasos. Así mismo favorece el proceso de crecimiento, debido a la estimulación que se produce a nivel de tejido óseo y muscular.

En una recopilación sobre el tema realizada por el profesor Gabriel Molnar, define cuatro razones más importantes por las que los niños deben practicar deporte: la motivación de logro, búsqueda de excelencia, la diversión y la necesidad de afiliación.

En las escuelas amigas y saludables se promueve la existencia de áreas verdes y áreas para la recreación y el deporte, como uno de los indicadores del componente de condiciones físico ambientales amigables y seguras.

En su mayoría los alumnos encuestados en el estudio tenían conocimientos adecuados sobre la importancia del ejercicio físico, así mismo un importante porcentaje de ellos practicaba algún deporte. Esta información se contrapone con la encontrada en estudios hechos en Costa Rica por el Instituto de Nutrición de Centroamerica y Panamá (INCAP), en el que el 60% de niños y adolescentes son inactivos.

Casi todas las escuelas de las que proceden estos alumnos son rurales, siendo un factor positivo para que la mayoría practique algún deporte, pues no están expuestos a las diferentes actividades sedentarias que los niños de las ciudades si lo están, como son los videojuegos, la televisión, inclusive la falta de estímulo de los padres de llevar a sus hijos a parques o áreas verdes para recrearse por el alto índice de violencia social que existe en las áreas urbanas.

El suicidio en niños y adolescentes está tornándose un problema cada vez más serio. En Nicaragua, alrededor del 10% del total de lesiones autoinflingidas registradas, correspondieron a niños entre 5 - 14 años.

El conocimiento de los estudiantes encuestados sobre el tema es adecuado en un poco más de la mitad de ellos. Sin embargo, el ambiente familiar y social en el que se desenvuelven los niños, puede jugar un papel muy importante al momento de tomar una decisión de esta naturaleza.

Los adolescentes están particularmente expuestos a situaciones en que, solo el suicidio, aparenta ser una solución a sus problemas, como fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión por lograr el éxito, incertidumbre, financiera, entre otros. Así mismo, la depresión y las tendencias suicidas están estrechamente relacionadas, es por ello que muchos de los síntomas de estas son similares a los de la depresión.

Si el niño o adolescente dice "yo me quiero matar o yo me voy a suicidar", debe tomársele muy en serio. La gente a menudo se siente incómoda hablando sobre la muerte. Sin embargo, puede ser muy útil el preguntarle al niño o adolescente si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no ha de ponerle ideas en la cabeza, por el contrario, esto le indicará que hay alguien que se preocupa por él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas.

X. CONCLUSIONES

1. Las edades de los estudiantes encuestados estuvo comprendida mayoritariamente entre los 10 - 12 años, con ligero predominio del sexo masculino. Principalmente la escolaridad fue sexto grado, sin embargo cuarto y quinto grado representaron porcentajes similares. En su mayoría los alumnos vivían con ambos padres. Los municipios con mayor porcentaje de estudiantes encuestados fueron Matagalpa, Estelí y Sébaco.

2. Todas las escuelas tenían un plan de trabajo para la promoción de la salud en el marco de la Iniciativa Escuelas Amigas y Saludables, en su elaboración participaron la comunidad educativa, el personal de salud y la propia comunidad donde están ubicadas las escuelas estudiadas. El rol que desempeñan los docentes para la promoción de la salud en sus escuelas, está orientado principalmente a la incorporación del tema en planes de clases y la gestión de recursos materiales o financieros. Todos los maestros encuestados de los departamentos de Nueva Segovia y Estelí manifestaron que la promoción de la salud estaba incorporada en el curriculum escolar, en Matagalpa solo un tercio de ellos lo mencionaron.

Los factores externos que favorecen la promoción de la salud en la escuela son presencia de murales alusivos a la salud, escuela limpia, consumo de agua segura, disposición adecuada de basura, disposición adecuada de excretas y presencia de lavamanos. Las escuelas e los departamentos de Nueva Segovia y Estelí son las que más aportan estas condiciones favorables.

Los factores externos que por el contrario, obstaculizan la promoción de la salud en las escuelas son la no disponibilidad de alimentos saludables en el bar escolar o ventas ambulantes y disposición inadecuada de las aguas residuales. Las escuelas de Matagalpa son las que mayoritariamente presentan estas condiciones.

3. Los conocimientos adecuados identificados en los alumnos estudiados, fueron el concepto básico de salud, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazo, adicciones, violencia, higiene ambiental y ejercicio físico.

4. Las prácticas saludables adecuadas identificadas en la presente investigación fueron, cuidados básico de la salud, higiene ambiental, no acceso a sustancias adictivas y práctica de deportes.

5. Los temas de mayor interés por parte de los estudiantes fueron: educación sexual, drogas y alcoholismo, VIH/SIDA, medio ambiente, violencia y abuso sexual, higiene, infecciones de transmisión sexual y suicidio.

XI. RECOMENDACIONES

A directores de escuelas y maestros

1. Fortalecer el rol docente de gestión, estimular a los alumnos en la elaboración de murales alusivos a la salud y la aplicación del flúor.
2. Crear mecanismos que aseguren la venta de alimentos saludables en las escuelas.
3. Gestionar ante las instancias correspondientes la adecuada disposición de aguas residuales en las escuelas.
4. Los temas a priorizar, para la promoción de la salud dirigida a los escolares son educación sexual, con énfasis en el VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y sexualidad sana, drogas y alcoholismo, medio ambiente, violencia, abuso sexual y suicidio.
5. En Matagalpa, se debe retomar la incorporación de la promoción de la salud en el curriculum escolar.
6. La comunidad educativa de Matagalpa deberá esforzarse para que las condiciones de sus escuelas favorezcan la promoción de la salud en los estudiantes.

A los SILAIS

1. A nivel local, el personal de salud debe participar más activamente en el autodiagnóstico de las escuelas y en la elaboración de los planes de trabajo, en el marco de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables.
2. Apoyar a la comunidad educativa para definir mecanismos que aseguren la venta de alimentos saludables en la escuela.
3. Apoyar, desde los comités técnicos interinstitucionales, tanto a nivel departamental como municipal, la gestión ante las instancias correspondientes, para una adecuada disposición de las aguas residuales en las escuelas.
4. El personal de salud de Matagalpa deberá apoyar a la comunidad educativa para la mejoría de los conocimientos de los alumnos sobre el autocuidado de su salud.

A las delegaciones departamentales del MECD

1. Apoyar a las escuelas para que el rol del docente en la promoción de la salud se fortalezca, principalmente en la gestión, estimular a los alumnos en la elaboración de murales alusivos a la salud y la aplicación del flúor.

2. Garantizar la aplicación de metodologías de enseñanza en la promoción de la salud a los escolares, que garanticen la adquisición de hábitos saludables.
3. Las delegaciones departamentales deben apoyar a los directores de las escuelas, en la definición de mecanismos que aseguren la venta de alimentos saludables en la escuela.

A nivel central

1. Elaboración de un manual de apoyo al docente, por parte del Ministerio de Salud, para brindar la promoción de la salud en los escolares, como eje transversal en sus planes de clases, en coordinación con el Ministerio de Educación Cultura y Deportes. Este manual debe priorizar los temas enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades infecciosas, nutrición, educación sexual y reproductiva, drogadicción, violencia en todas sus manifestaciones, suicidio.
2. Conjuntamente, el Ministerio de Salud y el de Educación, deben crear una metodología de enseñanza que estimulen a los estudiantes de primaria, la adquisición de prácticas saludables.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. American Academy Chile and Adolescent Psychiatry. Suicidio en los adolescentes. No. 10. Revisado en Julio del 2004. En: www.aacap.org
Obtenido en Octubre del 2005.
2. Astete, Sabina. [Salud] Escolares peruanos consumen drogas desde los ocho años. Junio del 2002. En: w.w.w.listas.rep.net.pe
Obtenido el 23 de Mayo del 2005.
3. Camacho, A. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica 1988 - 1998. Washington, D. C. PAHO / WHO. 2000.
4. Cervera, G, et. al. Los trastorno relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. Trastornos adictivos. Vol. 3. No. 3. 2001.
5. Consejo Nacional de Atención y Protección Especial a la Niñez y Adolescentes. Plan de Acción Nacional para la Niñez y Adolescencia 2002 - 2011. Managua. Noviembre del 2002.
6. Comisión Nacional de Lucha contra las Drogas. Plan Nacional Antidrogas. Managua. Mayo, 2004.

