



*Universidad Central
"Marta Abreu de las Villas"
Facultad de Psicología*

Trabajo de Diploma

*Título: Comportamientos de riesgo
asociados a la Hipertensión Arterial
en niños y adolescentes.*

*Autoras: Mailen Morales Pérez
Ruth Losada Padrón*

*Tutoras: Dra. Vivian Guerra Morales
Msc. Yudit Pérez Díaz*

Santa Clara 2007

Pensamiento

*Instruye al niño en su camino y ni aún de viejo se apartará
de él.
Proverbios 22:6*

Dedicatória

A mi mamá porque siempre ha estado ahí cuando la necesité y por su amor y cariño, gracias por todo, a mi papá por sus consejos y por apoyarme a continuar con mi carrera, a mis hermanas Ester y Dorcas que son tan importantes y significan mucho para mi, porque cuando las necesito puedo contar con ellas.

Ruth...

A mi mamá por haberse esforzado durante tantos años en mi educación, por apoyarme y sostenerme.

A Lee Angel por ser parte de todo este trabajo, por su ayuda y por su amor.

Agradecimiento

A lo largo de 5 años, muchas son las personas a quien debo agradecer por cada ayuda. Quizás algunos nombres no se recuerden pero lo que no he olvidado es que sin saberlo una y otra vez empacaron el paracaídas que me libró de cada situación difícil.

Agradezco:

- *A Jesús, mi Señor, que me trajo a esta Universidad, que ha sostenido en todos los momentos de mi vida, que es la persona más importante de mi vida.*
- *A mi mamá por estar dispuesta a soportar mis ausencias del hogar, por esperarme una y otra noche mientras viajaba en botella.*
- *Al hombre más maravilloso y especial que existe en esta tierra, Lee Ángel. Es un regalo de Dios que no solo ha estado a mi lado como novio, sino como hermano y como amigo. Gracias por conquistar mi corazón y estar dispuesto a compartir tu vida conmigo.*
- *A Ruth por todos los años que ha trabajado conmigo, y por ser una amiga especial.*
- *A mi familia: abuela, mi tía Charo por darme de comer, y a mis demás tíos, primos, por el apoyo que me ha dado de muchas formas diversas.*
- *A la familia de Lee Angel por enseñarme que dedicarse a Dios es la mejor inversión.*
- *A mis compañeras de cuarto por haber compartido todos estos años conmigo: Auro, Yadira, Vanesa, Rocío, Mireilis, Lurdita, Yisel, Yuniet, Darsi.*
- *A la familia de Ruth por el apoyo que me han brindado, por acogerme en su hogar.*
- *A mis hermanos de Morón por el apoyo con sus oraciones.*
- *A Cary y a Roque, por las muchas veces que me sirvieron con el correo.*
- *A Yoilan por su apoyo cada vez que lo necesité.*
- *A Robles y Kaky porque a pesar de las diferencias la amistad nos unió.*
- *A todas las personas que me dieron botella una y otra vez.*

Mailén.

Ruth

Estos agradecimientos no solo se dirigen a las personas que me ayudaron durante estos cinco años, es también para todos aquellos que me alentaron y dieron apoyo para estudiar mi carrera. Si alguno que se considera mi amigo, llegase a leerlos y no encontrase su nombre, por favor no se sienta mal, porque tal vez no estés escrito en este papel pero en mi corazón sí.

Agradezco:

- *Al Padre por estar conmigo en todo momento, al Hijo por ser mi amigo y escucharme cuando nadie supo hacerlo y al Consolador por secar mis lágrimas y darme fuerzas.*
- *A mi tío Manolito (gracias por quererme tanto), a mis abuelos Manolo e Irene por su amor y cariño, a Yumy (por tus consejos) a mis tías Ruth, Noemí y Rosita por estar siempre dispuestas a cobijarme y papacharme.*
- *A mis primos: Yany por su sonrisa constante y apoyo, a Mariaza por enseñarme a tener paciencia con los pequeños y por su amor, a Elías, Lily, Lillian, Keren, Cesia, Pipo, Yose, Moisesito, en fin a todos los que dieron parte de su tiempo para conversar o me regalaron una sonrisa y me apoyaron.*
- *A mis abuelos y tíos paternos, por enseñarme que no hay nada más importante que la familia.*
- *A Mailén por permitirme ser su amiga, por su tiempo, amor, sus consejos y persistencia y por su amor a Dios.*
- *A mis hermanos de la iglesia por su fe y oración para que todo me fuera bien, a todos los amigos y hermanos que tengo en toda Cuba y el mundo.*
- *A Alfredo Pomales y familia por su cariño y por cada carta o presente que recibí de ellos.*
- *A mis amigas de la carrera: Jeisa por enseñarme a coger botella y por todo el tiempo que dedicabas a escucharme, por tu alegría. A Yisel, Yuniet, Auro, Aimé porque cada una compartió su tiempo conmigo cuando lo necesité.*

- *A Raque, por ser como una madre y por esforzarse para que me sintiera como en casa, a Lee Ángel por su amistad y por preocuparse todo el tiempo de como me sentía.*
- *A todos los que sin saberlo fueron una ayuda para mi, los de la botella, los que me ayudaron con trabajos, con la computadora, los que no se sus nombre pero estaré siempre agradecida porque aportaron su granito de arena.*

Ruth y Mailén.

- *A los muchos hermanos que Dios me regaló en esta Universidad. Haber podido contar con ustedes fue un privilegio. Gracias por existir y por dejarme ser parte de ustedes.*
- *A Yudit por la ayuda que nos brindó sin poner límites de tiempo.*
- *A Roberto Rodríguez por ser tan paciente y darnos parte de su tiempo en el análisis estadístico.*
- *A los alumnos y profesores de la escuela donde realizamos la investigación, gracias por dejarnos entrar.*
- *A los técnicos de Computación del IPE Félix Varela. Gracias por su ayuda, por abrirnos un espacio para trabajar.*
- *A Vivian Guerra por estar dispuesta a tutorarnos.*

Resumen

Resumen

Esta investigación se realizó en el semi-internado: Alberto Delgado Delgado, municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, en el año 2007.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo con niños y adolescentes de 9-12 años, con el objetivo de determinar los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial en los mismos.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos resultó preciso la utilización de diferentes técnicas como: cuestionario a escolares y a padres elaborado por los investigadores, entrevista grupal a escolares, padres y maestros y entrevistas a especialistas. Las categorías elaboradas para el análisis de la información se relacionan con 4 comportamientos de riesgo tradicionales, asociados a la HTA. El análisis de los datos se realizó de forma cualitativa y cuantitativa haciendo uso del SPSS. Los resultados más importantes arrojan que:

Las conductas de riesgo evaluadas muestran un comportamiento uniforme en relación con las variables sociodemográficas sexo, edad y raza, mostrándose en todos los escolares, al menos, un comportamiento de riesgo asociado a la HTA: dieta inadecuada, dificultades en la realización de ejercicios físicos e/o influencia negativa proveniente de los contextos socializadores, en relación con el hábito de fumar y/o la ingestión de bebidas alcohólicas. Se conoció además, que los contextos socializadores ejercen influencia, tanto positiva como negativa, en la formación y desarrollo de comportamientos de riesgo asociados a la HTA en los escolares estudiados.

Índice

Índice

Introducción.....	1
Capítulo I: Fundamentación teórica.....	5
1.1 Hipertensión arterial como enfermedad en la infancia y la adolescencia.....	5
1.1.1 Definición de la Hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia.....	6
1.1.2 Clasificación de los factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en la infancia y la adolescencia.....	8
1.1.3 Causas.....	14
1.1.4 Pronóstico y tratamiento.....	15
1.2 Comportamientos de riesgo tradicionalmente asociados a la Hipertensión Arterial. Consideraciones durante la etapa escolar.....	16
1.2.1 Contextos de desarrollo.....	19
1.2.2 Características psicológicas del niño y del adolescente.....	21
1.2.3 Papel de los contextos socializadores en la formación y desarrollo de los comportamientos de riesgo durante la etapa escolar, asociados a la Hipertensión Arterial.....	26
1.2.4 Prevención.....	35
Capítulo II: Aspectos metodológicos.....	38
2.1 Visión metodológica.....	38
2.2 Tipo de estudio.....	38
2.3 Descripción del escenario.....	39
2.4 Descripción de la muestra.....	39
2.5 Categorías para el análisis de la información.....	41
2.6 Técnicas a utilizar.....	48
2.6.1 Entrevista.....	48
2.6.1.1 Entrevista a escolares.....	49
2.6.1.2 Entrevista a padres.....	49
2.6.1.3 Entrevista a maestros.....	50
2.6.1.4 Entrevista a especialistas.....	51
2.6.2 Cuestionarios.....	51

2.6.2.1	Cuestionario a escolares.....	52
2.6.2.2	Cuestionario a padres.....	53
2.6.3	Observación.....	53
2.7	Procedimiento.....	54
2.7.1	Procedimiento generales de la investigación.....	54
2.7.2	Procesamiento estadístico de los datos.....	55
Capítulo III:	Análisis de los resultados.....	56
3.1	Análisis por técnicas.....	56
3.1.1	Cuestionario a escolares.....	56
3.1.2	Cuestionario a padres.....	59
3.1.3	Entrevista a escolares.....	60
3.1.4	Entrevista a padres.....	64
3.1.5	Entrevista a maestros.....	66
3.2	Análisis de acuerdo a los comportamientos de riesgo estudiados.....	67
3.2.1	Ejercicios físicos.....	67
3.2.2	Dieta.....	71
3.2.3	Hábitos tóxicos.....	74
3.3	Análisis integrador.....	78
Conclusiones.....		81
Recomendaciones.....		83
Bibliografía.....		84
Anexos.....		88

Introducción

INTRODUCCIÓN

La vida de un ser humano comienza como un milagro que la ciencia, después de un arduo trabajo, logró descifrar. Conservar la existencia ha sido descrito como un instinto propio de todo ser viviente; y en este empeño, el hombre como parte de este grupo, ha tratado de estudiar cada comportamiento que lleva a cabo en aras de extender sus días sobre la tierra.

En los albores de la humanidad, muchas enfermedades eran desconocidas, no porque no existieran, sino porque se carecía de medios que posibilitaran su diagnóstico. Esta situación provocó que, progresivamente, aumentaran las muertes por padecimientos que hoy son prevenibles y controlables. Dentro del grupo de las enfermedades a las que se hace referencia, se encuentran las de tipo cardiovascular, que se clasifican dentro de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, junto a otras como Diabetes Mellitus, Asma Bronquial y Cáncer.

Específicamente dentro de las enfermedades cardiovasculares, se encuentra la hipertensión arterial, que en esta investigación se aborda desde la perspectiva de los comportamientos de riesgo asociados a la misma y que comienzan a formarse desde las etapas tempranas de la vida. La hipertensión arterial (HTA) no sólo es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, sino que resulta uno de los factores más importantes en la etiología de los trastornos cardiovasculares, que se encuentran entre las principales causas de muerte en la mayoría de los países.

Como enfermedad crónica no transmisible, la hipertensión arterial posee las características generales de estas: una vez “diagnosticadas se producen durante muchos años, llevan a la muerte en un plazo más o menos largo, necesitan un control médico periódico y tratamiento durante toda la vida. Estas enfermedades tienen la característica de que su causa exacta es desconocida y en realidad tienen un origen multifactorial, es decir, se desarrollan a partir de la interacción de varios factores causales” (Batista, M, R. 2001).

A la hipertensión arterial se le denomina comúnmente el “asesino silencioso”, pues muchas veces no produce ningún síntoma. Tal y como refiere Mijares (Mijares, 2005), este es uno de los hechos que obstaculiza el conocimiento de la verdadera

magnitud de la población afectada por hipertensión arterial; es decir, que una proporción importante de los hipertensos, no está consciente de su estado. No obstante, esta situación en los adultos es menos grave que en los niños y adolescentes, ya que la hipertensión arterial ha sido ampliamente investigada en los primeros, no siendo así en la edad pediátrica, donde solo recientemente aparecen los estudios fundamentales.

La subestimación de este tema en pediatría se debe, probablemente, según Mijares (Mijares, 2005), a que la hipertensión arterial es menos frecuente y casi nunca responsable de morbilidad o mortalidad importante en la etapa infantil.

El conocimiento que se obtenga en relación con la hipertensión arterial pediátrica, con los factores que desde esta etapa incide en la enfermedad o aumentan el riesgo de padecerla, tiene un valor incalculable. Son innumerables los autores coincidentes en plantear que las dos primeras décadas de la vida, son una oportunidad única para identificar precozmente los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial e intervenir en consecuencia. Entre dichos autores podría citarse a González (González et al., 2004); Lurbe (Lurbe et al., 2001); Mellina (Mellina, González, Moreno, Jiménez, y Peraza, 2001); Mijares (Mijares, 2005); entre otros.

Los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial pueden clasificarse en modificables o no. Los primeros son los que se asocian a los comportamientos de riesgo, fundamentalmente: hábito de fumar, dieta inadecuada, consumo de alcohol y práctica ineficaz de ejercicios físicos.

Se conoce que en la actualidad el mejoramiento de la salud poblacional, depende en un 50% del estilo de vida de los seres humanos, un 20% de la genética de las poblaciones, un 20% del estado del medio ambiente y un 10% de la salud pública tradicional, esto incluye además las enfermedades cardiovasculares y su repercusión en el estado de bienestar de cada individuo.

El hecho de que los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial, específicamente, sean aprendidos o no, depende de la interacción de los niños y los adolescentes, en su Situación Social de Desarrollo, con los diferentes

contextos, tales como: la escuela, la familia y la comunidad, así como los medios de comunicación.

A través del contacto con los demás, las personas aprenden a realizar numerosas conductas, no solo mediante la observación de otros, que actúan como modelos, sino también a través del refuerzo que se obtiene de los demás cuando aprueban el comportamiento realizado. El niño y el adolescente son el reflejo de quienes le rodean, en especial de sus padres que son aquellos capaces de estimular su desarrollo emocional e intelectual; lo que los padres no sean capaces de transmitirle o enseñarle se convertirá en una necesidad, en una carencia.

Consecuentemente, la infancia y la adolescencia son etapas donde se produce la adquisición de actitudes y conductas que perduran hasta la adultez. Por lo tanto, con la promoción de hábitos y estilos de vida sanos, relacionados con la prevención de la hipertensión arterial específicamente, se puede disminuir la alta prevalencia de esta enfermedad, así como las consecuencias negativas para el organismo en la etapa adulta.

Sería imposible lograr satisfactoriamente acciones y estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades, en relación con la hipertensión arterial, si no se parte del conocimiento y comprensión de todos aquellos aspectos, que pueden incidir en la formación y desarrollo de comportamientos de riesgo asociados a dicha enfermedad, fundamentalmente durante las primeras etapas de la vida. De esta manera, se plantean como objetivos de la presente investigación, los siguientes:

Objetivo general.

- *Determinar los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial en niños y adolescentes.*

Objetivos específicos.

- *Diagnosticar los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial en niños y adolescentes.*
- *Identificar los comportamientos de riesgo, según algunos indicadores sociodemográficos (edad, sexo, raza).*
- *Evaluar la influencia de los contextos de desarrollo en la aparición y manifestación de los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial en la muestra estudiada.*

Se considera importante el abordaje de este tema de investigación, por las contribuciones teóricas y prácticas que se pueden derivar del mismo. Su novedad teórica radica en ofrecer una descripción de los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial en niños y adolescentes, profundizando en la consideración de los factores de riesgo modificables. Dicha investigación se vincula al proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la hipertensión arterial pediátrica, en la atención primaria de salud”, auspiciado por el Hospital Pediátrico Infantil “José Luis Miranda” y el Centro Desarrollo Electrónico (CDE), en el que participan especialistas de diferentes ramas, que se dedican al estudio de la HTA en la infancia y la adolescencia.

Capítulo I

Capítulo I. Fundamentación teórica

1.1 Hipertensión arterial como enfermedad en la infancia y la adolescencia.

Durante mucho tiempo, el hombre se ha dedicado al estudio de su organismo, buscando respuesta a un sinnúmero de padecimientos que progresivamente deterioran su salud. En los últimos años, provocado por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, aparece el término de Enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se pueden señalar: Diabetes Mellitus, Trastornos Cardiovasculares, Asma Bronquial y Cáncer, entre otras.

Los *trastornos cardiovasculares* se refieren a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones. Dichos trastornos se producen cuando confluyen un número suficiente de factores desencadenantes o "factores de riesgo".

El significado del factor de riesgo cardiovascular (FRCV) tiene dos acepciones, una más general para indicar cualquier condición relacionada con el riesgo de presentar alguna de las enfermedades cardiovasculares (ECV) más frecuentes, como la cardiopatía isquémica, accidentes vasculares aterotrombóticos, ateromatosis de las arterias renales, procesos aterotrombóticos, trombosis de la arteria central de la retina y claudicación intermitente. Otra, más específica, habitualmente referida al riesgo coronario, para designar a determinados signos biológicos, estilos de vida o hábitos adquiridos, que son más prevalentes, entre los candidatos a presentar cardiopatía coronaria en el futuro.

Comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol, dietas inadecuadas, hacer poco o excesivo ejercicio físico y conducir de forma imprudente, están estrechamente relacionado con las tres causas de muerte más importante en la actualidad: corazón, cáncer y carretera. Entre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, está la presión arterial alta, fumar cigarrillos, alto nivel de colesterol y en menos medida, la obesidad y la inactividad física.

Continuamente se ha hecho referencia a la hipertensión arterial (HTA) como una de las más importantes dentro de los trastornos cardiovasculares, precisamente, porque constituye una enfermedad en sí misma, a la vez que se convierte en un

factor de riesgo para padecer otros trastornos cardiovasculares y/o enfermedades de otra índole.

1.1.1. Definición de la Hipertensión Arterial en la infancia y la adolescencia.

Por la elevada incidencia- prevalencia y la importante morbilidad asociada que conlleva la HTA, se constituye en un problema sanitario de primer orden, y aumenta el riesgo vascular general, además de ser la causa de severas complicaciones renales, cardíacas y cerebrales.

La presión arterial es la fuerza o tensión con que la sangre fluye por el sistema circulatorio, denominándose presión sistólica o máxima al empuje con que sale el torrente de sangre a las vías circulatorias cuando el corazón se contrae, y presión diastólica o mínima, a la presión en el interior de las arterias cuando el corazón se relaja entre latidos, la cual disminuye (Fernández-Abascal, 1993).