7. Comisión Nacional de Lucha la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia. Plan Nacional de Prevención de la Violencia intrafamiliar y Sexual 2001- 2006. primera edición. Instituto Nicaragüense de la Mujer. Managua, 2000.
8. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Building Equity from the Beginning: The children and Adolescents of Iberoamérica. Santiago de Chile. 2001.
9. El reconocimiento de las profundas raíces de la drogodependencia. En: w.w.w.monografías.com. Obtenido en Septiembre 2005.
10. Espinoza, José y Martínez, Manuel. Salud Comunitaria: conceptos, métodos, herramientas. Primera edición. Acción Médica Cristiana. Managua. Julio, 2002.
11. Fischer, Maggi. Promoviendo prácticas alimentarias saludables en el escolar. En: Notas Técnicas. Nutrición del Escolar. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.
12. Flores, Carmen, et. al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud que tiene la comunidad educativa de las escuelas urbanas del municipio de Managua. Año 2001. Tesis en Maestría en Salud Pública. UNAN / CIES. Managua, Junio del 2002.

13. González, Enrique. Implicaciones económicas de la epidemia del VIH / SIDA y racionalidad económica para la prevención. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y El Caribe. En: www.sidalac.org
Obtenido el 12 de Septiembre del 2005
14. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Análisis de la Pobreza y la Seguridad Alimentaria Nutricional. MECOVI. Mayo 2004.
15. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Agosto 2002.
16. Ippolito-Shepherd, J y Cerqueira, M. T. Las Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas: una iniciativa regional. Obtenido el 9 de Abril del 2005. En: www.show_cdr.asp.htm
17. Jornada Científica de Atención Integral a la Niñez, 5ta. Managua. 7 de Junio del 2003. Ayuda memoria.
18. Maceiras, Lourdes y Fuster, Manuel. Estudio sobre ejercicio físico en la población escolar de Galicia (España). 1990.
19. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, Ministerio de Salud. Segundo Censo Nacional de Talla en Escolares de primer grado de primaria de la República de Nicaragua. Abril del 2005.

20. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Educar la convivencia para prevenir la violencia. En: Foro Salud Física y Mental. Managua, Nicaragua. 13 de Octubre del 2005.
21. Ministerio de Salud de Chile. Establecimientos de Educación Promotores de la Salud en Chile: Avances y Desafíos. Santiago, Chile. Julio 2003.
22. Ministerio de Salud. Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados: Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables. Managua. Junio del 2001.
23. Ministerio de Salud. Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables: Manual operativo para personal de salud. Borrador. Managua. Enero 2005.
24. Ministerio de Salud. Reporte de Enfermedades de Notificación Obligatoria. Infección de Transmisión Sexual. Managua. Enero - Diciembre 2004.
25. Ministerio de Salud. Republica de Nicaragua. Política Nacional de Salud 2004 - 2015. Managua. Mayo 2004.
26. Ministerio de Salud. Segunda Encuesta Nacional de Micronutrientes (IIENM2000). Managua. Resumen Ejecutivo. (s.f.)

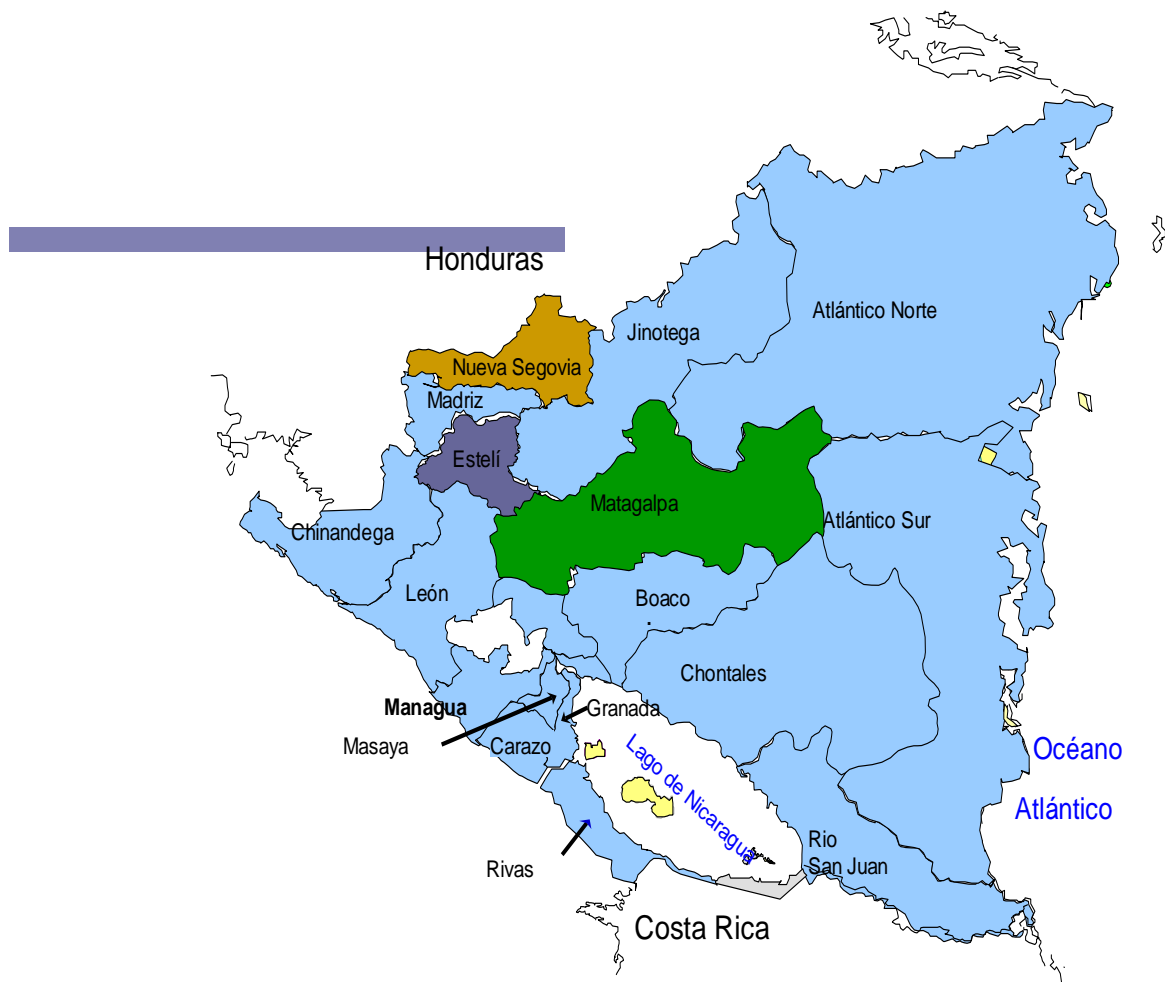
27. Molnar, Gabriel. El Deporte en la Escuela (parte II). En: w.w.w.monografias.com. Obtenido el 26 de Septiembre del 2005.
28. Montes, José Adán. Evaluación del estado de nutrición y salud de los escolares. En: Notas técnicas: Nutrición del Escolar. Guatemala. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. (S.f.)
29. Murillo. Sandra. Obesidad en escolares. En: Notas técnicas: Nutrición del Escolar. Guatemala. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. (S.f.)
30. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud: Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington, D. C. OPS. 1998.
31. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y Líneas de acción 2003 - 2012. Serie Promoción de la Salud No. 4. Washington, D. C. OPS. Mayo del 2003.
32. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre SIDA y ETS. México. OPS/OMS. (S.f.)

33. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998 - 2001. Washington, D. C. OPS / OMS. 1998.
34. Pan American Health Organization. Health in the Americas. Volume I. Scientific Publication No. 569. Washington, D. C. PAHO / WHO. 2002.
35. Piazza, Norma; Nahas, Noemí; Rovagnati, Silivina. Intervención sobre los hábitos alimentarios en escolares y determinación del impacto sobre los parámetros antropométricos. 2001-2002. Facultad de Medicina. El Salvador. (S.f.)
36. Presidencia de la República de Honduras. Escuela Saludable. Módulo II. Honduras, Centroamérica. 2000.
37. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Boletines epidemiológicos. Vigilancia de Lesiones. 2003 - 2004. Managua, Nicaragua.
38. Sistema General de Seguridad Social. Encuesta de salud bucodental. Valle del Cauca, Colombia. Mayo de 1998.
39. Sistema Integrado de Vigilancia de las Intervenciones Nutricionales. Primer Informe 202 - 2003. Nicaragua. Febrero 2004.
40. Teleantioquia. Drogadicción. Diagnóstico de drogodependencia. En: Más que piel. Programa No. 161 emitido el 27 de Noviembre del 2001.

41. UNICEF. *¿Qué es la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables?* Documento conceptual. Borrador. Managua. Junio del 2003.
42. UNICEF. *Manual del docente: Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables.* Borrador. Managua. Noviembre del 2003.
43. UNICEF. *The State of the World's Children.* En Economic Comisión for Latin America and the Caribbean. *Building Equity from the Beginning: The children and Adolescents of IberoAmerica.* Santiago de Chile. 2001.
44. UNICEF. *Diagnósticos de 17 escuelas. REgiones I, II, V, VI y RAAS.* Managua. Diciembre del 2002.

ANEXOS

Diagrama No. 1: Ubicación geográfica de los departamentos estudiados.



Nueva Segovia: 6 escuelas, 63 alumnos.

Estelí: 8 escuelas, 105 alumnos.

Matagalpa: 8 escuelas, 100 alumnos.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha de la encuesta, referido por el alumno.	8 - 10 años 10 – 12 años 13 – 15 años	Ninguno
Sexo.	Características sexuales fenotípicas del encuestado.	Femenino Masculino	Ninguno
Escolaridad	Grado que el estudiante cursa al momento de la encuesta.	Cuarto Quinto Sexto	Ninguno
Responsable o tutor.	Persona mayor de edad con quien el alumno identifica como responsable por su persona.	Mamá y papá Solo mamá Solo papá Otro familiar Otra persona	Ninguno
Municipio.	Municipio al cual pertenece la escuela donde estudia el alumno encuestado.	Dipilto San Fernando Estelí La Trinidad Condega Matagalpa Sébaco	Ninguno
Departamento.	Departamento al cual pertenece la escuela donde estudia el alumno encuestado.	Nueva Segovia Estelí Matagalpa	Ninguno
Plan de trabajo en la escuela.	Existencia de un Plan de trabajo para promover la salud en la escuela, elaborado por la comunidad educativa en coordinación con personal de salud.	Existe No existe	Ninguno
Rol del docente en la promoción de la salud.	Actividades que realiza el personal docente de la escuela para promocionar la salud en la misma, señaladas en la encuesta.	Participa en autodiagnóstico escolar Incorpora temas de salud sus clases Elabora con sus alumnos murales alusivos a la salud Gestión	Ninguno.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Rol del docente en la promoción de la salud.		Aplicación de flúor a los estudiantes Otras	Ninguno.
Promoción de la salud incorporada en el currículum escolar.	Promoción de la salud como eje transversal en la enseñanza de la educación primaria.	Si No	Ninguno
Presencia de murales alusivos a la salud.	Presencia en la escuela de murales que apoyen la promoción de la salud, detectados en la inspección.	SI No	Ninguno
Escuela limpia.	Condiciones de limpieza que se observan en la escuela, incluyendo áreas verdes, aulas y pasillos, detectados en la inspección.	SI No	Ninguno
Disponibilidad de alimentos saludables en el bar escolar.	Disponibilidad de alimentos nutritivos en el bar de la escuela, detectados en la inspección.	SI No	Ninguno
Consumo de agua segura.	Disponibilidad en la escuela de agua segura para el consumo por parte de los alumnos, observada en la inspección.	SI No	Ninguno
Disposición de basura.	Disposición intermedia y final de la basura en la escuela, observada en la inspección.	Adecuada	Al menos dos de las siguientes aseveraciones: hay recipientes para basura, se la lleva el tren de aseo, se entierra.
		Inadecuada	Dos o más de las siguientes aseveraciones: se tira a la calle, se quema, no hay recipientes para basura y otros.
Disposición de excretas.	Lugar donde son dispuestas las excretas en la escuela, observada en la inspección.	Letrina	Ninguno
		Inodoro	
		No se observan unidades sanitarias	

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Presencia de lavamanos.	Existencia en la escuela de condiciones para que lo alumnos se laven las manos, observada en la inspección.	SI No	Ninguno
Disposición de aguas residuales.	Lugar en donde se eliminan las aguas residuales en la escuela, observada en la inspección.	Sistema de alcantarillado	Ninguno
		Sumidero	Ninguno
		Se riega en áreas verdes	Ninguno
		Se hacen charcas	Ninguno
Concepto de salud.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre qué es salud, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos una de las siguientes aseveraciones: niños que se ven bien, están limpios, alegres, sin enfermedades, que se ríen, cantan o bailan, que se alimentan bien o practican normas de higiene.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a las anteriores, o no sabe.
Enfermedades transmitidas por vectores.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre el mecanismo de transmisión del dengue y la malaria, y las principales medidas preventivas, detectados en la encuesta.	Adecuado	Enfermedades que se transmiten por el piquete de zancudos y que se previenen destruyendo los criaderos de zancudos.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a las anteriores, o no sabe.
Enfermedades infecciosas.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre cómo se producen las diarreas y las principales medidas preventivas, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos tres de las siguientes aseveraciones: se transmite por no lavarse las manos, no lavar los alimentos y tomar agua sin hervir ni clorar; se previene lavando las manos y los alimentos, tomando agua hervida o clorada.
		Inadecuado	Dos o menos de las aseveraciones anteriores, o no sabe.