Lurbe plantea que "(...) se define hipertensión arterial en la infancia cuando la tensión arterial sistólica y/o diastólica se encuentran repetidamente por encima del percentil 95 específico para edad, sexo y talla, según las tablas de normalización" (Lurbe et al., 2001, p.155). Las tablas que contienen estándares de referencia para los valores de tensión arterial en la infancia y la adolescencia, publicadas en 1987 por la TASK Force for blood pressure in children, y modificadas recientemente en 1996, son las más acertadas internacionalmente. En nuestro país, específicamente, la versión española para niños de dichas tablas, se está trabajando para estandarizarlas en Cuba.

Resulta necesario diferenciar entre la hipertensión esencial que es la que no tiene una causa identificable, ocurre en el 50% - 60% de niños con hipertensión, la mayoría de estos niños serán obesos; y la hipertensión secundaria causada comúnmente por enfermedades renales (del riñón), corazón y recipiente, enfermedades cardiovasculares, los desórdenes endocrinos (hormona o metabolismo) y otras condiciones misceláneas.

Durante muchos años, fue habitual pensar que la hipertensión arterial era una enfermedad exclusivamente de los adultos, por lo que los estudios relacionados con la misma, se circunscribían mayormente a estas etapas del desarrollo, siendo

subestimado este tema en pediatría. Es solo recientemente que la hipertensión comienza a llamar la atención de los especialistas relacionados con el tema en la infancia. Las investigaciones realizadas al respecto, indican que la hipertensión tiene sus inicios en la niñez, por lo que su detección y seguimiento debe comenzar desde los primeros años de vida (Álvarez, de Rivas y Luque, 2004; Lurbe et al, 2001; González et al., 2004; Suárez, Álvarez y Campillo, 2004).

Por su parte, estudios epidemiológicos, muestran que entre el 2 % y el 3 % aproximadamente de la población menor de 18 años, padece esta enfermedad (Álvarez et. al., 2004; González et al., 2004; Krmar et al., 2004; Lurbe y Torró, 2002; Málaga, 2004).

Existen algunos factores que dificultan la determinación y el estudio de la HTA en la infancia y la adolescencia actualmente. Uno de ellos se relaciona con el hecho de que la presión arterial en la infancia es un parámetro variable, es decir, que los valores de normalidad en cuanto a la tensión arterial varían a lo largo del crecimiento. Es por ello que la generalidad de los autores coinciden en señalar, como una de las características más importantes de la tensión arterial en la infancia, que posee valores de normalidad que aumentan progresivamente a lo largo de los años (Álvarez et al., 2004; Lurbe et al, 2001).

En condiciones fisiológicas normales, el aumento de la presión arterial varía según la edad. Durante el primer mes de vida, la presión arterial sistólica aumenta de forma rápida, enlenteciéndose posteriormente hasta la edad de 5 años. Entre esta edad y el inicio de la pubertad, la presión arterial sistólica aumenta a un ritmo de 1-2 mmHg, y la presión arterial diastólica de 0,5-1 mmHg por año, con mínimas diferencias entre niños y niñas. La edad comprendida entre 13 y 18 años, se caracteriza por un notable incremento de los valores de presión arterial, siendo más evidente en los niños que en las niñas, alcanzando cifras de presión arterial más elevadas en los niños, lo que traduce un desarrollo puberal más tardío y la mayor masa corporal (Lurbe, 2001). Estos cambios de la presión arterial tienen su base en el crecimiento y desarrollo corporal. Por lo tanto, no resulta tarea fácil reconocer en los niños cuáles son las cifras tensionales normales.

Otra de las razones que dificulta el estudio de la HTA en niños y adolescentes, sobre todo en los primeros, es la necesidad de un instrumental específico para medir la tensión arterial, acorde a la circunferencia del brazo del niño.

A pesar de estas dificultades, resulta indudablemente que el riesgo de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, puede ser reducido notablemente, a través de la identificación precoz de la misma, así como de los factores de riesgo relacionados con ella. De esta forma, la infancia y la adolescencia, constituyen etapas muy oportunas para iniciar programas de prevención y tratamiento, que contribuyan a reducir dicho riesgo.

1.1.2. Clasificación de los factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en la infancia y la adolescencia.

La HTA es una enfermedad de naturaleza insidiosa, que puede mantenerse lentamente durante largo tiempo y, en general, carece de sintomatología específica. “Existen dos problemas que complican el estudio de la hipertensión arterial esencial: su carácter multicausal, que determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de diferentes variables sobre la presión arterial y, por otra parte su naturaleza procesal, que circunscribe la relación en la evaluación de la patología” (Molerio, 2004).

Se considera importante la opinión de autores como Fernández Abascal (Fernández-Abascal, 2003), quien plantea que existe un grupo de factores tradicionales, los cuales comprenden aquellos que tienen un mayor componente físico/biológico, aunque también emocional, tales como el colesterol, los triglicéridos y la hipertensión arterial, y otros factores con mayor componente comportamental que biológico, pero que están ya establecidos como factores de riesgo tradicionales, tales como el consumo de tabaco y alcohol. Dentro de este grupo también se encuentran la obesidad y la inactividad física.

Los factores de riesgo emocionales incluyen los no tan clásicos o tradicionales como el Patrón de Conducta Tipo A, las emociones de ira y hostilidad, la reactividad cardiovascular, la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo social. Los factores emocionales de riesgo no se presentan aisladamente, sino que se

influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar dónde comienza uno y dónde lo hace otro y a su vez interactúan con los factores de riesgo tradicional.

De acuerdo a las ideas de este autor, los factores anteriormente mencionados, también son clasificados en: modificables y no modificables, teniendo en cuenta, fundamentalmente, el papel que puede ejercer la conducta del individuo y el medio en que este se desarrolla. De esta manera, los factores de riesgo no modificables no se pueden cambiar, sino que vienen con el individuo, pues son transmitidos genéticamente. Sin embargo, los modificables están relacionados con el ambiente y se adquieren, los acompañan diferentes comportamientos que pueden eliminarse; esto permite incidir sobre los factores modificables, pudiéndose desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en la población, sobre todo infanto-juvenil.

- Factores de riesgo no modificables asociados a la Hipertensión Arterial en la infancia y la adolescencia.

Los no modificables son aquellos con los que se nace o, que acompañan a la persona toda la vida incluso incrementándose con el paso de los años sin que se pueda hacer mucho al respecto. Estos son: sexo, edad, antecedentes familiares o herencia.

Antecedentes familiares

Se plantea que existen patrones de presión arterial familiar desde la infancia, demostrándose que entre el 20 % y el 40 % de los casos pueden ser adscritos a factores familiares (Álvarez, 2004). Otro dato indica que, cuando ambos padres son hipertensos, el 50 % de los hijos heredará la condición; si uno solo lo es, la cifra cae al 33 % (Lagomarsino, 2005).

Raza, sexo y edad.

Krmar afirma que, “a diferencia de lo observado en los adultos, la raza no tiene el mismo impacto sobre la presión arterial de los niños y adolescentes (...)” (Krmar et

al., 1999, p. 64), siendo las diferencias clínicamente irrelevantes. Así mismo, Álvarez (Álvarez et al, 2004) plantea que, para algunos autores, las diferencias entre razas, en cuanto a la hipertensión arterial, no se hacen patentes hasta después de la pubertad y, fundamentalmente después de los 25 años; sin embargo, para otros autores, la prevalencia de hipertensión es mayor en la raza negra, para ambos sexos y en todos los grupos de edades.

Se han realizado investigaciones donde han encontrado, que existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, en adolescentes mestizos y negros que en blancos. Por otro lado, algunos estudios como el realizado en Cuba por González (González et al., 2004), muestran resultados donde la hipertensión arterial prevalece más en adolescentes blancos y mestizos, que en negros. Por tanto, la relación entre la hipertensión y la raza en la infancia y la adolescencia, no son aún definitivas.

En cuanto al sexo, en los niños menores de 6 años no existen diferencias significativas relacionados con los niveles tensionales entre ambos (Duménigo et al., 2004).

➤ Factores de riesgo modificables asociados a la Hipertensión Arterial.

Los factores de riesgo modificables son aquellos en los que la conducta juega un rol muy importante. Dentro los que se encuentra el consumo de tabaco y alcohol, la dieta y el sedentarismo.

Obesidad.

La obesidad está vinculada a los problemas de hipertensión. Se plantea que “la prevalencia de hipertensión arterial es 3 veces mayor en los obesos que en la población en general” (Mijares, 2005). Según la propia autora, en la niñez también se ha hallado una relación directa entre el peso corporal y la presión arterial.

Los estudios estadísticos en el mundo muestran que el 10 % de los niños en edad escolar es obeso, así como el 22 % de la población entre 5 y 17 años tiene sobrepeso. Teniendo en cuenta estos datos, numerosas evidencias

epidemiológicas y clínicas apoyan la influencia que tiene la obesidad en la hipertensión infantil. Los resultados de investigaciones realizadas, tanto en Cuba como en otros países, afirman que el sobrepeso corporal trae consigo mayor riesgo de sufrir esta enfermedad desde la infancia. (Álvarez et al, 2004; Duménigo et. al., 2004; González et al., 2004; Mellina, et. al., 2001; Mijares, 2005; Suárez, et. al., 2004). La propia Mijares (2005), en el estudio realizado con niños entre 11 y 14 años de edad, observó que una evolución de cinco años de la obesidad favoreció la aparición de la hipertensión arterial.

Dieta.

Álvarez (Álvarez et al., 2004, p. 303), con respecto a la dieta, señala que “la ingesta excesiva de sodio y la disminución en la misma de potasio, calcio y magnesio, se han relacionado con el aumento de la PA”. Concretamente, se han realizado investigaciones con el objetivo de determinar la relación entre la ingesta de sodio, calcio, potasio y magnesio y la presión arterial. Los resultados en niños, al igual que en los adultos, no son concluyentes en este sentido. El control de la presión arterial requiere entre otras medidas, una dieta pobre en grasa animal, poca sal, evitar el café y otras bebidas con cafeína, evitar el alcohol. Con esta enfermedad se aconseja seguir la siguiente dieta:

- Dieta pobre en sal "amplia".
- Dieta pobre en sal estricta.

Con respecto a la dieta que se debe mantener para evitar que el organismo sienta los efectos de las conductas no saludables, es necesario enfatizar en el colesterol. Aunque muchos alimentos, sobre todos los lácteos y la grasa de la carne, contienen colesterol, el cuerpo también lo sintetiza a partir de sustancias libres de colesterol. No obstante, las investigaciones indican que una dieta rica en colesterol genera en la sangre niveles anormalmente altos de colesterol, así como de grasas y lípidos relacionados con él. Las pruebas demuestran de una manera contundente, que las personas con dichos niveles son más propensas a padecer aterosclerosis e infartos (muchas veces provocado por el aumento de la presión arterial) que las personas con niveles bajos.

De acuerdo con la opinión médica, el colesterol y sus derivados se segregan a través de las glándulas sebáceas de la piel, para actuar como lubricantes y como cubiertas protectoras del pelo y esta. Es por eso, que la práctica de ejercicio físico es tan necesaria para la disminución, no solo de la masa corporal, sino también del colesterol, desmintiendo el mito que solo los “gordos” necesitan realizar ejercicios para disminuir su IMC.

Sedentarismo.

Fundamentalmente en investigaciones con adultos, se ha evidenciado cómo la falta de ejercicio físico o la existencia de hábitos sedentarios, aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial. En la infancia y la adolescencia, en la medida que el niño realiza ejercicios físicos, disminuye su riesgo de padecer la hipertensión arterial, aunque los estudios sobre el tema son escasos.

En la edad escolar, el juego continúa teniendo enorme importancia para el desarrollo del niño y el adolescente, por lo que se puede vincular la práctica de ejercicios físicos con la actividad docente (como lo tiene estructurado el MINED), de modo que se está formando un escolar, con menos probabilidades de padecer la hipertensión arterial. No obstante, la Educación Física o los juegos activos que realizan la mayoría de los niños durante esta etapa, en ocasiones no son suficientes para prevenir la hipertensión arterial.

Se plantea, en la edad escolar y otros períodos del desarrollo, la necesidad de realizar ejercicios físicos más de tres veces a la semana, durante 30 minutos o mayor tiempo. (Suárez, J. J., Álvarez, L. M. & Campillo, R. (2004).

Por su parte, la American Heart Association recomienda pautas para la promoción de la salud cardiovascular en los niños y los adolescentes. Los objetivos a lograr son:

- Estar activo todos los días.
- Reducir el sedentarismo.

Para lo que recomienda:

- Estimular la realización de actividad física en los niños tanto por parte de sus padres, como por la de su médico de cabecera.

- La actividad física debe ser divertida para los niños.
- Los jóvenes deben hacer 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa todos los días.
- Limitar el tiempo de sedentarismo.

The National Alliance for Hispanic Health agrega que los individuos, que no hacen suficiente actividad física, también tienen dos veces más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares, en comparación a quienes se mantienen físicamente activos. La inactividad física también puede predisponer a la obesidad y a la diabetes, ambas pueden provocar enfermedades cardiovasculares.

Los ejercicios físicos, como los aeróbicos, están diseñados para mejorar las condiciones cardiovasculares, la capacidad del organismo de absorber oxígeno con eficacia, aumentando así el vigor y la resistencia. Para lograr el máximo rendimiento, estos ejercicios deben realizarse de tres a cinco veces por semana, en períodos de 15 minutos mínimos, a la hora.

Alcohol.

Se ha encontrado una relación directa entre la ingesta de cantidades importantes de alcohol y la presión arterial. Estudiándose este aspecto, fundamentalmente con adolescentes mayores de 11 años, hallándose resultados controvertidos, pues unas veces, se evidencia asociación entre la ingesta de bebidas alcohólicas y la presión arterial, mientras que en otras no se aprecia dicha relación e, incluso, en ocasiones la presión arterial se comporta inversamente proporcional a la ingesta de alcohol (Mijares, 2005). No obstante, es importante detectar hábitos relacionados con este factor desde edades tempranas, porque de alguna manera inciden negativamente en los valores de presión arterial.

Es necesario destacar que en Cuba, como plantea Mijares (2005), basada en los resultados de su investigación (donde se encontró que el 8,9 % de los adolescentes bebían con frecuencia), se ha visto un incremento en el consumo de alcohol por parte de aquellos, cuyo consumo se ha iniciado desde la infancia, pero

al compararse con otros países como Argentina (donde se encontró este hábito entre un 25 y 26 % de los adolescentes), las cifras son menores.

Tabaco.

Aunque numerosos estudios destacan la relación directa que existe entre el hábito de fumar y la HTA, no existen evidencias definitivas acerca de la relación directa entre el tabaquismo y el desarrollo dicha enfermedad. En el caso de los niños, al igual que lo que sucede con la ingestión de alcohol, los resultados en estudios realizados son poco concluyentes muchas veces. No obstante, son aspectos que siempre se toman en cuenta en las investigaciones realizadas al respecto.

En Cuba, González (2004) encontró que en los adolescentes diagnosticados con hipertensión arterial, solo se declaró el hábito de fumar activo en muy pocos de ellos, mientras que el tabaquismo pasivo estuvo presente en el 92 % de los hipertensos y en el 96 % de los pacientes con presión normal alta.

A pesar de los resultados muchas veces contradictorios, es conveniente detectar el hábito de fumar en el adolescente (y en el niño aunque es menos frecuente), pues dicho hábito supone un riesgo para la circulación coronaria, que se sumaría al propio de la hipertensión y también por la posible participación del tabaco en la fase de malignización de la hipertensión arterial.

1.1.3. Causas

Según Fernández Abascal, al abordar las causas y los factores de riesgo de la hipertensión arterial, se hace evidente que tiene un carácter multicausal. Se conoce que este trastorno es el resultado de la concurrencia de factores hemodinámica, genéticos, psicosocial y facilitador. Aproximadamente en los años 70, aparecieron los mismos modelos que explicaban la hipertensión arterial, contemplando los factores que anteriormente se mencionaron. Esto facilita la comprensión de lo complejo que resulta el diagnóstico de la hipertensión arterial (fundamentalmente la que no se asocia a causa aparente), sobre todo en la infancia, etapa en la que generalmente se inicia el proceso de la enfermedad.

Aunque actualmente se desconoce con exactitud la causa y etiología de la hipertensión arterial esencial, los hallazgos muestran que, en la misma, pueden estar involucrados la predisposición genética y también factores ambientales, el estilo de vida y factores fetales (Álvarez et al., 2004; Lurbe et al., 2001; Mijares, 2005).

Se plantea que en los recién nacidos y hasta los 6 años aproximadamente, la hipertensión arterial es consecuencia de determinadas patologías subyacentes de carácter renal y renovascular. También puede ser debida a fármacos u otras sustancias tóxicas, como anticonceptivos orales o cocaína. Por lo tanto, la hipertensión más frecuente hasta los 6 años, es la hipertensión secundaria, es decir, la debida a enfermedades orgánicas fundamentalmente.

1.1.4. Pronóstico y tratamiento.

El pronóstico del niño y el adolescente hipertenso depende mucho de la detección temprana y el tratamiento precoz. No existe la posibilidad de normalización espontánea, por lo que de no atenderse, se puede evolucionar hasta el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Cuando se concluye que la hipertensión es del tipo esencial, los especialistas coinciden en sugerir conductas, tanto en el orden farmacológico como en el no farmacológico.

“La decisión de llevar a cabo dichas conductas, se toma en función de los valores de tensión arterial, de la presencia de una etiología definida y de la evaluación de los posibles factores de riesgo” (Lurbe, 2004; Álvarez et al, 2004). Sin embargo, las medidas no farmacológicas, que son el tratamiento que primero se elige, van encaminadas a los cambios en el estilo de vida, los que incluyen una alimentación adecuada y evitar el abuso de ciertas sustancias. En esto es necesario incluir a toda la familia, pues así se facilita en gran medida, la adherencia del niño y el adolescente al tratamiento, además de sentirse apoyado en este sentido.

1.2 Comportamientos de riesgo tradicionalmente asociados a la Hipertensión Arterial. Consideraciones durante la etapa escolar.

En la atención pediátrica de salud, las estrategias relacionadas con la HTA, se encaminan generalmente, a incidir sobre los cuatro comportamientos de riesgo modificables más frecuentes y tradicionalmente asociados a dicha enfermedad: hábitos tóxicos (específicamente tabaco y alcohol), dieta inadecuada y ejercicio físico ineficaz. Por tanto, resulta muy importante el estudio de dichos comportamientos de riesgo en los escolares, profundizándose desde el punto de vista psicológico, en aquellos elementos que se encuentran en la base de su establecimiento y desarrollo durante la etapa evolutiva en cuestión; por supuesto, partiendo del propio niño o adolescente y de las personas y contextos que le rodean, desde la perspectiva de la Situación Social de Desarrollo.