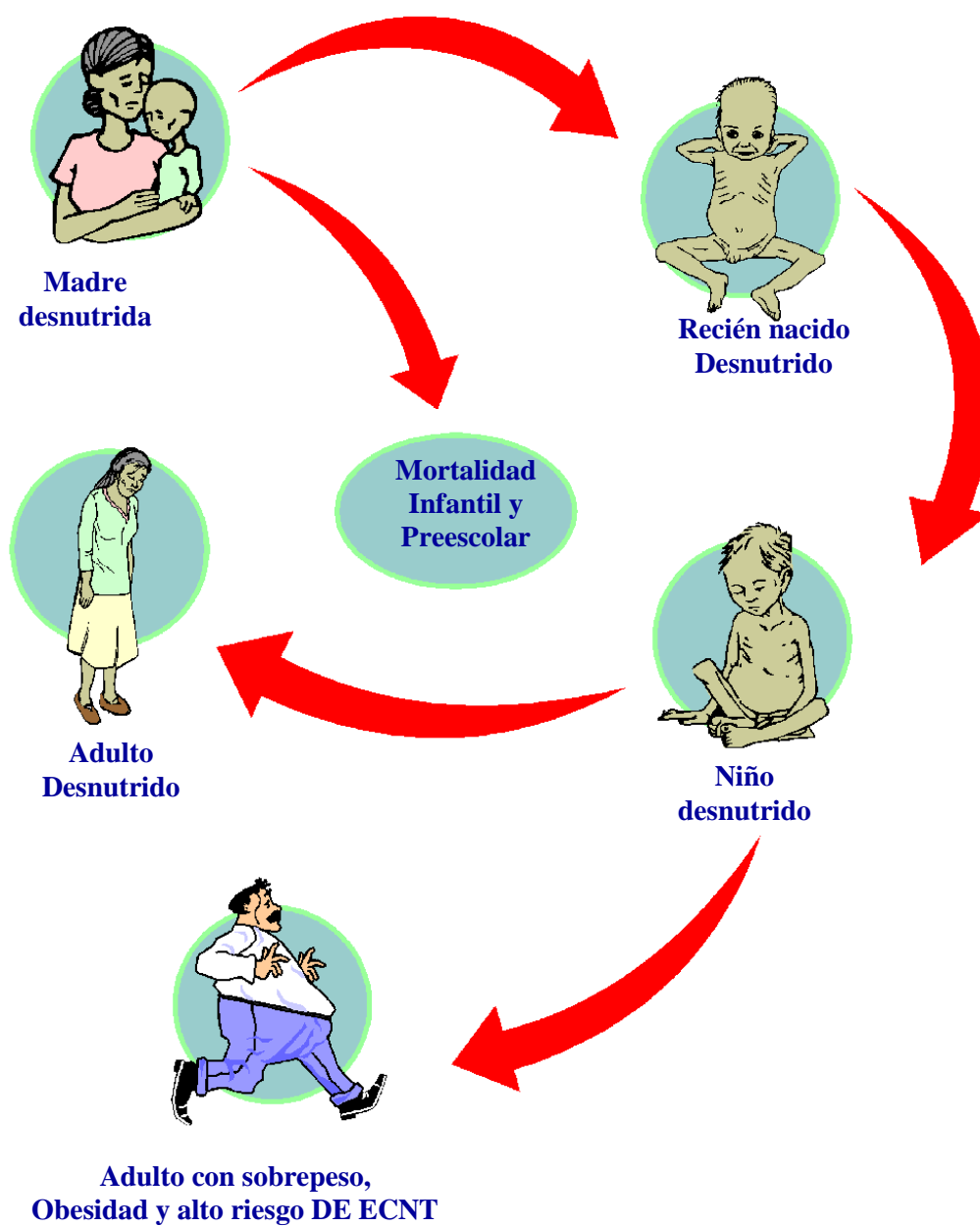
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Infecciones de Transmisión Sexual.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, detectados en la encuesta.	Adecuado	Enfermedades de los genitales o partes íntimas, o que se transmiten a través de las relaciones sexuales.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a las anteriores, o no sabe.
VIH/SIDA	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado el VIH/SIDA, detectados en la encuesta.	Adecuado	Enfermedad que se transmite por el contacto con la sangre de una persona enferma, o por relaciones sexuales.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a las anteriores, o no sabe.
Embarazo	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado la prevención del embarazo, detectados en la encuesta.	Adecuado	El embarazo se previene al no tener relaciones sexuales o con el uso de métodos de planificación familiar (mencionando cualquiera de ellos).
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a las anteriores, o no sabe.
Nutrición.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre una alimentación balanceada, incluyendo alimentos que contienen los principales micronutrientes, detectados en la encuesta.	Adecuado	Una nutrición balanceada se tiene cuando las personas comen de todo, o mencionar al menos tres de los cuatro grupos de alimentos (carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales).
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a la anterior, o no sabe.
Adicciones.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre las sustancias que producen adicciones y sus consecuencias, detectados en la encuesta.	Adecuado	Una de las siguientes aseveraciones: las adicciones se producen cuando las personas consumen algunas sustancias que dañan el cuerpo, lo intoxican o cambian su conducta, o mencionar los tipos de drogas (cigarro, alcohol o drogas).
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a la anterior, o no sabe.
Violencia.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre el tema de violencia, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos una de las siguientes aseveraciones: es cuando una persona maltrata a otra con golpes, palabras o de forma sexual.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Violencia.		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a la anterior, o no sabe.
Conocimientos sobre higiene personal.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre el cuidado de la higiene personal, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos tres de las siguientes aseveraciones: higiene personal es andar limpio, con las uñas cortas y limpias, con ropa limpia, bañarse diario, lavarse los dientes diario, peinarse.
		Inadecuado	Dos o menos aseveraciones anteriores o no sabe.
Conocimientos sobre higiene ambiental.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre el cuidado de la higiene ambiental, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos tres de las siguientes aseveraciones: tomar agua clorada o hervida o con otro tratamiento, depositar la basura en recipientes con tapa, defecar en inodoro o letrina, regar el agua sucia.
		Inadecuado	Dos o menos aseveraciones anteriores o no sabe.
Ejercicio físico	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado acerca del ejercicio físico, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos dos de las siguientes aseveraciones: el ejercicio físico sirve para tener buena salud, para no tener enfermedades o prevenir enfermedades.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a la anterior, o no sabe.
Suicidio.	Conocimientos básicos que tiene el alumno encuestado sobre el suicidio, detectados en la encuesta.	Adecuado	Suicidio es quitarse la vida.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a la anterior, o no sabe.
Cuidados básicos de la salud.	Prácticas que tiene el alumno en relación al cuidado de su propia salud, detectados en la observación directa.	Adecuada	Se observa al niño, al menos con cuatro de los siguientes aspectos: ropa limpia, zapatos limpios, peinado, orejas limpias, dientes limpios, uñas cortas y limpias.
		Inadecuada	Se observa al niño con tres o más de los siguientes aspectos mencionados anteriormente.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Prevención de enfermedades transmitidas por vectores.	Prácticas que realiza el alumno encuestado para prevenir la malaria y el dengue, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos dos de las siguientes aseveraciones: evitar tener recipientes llenos de agua, no tener charcos de agua, usar mosquitero.
		Inadecuado	Aseveraciones diferentes a la anterior, o no sabe.
Prevención de enfermedades infecciosas.	Prácticas que realiza el alumno encuestado para prevenir la diarrea, detectados en la encuesta.	Adecuado	Al menos dos de las siguientes aseveraciones: lavarse las manos (en cualquier momento), lavar los alimentos, tomar agua clorada o hervida.
		Inadecuado	Una de las aseveraciones anteriores, o no sabe.
Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.	Prácticas del alumno encuestado para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual, detectadas en la encuesta.	Adecuada	Usar preservativo.
		Inadecuada	Aseveraciones diferentes a la anterior, o nada.
Prevención del VIH / SIDA.	Prácticas del alumno encuestado para prevenir el VIH/SIDA, detectadas en la encuesta.	Adecuada	Usar preservativo.
		Inadecuada	Aseveraciones diferentes a la anterior, o nada.
Prevención del embarazo.	Prácticas del alumno encuestado para prevenir el embarazo, detectadas en la encuesta.	Adecuada	Uso de cualquier método de planificación familiar.
		Inadecuada	Aseveraciones diferentes a la anterior, o nada.
Ingesta de alimentos.	Alimentos que el alumno ingirió el día anterior a la encuesta en su hogar o la escuela, en relación a los cuatro de alimentos.	3 – 4 grupos de alimentos	Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.
		1 – 2 grupos de alimentos	
Consumo de sustancias adictivas.	Consumo por parte del alumno encuestado de sustancias que producen adicciones, al menos una vez en su vida.	Si No	Ninguno
Respuesta ante situaciones de estrés.	Forma en que el alumno encuestado enfrenta situaciones de estrés en la vida cotidiana, detectada en la encuesta.	Violenta	Una o más de las siguientes aseveraciones: gritar, golpear objetos o personas, pelearse, desquitarse con otros, lesionarse a él mismo.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	VALORES
Respuesta ante situaciones de estrés.		No violenta	Una o más de las siguientes aseveraciones: enojarse, no hacer nada, contar la situación a una tercera persona.
Higiene personal.	Prácticas que realiza el alumno encuestado para garantizar su higiene personal, así como su apariencia física.	Adecuada	Al menos cuatro de las siguientes aseveraciones: bañarse diario, lavarse los dientes después de cada comida, lavarse las manos, peinarse, limpiarse las orejas, cortarse las uñas.
		Inadecuada	Tres o menos de las aseveraciones anteriores.
Higiene ambiental.	Prácticas que realiza el alumno encuestado para garantizar una adecuada higiene ambiental, en su hogar, la escuela y la comunidad	Adecuada	Al menos dos de las siguientes aseveraciones: botar la basura en recipientes con tapa, hacer necesidades fisiológicas en inodoro o letrina, regar el agua sucia.
		Inadecuada	Dos o menos de las aseveraciones anteriores.
Práctica de deporte.	Práctica de, al menos un deporte por parte del alumno encuestado.	Si No	Ninguno.

DIAGRAMA No. 2: CIRCULO VICIOSO DE LA DESNUTRICION



Fuente: Escuela Saludable. Módulo II. Honduras, Centroamérica. 2002.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS PARA LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

Instrumento No. 1: Conocimientos y prácticas de los alumnos.

Hola estimado alumno. Estamos haciendo una investigación sobre algunos cosas que sepás en salud. Este no es un examen. Te agradecemos mucho tu colaboración al llenar esta encuesta.

A) Información general

1. Nombre _____
2. Edad _____
3. Sexo F _____ M _____
4. Grado que cursa 4to. ____ 5to. ____ 6to. ____
5. ¿Con quien vivís?
 - a) Mamá y papá ()
 - b) Solo mamá ()
 - c) Solo papá ()
 - d) Otro familiar ()
 - e) Otra persona ()
6. Nombre de la escuela _____
7. Procedencia de la escuela:
 - Urbana ()
 - Rural ()
8. Municipio _____ 9. Departamento _____

B) Conocimientos de los alumnos sobre el autocuidado de la salud

I. Conocimientos básicos de salud

1. ¿Cuándo un niño está saludable?

II. Enfermedades infecciosas

2. ¿Qué es el dengue?
 - a) Una enfermedad que se transmite por el piquete de zancudos ()

- b) Una enfermedad infecciosa
- c) Una enfermedad que se transmite por el agua
- d) No sabe

3. ¿Qué es la malaria?

- a) Una enfermedad que se transmite por el piquete de zancudos
- b) Una enfermedad infecciosa
- c) Una enfermedad que transmite por el agua
- d) No sabe

4. ¿Cómo podemos prevenir el dengue y la malaria ?

- a) Solamente se previene fumigando
- b) Se puede prevenir destruyendo los criaderos de zancudos
- c) No sabe

5. ¿Qué es la diarrea?

- a) Es una enfermedad que se presenta por no lavarse las manos
- b) La causan los parásitos
- c) Es una enfermedad que se presenta por no lavar los alimentos
- d) Es una enfermedad que se presenta por tomar agua sin hervir o clorar

6. ¿Cómo se puede evitar que enfermemos de diarrea?

- a) Lavándose las manos
- b) Vacunándose
- c) Al tomar agua hervida o clorada
- d) Lavando los alimentos

III. Salud sexual y reproductiva

7. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?

8. ¿Cómo se transmiten las infecciones de transmisión sexual?

9. ¿Cómo se transmite el SIDA?

10. ¿Cómo se pueden prevenir los embarazos?

IV. Nutrición

11. ¿Qué debe hacer una persona para alimentarse bien?

12. Escribe algunos alimentos que sean saludables.

V. Adicciones

13. ¿A qué se le llama droga?

14. Escribí el nombre de las drogas que hayas escuchado.

VI. Violencia

15. ¿Qué es violencia?

16. ¿Cuándo las personas actúan de forma violenta?

VII. Higiene personal

17. ¿Qué es higiene personal?

18. ¿Qué se debe hacer para lograr una adecuada higiene personal?

VIII. Higiene ambiental

19. ¿Qué debe hacerse con agua para tomar?

- | | | | |
|-------------------|-----|------------|-----|
| a) Clorarla | () | c) Nada | () |
| b) Hervirla | () | d) No sabe | () |
| c) Ponerla al sol | () | | |

20. ¿Qué debe hacerse con la basura?

- | | |
|--|-----|
| a) Botarla en recipientes sin tapa | () |
| b) Botarla en recipientes con tapa | () |
| c) Botarla en el patio de la casa o la escuela | () |
| d) No sabe | () |

21. ¿Dónde se deben hacer las necesidades fisiológicas?

- | | |
|-------------------------|-----|
| a) En letrina o inodoro | () |
| b) En el patio | () |
| c) No sabe | |

22. ¿Qué debe hacerse con el agua sucia?

- | | |
|--|-----|
| a) Regarla | () |
| b) Dejarla correr en el patio de la casa o escuela | () |
| c) No sabe | () |

IX. Actividad física

23. ¿Porqué se debe hacer ejercicio físico?

X. Salud mental

24. ¿A qué se le llama suicidio?

25. ¿Cómo se puede prevenir el suicidio?
- a) Enojándose
 - b) Platicando nuestros problemas con una persona de confianza
 - c) Platicando con nuestros amigos
 - d) No sabe

XI. Necesidades de información

26. ¿Dónde aprendiste todo lo que se te ha preguntado?

27. ¿Sobre cuáles temas específicos quisieras saber más?

B) Prácticas saludables en los alumnos

I. Enfermedades infecciosas

28. ¿Qué hacés en tu casa, en la escuela o tu comunidad para evitar el dengue y la malaria?

- | | |
|---|---|
| a) No tener charcos de agua <input type="checkbox"/> | c) Usar mosquitero <input type="checkbox"/> |
| b) Evitar tener recipientes con agua <input type="checkbox"/> | d) Fumigando <input type="checkbox"/> |
| | e) No sabe <input type="checkbox"/> |

29. ¿Qué cosas hacés para que no te de diarrea?

- | | |
|--|---|
| a) Lavarse las manos antes de comer <input type="checkbox"/> | d) Lavar los alimentos <input type="checkbox"/> |
| b) Lavarse las manos después de usar la letrina <input type="checkbox"/> | e) No sabe <input type="checkbox"/> |
| c) Tomar agua hervida o clorada <input type="checkbox"/> | |

II. Salud sexual y reproductiva

30. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- Si No

Si tu respuesta es "SI", contestá las siguientes preguntas:

31. ¿Qué hiciste para evitar las infecciones de transmisión sexual?

32. ¿Qué hiciste para evitar los embarazos?

33. ¿Qué hiciste para prevenir el SIDA?

III. Nutrición

34. Escribí todo lo que comiste el día de ayer.

35. ¿Qué comés en el recreo?

IV. Adicciones

36. ¿Alguna vez has probado drogas?

Si () No ()

37. ¿Quién te dió?

a) Papá, mamá o hermano ()

c) Amigos o vecinos ()

b) Otro familia ()

d) Otra persona ()

38. ¿Has fumado alguna vez?

Si () No ()

39. ¿Quién te dió?

a) Papá, mamá o hermano ()

c) Amigos o vecinos ()

b) Otro familia ()

d) Otra persona ()

40. ¿Has tomado licor alguna vez?

Si () No ()

41. ¿Quién te dió?

a) Papá, mamá o hermano ()

c) Amigos o vecinos ()

b) Otro familia ()

d) Otra persona ()

V. Violencia

42. ¿Qué haces cuándo te incitan a pelear?

a) Enojarse ()

c) Pelear ()

b) Gritar ()

d) Nada ()

43. ¿Qué hacés cuando alguien te hace algo que no te agrada?

a) Gritar ()

e) Desquitarse con otros ()

b) Golpear objetos o personas ()

f) Me golpeo yo mismo ()

c) Pelear ()

g) contarle a alguien ()

d) Enojarse ()

h)) Nada ()

44. ¿Qué hacés cuando te castigan por algo que no tenés culpa?

a) Gritar ()

e) Desquitarse con otros ()

a) Gritar ()

f) Me golpeo yo mismo ()

b) Golpear objetos o personas ()

g) contarle a alguien ()

c) Pelear ()

h)) Nada ()

d) Enojarse

VI. Higiene personal

45. ¿Qué hacés para tener una adecuada higiene personal?

a) Bañarse diario ()

d) Peinarse ()

b) Lavarse los dientes ()

e) Limpiarse las orejas ()

c) Lavarse las manos ()

f) Limpiar y cortar las uñas ()

VII. Higiene ambiental

46. ¿Dónde depositan la basura en tu casa?

a) En recipientes con tapa ()

c) En el patio ()

b) En recipientes sin tapa ()

47. En tu escuela, ¿dónde depositás la basura?

a) En recipientes con tapa ()

c) En las áreas verdes ()

b) En recipientes sin tapa ()

48. En tu casa, ¿Dónde hacés tus necesidades fisiológicas?
- a) En letrina o inodoro
 - b) En el patio
49. En tu escuela, ¿Dónde hacés tus necesidades fisiológicas?
- a) En letrina o inodoro
 - b) En el patio
50. ¿Qué hacen en tu casa con el agua sucia?
- a) La riegan
 - b) La dejen correr en el patio
 - c) Está conectada a la tubería
51. ¿Qué hacen en tu escuela con el agua sucia?
- a) La riegan
 - b) La dejen correr en el patio
 - c) Está conectada a la tubería

VIII. Actividad física

52. ¿Practicás algún deporte con tus amigos?