El asumir o no determinados comportamientos que implican un riesgo para la salud, depende, en buena medida, de la percepción que se tenga en relación con los mismos, si se perciben o no como riesgo, teniendo en cuenta el carácter autorregulado del comportamiento.

Diversos autores han abordado la percepción de riesgo en las diferentes etapas de desarrollo del hombre. La percepción de riesgo, y lo que ello implica en la regulación de la conducta, constituye todo un proceso complejo, que comienza desde los primeros años de la vida y, en la etapa escolar específicamente, se encuentra en pleno inicio.

Precisamente, la formación de opiniones, valoraciones, percepciones, representaciones, en relación con lo que puede dañar o no la salud, ocurre de forma adecuada dependiendo de múltiples factores, siendo necesario destacar el papel de la educación familiar, social en un sentido amplio (a través de la comunicación familiar, TV, radio, etc.) y de la pedagogía, por constituir un marco de educación sistematizada.

En ocasiones, los escolares primarios, tienen una percepción errónea de los comportamientos que pueden dañar su salud. Esto tiene como causa no solo la carencia de información adecuada, sino que también los escolares no se consideran vulnerables a padecer determinadas enfermedades.

La conducta es el modo de ser del individuo y el conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. Es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos y de motricidad. La conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinados, se denomina "comportamiento". Toda conducta está determinada por múltiples factores: los genéticos o hereditarios y los situacionales o del medio. Los primeros hacen referencia a la conducta innata (instintiva) que existe en el individuo al nacer; los segundos, a la conducta concreta que se da ante una determinada situación (aprendida).

Fundamentalmente en los escolares, se van consolidando los comportamientos, en la interacción con los coetáneos y los familiares, con maestros o vecinos que se implican directa o indirectamente en su educación, y asumen actitudes imitando lo que otros hacen sin ser capaces, en muchas ocasiones, de discriminar cuáles son los comportamientos saludables o no saludables para ellos. ***Considerando así como comportamiento de riesgo: todas aquellas conductas que atentan contra el aparente estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo y que constituyen una amenaza para su integridad física.***

Aunque son escasas las investigaciones realizadas en niños y adolescentes sobre los factores de riesgos asociados a la HTA, en los últimos cinco años se han incrementado más. No obstante, se profundiza muy poco desde el punto de vista psicológico en los comportamientos de riesgos como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la dieta inadecuada y la falta de ejercicios físicos. Cuando se hace referencia a lo psicológico, se incluyen todos aquellos aspectos presentes en el niño o el adolescente y en su medio social, en estrecha relación uno con el otro, que intervienen en la formación y desarrollo de dichos comportamientos. Es precisamente al estudio de estos aspectos, a lo que se encamina la presente investigación.

Los cambios y adelantos sociales y tecnológicos, si bien son avances, también han dejado atrás el vínculo entre la enseñanza curricular y el desarrollo físico, porque los escolares han comenzado a preferir los entretenimientos pasivos, como es el caso de los juegos en la computadora y los video – juegos, dejando

fuera de sus actividades la práctica de ejercicios físicos. Similar situación se presenta en la elección que realizan por la televisión, durante sus tiempos libres. No significa que la variante educacional llevada a cabo por Cuba, en aras de elevar el nivel cultural de la nación, se haya constituido en un problema. Pero, cuando las personas responsables en la educación de los niños, no son capaces de delimitar el tiempo que se dedica a cada actividad, se convierten en cómplices del sedentarismo de estos.

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre estos temas, en Argentina, Cuba, España, Colombia, entre otros (Paterno, C. A., 2003; Suárez, J. et al., 2004), se han obtenido importantes resultados. De esta manera, ha quedado demostrada la relación directa entre el alto índice de masa corporal, la falta de ejercicio físico regular, el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la dieta inadecuada, con la aparición y desarrollo de la hipertensión arterial.

Algo interesante con relación al hábito de fumar en escolares y el papel de la familia, se ha encontrado en investigaciones realizadas en Cuba, pues las respuestas de los niños, revelaron que tienen creencias contrarias al tabaquismo y desean, que sus familiares cambien sus comportamientos no saludables en ese sentido, sin embargo un buen número de ellos ha experimentado fumar por imitación (de padres o coetáneos, pero fundamentalmente de los primeros). (Cardero, Quevedo, et al, 2004)

También en nuestro país, se ha comprobado que existe una elevada prevalencia de niños (69 %) que conviven con personas que fuman y son involucrados de una forma u otra en tales prácticas; no obstante, aunque muchos rechazan la condición de fumador pasivo y expresan que les molesta el humo, algunos manifiestan cierta tolerancia a una práctica bastante habitual en nuestro medio. Aunque en estas investigaciones, se encuentra que a los escolares estudiados les molesta que fumen a su lado, también se ha comprobado que niños participan en el encendido de cigarrillos, lo que propicia no solo que se acostumbren al ritual que esto provoca, sino que puede ser el primer paso para convertirse en fumador habitual (Cardero, Quevedo, et al, 2004)

De forma general, en la mayoría de los estudios se concluye que los estilos de vida saludables incorporados de manera temprana, como el ejercicio físico regular, los hábitos alimentarios adecuados y la abstención de tabaco, podrían contribuir a intervenir sobre las más importantes conductas y factores de riesgo para la enfermedad hipertensiva, con el objeto de disminuir la incidencia de la misma en la edad adulta.

1.2.1. Contextos de desarrollo.

Continuamente se ha hecho referencia al importante papel que ejercen los diferentes contextos de desarrollo, en la formación de determinados comportamientos en el escolar.

Mucho se habla de los contextos socializadores y aunque los que con mayor facilidad se entienden son el barrio, la familia y la escuela, es necesario conocer la definición que al respecto plantea: “Se le denomina a todos y a cada uno de los ambientes con sus características físicas y sociales, que enmarcan y rodean el cambio comportamental humano” (Clemente, R. M. 1996).

Los contextos son construcciones humanas, constructos eminentemente sociales, los contextos integran elementos de naturaleza psicológica no espacial, son lugares apropiados de investigación para conocer el comportamiento humano, enmarcan e influyen en el desarrollo, los diversos contextos mantienen flujos de influencia recíproca.

Es decir, los contextos son el resultado de la interacción entre las personas que lo conforman, cada una de su experiencia individual. A su vez, dichos contextos influyen y condicionan el curso del desarrollo de las personas”. (Clemente, R. M. 1996).

Para comprender cómo los contextos socializadores ejercen su influencia en el desarrollo del escolar, resulta esencial tomar en cuenta el concepto introducido por Vigostky, de Situación Social de Desarrollo: “por este término, designó aquella combinación especial de los procesos internos del desarrollo y de las condiciones externas, que es típica en cada etapa y que condiciona también la dinámica del desarrollo psíquico durante el correspondiente período evolutivo y las nuevas

formaciones psicológicas, cualitativamente peculiares que surgen hacia el final de dicho período”. (Bozhovich, p.99 1976)

De esta forma, se parte de que las condiciones de vida de estos por sí mismas, es decir, espontáneamente, no son capaces de determinar el desarrollo psíquico. Las influencias del medio varían en dependencia de las propiedades psicológicas del niño y adolescente, formadas anteriormente.

En el análisis de la Situación Social del Desarrollo, para estudiar el medio social, debe partirse del significado que el mismo cobra para el niño, debe partirse de la vivencia del niño (o la relación afectiva del niño con el medio). La vivencia constituye la unidad de la personalidad y el entorno y debe ser entendida, la relación interior del niño como ser humano, con uno u otro momento de la realidad. Lo esencial no es la situación por sí misma en sus índices absolutos, sino el modo como vive dicha situación el niño. (Vigotsky citado por Bozhovich, p.99 1976)

De esta manera, el desarrollo del niño y el adolescente hay que estudiarlo dentro del contexto de las influencias educativas, que ejercen sobre él los individuos de diferentes grupos humanos a los que pertenece y la sociedad en que vive. La actividad y comunicación se interrelacionan como mediadoras de su desarrollo psicológico.

En la etapa escolar, la comunicación del niño y el adolescente, se establece fundamentalmente en la escuela, con su maestro y sus iguales, en la comunidad, así como con su familia. El niño y el adolescente pasa la mayor parte de su tiempo en la escuela. Allí adquiere hábitos y actitudes que pautan su comportamiento en la sociedad; pero también la familia es un contexto que desarrolla la integración o no a la vida social, es la base para que se logre formar en él estos hábitos y actitudes, teniendo un rol primordial en la educación del niño durante sus primeros años de vida. En esta integración no puede quedar fuera la comunidad o más comúnmente trabajado como “el barrio”.

También existen un conjunto de actividades importantes que desarrollan el niño y el adolescente, en el contexto de sus relaciones interpersonales, con los coetáneos y adultos, las cuales influyen de forma significativa en su desarrollo.

Entre estas actividades tenemos diferentes tipos, tales como: las actividades de estudio, de juego, actividades culturales, políticas, recreativas, productivas y deportivas. Aunque en el adolescente aparece también como actividad importante la relaciones con sus coetáneos.

En todo este proceso de interacción con el medio, el escolar va desarrollando una serie de comportamientos, que pueden convertirse en más o menos estables, en función de varios factores, donde la educación recibida juega un rol fundamental.

Así, como plantea Moreno (Moreno, M. J. 2003), con el transcurso de la edad se conforma una jerarquía relativamente estable de motivos que comienza a determinar, de forma también estable, la orientación de la personalidad, confiriéndole a la conducta, consistencia, uniformidad, mayores niveles de significación de los motivos dominantes en la actividad del sujeto.

La familia continúa ejerciendo su papel fundamental. El escolar es capaz de perfeccionar las conductas que a través de la imitación y otros procesos, ha aprendido de sus padres u otras personas (estas conductas pueden ser saludables o patógenas), consolidándose paulatinamente. También puede suceder que la conducta percibida sea la vía para que asuma en el futuro una respuesta diferente a la que ha adquirido con anterioridad.

Con la entrada en la escuela, cambia sustancialmente el proceso de desarrollo en el escolar. La formación de hábitos y habilidades adquiere un carácter planificado, dirigido, tendiente a garantizar, no solo la asimilación de las acciones y operaciones, sino a lograr su perfeccionamiento y enriquecimiento. La educación no es un proceso que se da en el niño y adolescente de forma predeterminada, sino que tiene lugar apoyado en la familia y otros agentes socializadores. Los patrones de conducta que se logren formar durante la infancia y la adolescencia y específicamente en la etapa escolar, difícilmente serán desechados posteriormente, y no solo para ellos, sino que sabrán transmitirlos a sus hijos.

1.2.2. Características psicológicas del niño y del adolescente.

Para comprender la influencia de los diferentes contextos de desarrollo en que se desenvuelve el escolar, en la formación y desarrollo de comportamientos de riesgo

asociados a la hipertensión arterial, resulta indispensable tomar en cuenta determinadas características psicológicas de éste.

En cuanto a los procesos cognitivos, según Moreno (Moreno, M.J., 2003), en la edad escolar los niños pueden orientar cada vez más de forma consciente y persistente su memorización. Mientras se acumulan experiencias y pueden comprender mejor lo que tienen que fijar, se desarrolla la memoria racional con un incremento progresivo de la eficiencia de los procesos numéricos. Hay un aumento de la amplitud de la memoria, así como de su rapidez; y es cada vez mayor el papel de la memoria voluntaria; lógica – verbal y abstracta.

Se hace evidente la evolución de la imaginación, pues no aceptan fácilmente las explicaciones fantásticas de la realidad, produciendo cada vez imágenes más objetivas y creadoras. Esto se debe a que ya van conociendo las leyes objetivas que rigen la existencia del mundo material.

La actividad escolar propone nuevas exigencias al desarrollo del pensamiento. El escolar, debe apropiarse de las primeras nociones científicas que reflejan las relaciones entre los objetos y los fenómenos de la realidad. La enseñanza escolar también les exige una intencionalidad en el pensar, es decir, este ha de subordinarse a fines conscientemente planteados para dar respuestas o soluciones a los problemas de aprendizaje. En los grados menores el pensamiento sigue siendo práctico y objetivo, pero en los grados superiores el nivel de abstracción es cada vez mayor.

Por su parte, pero también desde esta perspectiva de análisis, Piaget denomina al pensamiento del escolar: operatorio (u operacional) concreto, pues, según este autor, surgen un conjunto de nociones y operaciones que son acciones interiorizadas y reversibles, que se forman partiendo de situaciones concretas.

El cambio más sustancial en el desarrollo de los niños escolares lo constituye la familiarización con la palabra, con el lenguaje como objeto del conocimiento. También la asimilación de la escritura desempeña un papel importante en el desarrollo del lenguaje del escolar, sobre todo en lo relativo a la gramática y la ortografía. Los escolares se esfuerzan por seleccionar palabras y construir

oraciones de forma tal que expresen de manera completa y exacta, un suceso determinado.

En la escuela los niños deben escuchar con interés y estar atentos, no solo en aquello que le interesa, sino también en lo que no tiene un interés inmediato; tienen que hacer un esfuerzo para no distraerse de las tareas docentes; le sirve de estímulo las exigencias del maestro y el hecho de que, cuando no atiende, los resultados no son buenos. Es pues, característico de la edad escolar, un desarrollo más rápido de la atención voluntaria, de concentrarse un largo tiempo en el objeto de la actividad, de controlar su atención.

“La idea esencial es que la capacidad de procesamiento aumenta con la edad o, dicho de otra manera, que las limitaciones del procesamiento disminuyen con la edad, lo que genera procesos cognitivos más complejos. Así, con la edad aumenta la posibilidad de prestar atención y de relacionar simultáneamente más unidades de información, y esto permite a los niños dedicarse a actividades cognitivas más complejas” (Klahr, 1992; ctdo por Martí, E. 2002)

De acuerdo por tanto con J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll. (2002), la etapa escolar se caracteriza por una nueva manera de pensar, más lógica y más estratégica, así como por una ampliación y mejor organización de los conocimientos, aspectos estos esenciales en los aprendizajes escolares. Debido a las características de los procesos cognitivos en esta etapa, especialmente por las cualidades que adquiere el pensamiento, muchos han denominado al período escolar como la “edad de la razón”, que lo aleja de la forma de pensar más intuitiva y subjetiva de antes.

Relacionado con los procesos afectivos, siguiendo el criterio de Saarni y otros autores, con la toma de conciencia a partir de los 6-7 años, se comienza a observar una importante evolución en las estrategias que se utilizan para regular los estados emocionales, de manera que el escolar trata de introducir directamente cambios mentales internos, en lugar de tratar de cambiar las situación externa (Saarni ctdo por Palacios, J. et al. 2002). Por tanto, se deduce que los escolares son capaces de utilizar estrategias cognitivas que le permiten

afrontar y regular estados emocionales negativos, sobre todo aquellos en los que no es posible cambiar o salir de la situación que lo provoca.

Los motivos que inducen a los niños a relacionarse con el adulto están dados por sus necesidades principales: recibir nuevas impresiones, de actividad y de reconocimiento, y de apoyo. De ahí se deriva que en la comunicación se presenten motivos cognoscitivos, cuando el adulto se presenta como fuente de información y estimulación; motivos prácticos, cuando el adulto se presenta como colaborador para la actividad, como ayudante y modelo en la realización de acciones y motivos personales, cuando se busca el reconocimiento y la valoración del adulto como portador de las reglas de la conducta moral.

En nuestro país, se han realizado investigaciones acerca del desarrollo moral en escolares, afirmándose que en los mismos se forma la representación o imágenes acerca de lo bueno y lo malo. Sin embargo, los niños a esta edad, aún no poseen convicciones morales complejas. Los conceptos y juicios morales se caracterizan por ser amorfos y de carácter situacional (Segarte, 1983; ctdo por Guerra, V. 2001).

Por otra parte, la adolescencia, psicológicamente se ha visto como expresión de múltiples contradicciones, donde el adolescente se cuestiona todo lo que se le afirma, se opone a todo lo que le rodea y busca conocerse a sí mismo. La mejor manera de encontrarse parece ser la de ensayar todo tipo de experiencia.

La adolescencia es aquella etapa de la vida que empieza en la pubertad y termina cuando la independencia de la persona ha alcanzado una congruencia psicológica razonable. Este proceso de cambio no es homogéneo en todos los grupos sociales étnicos, culturales e incluso existen diferencias acordes con el sexo (H. Kaplan y B. Sadock, 1991; ctdo por Pérez Lozada, Y. et al, 2004).

En el adolescente existe una nueva formación psicológica central, es la tendencia a ser y considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y el mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social y el sistema de nuevas aspiraciones, vivencias y reacciones afectivas.

Generalmente entra en contradicción entre sus aspiraciones, su afán de independencia y su posición social objetiva; entre su desarrollo físico e intelectual y su real madurez y, en esta contradicción desarrolla peculiaridades en su autoconciencia y autovaloración, en la esfera cognitiva, afectivo-volitiva y especialmente en el área de la motivación.

Se considera que la actividad rectora del adolescente se centra en las relaciones interpersonales y que la toman como guía para el desarrollo de sus actitudes. En primer lugar el grupo de compañeros comienza a desempeñar un papel fundamental en la vida escolar, lo que exige dedicación y creatividad por parte del personal docente, en la organización de un grupo basado en normas y exigencias sociales positivas. En la adolescencia crece intensamente el papel de las necesidades de autodeterminación e independencia, lo que determina una especial sensibilidad en sus relaciones con los demás.

Surgen una serie de posibilidades psicológicas nuevas, que les permiten plantearse mayores y nuevas exigencias y concederle derechos adecuados, sobre todo el derecho de la autonomía, una estabilidad mayor en sus objetivos y el surgimiento de formas de conducta relativamente estables.

El cambio más importante en la Situación Social de Desarrollo de los adolescentes, consiste en el nuevo papel que comienza a desempeñar el colectivo de alumnos, convirtiéndose en un lugar privilegiado de interrelaciones dinámicas entre las personas. El grupo es la expresión de todas las proyecciones, sentimientos y necesidades de los que conviven en él. La relación comunicativa que se establece, hace posible una manifestación profunda y sincera, es por ello que la atención que se presta en el grupo a ese contenido íntimo, contribuye a liberar a las personas y ayudarlas a superar las contradicciones de un desarrollo equilibrado y armónico.

La adolescencia se concibe como un período de la vida que es hermoso, emocionante y trascendente, en el que ocurre una constante revisión de los valores, normas y actitudes que constituían hasta ahora el contenido de su actividad, adquiridos durante la niñez y adoptando hacia ellos más bien una actitud nihilista. Es una constante ensayar y probar nuevas oportunidades de actuar.