Si No



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS PARA LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

Instrumento No. 2: Encuesta a directores y maestros de la escuela, y director municipal de salud.

Hola estimados directores y maestros. Estamos haciendo una investigación sobre conocimientos y prácticas saludables que tienen los estudiantes de primaria. Al llenar esta encuesta nos ayudará a complementar la información que nos brinden los alumnos. Le agradecemos su colaboración.

I. Información general.

1. Nombre _____
2. Lugar de trabajo _____
3. Municipio _____
4. Departamento _____

II. Promoción de la salud en el ámbito escolar.

1. ¿Existe en esta escuela un Plan de trabajo para la implementación de la Iniciativa de Escuelas Amigas y Saludables?
Si () No ()
2. ¿Quiénes participaron en la elaboración del Plan?
Maestros ()
Alumnos ()
Personal de salud ()
Padres de familia ()
Representantes de la comunidad ()
Otros ()
3. En el componente de salud ¿Cuál es el principal contenido del Plan de trabajo?
Nutrición ()
Educación sanitaria ()
Prevención de enfermedades ()
Violencia ()
Actividad física ()
Drogadicción ()
Otros ()

¿Cuáles?

4. ¿De qué manera usted ha contribuido para promocionar la salud en la escuela?

5. En el caso que sea maestro o director de escuela, contestar la siguiente pregunta

¿Se ha incorporado el tema de la salud en el currículo escolar?

Si () No ()

¿De qué manera?



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS PARA LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

Instrumento No. 3: Guía observación al niño para corroborar las condiciones de higiene personal.

38. Información general

1. Nombre _____
2. Edad _____
3. Sexo _____
4. Grado que cursa _____
5. Nombre de la escuela _____
6. Municipio _____
7. Departamento _____

39. Observación directa

Al momento de observar al niño, este tiene:

- | | | |
|--------------------------|--------|--------|
| a) Ropa limpia | Si () | No () |
| b) Zapatos limpios | Si () | No () |
| c) Se observa peinado | Si () | No () |
| d) Orejas Limpias | Si () | No () |
| e) Dientes limpios | Si () | No () |
| f) Uñas limpias y cortas | Si () | No () |



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS PARA LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

Instrumento No. 4: Guía de observación a la escuela para verificar las condiciones que favorecen u obstaculicen la promoción de la salud.

I. Información general

1. Nombre de la escuela _____

2. Municipio _____

3. Departamento _____

II. Observación directa.

1. ¿Se observan en la escuela murales alusivos a la salud?

Si () No ()

2. ¿Se observa limpieza en las siguientes áreas de la escuela?

Áreas verdes Si () No ()

Aulas Si () No ()

Pasillos Si () No ()

3. ¿Existe bar en la escuela?

Si () No ()

4. ¿Qué alimentos venden?

Meneítos, galletas, tortillitas ()

Frutas ()

Gaseosas, glu glu ()

Refrescos naturales ()

Alimentos preparados ()

Otros ()

¿Cuáles?

5. ¿De dónde se obtiene el agua que consumen en la escuela?
- Agua potable
 - Pozo
 - Río
 - Los alumnos la traen de su casa
 - No hay agua en la escuela
6. ¿El agua recibe algún tratamiento?
- Se clora
 - Se hierve
 - Otro tratamiento
 - Ningún tratamiento
7. ¿Existen en los pasillos o aulas recipientes para basura?
- Si No
8. ¿Qué se hace con la basura que sale de la escuela?
- Tren de aseo
 - Se quema
 - Se entierra
 - Se tira a la calle
 - Otra
9. ¿Dónde hacen los alumnos y maestros sus necesidades fisiológicas?
- Letrina
 - Inodoro
 - Aire libre
10. ¿Existe en la escuela un lugar donde los alumnos se puedan lavar las manos?
- Si No
11. ¿Dónde se deposita en las escuelas las aguas residuales?
- Alcantarillado sanitario
 - Se riega en las áreas verdes
 - Se hacen charcas en la escuela
 - Se vierte en las calles

Tabla No. 1
TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS POR
ESCUELA Y DEPARTAMENTO
JUNIO – JULIO 2005

Escuela	Departamento							
	Nueva Segovia		Estelí		Matagalpa		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Santa Rosa	13	20.6					13	5
Salamají	10	15.9					10	4
Rafaela Herrera	10	15.9					10	4
Emmanuel Mongalo	5	7.9					5	2
Rubén Darío	15	23.8					15	6
José Dolores Estrada	10	15.9					10	4
Zacarías Lorente			11	10.5			11	4.5
Palo Verde			10	9.5			10	4
Laguna Santa Rosa			12	20.5			12	5
Azarías H. Pallais			10	9.5			10	4
Santa Teresa			10	9.5			10	4
La Ceiba			9	8.6			9	4
El Portillo			13	12.4			13	5
Oscar Arnulfo Romero			30	28.6			30	12
Agua Zarca					10	10	10	4
Cándida Miranda					20	20	20	8
Molino Sur					12	12	12	5
Quebrada Honda					18	18	18	7
Limixto					10	10	10	4
Ocote Dulce No. 1					10	10	10	4
Jucuapa centro					10	10	10	4
Jucuapa occidental					10	10	10	4
Total	63	100	105	100	100	100	268	100

Tabla No. 2
EDAD, SEXO, ESCOLARIDAD, Y RESPONSABLE O TUTOR
DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
8 - 10 años	33	12.3
10 – 12 años	150	56
13 – 15 años	85	31.7
Total	268	100
SEXO		
Masculino	156	58
Femenino	112	42
Total	268	100
ESCOLARIDAD		
Cuarto grado	85	31.7
Quinto grado	81	30.2
Sexto grado	102	38
Total	268	100
RESPONSABLE O TUTOR		
Mamá y papá	189	71
Solo mamá	59	22
Solo papá	8	3
Otro familiar	10	4
Otra persona	2	1
Total	268	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 3
PROCEDENCIA GEOGRAFICA DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Municipio	Departamento						Departamento	
	Nueva Segovia		Estelí		Matagalpa		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Dipilto	30	48					30	11.2
San Fernando	33	52					33	12.3
Estelí			52	49.5			52	19.4
La Trinidad			11	10.5			11	4.1
Condega			32	30.5			32	11.9
Pueblo Nuevo			10	9.5			10	3.7
Matagalpa					58	58	58	21.6
Sébaco					42	42	42	15.7
Total	63	100	105	100	100	100	268	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 4
ESCUELAS SEGÚN PROCEDENCIA
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Rural		Urbana		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nueva Segovia	6	100	0	0	6	100
Estelí	7	87.5	1	12.5	8	100
Matagalpa	8	100	0	0	8	100
Total	21	95	11	5	22	100

Fuente: Encuestas a maestros.

Tabla No. 5
PLAN DE TRABAJO DE LA ESCUELA
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Plan de trabajo de la escuela			
	Existe		No existe	
	Fr	%	Fr	%
Nueva Segovia	17	31	0	0
Estelí	21	39	0	0
Matagalpa	16	30	0	0
Total	54	100	0	0

Fuente: Encuestas a maestros.