Viviendo así experiencias inolvidables, les permite responder a las tantas interrogantes que les surgen y los conduce a armonizar la visión de sí mismos con la visión del mundo que ellos tienen, lo que significa un paso hacia la integración social, que no es más que la integración a la vida adulta. Ya no es un niño, pero todavía no es un adulto.

De esta manera, se puede afirmar que durante la etapa escolar, el niño comienza a desarrollar determinadas características, en interacción con sus diferentes contextos de desarrollo, convirtiéndose paulatinamente en un adolescente hacia finales de dicha etapa. En este proceso se van afianzando hábitos, valores, opiniones, comportamientos, que aún dependen en gran medida de la influencia de otras personas, tanto los coetáneos como los adultos significativos.

1.2.3. Papel de los contextos socializadores en la formación y desarrollo de los comportamientos de riesgo durante la etapa escolar, asociados a la Hipertensión Arterial.

Influencia de la familia

La familia es el grupo que media entre el individuo y la sociedad. Desde la psicología es considerado como grupo primario. Constituye una necesidad psicológica en tanto el ser humano nace con el mayor grado de indefensión y necesita de un otro para ser cuidado y protegido. Es una categoría histórica, pues sus formas de existencia, dependen del contexto social económico, ideológico, político, cultural e histórico donde la familia se desenvuelve.

En la edad escolar, a pesar de que la escolarización obligatoria supone una ampliación considerable de los contextos de socialización externos al hogar, cobrando una importancia creciente, la familia sigue ejerciendo una autoridad notable sobre el niño. En general, los patrones de influencia de las prácticas de comportamientos saludables de los padres continúan siendo válidos a estas edades.

Por tanto, la percepción que tenga el escolar sobre los comportamientos de riesgo mencionados, depende en gran medida del influjo que logren ejercer la

familia y la escuela en el proceso de formación de la personalidad. El escolar refleja en todas sus relaciones las situaciones agradables o desagradables que él vivencia, pues son las que se dan en su hogar o en lo que él considera su familia. Quiere decir que el comportamiento familiar va formando la personalidad del escolar por ser uno de los mediadores del proceso educativo.

Para conocer la influencia que tiene la familia en la conformación de actitudes y hábitos saludables, es necesario partir de la definición que al respecto plantea Patricia Arés (Arés, 1990), donde se refiere a la definición estructural de familia, que agrupa 3 criterios deferentes: el consanguíneo, el cohabitacional y el afectivo.

Partiendo de dichos criterios, se entiende a la familia como aquel contexto que tiene una función principal en lo que respecta a la educación del niño. Es un espacio único y vital para la conformación de actitudes y hábitos. Dentro de las funciones que ejerce la familia en la etapa escolar, resulta esencial la educativa, pues debe apoyar a la escuela; además de que el niño, por su desarrollo cognitivo, ya hace preguntas cada vez más complejas, amplias y de variados temas, a las cuales la familia debe dar respuesta satisfactoriamente. Debe brindar conocimiento, incluyendo los temas relacionados con la salud, además de enseñar patrones de conducta, que el niño imitará sobre la base de un clima afectivo y cálido, de comunicación.

“Cuando la familia mantiene exigencias de conducta madura y una estable exigencia de cumplimiento de reglas, la capacidad de los niños para tomar iniciativas, autocontrolarse en las actividades cotidianas, es aún mayor que en los años anteriores.” (Losada et al, 2004)

Estudios realizados en España, demuestran que el medio familiar en que nace y crece un niño determina unas características económicas y culturales, que pueden limitar o favorecer su desarrollo personal y educativo. (Marchesi y Martín, 2002, ctdo por Lozano, A. 2004)

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación citada, se entiende como el nivel cultural de la familia y el nivel adquisitivo con que se cuenta (es lo que Lozano denomina clase social), puede influir en la educación de hábitos en sus

hijos, fundamentalmente la que va dirigida a los alimenticios, a la realización de ejercicios físicos, y al consumo o no de cigarrillos y alcohol. El medio no influye únicamente durante la niñez y la adolescencia, pero sí es en esta etapa cuando se adquieren la mayoría de los patrones a imitar. No es cuestión de que las personas con menos ingresos tengan mayores problemas de salud, sino que la educación que estos hayan recibido, pauta la que le dan a sus hijos.

Miguel Ángel Roca afirma que la salud humana guarda relación con la familia, la que tiene en sus manos la posibilidad de ofrecer los cuidados necesarios, tanto para lograr que unos de sus miembros no enferme, como para que sea un sujeto sano, tanto para que recupere su salud, como para que optimice sus potencialidades, en caso de que esta haya sido dañada irreversiblemente. (Roca, M. 1994; ctdo por Guerra, V. 2001)

Si una persona no conoce las consecuencias reales de los comportamientos de riesgo, difícilmente podrá explicarle a su hijo por qué no estar en lugares donde se fume, por qué no se debe beber en exceso, o por qué es necesario el consumo de vegetales y no únicamente de dulces, aunque resulten más agradables al paladar. No se trata de prohibir, sino de contar con las herramientas comunicativas (modo de decir correcto) para darle alternativas a los hijos, de modo que entiendan las razones por las que no se debe asumir una conducta determinada. A pesar de que el nivel cultural de los padres es importante, no determina en este proceso educativo, pues depende de muchos factores interrelacionados.

La influencia del clima educativo familiar se define por el grado y estilo de ayuda familiar a los hijos, que viene determinado por elementos del contexto familiar, como la dinámica de relaciones de comunicación y afectivas, las actitudes frente a los valores, las expectativas, entre otros. "Por tanto, un ambiente familiar adecuado, aún cuando los padres tengan un bajo nivel cultural, es mucho más favorecedor del desarrollo de los hijos que un ambiente familiar inadecuado donde prime un alto nivel cultural". (Losada et al, 2004)

Dentro del hogar, la conducta que asumen los padres ante cuestiones como la dieta, el ejercicio físico, el hábito de fumar y el consumo de alcohol, son altamente significativas para el niño y el adolescente, en función de la relación que este

mantenga con cada uno de sus progenitores u otros familiares. Pueden constituir patrones a imitar desde esta temprana edad, donde el escolar generalmente asume la conducta paterna, sin poseer aún la total capacidad de discriminar cuándo el comportamiento no es saludable.

Otro problema que suele darse en el marco de las relaciones familiares, es que los padres se contradicen en el modo que educan a los hijos, muchas veces en presencia de estos; provocando que se pierda el respeto y consuman cualquier alimento no saludable o asuman una vida sedentaria, muchas veces contribuyendo al sobrepeso.

Por lo tanto, la familia juega un papel fundamental en la formación de hábitos y actitudes en el niño y el adolescente. Esto puede proteger o poner en riesgo la salud del mismo, en dependencia no solo del nivel económico y cultural, sino del tiempo que los padres sean capaces de dedicarles a sus hijos en el proceso de educación y de las propias conductas que ellos han asumido a lo largo de la vida, transmitidas, en su mayoría, generacionalmente.

Influencia de la escuela

Por su parte, la escuela junto con la familia, es la institución social que mayores repercusiones tiene para el niño y el adolescente, tanto en la adopción de hábitos saludables o no, como en la ejercitación de los ya aprendidos. Pero en ocasiones, pueden existir contradicciones entre las enseñanzas de una u otra en este sentido. Es decir, no siempre lo que se enseña en el hogar se corresponde con lo que enseña la escuela y no siempre se cuenta con los recursos necesarios para educar conductas salutogénicas.

Resulta esencial que escuela y familia establezcan relaciones de cooperación, donde los padres se comprometen a apoyar a la escuela en cuanto al contenido curricular, y esta se encargue de solidificar los hábitos y costumbres positivas que ha adquirido el escolar en su medio familiar. Existen casos excepcionales, donde lo enseñado en el hogar no es lo correcto, por lo que la institución escolar se ve en la responsabilidad de extender su campo de acción, contribuyendo a corregir

determinados elementos en este sentido. El lograr superar las contradicciones existentes entre ambos contextos, facilitará que en el escolar no se creen confusiones en lo que se debe o no hacer, y de este modo asume conductas beneficiosas para su salud.

Como refiere Bruner “la escuela influye en todos los aspectos relativos a los procesos de socialización e individualización del niño, como son, el desarrollo de las relaciones afectivas, habilidad para participar en situaciones sociales, la adquisición de destrezas relacionadas con la competencia comunicativa, el desarrollo del rol sexual, de las conductas prosociales y de la identidad personal (autoconcepto, autoestima, autonomía)”. (Bruner, J. ctdo por Segarte, et al 2003 p. 162)

En este sentido, la escuela significará para el escolar, una ampliación importante de su esfera de relaciones, interactuando allí con coetáneos y adultos, principalmente el maestro. Repercutirá no solo en su formación académica, sino también en la adquisición de hábitos y costumbres que eduquen al escolar en los comportamientos saludables, entiéndase lo referente a la práctica de ejercicios físicos, el consumo de alimentos saludables y la no adquisición de hábitos tóxicos. Asignaturas como “El mundo en que vivimos”, “Educación Física”, y otras a través de las clases televisadas, que exponen el desarrollo de huertos y la participación activa de los escolares en estas labores, contribuyen en tal sentido.

En todo este proceso, la conducta del maestro hacia el alumno es determinante. Una actitud continuada y consistente, promueve en el escolar la imitación de las conductas del maestro. Por el contrario, la no correspondencia entre lo dicho por este y la actitud real que asume ante los comportamientos de riesgo, no crea en el escolar las bases para que él asuma conductas saludables.

Igualmente, la falta de habilidades interpersonales y de rechazo de los compañeros del aula, está relacionada con problemas emocionales, sentimientos de ansiedad, una baja autoestima, conductas desordenadas y sentimientos de hostilidad hacia la escuela, que a su vez contribuyen a que el escolar asuma conductas que afectan su salud. Aunque exista una buena orientación por parte

de la escuela, el rechazo de sus compañeros promueve en el escolar comportamientos que atentan contra su bienestar físico y estado de salud.

Por el contrario, cuando las relaciones son de mutua aceptación y apoyo, el logro de los objetivos educativos se ve favorecido. Estas relaciones adecuadas de amistad y de comprensión entre los escolares, posibilitan que los mismos utilicen la imagen que tienen de sí, para enfrentar las críticas constructivas relacionadas con su apariencia física y para cuidar de su salud. Esta situación depende, en gran medida, no solo del clima de la clase y de la organización de las actividades que en ella se llevan a cabo, sino también de la labor educativa del maestro.

Es necesario tener en cuenta la relación de amistad que se establecen entre los coetáneos, a partir de los ocho años, la cual “se identifica por la aparición de la reciprocidad como componente esencial de la amistad (“lo pasamos bien juntos”, “nos ayudamos el uno al otro cuando lo necesitamos”). Es también a partir de esta edad, cuando, como ingredientes básicos de las relaciones de amistad, empiezan a aparecer referencias a la compatibilidad psicológica (intereses compartidos, por ejemplo), a la confianza, así como al afecto, la preocupación y la consideración de cada parte hacia la otra. La amistad dura mientras exista esa reciprocidad y puede acabarse como consecuencia de discusiones y desencuentros” (Palacios, J., et al. p 383-384, 2002).

Estas ideas conducen a reconocer, que en el desarrollo infantil la interacción y relación con el otro es prioritaria, constituyendo el aspecto central de la ley genética fundamental del desarrollo, descrita por L. S. Vigotsky (ctdo por Guerra, V. 2001) quien define que cualquier función en el desarrollo cultural del niño, aparece en escena dos veces, en dos planos: primero como algo social, después como algo psicológico; primero entre la gente, como una categoría intersíquica y después dentro del niño, como una categoría intrapsíquica.

La escuela, por tanto, ejerce influencia sobre el escolar, no solo a través del currículum, sino también de las relaciones interpersonales que se dan en las siguientes direcciones: escolar- maestro, y escolar- escolar. Las mismas permiten el desarrollo cognitivo, intelectual y además afectivo; pues en esta etapa, el escolar debe enfrentar la ambivalencia de criterios, cambios en los motivos que

movilizan su comportamiento, aprende a diferenciar entre el bien y el mal, apareciendo nuevos valores, que se consolidan a lo largo del desarrollo de la personalidad, se solidifican los hábitos y se arraigan las costumbres.

Escuela y familia se convierten en los dos contextos más influyentes en la etapa escolar. “Los padres, los profesores y el grupo de los iguales van a convertirse en los agentes sociales más importantes y decisivos durante estos años. A través de las interacciones que establecen con todas estas personas, niños y niñas van a ir diversificando sus relaciones y enriqueciendo sus experiencias sociales, obteniendo nuevas informaciones y recibiendo influencias que les permiten consolidar o modificar muchos de los aspectos del desarrollo socio-personal que habían empezado a configurarse en los años anteriores”. (Palacios, J., et al. p 355 2002)

La investigación en curso no se limita a explorar los comportamientos de riesgo que han asumido los escolares, constituyendo un riesgo para su bienestar, sino que se busca conocer la influencia que han tenido los padres, la escuela, los iguales y otros contextos, en la solidificación de estos.

Influencia de la comunidad. Medios de comunicación y propaganda.

Otro agente socializador que juega un papel fundamental en la adquisición de hábitos saludables o no saludables y que refuerza o disminuye la acción de los comportamientos ya mencionados, es la comunidad. La misma ejerce una gran influencia en el escolar, tanto en la infancia como en la adolescencia, pues este debe interactuar cada día con aquellos que la conforman. No solo es importante analizar lo que se refiere al “barrio” o comunidad donde se vive, sino también a la zona geográfica o al lugar donde se puede acceder a los servicios de primera necesidad.

Para Warren (1965 y 1972) la comunidad es “la combinación de unidades sociales que desempeñan las funciones sociales principales con relevancia local” (ctdo por Sánchez. 2005).

Sander (1976) define la comunidad como “un sistema organizado territorial y coextensivo con un patrón de asentamiento en que: 1) Opera una red efectiva de

comunicación; 2) La gente comparte instalaciones y servicios comunes dentro de un patrón de asentamiento; y 3) La gente desarrolla una identificación psicológica con el “símbolo local” (el nombre)” (ctdo por Sánchez. 2005).

Se entiende entonces que la comunidad es el entorno en el que se desarrolla el ser social, compuesto por diferentes grupos etéreos que interactúan entre sí influyéndose mutuamente. Está delimitada cultural y espacialmente, por las costumbres y tradiciones, lo que explica el por qué, en una misma ciudad o pueblo existen múltiples comunidades y, además, permite entender cómo los escolares de diferentes zonas de residencias, asumen comportamientos en consonancia con las prácticas de cada barrio.

Una forma en que la comunidad ejerce su influencia es a través de los medios de comunicación, como son la radio, televisión, la propaganda a través de carteles que tienen grandes dimensiones, pudiendo llamar la atención del escolar. Se sabe, que a lo largo de la historia, los medios de comunicación han ido avanzando en paralelo con la creciente capacidad de los pueblos para configurar su mundo físico y con su creciente grado de interdependencia. La revolución de las telecomunicaciones y de la transmisión de datos ha empujado el mundo hacia el concepto de “aldea global”.

Los efectos de estos nuevos medios de comunicación sobre la sociedad han sido muy estudiados. Hay quienes sostienen que los medios de comunicación tienden a reforzar los puntos de vista personales más que a modificarlos y otros creen que, según quién los controle, pueden modificar decisivamente la opinión política de la audiencia. En cualquier caso, ha quedado demostrado que los medios de comunicación influyen a largo plazo, de forma sutil pero decisiva, sobre los puntos de vista y el criterio de la audiencia.

Por otra parte, las películas culturales sobre diferentes temas y otros procedimientos de educación audiovisual, pueden convertirse pronto en elementos indispensables en la instrucción escolar. En muchas escuelas de los países desarrollados ya se utilizan equipos audiovisuales para presentar fotos, pósteres, mapas, diapositivas, transparencias, vídeos y otros materiales. En nuestro país, se ha avanzado mucho al respecto también, las escuelas cuentan con computadoras,

televisores y videos, útiles para la enseñanza. Los programas radiofónicos educativos han permitido ampliar considerablemente el acceso a la educación. Los rápidos avances de la tecnología informática, van a tener probablemente una gran repercusión en la educación.

La comunidad establece patrones en todas las áreas de comportamiento. Se entiende que los niños y adolescentes en ocasiones no consumen lo que sus padres le sugieren que es más saludable, sino lo que el resto de los coetáneos consume; a veces consecuencia de la imposibilidad de la variedad. Por ejemplo, en Cuba, generalmente se lleva de merienda a la escuela el pan de la cuota y refrescos instantáneos, casi nunca jugos naturales; el consumo de carbohidratos es elevado, lo que contribuye al aumento del Índice de Masa Corporal (IMC).

Sucedde de forma similar con el consumo de comidas tradicionales. Es típico el siguiente plato: arroz con grís, carne de cerdo, yuca, chicharrita; que aunque no se consume diariamente, es en lo que se piensa cuando se planifica una cena especial, creando la costumbre al paladar del niño de ingerir exceso de grasas, carbohidratos y muy escasos vegetales y por consiguiente, minerales. El consumo de vegetales se ha rescatado en los últimos tiempos, con la implementación de los organopónicos, que facilitan el acceso a los mismos, hábito que se había perdido y que aún no se ha automatizado en la población infantil.

Relacionado con los ejercicios, la comunidad juega un papel importante para evitar y/o promover el desarrollo de los comportamientos de riesgo. En pocas ocasiones, se tiene acceso a la práctica de ejercicios saludables, aunque pueden realizarse ejercicios aeróbicos, lo que argumenta que todos tienen esta posibilidad y no es necesario ir a un centro especializado una vez aprendidos, o sea, puede practicarse en casa.

El acceso a los centros donde se realizan determinados ejercicios físicos con frecuencia, se dificulta debido al nivel de vida o el tiempo que disponen los padres para llevar a sus hijos. Otro aspecto que media, es la capacidad de dichos centros y las opciones que brindan para practicar determinado deporte o ejercicio saludable. La ausencia o escasez de los mismos en la comunidad, evita que tanto padres como escolares no se sientan estimulados a realizarlos. El tiempo que

dispone el padre y la distancia que se debe recorrer debe tenerse en cuenta, pues en muchas ocasiones el trabajo le consume gran parte del día y cuando llega a casa no tiene el tiempo disponible para realizar determinado ejercicio o deporte en su casa.

El consumo de alcohol es muy frecuente en algunas comunidades, el primer ingrediente de una buena fiesta es una “botella”, sino la fiesta está “muerta”. Los cumpleaños de muchos los acompañan bebidas de diferentes tipos, lo que contribuye a que comience el consumo a tempranas edades y que luego se conviertan en personas consumidoras de alcohol de manera frecuente.

Teniendo en cuenta las características psicológicas del niño y del adolescente, la nueva Situación Social de Desarrollo en la que viven, así como la influencia que ejercen los contextos socializadores sobre los mismos, es necesario influir sobre estos de forma que se pueda prevenir la aparición de la HTA, tarea que se realiza por el psicólogo en las áreas de atención primaria.

1.2.4 Prevención.

El presente trabajo sirve de base para desarrollar la prevención de tipo primordial; la misma se relaciona directamente con el enfoque de riesgo, asume que mientras mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad habrá de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos. La secundaria por su parte, está dirigida a modificar las consecuencias de la enfermedad o daño, asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación.

El presente trabajo puede constituir una de las bases para desarrollar la prevención primordial relacionada con la hipertensión pediátrica. Sería una prevención denominada por mucho como primordial, pues se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria se dirige a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (Silber, 1992; ctdo por Krauskopf).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños (Backett, et al, 1984; ctdo por Krauskopf). Estas intervenciones se orientan, por un lado, a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas.

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA, nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción, dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.

Como se explicó anteriormente, los factores de riesgo que pueden llevar al padecimiento de la hipertensión arterial, se clasifican en modificables y no modificables. Cuando se trabaja la prevención, nada se puede hacer con elementos como la raza, el sexo y los antecedentes familiares; pero un papel fundamental lo juega la atención sobre el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, los hábitos dietéticos, entre otros, que sí son factores modificables.

Estos últimos deben ser detectados desde temprano, porque los hábitos y las costumbres que se adquieren en la niñez, son difíciles de variar si se permite que se consoliden en la adolescencia y la juventud.

Esta explicación persuade para prevenir la aparición y desarrollo de las conductas no saludables que se adquieren a lo largo de la vida, por la interacción entre factores internos y externos, de acuerdo a la Situación Social de Desarrollo en el niño y el adolescente. Tan importante es conocer cuáles son los comportamientos

de riesgo, como promover conductas saludables, a partir de la incidencia sobre los factores de riesgo modificables sobre los que se trabaja en esta investigación.

En un informe publicado por la Asociación Americana del Corazón se describen estrategias de promoción de salud que se pueden incorporar en la atención pediátrica y que se encuentran encaminadas a:

- Educación sobre prevención del tabaquismo.
- Promover la actividad física y un peso ideal.
- Adquisición de hábitos dietéticos saludables.”(Kavey et. al, 2003; ctdo por Pérez, Y. 2006)

Estas estrategias permiten trabajar sobre los factores de riesgo que son modificables, y aunque no se hace mención, se debe trabajar con el alcohol como otro hábito tóxico que es factor riesgo; por lo que se le da un papel activo a la persona que tiene la posibilidad de desarrollar estilos de vida saludables.

Como se puede apreciar, son varios los aspectos que, desde el contexto que rodea al niño durante los años escolares, en estrecha relación con sus características individuales, pueden influir en la aparición y desarrollo de determinados hábitos, conductas, ideas, percepciones, que derivan en factores de riesgo asociados a la HTA. Específicamente, la dieta inadecuada, la ingestión de alcohol, el hábito de fumar y la falta de ejercicios físicos, son comportamientos de riesgo que comienzan a establecerse desde edades tempranas, condicionando a mucho de los elementos que anteriormente abordados.

Por lo tanto resulta muy útil realizar estudios que contribuyan a la comprensión psicológica de una serie de aspectos presentes en el contexto y en el propio escolar, en estrecha interacción uno con el otro, que puede incidir en la aparición y desarrollo de los comportamientos de riesgo en cuestión. De esta manera, para dar cumplimiento a los objetivos propuestos en la presente investigación, se plantea el siguiente problema científico: ¿Qué particularidades presentan los comportamientos de riesgo en niños y adolescentes y su relación con los contextos de desarrollo humano?

Capítulo II

Capítulo II. Diseño metodológico.

2.1 Visión metodológica.

Para la realización de esta investigación se asumió una metodología cuantitativa, con interpretación cuantitativa y cualitativa de los datos.

La investigación cualitativa exige que el investigador permanezca durante largos períodos de tiempo y además implica largos procesos de análisis. Su finalidad es comprender e interpretar la realidad tal y como es entendida por los sujetos participantes en los contextos estudiados. La no permanencia en el escenario durante largos períodos de tiempo debido a las condiciones reales demanda establecer la relación cuali- cuantitativa.

El empleo de la metodología cuantitativa se justifica porque permite arribar a generalidades dentro de la población que se estudia a grandes escalas, posibilitando el diagnóstico de variables que pueden ser utilizadas en labores de intervención. Esto explica el uso de métodos de corte cuantitativo, parte de su interpretación se realiza de forma cualitativa.

2.2. Tipo de estudio

Para el desarrollo de las investigaciones, los expertos proponen tres tipos de estudios: estudios exploratorios, estudios descriptivos y estudios explicativos. De acuerdo con las características y los objetivos de esta investigación, se asume el tipo de estudio descriptivo transversal, desde un paradigma cuantitativo.

El estudio descriptivo “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Dankhe, 1986; ctdo en Metodología de la Investigación Segunda Edición). Esta investigación no es exploratoria porque se parte de trabajos anteriores realizados dentro y fuera del país, con el objetivo de estudiar los cuatro factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y dieta) en niños y adolescentes, poco abordados desde el punto de vista psicológico. Específicamente, este estudio se encamina a la descripción de los

comportamientos de riesgos (hábito de fumar, consumo de alcohol, no práctica de ejercicios físicos y dieta inadecuada), en una población determinada.

2.3 Descripción del escenario.

La investigación se desarrolla en el Semi- internado Alberto Delgado Delgado del municipio Morón en la provincia de Ciego de Ávila. Cuenta con una matrícula de 730 alumnos distribuidos en 37 grupos de preescolar a 6^{to}. El claustro está compuesto por 65 docentes: 37 maestros, 12 auxiliares pedagógicas, 6 profesores de Educación Física, 4 bibliotecarias, una psicopedagoga, una logopeda, dos jefes de ciclo, una vice-directora y el director, además del personal de apoyo.

Entre las particularidades del centro, puede citarse que es la única cuyo director pertenece a la primera graduación de Maestros Emergentes. El mayor semi-internado del municipio, está insertado en todos los programas de Revolución: Batalla de Ideas, 20 niños por aula. Cuenta con todos los programas priorizados: maestros emergentes, laboratorios de computación y software educativos.

La educación cubana, brinda sus servicios a toda la población sin distinción de clases sociales, ya que en Cuba no las hay, es por eso que en las aulas confluyen niños huérfanos, hijos de padres universitarios, de obreros; hasta los pertenecientes a las comunidades con mayores desventajas sociales. Con el objetivo de no fomentar en los escolares hábitos dañinos para la salud, los trabajadores tienen prohibido fumar en las áreas del centro, lo que no significa que en otros lugares no lo realicen.

2.4 Descripción de la muestra

La muestra es operativa, seleccionada a criterio del investigador de acuerdo a las características de la investigación y el tipo de estudio empleado. La investigación se mueve en un diseño no experimental porque los sujetos con los cuales se trabaja serán analizados dentro de su contexto natural, o sea, hay ausencia de manipulación de variables. Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Escolares de 4^{to} a 6^{to} grado que no padezcan ninguna enfermedad por la que deba permanecer fuera de la escuela durante mucho tiempo.
- Edad comprendida entre 9 y 12 años.
- Que ofrezcan su consentimiento de forma oral para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Presencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Niños y adolescentes cuyos padres no den el consentimiento.

La muestra quedó conformada por 114 escolares de 4^{to} a 6^{to} grado y sus padres, pues sus características cognitivas le permiten la comprensión de las técnicas a aplicar, haciendo posible obtener información mejor elaborada y más fiable. Además, son los escolares más próximos a la adolescencia (algunos han comenzado a transitarla), etapa en la que suelen debutar enfermedades crónicas no transmisibles como la HTA, provocada, entre otros factores por la interacción de los cambios fisiológicos propios de la edad y los comportamientos de riesgo que se asumen.

En las tablas siguientes se ofrecen los datos sobre las particularidades sociodemográficas de los grupos muestrales.

Tabla 1. Distribución muestral según la edad

9 años	10 años	11 años	12 años
22	40	38	14
19,3 %	35,1 %	33,3 %	12,3%

Tabla 2. Distribución muestral según el sexo.

FEMENINO	MASCULINO
53	61
46,5%	53,5%

Tabla 3. Distribución muestral según la raza

BLANCA	NEGRA
90	24
78,9%	21,1%

2.5 Categorías para el análisis de la información.

Para el análisis de la información que se obtuvo durante la investigación, se debe tener en cuenta que se trabaja con los comportamientos de riesgo, específicamente los asociados a la HTA. Los comportamientos de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de que una persona enferme. Incluyen por ejemplo, prácticas como el consumo de tabaco, la ingesta excesiva de alcohol, la dieta inadecuada y la falta de ejercicio físico.

1. La dieta alimenticia.

Según el criterio de endocrinos y dietistas, los niños y adolescentes deben consumir una dieta balanceada, que incluye todos los alimentos, puesto que cada uno aporta nutrientes necesarios al organismo en esta etapa de cambio y crecimiento.

A continuación se presenta un fragmento de la tabla que recoge los patrones dietéticos para niños y adolescentes; específicamente las porciones de intercambio, que se requieren entre los 7 y 12 años. Cuando se plantea el término intercambio se habla de una taza de 240g. Por ejemplo, cuando dice que son 2 intercambios de leche, es que deben consumirla en dos oportunidades diarias, y la familia lo distribuye en los diferentes momentos del día; la investigación enfatiza en la frecuencia semanal con que se consumen estos alimentos.

Patrones dietéticos para niños y adolescentes. (fragmento)	
Grupo de alimentos	Patrón de intercambio de 7-12 años
Leche	2
Carnes y leguminosas	3
Cereales y viandas	2
Vegetales	2
Frutas	2
Grasa	3
Azúcares y dulces	9

Los diferentes intercambios se distribuyen del modo que se presenta seguidamente.

Carnes. 1oz (30g)

- 1 oz. de carne de res, cerdo, carnero, vísceras, pollo, pescado, embutido, picadillo de res con soya (3 cda), masa cárnica (3 cda)
- ½ embutido de pollo.
- 1u de perro caliente.
- ½ hamburguesa con soya.

- 2 fish steak.
- 1 oz. de queso.
- 1u de huevo.
- 1T (tasa) de frijoles. (1/2 tasa de granos + líquido)
Cereales y viandas. ½ T (150g de puré de vianda)
- ½ T de arroz, pastas, harina de maíz.
- ½ u pan suave.
- 1 rebanada de pan flauta. (2 cm. de espesor)
- 4 u de galletas.
- ½ puré de papa.
- ¼ T de otras viandas.

Vegetales grupo A. 1T

- Lechuga, col, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuela, rábano. (cantidad a consumir según desee)

Vegetales grupo B. ½ T (8 cdas)

- ½ T calabaza, nabo, remolacha, zanahoria.

Frutas. 1u.

- 1 naranja mediana.
- 1 mandarina mediana.
- ½ plátano fruta (microjet)
- 1 guayaba mediana.
- ½ toronja.
- 1 mango pequeño.
- 1/8 de mamey colorado.
- ½ T. de piña en cuadritos.
- ½ T. de frutabomba en cuadritos.

Grasas. 1 cda.

- 1 cda de aceite, manteca, mantequilla o mayonesa.
- 2 cda de queso.
- ½ u de aguacate mediano.

Azúcar y dulces. 1cda

- 1 cda de azúcar.
- 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de frutas, miel.
- 4 cda de compota.
- ½ u de panetelita.
- 1 ½ cda de helado Coppelita.
- 4 cda de helado Varadero.
- 3 ½ cda de helado Guarina.
- ½ gelatina (1½ cda de polvo)
- 3 oz de refresco, malta y cerveza clara.

De esta manera, se toman en cuenta los siguientes criterios para analizar las características de la dieta alimenticia del niño y adolescente:

- Dieta adecuada: se consume la cantidad y variedad de alimentos correspondientes con la edad.
- Dieta parcialmente adecuada: cuando no llega al exceso, pero no se consume la cantidad o variedad de alimentos que corresponden a la edad.
- Dieta inadecuada: exceso y/o defecto en el consumo de nutrientes, teniendo en cuenta la cantidad y variedad de alimentos.

2. Práctica de ejercicios físicos.

Según los especialistas en Cultura Física, el ejercicio físico para que sea efectivo, debe tener una frecuencia de 3 veces/ semana como mínimo y un tiempo de

duración de 30-45 min; pues es a partir de este tiempo que comienza la movilización de grasas en el organismo.

Específicamente el deporte (no el que se practica como parte de la Educación Física), hasta los 12 años, debe tener una duración de 90 min/día. Especialistas opinan que la práctica adecuada de deportes beneficia al niño y al adolescente, disminuyendo la posibilidad de la aparición del sedentarismo. Tanto el montar bicicleta como caminar, solo son efectivos si se llevan a cabo durante un tiempo posterior a los 30 min y 3 veces por semana o más; pero la práctica de los mismos, es incompleta porque solo ejercita las extremidades inferiores, siendo necesario intercalar los mismos con otros estilos para que sean adecuados.

Por lo tanto, se toman en cuenta los siguientes criterios para analizar las características del ejercicio físico realizado por el niño y adolescente:

Tipo de ejercicios físico de acuerdo a su eficacia.

- Ejercicio físico eficaz: cuando se realizan con la frecuencia y la duración adecuada.
- Ejercicio físico parcialmente eficaz: se realizan con el tiempo suficiente, pero no con la frecuencia adecuada; o con la frecuencia adecuada pero no con el tiempo suficiente.
- Ejercicio físico ineficaz: no se realiza con el tiempo suficiente ni con la frecuencia adecuada.

En la etapa escolar las actividades más frecuentes son:

- Pasivas: no requieren gran esfuerzo físico. Entre ellas pueden señalarse:
 1. Ver T.V.
 2. Jugar computación.
 3. Leer.
 4. Dormir siestas.
- Activas: requieren gran esfuerzo físico. Entre ellas pueden señalarse:
 1. Caminar mucho.
 2. Montar bicicleta.
 3. Educación Física.

4. Deportes.

5. Tocar instrumento musical.

En cuanto al deporte, resulta necesaria aclarar que se toma en cuenta si el niño o adolescente practica alguno, de manera especializada. Pero también se consideran los juegos deportivos, teniendo en cuenta que, durante la etapa escolar, uno de los tipos de juegos que más predomina es el juego de regla deportivo como: la pelota, baloncesto, fútbol, voleibol, entre otros. También, se reconocen otros juegos populares que requieren de esfuerzo físico y que son comunes en la etapa. Se pueden mencionar: jugar a los escondidos, a los agarrados (pagáo), al pon, undostrescurrojaes, entre otros.

Duración:

- Poco tiempo: se abarca solamente el tiempo de calentamiento, pero no es suficiente, y tiene una duración de 8-15 min.
- Tiempo prudencial: aunque se superan los 15 min, llegando casi a hasta los 30min, carece de efectividad por la incapacidad de movilizar las grasas con este intervalo.
- Tiempo suficiente: se considera el que transcurre de los 30 ó 45 min en adelante.

Frecuencia:

- Adecuada: todos los días o 3 ó 4 días a la semana.
- Inadecuada: casi nunca o 1 ó 2 días a la semana.

3. Hábito de fumar.

Según los especialistas, es nocivo para la mayoría de los sistemas del organismo, donde se incluye el sistema cardiovascular, constituyendo un factor de riesgo para las enfermedades de este tipo, en especial la HTA. Aunque los niños y adolescentes no consumen directamente el tabaco, la mayoría se expone al humo del cigarro que también es dañino, y en ocasiones hasta más; es por eso, que los especialistas han definido dos tipos de fumadores: pasivo y activo. De tal modo, se toman en consideración las siguientes categorías en cuanto al hábito de fumar:

- No fumador: se refiere a aquellos niños o adolescentes que no consumen el cigarro, ni reciben el humo del mismo proveniente de sus padres, familiares o vecinos más cercanos, que constantemente se encuentran en interacción con los sujetos en estudio.
- Fumador pasivo: es aquel que recibe el humo de las personas fumadoras que le rodean y están en constante interacción.
- Fumador activo: sujeto que tiene el hábito de fumar, sin importar el nivel de dependencia que posea.

4. Consumo de bebidas alcohólicas.

Según Sandoval y Hernández (2004), los consumidores de alcohol pueden agruparse en tres categorías:

1. Consumidores discretos o moderados de alcohol.
2. Consumidores en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol, pues su patrón de ingestión incluyen cantidades excesivas, sean estas frecuentes o no, a menudo con tendencia a la embriaguez, cuando beben, y que pueden ocasionar problemas de diversa índole, como consecuencia de esto.
3. Personas dependientes del alcohol, que son enfermos necesitados de atención profesional para salir del alcoholismo.

Para el análisis de la información, previendo la existencia de escolares con consumo de alcohol, se establecen las siguientes categorías:

- Bebedor frecuente: aquellos que cumplen los requisitos de las categorías dos y tres mencionadas anteriormente.
- Bebedor ocasional: escolares que se encuentran dentro de la categoría uno.
- No bebedor: no consume ni ocasional, ni frecuentemente.

En los niños y adolescentes que no beben, se analiza la influencia que reciben del medio, para lo que se propone las siguientes categorías:

- Influencia adecuada: los que conviven con personas que no toman.
- Influencia parcialmente adecuada: los familiares o personas cercanas tienen un consumo discreto o moderado.
- Influencia inadecuada: aquellos niños y adolescentes que conviven con personas que son consumidores riesgo y/o necesitan ayuda profesional.

2.6 Técnicas a utilizar.

2.6.1. Entrevista.

La importancia de la entrevista, independientemente de su modalidad, radica en la abundancia de datos que ofrece por su flexibilidad, para acomodarse a la interacción del investigador en el escenario. Miguel Ángel Roca, define la entrevista como “ aquella interacción cara a cara de dos(o más) personas que tienen una tarea o propósito en común ” y que “ que constituye la herramienta más poderosa del psicólogo clínico en su quehacer profesional ” (Roca, M. A. (2000) : p.78). Se considera que no solo es esencial para el psicólogo clínico sino para todo el profesional de esta ciencia.

Se asume la entrevista semi-estructurada porque ofrece una guía flexible que ayuda al entrevistador a seguir un plan preestablecido, a la vez que le permite introducir las variaciones que se hacen necesario en el curso de la misma.

“Según Smith, la entrevista semi-estructurada privilegia el intento de establecer rapport, o una buena comunicación con el entrevistado, de aquí que la misma siga los intereses y preocupaciones de este; de igual manera el orden y el modo de formular las interrogantes es menos importante y siguen la “expertisidad” y la intención del entrevistador, permitiéndole incursionar en informaciones interesantes que vayan apareciendo, a pesar de que implique cierto alejamiento de los objetivos y propósitos previamente establecidos”.