Tabla No. 6
PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN
DEL PLAN DE TRABAJO DE LA ESCUELA
JUNIO – JULIO 2005

Personas que participaron en la elaboración del plan de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Maestros	4	7.4
Comunidad educativa	22	40.7
Comunidad educativa y personal de salud	7	13
Comunidad educativa, personal de salud y comunidad	12	22.2
Maestros, alumnos, personal de salud y comunidad	1	1.9
Comunidad educativa y comunidad	6	11.1
Maestros, personal de salud y comunidad	1	1.9
Maestros y padres de familia	1	1.9
Total	54	100

Fuente: Encuesta a maestros.

Tabla No. 7
ROL DEL DOCENTE EN LA PROMOCION DE LA SALUD
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Gestión		Aplicación de flúor		Incorp. de promoción de la salud en temas de clases		Elaboración de murales alusivos a la salud		Otras		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nueva Segovia	6	35.3	3	17.6	9	53	1	5.9	13	76.5	17	100
Estelí	3	14.3	0	0	5	23.8	4	19	10	47.6	21	100
Matagalpa	3	18.7	0	0	4	25	0	0	14	87.5	16	100

Fuente: Encuestas a maestros.

Tabla No. 8
PROMOCION DE LA SALUD INCORPORADA EN EL CURRÍCULUM
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Promoción de la salud incorporada en el currículum escolar				Total	
	Si		No		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Nueva Segovia	16	94	1	6	17	100
Estelí	21	100	0	0	21	100
Matagalpa	5	33	10	67	16	100
Total	42	80	11	20	54	100

Fuente: Encuestas a maestros.

Tabla No. 9
FACTORES OBSERVADOS DEL AMBIENTE ESCOLAR, QUE
INCIDEN EN LA PROMOCION DE LA SALUD
JUNIO – JULIO 2005

Presencia de murales alusivos a la salud	Si		No		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Nueva Segovia	5	83	1	27	6	100
Estelí	6	75	2	25	8	100
Matagalpa	2	25	6	75	8	100
Total	13	100	9	100	22	100
Escuela limpia						
Nueva Segovia	5	83	1	17	6	100
Estelí	7	87.5	1	12.5	8	100
Matagalpa	6	75	2	25	8	100
Total	16	72.7	4	18.2	22	100
Existencia de bar escolar						
Nueva Segovia	4	67	2	23	6	100
Estelí	6	75	2	25	8	100
Matagalpa	2	25	6	75	8	100
Total	12	54.5	10	45.5	22	100
Disponibilidad de alimentos saludables en el bar escolar						
Nueva Segovia	2	50	2	50	4	100
Estelí	1	27	5	83	6	100
Matagalpa	0	0	2	100	2	100
Total	3	25	9	75	12	100
Consumo de agua segura						
Nueva Segovia	4	67	2	33	6	100
Estelí	6	75	2	25	8	100
Matagalpa	7	87.5	1	12.5	8	100
Total	17	77	5	23	22	100

Fuente: Instrumento de observación a la escuela.

Tabla No. 10
DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS ESCUELAS ESTUDIADAS
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Disposición de basura				Total	
	Adecuada		Inadecuada		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Nueva Segovia	5	83	1	17	6	100
Estelí	7	87.5	1	12.5	8	100
Matagalpa	5	62.5	3	37.5	8	100
Total	17	77	5	23	22	100

Fuente: Instrumento de observación a la escuela.

Tabla No. 11
DISPOSICIÓN DE LAS EXCRETAS EN LAS ESCUELAS ESTUDIADAS
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Disposición de excretas				Total	
	Letrina		Inodoro		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Nueva Segovia	6	100	0	0	6	100
Estelí	7	87.5	1	12.5	8	100
Matagalpa	7	87.5	1	12.5	8	100
Total	20	91	2	9	22	100

Fuente: Instrumento de observación a la escuela.

Tabla No. 12
DISPOSICIÓN DE AGUAS RESIDUALES EN LAS ESCUELAS ESTUDIADAS
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Disposición de aguas residuales						Total	
	Alcantarillado		Se vierte en las áreas verdes o en la calle		Sumidero		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Nueva Segovia	0	0	4	67	2	33	6	100
Estelí	1	12.5	1	12.5	6	75	8	100
Matagalpa	1	12.5	7	87.5	0	0	8	100
Total	2	9.1	12	54.5	8	36.4	22	100

Fuente: Instrumento de observación a la escuela.

Tabla No. 13
PRESENCIA DE LAVAMANOS EN LAS ESCUELAS ESTUDIADAS
JUNIO – JULIO 2005

Departamento	Presencia de lavamanos en la escuela						Total	
	SI		No		No consig,		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Nueva Segovia	5	83	1	17	0	0	6	100
Estelí	7	87.5	1	12.5	0	0	8	100
Matagalpa	5	62.5	2	25	1	12.5	8	100
Total	17	77.3	4	18.2	1	4.5	22	100

Fuente: Instrumento de observación a la escuela.

Tabla No. 14
CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Conocimiento	Adecuado		Inadecuado		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Concepto básico de salud	215	80	53	20	268	100
Enfermedades transmitidas por vectores	163	61	105	39	268	100
Enfermedades infecciosas	155	58	113	42	268	100
Infecciones de transmisión sexual	234	87	34	13	268	100
VIH / SIDA	242	90	26	9.1	268	100
Embarazo	197	73.5	71	26.5	268	100
Nutrición	160	60	108	40	268	100
Adicciones	257	96	11	4	268	100
Violencia	203	76	65	24	268	100
Conocimientos sobre higiene personal	148	55	120	45	268	100
Conocimientos sobre higiene ambiental	247	92	21	8	268	100
Ejercicio físico	195	73	73	27	268	100
Suicidio	175	65.3	93	34.7	268	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 15
PRACTICAS SALUDABLES DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Prácticas saludables	Adecuado		Inadecuado		No consignado		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Prevención de enfermedades transmitidas por vectores	145	54	123	46	-	-	268	100
Prevención de enfermedades infecciosas	172	64	96	36	-	-	268	100
Prevención de Infecciones de transmisión sexual	4	50	3	37.5	1	12.5	8	100
Prevención del VIH / SIDA	3	37.5	4	50	1	12.5	8	100
Prevención del embarazo	3	37.5	4	50	1	12.5	8	100
Higiene personal	161	60	104	38.8	3	1.1	268	100
Cuidados básicos de la salud	247	92	21	8	-	-	268	100
Higiene ambiental	226	84.3	39	14.5	3	1.1	268	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 16
PORCENTAJE DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS SEGÚN VIDA SEXUAL ACTIVA
JUNIO – JULIO 2005

Vida Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Activa	8	3
Inactiva	255	97
Total	263	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 17
INGESTA DE ALIMENTOS DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Ingesta de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
1 – 2 grupos de alimentos	143	53.3
3 – 4 grupos de alimentos	124	46.2
No consignado	1	0.4
Total	268	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 18
ACCESO A SUSTANCIAS ADICTIVAS Y PRACTICA DE DEPORTES
EN LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Prácticas saludables	Si		No		No consignado		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Acceso a sustancias adictivas	8	3	254	96.6	1	0.4	268	100
Práctica de deportes	219	81.7	46	17.2	3	1.1	268	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 19
CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
QUE CONSUMEN SUSTANCIAS ADICTIVAS
JUNIO 2005 JUNIO – JULIO 2005

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 10 años	0	0
10 – 12 años	6	75
13 – 15 años	2	25
Total	8	100
Tipo de droga consumida		
Alcohol	8	100
Tabaco	7	87.5
Otras drogas	4	50
Total	8	100
Quién le dio		
Núcleo familiar	2	25
Otro familiar	1	12.5
Amigos o vecinos	4	50
Otra persona	1	12.5
Total	8	100

Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 20
RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE ESTRES EN LOS
ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Respuesta ante situaciones de estrés	Frecuencia	Porcentaje
Violenta	72	26.7
No violenta	195	72.8
No consignado	1	0.4
Total	268	100

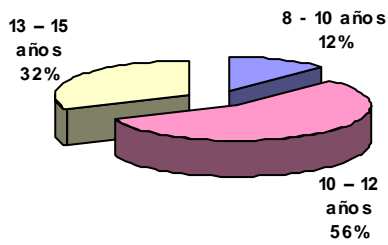
Fuente: Encuestas a estudiantes.