(Smith, 1995; ctdo por Roca, M. A. (2000): p.83)

Para el desarrollo de la investigación se hace uso de la entrevista grupal, que permite la economía del tiempo y promueve la libre expresión a través de los

debates que originan determinados temas a tratar. Este tipo de entrevista facilita el empleo de técnicas colaterales, como la " Lluvia de ideas " y la observación. Permite llegar a un consenso entre los criterios que se expongan.

2.6.1.1 Entrevista al escolar (ANEXO 1)

Objetivos:

- Corroborar la información ofrecida por el cuestionario.
- Explorar el conocimiento que se tiene sobre el cuidado de la salud y la existencia de enfermedades que dañan el corazón, como la HTA.
- Obtener datos no arrojados en el cuestionario y que contribuyan a la descripción de la muestra.

Procedimiento.

Se realizó de forma grupal a los estudiantes de cada grado. Tuvo lugar en sus respectivas aulas, lo que permitió tener a los escolares en círculo, estrategia empleada para llevar a cabo la observación y la labor de facilitadores. Como un elemento de motivación se emplearon técnicas de activación.

Calificación e interpretación: la evaluación de la técnica se realiza de forma cualitativa mediante un análisis de contenido, el cual sirve de base al análisis cuantitativo de las categorías. Los aspectos fundamentales en los cuales se desea profundizar son:

- Conocimiento y cuidado del corazón.
- Repercusión de los comportamientos de riesgo en la salud.

2.6.1.2 Entrevista a los padres. (ANEXO 2)

Objetivos:

- Conocer el papel que juega la familia en la educación alimenticia, en la motivación por la práctica de ejercicios físicos y la posición que mantienen ante el hábito de fumar y el consumo de alcohol.
- Explorar el conocimiento que tienen sobre los comportamientos de riesgo para la HTA en la edad infante – juvenil.

- Indagar la existencia de posibles incongruencias entre la educación que la familia brinda y lo que se imparte en la escuela, directa o indirectamente.

Procedimiento

Se efectuó en grupo, por el grado que cursan los hijos. Se utilizó la variante de trabajo de sentarlos en círculo, pues la misma permite el contacto visual entre entrevistados y entrevistador. Se propició el debate sobre la influencia de los medios de comunicación y la labor de los padres como "filtros" de los valores que propone el post-modernismo. Se utilizaron técnicas de activación.

Calificación e interpretación: la evaluación de la técnica se realiza de forma cualitativa, analizando el contenido de las verbalizaciones. Las categorías que se evaluaron fueron:

- Conocimiento que tienen referente a los comportamientos saludables o no que constituyen factores de riesgo para la HTA en la infancia y la adolescencia. (Dieta, ejercicios físicos, hábito de fumar y consumo de alcohol)
- Posición ante las influencias de los medios de comunicación y propaganda.
- Papel activo o pasivo de la familia en la educación de hábitos saludables.

2.6.1.3 Entrevista al maestro. (ANEXO 3)

Objetivos:

- Explorar la influencia que tiene la escuela en la formación y adquisición de hábitos saludables o no durante la etapa de los escolares superiores
- Conocer si existen contradicciones entre lo que la escuela trata de enseñar y el apoyo que debe recibir por parte de la familia en la consolidación de estas informaciones.

Procedimiento.

A diferencia de las entrevistas anteriores, esta se realizó con todos los maestros del ciclo de 4^{to} a 6^{to} grado, siguiendo los mismos principios de trabajo en grupo que fueron empleados en las entrevistas anteriores.

Calificación e interpretación: se analizó de forma cualitativa agrupando los resultados por las categorías establecidas. Se tuvo en cuenta los cuatro comportamientos de riesgo que encausan la investigación, los cuales son: dieta inadecuada, inactividad física, hábito de fumar y el consumo de alcohol; y la influencia que ejercen ellos como maestros, en los escolares.

2.6.1.4 Entrevista a especialistas.

Objetivos: Obtener información para elaborar las categorías de análisis de acuerdo a las particularidades de la etapa escolar.

Cada entrevista se realizó de modo independiente según la información que se necesitaba. Los profesionales entrevistados, se dedican específicamente al trabajo con niños y adolescentes conociendo las particularidades de esta etapa.

Las especialidades fueron:

- En Salud: endocrino, neumólogo, dietista.
- En Cultura Física: licenciados en cultura física y trabajadores del INDER.
- En música: profesores y especialistas en música.

La información que arrojaron estas entrevistas, se encuentra en este capítulo. Se utilizó para establecer las categorías con las que se trabaja en cada comportamiento de riesgo; es por eso que no aparece su análisis en el Capítulo III.

2.6.2 Cuestionario

El cuestionario es uno de los instrumentos que sirven de guía o ayuda para obtener la información deseada, sobre todo a escala masiva. Está destinado a obtener respuesta a las preguntas previamente elaboradas que son significativas para la investigación social, que se realiza y se aplica al universo, o a muestras, utilizando para ello un formulario impreso que el individuo responde por sí mismo.

Mediante el cuestionario, se aspira a conocer las opiniones, actitudes, valores y hechos respecto a un grupo de personas en específico (Ibarra, F. et al. 2001)

El cuestionario grupal, utilizado en la investigación, se realiza en presencia del investigador quien formula las instrucciones y aclaraciones.

2.6.2.1 Cuestionario a escolares (ANEXO 4)

Objetivos:

- Indagar en la obesidad como un factor hereditario a partir de la percepción que los escolares tenían de la constitución física de sus padres y la relación con la dieta, más específicamente, con los alimentos preferidos y los obligatorios.
- Conocer la existencia o no de enfermedades por la relación que puede existir entre el padecimiento de algunas como la obesidad, la diabetes mellitas, la dislipidemia, entre otras, y la aparición de la HTA como una consecuencia.
- Explorar las actividades más frecuentes en la vida del escolar, desde el punto de vista curricular y extracurricular.
- Analizar la relación del escolar con personas que tienen el hábito de fumar o consumen alcohol y que pueden constituir un patrón a seguir.

Procedimiento.

Se entregó un cuestionario escrito a cada escolar, permaneciendo el investigador en el lugar para aclarar las dudas que surgieran. Se hizo una lectura general, habiendo aclarado antes los objetivos de interés para los sujetos y agradeciéndoles su cooperación. Una vez terminado todo el grupo, los investigadores se cercioraron que todos los items hubieran sido contestados, y rectificaron la muestra por grado con la cantidad de cuestionarios.

A los niños de 9 años fue necesario proporcionarles niveles de ayuda (de explicación verbal), para que los datos que se pedían fueran comprendidos por ellos de manera adecuada.

Calificación e interpretación: se realizó estadísticamente haciendo uso del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), a partir de las categorías e indicadores establecidos previamente, de acuerdo a los objetivos de la investigación. A su vez, dichos datos también se analizan desde una perspectiva cualitativa, sobre la base del análisis de contenido de las verbalizaciones de los sujetos objeto de estudio.

2.6.2.2 Cuestionario a padres. (ANEXO 5)

Objetivos:

- Corroborar la información brindada por los escolares.
- Explorar la influencia de los padres en cada uno de los comportamientos en estudio.

Procedimiento.

Se convocó a los padres a una reunión en la escuela para facilitar la aplicación del cuestionario. Se entregó una copia a cada padre, la misma consta de siete preguntas en las que se incluyen tablas que demandan únicamente, que la persona marque; fue necesario la presencia de los investigadores para aclarar las dudas que surgieron.

Procesamiento de los datos.

Solo se utilizó para corroborar los datos ofrecidos por los escolares, y otras informaciones como las enfermedades que presentan los padres.

2.6.3 Observación.

El método de la observación es muy útil para desentrañar las características psicológicas del escolar, las condiciones de vida y educación en las que estas se forman y desarrollan. Permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce, pues se da en un contexto específico entendido como: " conjunto de condiciones sociales, históricas, naturales en las que vive el individuo. Se muestra como un método esencial en la investigación cuando una persona o grupo de estudio tiene dificultades o no desean manifestarse en relación con ciertos hechos

Tipos de observación.

Existen dos tipos de observación: participante y no participante. En la primera el observador interactúa con los sujetos observados, y en la segunda no ocurre esta interacción.

Ventajas de la observación.

- Técnica de medición no obstrusiva. En el sentido que el instrumento de medición no estimula el comportamiento de los sujetos.
- Acepta material no estructurado.

- Puede trabajar con grandes volúmenes de datos "(Rodríguez Gómez, G. et al. 2002)

Procedimiento:

Se realiza la observación participante, en la interacción con los alumnos y sus familiares durante la entrevista y no participante en la aplicación de los cuestionarios. Se tendrá en cuenta tanto a sus manifestaciones verbales como extraverbales durante el proceso de entrevista. En el caso particular de los padres se observa el clima familiar, interés y motivación por la investigación, y en los estudiantes cómo son sus relaciones con los demás compañeros y la influencia que tiene los líderes en el proceso de asumir posiciones respecto a los comportamientos de riesgo.

2.7. Procedimientos

2.7.1 Procedimiento general de la investigación.

La investigación se realizó en los meses de enero a mayo del 2007. Inicialmente se seleccionó la escuela donde se realizaría la investigación. Se pidió el consentimiento al director del centro así como la disposición de los maestros a colaborar, si sus grupos llegaban a formar parte de la muestra. Se escogieron 120 escolares de 4^{to} a 6^{to} grado, distribuidos de forma equitativa. A través de una reunión con los padres de los escolares seleccionados, se pidió su consentimiento para que sus hijos formaran parte del estudio.

En un segundo momento, se procedió a la aplicación de las técnicas. La primera fue el cuestionario a escolares, que se hizo de forma separada por grupos y grados, dándole al investigador mayor espacio para poder brindar los niveles de ayuda, en los casos que fuera necesario. Luego se citó a los padres en días consecutivos, de acuerdo al grado en el que se encontraba su hijo, para responder el cuestionario destinado a ellos.

En esta misma etapa se procedió a las entrevistas grupales. El procedimiento tanto para los escolares como para los padres, fue el mismo. Se dividió la muestra

por grados posibilitando al investigador interactuar con los niños y adolescente con más facilidad, teniendo en cuenta que los grupos eran más pequeños. Finalmente se realizó la entrevista a los maestros, en la que participaron, además de los profesores de los grupos que conforman la muestra, profesores de otros grados y el director del centro.

El último momento consistió en el análisis de los resultados, tanto de forma cualitativa como cuantitativa.

2.7.2 Procesamiento estadístico de los datos.

El Paquete Estadístico para la Ciencias Sociales (SPSS), se utilizó para el análisis del cuestionario a escolares. Se empleó la Estadística Descriptiva para conocer la frecuencia absoluta y relativa de todas las categorías de los comportamientos de riesgo estudiados, y todos aquellos aspectos o variables cuyo análisis permite caracterizar dichos comportamientos en la muestra estudiada.

La Estadística Inferencial para pruebas no paramétricas, fue necesaria para analizar la dependencia de una serie de categorías e indicadores en relación al sexo, la edad y la raza, en la muestra estudiada. De esta manera, se analizó cómo se mostraban los comportamientos de riesgo objeto de estudio, así como las actividades: Ver TV., Jugar Computación, Leer, Dormir siestas, Caminar mucho, Montar bicicleta, Educación Física, Practicar deportes, Tocar instrumento musical. Se analizaron las actividades porque aunque no es objetivo del trabajo, se pueden utilizar los resultados de la investigación en aras de aportar información sobre el escolar cubano en cuanto a las actividades típicas de la etapa.

Se plantearon como hipótesis estadísticas las siguientes:

- **H₀** → no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables de acuerdo al sexo, la edad y la raza.
- **H₁** → existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables de acuerdo al sexo, la edad y la raza.

Capítulo III

Capítulo III. Análisis de los resultados.

3.1 Análisis por técnicas.

3.1.1 Cuestionario a escolares.

Se conoció que 13 de los escolares fueron bajo peso al nacer, este dato es importante, pues el bajo peso al nacer es considerado como un factor de riesgo para la HTA.

En la primera parte del cuestionario, uno de los aspectos abordados es lo relacionado a la presencia o no de enfermedades en la muestra, encontrándose que solo uno de ellos está diagnosticado como hipertenso. Otras enfermedades que aparecen, y que además son consideradas enfermedades riesgo para la HTA son: asma, enfermedades renales, obesidad y cardiopatía congénita. La cantidad de niños que las padecen representan el 27,2%.

Relacionado con los medicamentos que constituyen riesgo para la HTA, se conoció que el 9,6% los consume.

De forma general, se evidenció que las conductas de riesgo evaluados muestran un comportamiento uniforme en relación con las variables sociodemográficas sexo, edad y raza.

Con relación al IMC, solo dos escolares están desnutridos, en ambos casos hembras, una con dieta adecuada y otra parcialmente adecuada. Aunque el mayor porcentaje lo tiene el IMC adecuado para la edad, no significa que estén exentos de manifestar los comportamientos de riesgo en estudio, porque no siempre consumen la dieta adecuada, o realizan la cantidad y variedad de ejercicios necesarios para evitar el sedentarismo ni logran el balance entre las actividades pasivas y las activas.

No obstante, por las propias características de la etapa del desarrollo en que se encuentran, presentan una vida menos sedentaria de lo que generalmente sucede con el adulto, sobre todo de 30 o 40 años en el que aumenta el riesgo asociado a la HTA, por el factor edad. Por tanto, lo más significativo es el hecho que ya, desde estas edades, se están creando las bases para desarrollar

comportamientos, hábitos y estilos de vida no saludables, cuyas consecuencias mas importantes generalmente se dejan ver a largo plazo.

Referente al consumo de alimentos, se manifiesta que el 53,5% tiene una dieta parcialmente adecuada y el 9,6% inadecuada, siendo así más de la mitad los escolares que no consumen la cantidad y variedad de alimento orientada para la edad, presentando este porcentaje de niños y adolescentes, el comportamiento de riesgo asociado a la dieta.

Una particularidad está dada en que el pan es consumido diariamente por el 83,3% de la muestra, en contraposición a los vegetales, que solo el 29,8% lo consume diariamente, mientras que las frutas solo el 38,6%. Es necesario tener en cuenta, que en la etapa infanto-juvenil, se requiere de todos estos alimentos, y que si bien no hay inconveniente en que el pan lo consuman todos los días, no se debe hacer dejando en detrimento el consumo de las frutas y los vegetales.

De forma general, las carnes se consumen de forma balanceada, la mayoría manifiesta no comer el cerdo, una de las más dañinas y menos nutricionales, todos los días, siendo esto positivo para llegar a consumir una dieta adecuada. Similar situación ocurre con la manteca, ya que sólo el 19,3% la consume diario, mientras que el 64,9% utiliza el aceite y éste es más saludable, al contener menos colesterol que la manteca de cerdo.

Relacionando los datos obtenidos en cuanto a IMC, realización de ejercicios físicos y la dieta, se encontró que, de los 32 alumnos categorizados como obesos o sobrepesos, y que representan el 28% de la muestra, 11 tienen una dieta inadecuada o parcialmente adecuada, y además no practican deportes o ejercicios físicos, descompensando las actividades pasivas y las activas. Por lo tanto, en estos escolares están presentes tres factores y/o comportamientos de riesgo tradicionalmente asociados a la hipertensión arterial: dieta inadecuada, práctica ineficaz de ejercicios y obesidad.

Se presenta otra situación desfavorable en relacionada con los hábitos tóxicos, recordando que el cigarro no solo afecta a quien lo consume sino a todo aquel que lo rodea. Un gran porcentaje de los escolares son fumadores pasivos, siendo esto un factor importante para convertirlos en futuros fumadores activos, además de

que la exposición a la nicotina contenida en el humo se incorpora a través de las vías respiratorias, llegando a dañar el sistema circulatorio. La siguiente tabla muestra la influencia que tiene en los escolares el tabaco.

Tabla 3.1 Cantidad de niños y adolescentes que reciben influencia, de acuerdo al tipo de fumador.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no fumador	13	11,4	11,4	11,4
	fumador pasivo	101	88,6	88,6	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Los datos anteriores relacionados con el hábito de fumar, coinciden en cierta medida con estudios hechos en Cuba por ejemplo el realizado por el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Santiago de Cuba con 837 niños entre 8 y 10 años donde se obtuvo que se fumaba al menos en 435 viviendas (52,0 %), según lo referido por los escolares estudiados, de ellos, números similares en ambos grados declararon convivir con algún familiar fumador, particularmente en los del grado superior (26,5 %). Se exploró el parentesco de los fumadores que convivían con los educandos y 248 menores admitieron que al menos uno de sus progenitores practicaba el hábito (27,9 %). Los restantes familiares fumadores eran: tíos, hermanos mayores, padrastros y abuelos (Cardero et al, 2004).

Con respecto a la ingestión de alcohol se obtuvo, que más del 50% de los escolares tienen familiares que beben ocasional o frecuentemente, de ellos 3 conviven con personas que toman diariamente. Por tanto, la mayor parte de la muestra está recibiendo directamente como patrón de imitación personas que beben. La realidad vivida por los escolares que perciben los efectos del alcohol, media la conformación de patrones de vida, fundamentalmente en esta etapa del desarrollo, donde se asumen generalmente los comportamientos de las personas

o familiares más cercanos a ellos. La tabla que aparece a continuación muestra los datos anteriormente abordados.

Tabla 3.2 Influencia de la ingestión de alcohol, de acuerdo a los familiares que beben, en la muestra estudiada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no recibe influencia	42	36,8	36,8	36,8
	recibe influencia	72	63,2	63,2	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Por otra parte, todos los niños y adolescentes estudiados presentan al menos un comportamiento de riesgo asociado a la HTA. Unido a esto se observa la presencia de otros factores de riesgo como la obesidad, consumo de medicamentos, enfermedades, entre otros.

El estudio demostró que en los comportamientos de riesgo no existen diferencias por edades, raza, ni sexo, en cuanto a ninguna de las categorías. A partir de los datos anteriores, se puede plantear que los comportamientos de riesgo asociado a la HTA se presentan por igual de acuerdo al sexo, la edad y la raza.

3.1.2 Cuestionario a padres.

Aunque el objetivo del cuestionario era contrastar la información obtenida en el cuestionario a escolares, el mismo permitió que los padres se plantearan interrogantes, que tuvieron su expresión en la entrevista. Hasta ese momento muchos ignoraban aspectos relacionados con la salud de sus hijos y cómo cuidarla.