Tabla No. 21
NECESIDAD DE INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES ENCUESTADOS
JUNIO – JULIO 2005

Necesidad de información	Frecuencia	Porcentaje
VIH/SIDA.	33	12.3
Educación sexual (embarazos, métodos de planificación familiar, sexualidad, relaciones sexuales).	20	18.6
Infecciones de Transmisión Sexual.	14	5.2
Violencia y abuso sexual.	24	8.9
Drogas y alcoholismo.	36	13.4
Suicidio.	7	2.6
Higiene (ambiental, personal, en la escuela).	14	5.2
Medio ambiente.	24	8.9
Malaria y dengue.	6	2.2
Salud en general, otras enfermedades o todas las enfermedades.	29	10.8
Otros temas relacionados a la salud.	11	4.1
No sabe o no contestó.	49	18.3
Otros temas no relacionados a la salud.	53	19.7
Total	268	100

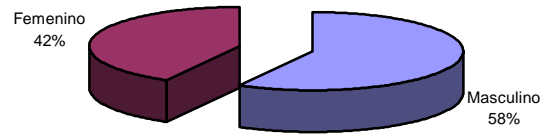
Fuente: Encuestas a estudiantes.

GRAFICO No. 1
EDAD DE LOS ALUMNOS ESTUDIADOS
JUNIO - JULIO 2005



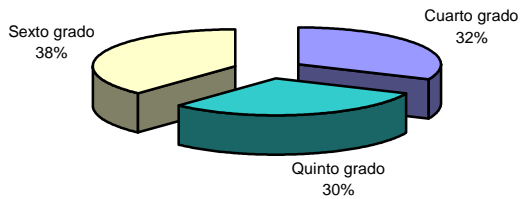
Fuente: Tabla No. 1

GRAFICO No. 2
SEXO DE LOS ALUMNOS ESTUDIADOS
JUNIO - JULIO 2005



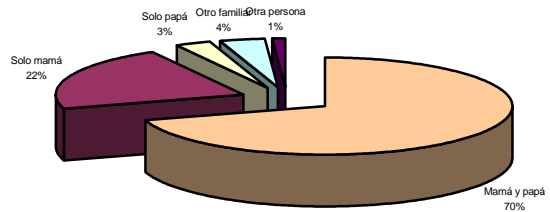
Fuente: Tabla No. 1

GRAFICO No- 3
ESCOLARIDAD DE LOS ALUMNOS
ENCUESTADOS. JUNIO - JULIO 2005



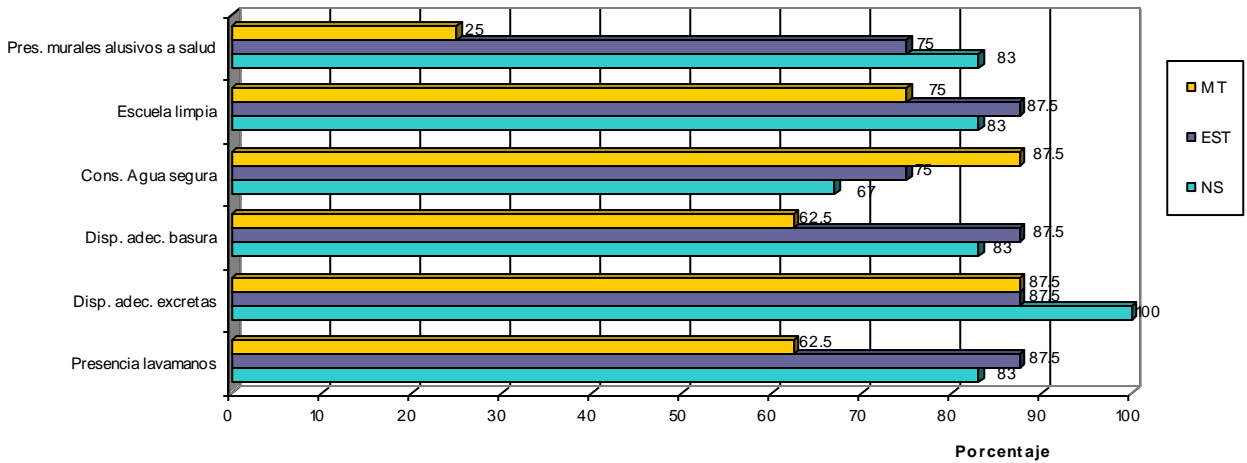
Fuente: Tabla No. 2

GRAFICO No. 4
RESPONSABLE O TUTOR DE LOS
ALUMNOS ENCUESTADOS
JUNIO - JULIO 2005



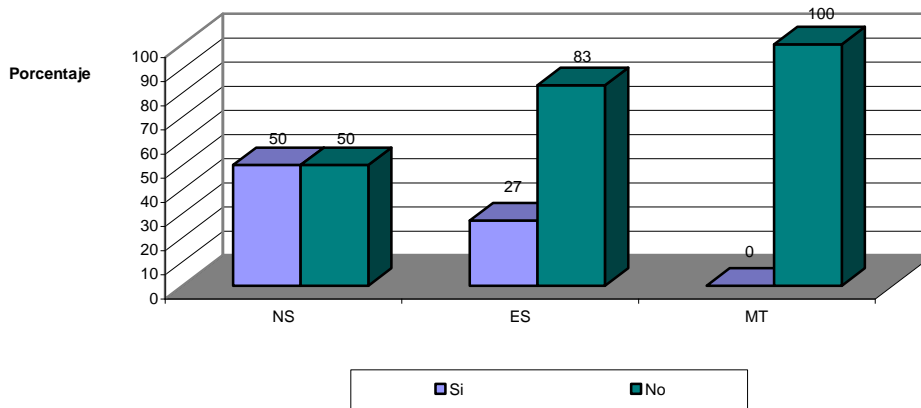
Fuente: Tabla No.2

GRAFICO No. 5
FACTORES EXTERNOS QUE FAVORECEN LA
PORMOCION DE LA SALUD
JUNIO - JULIO 2005



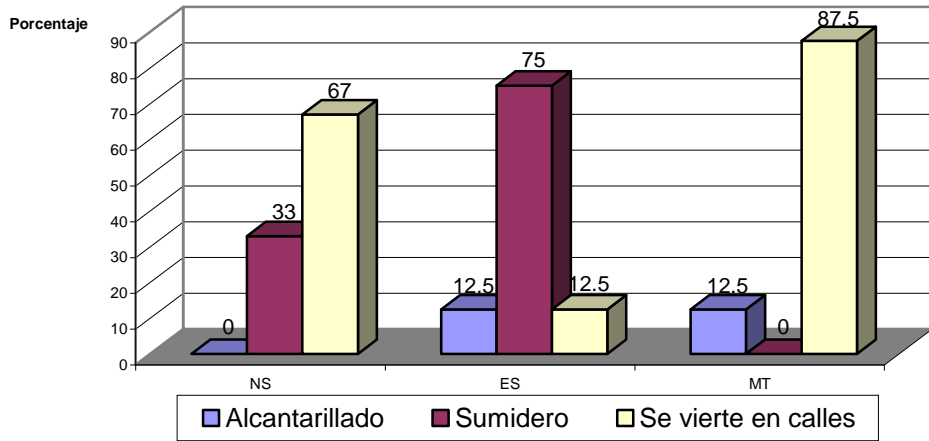
Fuente: Tablas No. 9, 10, 11 y 13

GRAFICO No. 6
DISPOSICION DE ALIMENTOS SALUDABLES EN EL BAR ESCOLAR
JUNIO - JULIO 2005



Fuente: Tabla No. 9

GRAFICO No. 7
DISPOSICION DE AGUAS RESIDUALES EN LAS ESCUELAS ESTUDIADAS
JUNIO - JULIO 2005



Fuente: Tabla No. 12