Otra información que resultó reveladora para la investigación, fue la relacionada con las enfermedades que padecen los padres, en su mayoría factor riesgo para la hipertensión arterial. Se conoce que 31 padres presentan esta condición, siendo una de las más frecuentes, el asma bronquial, en doce de ellos dentro de los cuales tres conviven con obesidad y HTA. La herencia es el factor de riesgo de mayor prevelancia en la enfermedad. Existen otras enfermedades como

enfermedad endocrina y renal; es importante aclarar que muchos de los padres que presentan HTA, los que suman diecisiete, tienen otras de las ya mencionadas. Con respecto a las actividades, solo 31 padres participan con los hijos, siendo las más frecuentes: ver TV, leer, jugar (deportes tradicionales), agregando el hacer las tareas u otras actividades orientadas por la escuela. La no inclusión de estos en las actividades de los escolares, limita que los últimos se motiven por la práctica tanto de ejercicios físicos como de algún deporte en específico. Todo aquel niño o adolescente, cuyo padre participe en sus actividades cotidianas y promueva que estas sean más frecuentes podrá desarrollar hábitos más saludables.

En el consumo de alimentos, se observó que algunos padres incluyen en su dieta diaria los vegetales; sin embargo, sus hijos lo hacían algunas veces y otros nunca, lo que podrían tener como causa la permisividad de estos, constituyendo un cimiento para una educación alimentaria deficiente. Esto también sirvió de base para el análisis del tipo de dieta de los escolares, siendo determinante en muchas ocasiones el criterio de los progenitores.

En las preguntas sobre los hábitos tóxicos algunos padres refirieron no tomar o no fumar, no obstante otros declararon que desde muy jóvenes son “víctimas” del cigarro, llegando a fumar en cualquier lado. En relación con el alcohol, mediado por la representación social que existe sobre los individuos que beben, los datos no son fidedignos porque existe antagonismo con las respuestas de los escolares.

3.1.3 Entrevista a escolares.

La entrevista realizada a los escolares se enfocó hacia corroborar la presencia de los cuatro comportamientos de riesgo en la etapa infanto-juvenil. Dadas las características de la edad fue necesario el uso de niveles de ayuda para que comprendieran el objetivo de cada pregunta que se presentaba.

Los escolares expusieron varios criterios sobre el concepto de salud, demostrando el pensamiento concreto que predomina en la edad. Entre ellos puede señalarse como generalidades:

- Estar sano.
- No tener enfermedad.

- No caerse.
- Poder hacer lo que uno quiere.
- No tener heridas.

En este sentido no se presentaron diferencias entre los escolares de los distintos grados, pues a pesar de estar algunos próximos a la adolescencia sus respuestas fueron semejantes. Finalmente coincidieron en que la salud no es estar completamente sano porque pueden subyacer padecimientos que la persona desconoce, sino un estado intermedio en el que el individuo puede desarrollarse normalmente. Es necesario señalar que esta determinación fue apoyada y elaborada por los investigadores con la ayuda del criterio de los escolares.

Después de introducir el término *comportamientos de riesgo*, se exploró cuales eran concebidos por ellos como los más frecuentes. La información que se obtuvo fue:

- No protegerse (específicamente contra las ITS).
- Alimentarse con mucha sal.
- Tomar drogas.
- Tomar alcohol.

Aunque fueron más asertivos en las respuestas, se observó el desconocimiento, en una parte significativa de la muestra, de las conductas que resultan perjudiciales al organismo. A esto puede agregarse que, cuando conciben un comportamiento como riesgo, se ven a ellos mismos invulnerables; apoyados en el criterio social de que "las personas mayores son quienes se enferman".

Resulta relevante el conocimiento que tienen sobre las ITS, que, aunque no es objetivo de la investigación, demuestra cómo los medios de comunicación ejercen influencia en los escolares, de modo que perciben cuándo una conducta es inadecuada, pero desconocen cómo evitarla.

Se conoce que la información que se ha brindado relacionada con las ITS ha sido más amplia que otros temas relacionados con salud, igualmente importantes. La situación con la propaganda se debe a la proliferación de estas enfermedades, fundamentalmente el VIH/SIDA, recordando que Cuba ha llevado a cabo

importantes programas para la promoción de salud y la prevención de enfermedades en este sentido.

Resulta necesario elaborar mensajes e información acorde a las características del pensamiento de esta etapa infantil, pues desde estas edades es importante que los niños conozcan que pueden hacer por su salud, además, para que puedan incidir sobre sus propios padres, sobre todo lo relacionado con diversas enfermedades, específicamente la hipertensión arterial. Sin embargo se debe evitar la saturación de información, pues según el criterio de investigadores, cuando la propaganda se excede, lejos de detener que se asuman comportamientos de riesgo, constituye la base para la formación de hábitos no saludables.

Apoyado en los conocimientos que tienen los escolares sobre el desarrollo del cuerpo humano que han recibido a través de materias que se insertan en el programa educativo a partir de 4to grado, se introduce el término de HTA en la entrevista, para debatir los diferentes aspectos. Se evidenció que la enfermedad era desconocida hasta el momento por la mayoría de los escolares. La ayuda que se brindó para acercarlos al padecimiento fue “tomarse la presión”, por esta frase empleada con más frecuencia. Se conoció como algunos escolares asocian esta expresión con los familiares que padecen la enfermedad; pero ninguno la relacionó con la infancia y la adolescencia.

Se explicó cada uno de los comportamientos de riesgo que se trabajan, dando oportunidad para escuchar las vivencias de los niños y de los adolescentes. La tabla siguiente muestra cómo se comporta el consumo de alimento señalando los que proporciona el hogar y la escuela, la cantidad que se ingiere y la información que recibe de los medios y de los coetáneos acerca de los alimentos que son saludables o no.

Tabla 3.3 Aspectos relacionados con la dieta en la muestra.

Grado	Alimentos en casa			Cantidad de alimentos			Información de los medios		Conversar con compañeros		Alimentos en la escuela		
	pan	yogurt	frutas	mucho	normal	poco	SI	NO	SI	NO	arroz	lenteja	Puré de papa
4 ^{to}	33	16	11	10	23	4	32	5	17	20	33	4	30
5 ^{to}	pan	dulces	frutas								arroz	dulce	potaje
	38	25	11	8	19	11	38		12	26	38	11	26
6 ^{to}	pan	dulces	frutas								arroz	lenteja	picadillo
	34	30	34	9	24	2	31	6	8	29	37	3	

En la tabla que aparece a continuación se explica la preferencia por los deportes, si la influencia que reciben de los medios los motiva a practicarlos y si sus amistades comparten la misma opinión sobre los ejercicios físicos.

Tabla 3.4 Aspectos relacionados con la práctica de ejercicios físicos en la muestra seleccionada.

grado	Deportes		Preferencia Educ. E.F *		Preferencia		Program. Prom. Pract. E. F ?		Tus amigos prefieren	
	verlos	practicarlos	SI	NO	deportes	TV y/o PC	SI	NO	deportes	TV y/o PC
4 ^{to}	34	3	35	2	27	10	32	5	23	14
5 ^{to}	22	19	38		25	13	38		23	13
6 ^{to}	7	24	27	10	23	14	27	10	24	13

* Preferencia por la Educación Física.

→ Programas que promueven la práctica de ejercicios físicos.

La tabla 3.5 refleja la convivencia con fumadores, así como los lugares que frecuentan donde se fuma, además del contacto de los escolares con el cigarro y la información recibida de los medios, en específico si sus personajes favoritos lo hacen y de la escuela.

Tabla 3.5 Aspectos relacionados con la influencia del hábito de fumar en la muestra seleccionada.

grado	Conv. c/ fumadores		Frec. lugares donde se fuma		Contacto con el cigarro			Prog educan sobre el hábito		Person. c/ que se ident. fuman.		Inf. De la escuela	
	SI	NO	SI	NO	fumar	comprado	encenderlo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4 ^{to}	26	11	15	12		30	11	37			37	34	3
5 ^{to}	10	28	31	7	3	28	20	37		10	28	30	8
6 ^{to}	15	22	23	14		23	12	37		14	23	37	

La tabla 3.6 aborda la convivencia con bebedores, las vías a través de las cuales se ha tenido contacto, si los programas son educativos y si algunos de sus personajes lo hacen y la información de la escuela.

Tabla 3.6 Aspectos relacionados con la influencia del consumo de alcohol en la muestra seleccionada.

grado	Conv. c/ bebedores		Vías para el contacto con la bebida			Prog educan sobre el hábito		Person. c/ que se ident. bebe		Inf. De la escuela	
	SI	NO	a escondidas	sus padres	fiestas o cumpleaños	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4 ^{to}	23	14	9	12	8	32	5		37	28	9
5 ^{to}	24	14	16	10	18	34	4	8	30	30	8
6 ^{to}	20	17	20	15	22	36	1	4	33	29	8

La interpretación de todas las tablas presentadas se realizó en el análisis integrador por comportamiento.

3.1.4 Entrevista a padres

La entrevista a padres se realizó para corroborar la información obtenida de los escolares y buscando datos que estos no podían aportar por el nivel de desarrollo en que se encuentran, además de constatar datos del cuestionario a padres. Se buscó conocer si la influencia ejercida era positiva o negativa para el desarrollo de

cada comportamiento. El análisis se hizo mayormente cualitativo, triangulando la información con los datos del cuestionario.

El grupo estuvo integrado por padres de diferentes niveles de escolaridad y profesiones, evidenciándose en el intercambio y la expresión oral de cada uno. Algunos fueron más expresivos y profundos en el debate mientras que otros fueron menos expresivos, lo que no quiere decir que no se encontraran motivados con la actividad porque afirmaban con el rostro. Se observó la falta de conocimientos sobre las enfermedades que se presentan en la infancia y la adolescencia, y específicamente lo referente a la HTA.

Conocen los principales comportamientos de riesgo que pueden afectar la salud, pero no los asocian con la HTA en esta etapa. Dentro de las principales expresiones, pueden señalarse:

- Comer subido de sal.
- Las personas que toman o fuman mucho.
- No hacer ejercicios físicos, ni tan siquiera caminar un poco.
- Comer con mucha grasa, sobre todo manteca de puerco.
- No comer vegetales y frutas.
- Comer mucho pan y cosas que tengan harina.

Concuerdan con la existencia de programas televisivos que promueven los hábitos saludables, pero que la influencia no llega al nivel de los niños; en contraposición a esto, manifiestan que algunos programas de este tipo presentan personajes que asumen conductas inadecuadas para la salud. Reconocen su responsabilidad en lo relacionado con los programas que ven sus hijos: “ellos no deben ver novelas, pero si no tienen sueño, qué voy a hacer”, “se que hay películas que los niños no deben ver, pero si no tienen otra cosa que hacer..., es mejor tenerlos en eso”. Se evidencia que los padres se quejan por la deficiencia de información provenientes de los medios, pero del mismo modo asumen una actitud pasiva ante su responsabilidad.

Relacionado con la escuela consideran que aunque sí promueven conductas saludables, porque se incentiva la práctica de deportes, ejercicios físicos y los profesores no exponen hábitos dañinos delante de los alumnos, la deficiencia se

presenta con la dieta. “Sabemos que no siempre les pueden dar lo mejor, pero tampoco permiten que nosotros le demos algo mejor”, en este sentido se entiende que la escuela busca la igualdad entre los escolares, porque no todos tienen similares condiciones económicas.

3.1.5 Entrevista a los maestros.

Los maestros de los grupos seleccionados, además de otros designados por la dirección del centro por su experiencia y por ser frutos de los nuevos programas de la Revolución (maestros emergentes), fueron los que integraron la muestra incluyendo el director de la escuela.

Se conoció que los profesores promueven conductas saludables pero desconocían hasta el momento el término de *comportamientos de riesgo*, esto no forma parte de ninguna de las asignaturas, pero se le orienta a todos que las vinculen a la promoción de conductas saludables particularmente los hábitos tóxicos como el cigarro y el alcohol, que se abordan también en las reuniones de padres. Una de las maestras señaló: “en ocasiones prefiero emplear parte del tiempo de la clase aconsejando a mis niños sobre estos temas”, “mis alumnos me preguntan de cualquier cosa, y les explico, porque al fin ese es nuestro objetivo, educarlos”.

En la asignatura de Ciencias Naturales se incluyen temas que potencian el conocimiento del organismo, enfatizando en la higiene, los hábitos alimenticios en los diferentes momentos del día y la variedad. Específicamente en el cuarto período del 6^{to} grado, la asignatura Educación Laboral inserta la preparación y conservación de alimentos y las medidas de higiene, esto resulta importante para los niños y adolescentes aprendan a tener una higiene y dieta adecuada.

Para complementar los ejercicios físicos se realizan las clases de Educación Física y como parte de esta tarea, a la escuela están vinculados entrenadores deportivos que atienden equipos según los intereses del escolar; entre los deportes se encuentran: fútbol, baloncesto, voleibol, gimnasia, entre otros. Según los maestros, cada profesor de Educación Física motiva a los escolares a practicar deporte utilizando diferentes métodos, “en mi grupo hay alumnos que practican

más de un deporte y cada vez que tengo la oportunidad se lo reconozco ante el grupo”, “mis niños a veces ayudan a dar la clase de educación física a escolares más chiquitos”

3.2 Análisis de acuerdo a los comportamientos de riesgo estudiados.

A veces, se camina por la vida llevando un mensaje con la buena intención que los demás lo tengan en cuenta y así no enfermen; porque casi siempre es la enfermedad lo que más afecta al hombre. Sin embargo no siempre se tiene presente que no es solo decir, sino hacer, pues alrededor de quien habla, hay personas que ponen mayor atención en lo que ven. En este caso están precisamente los niños y los adolescentes.

Con la presente investigación se puede apreciar la influencia que ejercen los contextos socializadores en la instauración de los comportamientos de riesgo tales como: dieta inadecuada, no práctica de ejercicios físicos, hábito de fumar y consumo de alcohol; lo cual se analizará a continuación.

3.2.1 Ejercicios físicos.

En lo referente a este tema, se establecen diferencias entre los grados, siendo el 6^{to} donde mayor cantidad de escolares prefieren la práctica de deportes y, en ocasiones, participan también como espectadores. El 5^{to} grado permanece de modo más balanceado, y donde menos se prefiere es 4^{to}, aunque la mayoría se decide por la Educación Física; siendo frecuente en esta etapa del desarrollo donde la actividad de estudio es lo fundamental y el escolar ve en esta asignatura una vía para liberar la tensión que genera el estudio. En 5^{to} grado la situación fue más satisfactoria en lo relacionado con la Educación Física. Se observó como un grupo de ellos participaban con los profesores de la asignatura impartiendo clases a grados inferiores: “a veces la profe me busca por las tardes para ayudarla con las clases de los más chiquitos”, “a mi encanta ayudar a el profe de Educación Física con otros grados” (Entrevista a escolares).

El análisis del SPSS, fundamenta el criterio expuesto anteriormente, pues no se presentaron diferencias significativas por edades en lo referente a la Educación

Física ni al deporte, solo una pequeña diferencia por sexo en los deportes; siendo los varones los que practican más que las hembras. De forma general, en relación al tipo de ejercicio físico el 61,4% se incluye en la categoría de eficaz, el 21,9% parcialmente eficaz y el 16,7% ineficaz, predominando los escolares que practican deporte y realizan la Educación Física (Ver tabla 3.7). Esto se asocia a las características físicas de los varones, que generalmente son más fuertes y prefieren este tipo de actividades donde hay gran esfuerzo y en ocasiones se torna más rudo, por su parte las hembras son delicadas, gustan más de actividades donde se suden menos y prefieren emplear su tiempo libre en juegos menos complicados. También juegan un papel muy importante los estereotipos sexuales, los cuales enseñan que las hembras son para la casa y los varones para la calle, influyendo notablemente los patrones educativos de los padres y la cultura. La siguiente tabla expresa la distribución según el tipo de ejercicio físico de la muestra.

Tabla3.7 Distribución según el tipo de ejercicio físico de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos eficaz	70	61,4	61,4	61,4
parcialmente eficaz	25	21,9	21,9	83,4
ineficaz	19	16,7	16,7	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Aunque el uso de la computación y la televisión ganan cada vez más espacio en el proceso docente-educativo, la mayoría de los escolares prefieren los juegos activos y seleccionan amistades que tengan gustos similares. Estudios mundiales han arrojado que el abuso de la computación y los juegos, puede convertir a los niños en violentos o sedentarios; sin embargo esta investigación arroja que la muestra no se ve afectada directamente por este factor. A esto se suma que los escolares reciben de algunos programas televisivos información que aunque no es suficiente contribuye a incentivar la práctica de ejercicios físicos: “a mi me gusta ver el noticiero de Ponte al Día donde hay muchos niños como yo que son buenos

deportistas” “hace poco dieron unas aventuras de deportistas que me gustó mucho y por eso empecé con la gimnasia” (Entrevista a escolares),

El contexto que mayor influencia ejerce en la preferencia de los estudiantes por la Educación Física y el deporte es la escuela, lo que se corrobora con la entrevista a los maestros y a los escolares. Se conoce que promueve en el escolar, el deseo de insertarse a los equipos deportivos. Los mismos maestros no los limitan con el tiempo para la práctica de deportes y por las tardes siempre permiten que vayan más temprano al entrenamiento, sitiándose así el escolar apoyado. A esto se refieren los maestros cuando expresan: “siempre que mis alumno cumplan las tareas de la escuela yo los dejo irse más temprano”, “casi siempre que mis niños tienen entrenamiento permito que se vayan un poquito antes”.

Otro aspecto en el que participa la escuela, es en lo relacionado al uso de la computación, lo que no resulta nocivo porque el programa de enseñanza se diseña con un corte educativo que no llega a crear adicción, aunque sí se considera la vía por la que los escolares se motivan por el uso de las mismas. También la lectura desde lo que la escuela oriente resulta más educativa que perjudicial.

La familia por su parte contribuye a fomentar en los niños y adolescentes la práctica de deportes, no solo desde el apoyo emocional, sino que participan facilitando los medios, “cuando yo puedo voy con mi hijo a las prácticas”, “en mi casa todos nos ponemos de acuerdo para comprarle las cosas que necesita para practicar”, “siempre y cuando salga bien en la escuela él puede practicar pelota” Si bien se da esta situación, no es generalizada, porque algunos padres plantean tener horarios de trabajos que les impiden participar en estas actividades y otros prefieren “tener a sus hijos controlados frente al televisor o la computadora”; favoreciendo el sedentarismo y/o la obesidad.

Por otra parte la mayoría de las veces no se tiene un control y supervisión sobre los mensajes que llegan al niño, por lo que este los recibe sin crítica, solo desde la valoración que puede hacer con su nivel de desarrollo cognitivo y escasa experiencia.

En este sentido, aunque es la escuela el lugar donde la mayoría de los escolares interactúan por primera vez con la computadora, es la familia la mayor responsable que en los niños y adolescentes se instaure este hábito. Se hace común que los padres prefieran regalar ataris u otros juegos, que regalar materiales que los motiven a practicar deportes. Comprar películas, mantenerlo por horas delante del televisor, es la actitud común en los padres, en la actualidad. Esto puede estar relacionado con estilos educativos inadecuados, como sobreprotección, debido a temores paternos: “imagínate en el barrio los muchachos son más grande que él, es mejor tenerlo en casa que le den un golpe”, “ustedes no saben la cantidad de peligros que corre mi niño en la calle, al menos delante del televisor se lo que está haciendo” (Entrevista a padres). Los padres ignoran que la sobreprotección daña el desarrollo emocional del niño y el adolescente, que pueden llegar a ser muy dependientes o presentar problemas de autoestima, debido a que en esta etapa comienza a consolidarse la Personalidad. Desde la influencia de la comunidad, se observa que no existe suficiente espacios para la práctica de deporte, pero los vecinos del “barrio”, sobre todo los jóvenes y adultos medios, improvisan terrenos en los que juegan niños y adolescentes junto a los mayores: “tito y otros son los que arman la net para jugar voleibol”, “mi papá muchas veces es quien busca a los otros del barrio para jugar pelota” (Entrevista a escolares). No obstante existen vecinos que se incomodan y no les agrada la idea de que jueguen cerca de sus casa así lo refieren padres y escolares en las entrevistas: “a mi vecino no le gusta que jueguen cerca de su casa y por eso no dejo a mi niño salir a jugar”, “el viejito de la esquina siempre pelea cuando nos ponemos a jugar pelota”

En alguna medida esto puede ocasionar que los escolares prefieran emplear su tiempo libre en ver televisión o jugar computación que montar bicicleta o practicar deportes. Por dicha razón, se hace necesario que los medios de comunicación transmitan programas que promuevan juegos deportivos, práctica de ejercicios físicos, acorde al nivel de la etapa evolutiva y que contribuyan en el desarrollo del niño y el adolescente, según criterio de expertos; que sean transmitidos con más frecuencia por televisión y a horarios en que los escolares puedan verlos.

Hay que reconocer que en nuestro país se promueve, a través de las propagandas, la práctica de deportes, teniendo en cuenta el conjunto de deportistas destacados a nivel mundial, sobre todo los equipos de pelota o de voleibol femenino. En cada temporada de juegos, ya sea la liga de béisbol, baloncesto, se puede observar como en cada barrio se forman equipos de los diferentes deportes.

Dichos equipos, aunque por poco tiempo, se conforman con un carácter espontáneo por parte de los niños y adolescentes, presentan una influencia adecuada de estos campeonatos para la motivación de los escolares a practicar deportes. Pero deberían trazarse acciones más sistemáticas e integradas, por parte de diversos especialistas, instituciones, medios, para fomentar conductas saludables en los niños y adolescentes, relacionados con la práctica de ejercicios físicos.

La entrevista a escolares permitió ver cómo las relaciones de amistad que se establecen suelen estar mediadas por las preferencias por las actividades, específicamente por el deporte. De un total de 114 escolares 70, que constituye el 61,4%, sus amistades prefieren el deporte como se evidencia en la Tabla 3.9. Se considera que la influencia de los iguales es positiva, recordando que en la etapa en que se encuentran se trata de buscar la aceptación del grupo por lo que se asumen las conductas de los demás, en este caso “practicar deporte como todos los del aula”, “si los demás están en un deporte, yo también tengo que estar en uno, y eso es bueno”.

De forma general, no se observa que los escolares realicen una actividad más que otra, la diferencia está en la frecuencia y la duración las cuales varían. No hay ninguna particularidad, solo que en la práctica de ejercicios físicos y deporte se realiza con la duración adecuada.

3.2.2 Dieta

De la muestra el 53,5% tienen una dieta parcialmente adecuada, el 36,8% es adecuada y 9,7% inadecuada (Ver tabla 3.8). En la dieta influyen, entre otros (porque pudiera hablarse del conocimiento o la información que se tiene, del

carácter autorregulado y la autonomía en este sentido, pues cuando se es pequeño los hijos no pueden decidir muchas veces lo que se van a comer), dos factores fundamentales, el nivel económico y los gustos del individuo. En el caso de los escolares se debe tener en cuenta que por ser este centro un semi-internado, ellos dependen de lo que se les suministra y aunque se trata de balancear la dieta no siempre resulta agradable al paladar del niño y el adolescente, que suelen ser más exigentes en lo que consumen. Como consecuencia el escolar se provee de alimentos de su hogar que son necesarios pero a su vez alteran los intercambios establecidos para la edad. La siguiente tabla expresa la distribución del tipo de dieta en la muestra.

Tabla3.8 Distribución del tipo de dieta en la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos adecuada	42	36,8	36,8	36,8
parcialmente adecuada	61	53,5	53,5	90,4
inadecuada	11	9,6	9,6	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Los alimentos que con más frecuencia le dan en la escuela son: arroz, lenteja, dulce, picadillo y puré de papa. Es notable como casi ninguno consume la lenteja y el picadillo. Esto permite analizar que a pesar de las gestiones de la escuela, de acuerdo a los planteamientos del director, por proveer variedad en el menú, los escolares no refieren el consumo de vegetales. Además cuando un niño o adolescente deja de consumir el alimento en el almuerzo, entonces ingiere alimentos que no le proveen las vitaminas, proteínas y minerales necesarios para su desarrollo, pero que lo hacen sentirse llenos (Ver Tabla 3.8, específicamente lo que corresponde al consumo en la casa). Puede así llegar a la obesidad, alterando los intercambios para tener una dieta adecuada según la edad.

Son poco frecuentes las conversaciones entre los compañeros sobre los alimentos que deben comer, pues los niños y adolescentes se detienen en su mayoría en el gusto y no en las consecuencias de su alimentación. Esta situación corrobora la deficiencia que existe por parte de los contextos socializadores en la orientación

para la formación de hábitos saludables. Tampoco se les orienta sobre la consecuencia de una mala alimentación para la salud. Tanto la escuela, la familia, así como los medios de comunicación, deberían tener en cuenta que los escolares no están exentos de padecer determinada enfermedad. Se reconoce que muchas veces estos desconocen las consecuencias de determinados comportamientos o no tienen la conciencia de prevenirlos desde estas edades ni saben como hacerlo. Como resultado de la inconformidad por la alimentación en la escuela, los escolares tratan de satisfacer esta necesidad cuando llegan a su casa, señalando que el consumo más frecuente es de: pan, dulces, frutas y en menor medida el yogurt. Estos alimentos, cuando se consumen en exceso, provocan el aumento de peso, porque desbalanza el intercambio en el consumo de una dieta adecuada; cuando se hace con frecuencia, puede llegar a la obesidad o sobrepeso, siendo un riesgo para la HTA.

El análisis del cuestionario y las respuestas de los padres en la entrevista, citadas en el análisis de la misma, deja ver la existencia de estilos educativos inadecuados, con respecto a la alimentación, tales como la permisividad, pues algunos consumen diariamente frutas y vegetales, y los hijos o lo hacen ocasionalmente o no lo ingieren. Aunque en esta etapa de la vida los escolares tienen como un patrón a imitar a sus padres, si los últimos no orientan a sus hijos sobre lo saludable que resultan los vegetales, no podrán establecerse conductas saludables en los primeros, por tanto se fundamentan las conductas no saludables.

Otra situación que se presenta es que permiten a los escolares comer pizza diariamente y “prefieren que aunque sean chucherías que coman lo que les gusta”, sustituyendo el por ciento de proteínas por calorías, aumentando así la cantidad de los mismos y contribuyendo a una alimentación deficiente que puede llevar a la obesidad y, en el caso contrario, a la desnutrición.

Otra forma en la que influyen negativamente es en no poner medida a la cantidad de alimentos que ingieren los niños y adolescentes. Aunque en esta etapa del desarrollo aumenta el consumo y la frecuencia, no significa que se permitan los excesos, esto puede observarse en la Tabla 3.8. Se plantea entonces que la

familia influye negativamente en los escolares, su actitud lleva a que el escolar asuma comportamientos de riesgos relacionados con la dieta. Tal vez los padres se quejen de que la escuela no ofrece los mejores alimentos (“esa comida a veces no hay quién se la coma”, “mi niño no está acostumbrado a comer eso”, “en mi casa yo siempre trato de complacerlo”), pero ellos no los enseñan a que cuiden su salud, cuando de comida se trata. Además, a veces por la cultura misma, se piensa que tener un peso mayor del que se debe es sinónimo de salud y se estimula a que el niño o adolescente coma más de lo que en realidad su organismo requiere.

Ha habido un incremento de la influencia que ejercen los medios de comunicación para promover la cultura alimentaria, pero estos programas no coinciden con los horarios en la que los escolares ven la televisión, o son demasiado profundo para ellos. No llega la información al escolar de forma efectiva para contribuir a evitar comportamientos de riesgos. Si bien, en dicho programas no se promueven conductas no saludables, tampoco su alcance es suficiente como para que desaparezcan los hábitos que dañan la salud. Los niños y adolescentes, en su mayoría, no son capaces de diferenciar cuándo un alimento puede ser perjudicial si se consume en exceso.

En nuestro país se ha venido trabajando por crear una cultura alimentaria, donde cada individuo debe incluir los vegetales dentro del consumo diario. No solo hay programas televisivos, como se planteó anteriormente, sino que también se han creado organopónicos dentro de las mismas comunidades. Esto resulta aun insuficiente, pues factores de índole económica y la forma aislada en que se realizan muchas de estas acciones, impiden que algunas familias incorporen los vegetales en su dieta.

3.2.3 Hábitos tóxicos: consumo de alcohol y hábito de fumar.

Aunque es cierto que en la infancia y la adolescencia es muy difícil que se instauren hábitos como el de fumar o el consumo de alcohol, no dejan de ser importantes estos comportamientos de riesgo, ya que los contextos de desarrollo pueden ejercer una influencia notable en este sentido. Por otra parte, ya desde

los inicios de la adolescencia, se tornan muy vulnerables para comenzar a practicar muchos de los hábitos tóxicos mencionados, en gran medida influidos por los coetáneos. Se conoce que algunos padres, amigos o vecinos no solo fuman cerca de los escolares quienes se ven expuestos al humo; sino que también les piden que lo compren o enciendan (Ver Tabla 3.5). “Mi vecino siempre me manda a comprar cigarro y si digo que no se pone bravo”, “mi mamá y mi abuela fuman y yo siempre le digo que no lo hagan” (Entrevista a escolares). El 88,6% de la muestra es fumador pasivo.

Situación similar sucede con el alcohol donde la mayoría convive con familiares que beben; habitual u ocasionalmente. Se conoció de escolares que han ingerido a escondidas o porque sus padres le han dado a probar y otros en cumpleaños: “un día que fui a una descarguita probé un poco de cremabie”, “yo probé de una botella de ron que había en mi casa, pero si mi mamá se entera”, “cuando me hicieron mi cumpleaños mi mamá consiguió menta y cremebie” (Entrevista a escolares). Esto puede provocar que los niños y sobre todo los adolescentes, estén más propensos a desarrollar dichos hábitos, sucediendo así en los escolares, cuyas experiencias, hayan resultado agradables, tanto con el cigarro como con las bebidas alcohólicas. No siendo así en el caso de aquellos escolares que hayan sufrido secuelas físicas y/o psicológicas, resultantes de la exacerbación de los mismos en sus familiares.

A esto se le añade el desconocimiento o la falta de conciencia sobre las consecuencias negativas y a largo plazo de estos hábitos, desde el punto de vista social, biológico y psicológico, pues muchas veces solo se valoran por los efectos “positivos” que trae de forma inmediata, por el placer que este pueda brindar.

Un aspecto positivo es la existencia de padres que evitan tomar o fumar frente a sus hijos y que “nunca se les ocurriría ofrecérsela a sus hijos”. En el caso de los fumadores reconocen lo difícil que les resulta abandonar el hábito que tantas consecuencias negativas traen consigo y “no desean lo mismo para sus hijos”; también aquellos que ni fuman ni toman lo prohíben drásticamente. Esta actitud de los padres, aunque positiva, no es suficiente, porque como se les prohíbe sin explicar las consecuencias, los niños y adolescentes tienden a asumir las

conductas por rebeldía. A esto se añade que los progenitores no reconocen que sus hijos están creciendo, y junto con el desarrollo cognitivo, demandan respuestas convincentes.

Si bien “el niño hace más lo que ve hacer que lo que le dicen que haga”, el dedicar tiempo a platicar sobre las inquietudes de los niños y los adolescentes, garantiza la confianza entre padres e hijos, facilitando que los escolares, antes de asumir un comportamiento de riesgo, ya sea relacionado con el alcohol o el cigarro, mediten en el consejo recibido en su hogar.

En el caso específico de esta escuela, la dirección estipula que los maestros y el personal de apoyo no fumen en el área del centro. Además se promueven programas educativos, según lo referido por escolares y padres, que tienen como tema principal “No a las adicciones” trabajado de este modo para no emplear la palabra “droga”, por la propensión de los escolares a fijar las conductas negativas. En los programas los estudiantes deben presentar trabajos sobre el alcohol o el cigarro, se hace a petición del Sistema de Educación, sin tener una época específica. Se realizan exposiciones que incluyen artes plásticas y redacción. Para complementar el trabajo docente en las reuniones de padres se debaten temas sobre el tabaquismo y el alcoholismo por la influencia que tienen estos sobre sus hijos.

Lo anterior resulta suficiente, porque aunque se trabaja para evitar la drogadicción, los escolares en ocasiones han tenido contacto con el alcohol, evidenciado en la Tabla 3.11. El 63,2% de la muestra recibe influencia directa con el alcohol, donde el 2,6% viven con personas que beben diariamente. Existen profesores que fuman fuera de la escuela, y que sus alumnos sí lo saben, por lo que incide indirectamente de forma negativa y que puede favorecer la instauración de estos comportamientos. (Constancia de esto lo constituye la observación durante la investigación de maestros fumando fuera de la escuela pero cerca de la vista de los escolares).

Se conoce la existencia de programas educativos dirigidos al cuidado de la salud, que orientan a la población sobre las consecuencias negativas de estos hábitos; no obstante, la saturación de información puede convertirse en una vía para que

se instauren estos comportamientos y no para eliminarlos. De 114 escolares 24, su personaje favorito fuma y 12 bebe, algunos preguntaban: “¿Shakira fuma?”, “yo no se si Boanerges fuma”. Lo siguiente permite afirmar que en esta muestra si se ha saturado la información, sobresale esta expresión:”ya yo me se de memoria el muñequito que el papá desaparece del cuadro por fumar tanto”

Una particularidad que se observa es que, en la medida que el escolar se acerca a la adolescencia, es más frecuente que se identifique con personajes o artistas que tienen estos hábitos, resultando por esta causa, más nocivos dichos programas. Es necesario, por tanto, manejar la información que se brinda y realizar una diferenciación de la propaganda de acuerdo a la edad, que también oriente a los padres sobre el modo en que deben influir en sus hijos para que estos no asuman conductas perjudiciales para la salud.

En la mayoría de los cuestionarios, se expresó la existencia de vecinos fumadores, en la entrevista los escolares plantearon su queja: “mi vecino no es fácil, va a mi casa a fumar”, “la manicuri fuma cantidad”, “en el hueco de mi edificio hay mucha gente que se sientan a fumar y a emborracharse”. Es notorio que el barrio incide en la formación de hábitos de este tipo, muchos vecinos piden a los escolares que les compren o enciendan el cigarro, y se disgustan cuando se niegan. De esta manera, se puede valorar que la influencia de determinadas personas de la comunidad puede ser negativa y, a la vez, significativa para los niños y adolescentes quienes pueden verse seducidos a probar una “fumadita”

Cerca del escenario hay un consultorio con información actualizada sobre lo hábitos tóxicos. A esto tienen acceso los escolares cuando asisten a la consulta, no siendo suficiente porque no se destina para ellos. Se conoce que el Ministerio de Salud pública desarrolla campaña de promoción y prevención, pero en el tiempo que se trabajó en la investigación no se observó pruebas de esto; por lo que se considera que es deficiente la información que le llega a los escolares.

3.3 Análisis integrador.

La investigación arrojó que en la muestra seleccionada está presente al menos uno de los comportamientos de riesgo trabajado. En aproximadamente un 10% de los escolares se presentan dos comportamientos de riesgo asociados a la HTA: dieta inadecuada y fumador pasivo; de ellos, 6 conviven con padres que ocasional o habitualmente consumen alcohol. Once de los que tienen una dieta inadecuada o parcialmente adecuada son obesos o sobrepeso, además, no practican deportes o ejercicios físicos, existiendo un predominio de las actividades pasivas. De los 30 escolares que padecen enfermedades riesgo para la HTA, 20 tienen una dieta parcialmente adecuada o inadecuada, lo que representa un 17,5 % de la muestra. Teniendo en cuenta los diferentes aspectos indagados en el cuestionario, se evidencia que en la muestra estudiada, existen niños y adolescentes con algunos factores y comportamientos de riesgo asociados a la HTA. Lo anterior demuestra la necesidad de llevar a cabo estudios interdisciplinarios, donde se vea la confluencia de múltiples factores, analizando la vulnerabilidad de éstos ante la HTA.

Muy poco se puede hacer para disminuir dicha vulnerabilidad, en lo que respecta a factores que no se pueden modificar, pues en ocasiones coinciden factores de riesgo de diversa índole asociados a la HTA; pero, en cuanto a los comportamientos abordados en el presente estudio, existen amplias posibilidades de prevenirlos, actuando, de esta manera, sobre el riesgo a padecer la propia enfermedad.

Como mismo se puede abordar la existencia de vulnerabilidad ante la enfermedad, se pudiera tomar en cuenta la protección ante la misma, cuando la influencia de los contextos es positivamente y se evita que el niño desarrolle determinados comportamientos de riesgo, lo cual se convierte entonces en una fortaleza, en un factor protector al presentar comportamientos sanos y estilos de vida sanos.

Como se ha explicado, la infancia se convierte en una etapa propicia para realizar acciones en este sentido, pero debido a las características de la misma, las labores preventivas deben descansar necesariamente y en gran medida, en los contextos que rodean al niño o adolescente.

De los contextos socializadores, se evidenció que la familia desconoce cómo evitar la instauración de estos comportamientos, llegando a influir negativamente porque estimulan y apoyan las conductas inadecuadas de los escolares, muchas veces sin tomar conciencia de este hecho, debido al propio desconocimiento. Por una parte, se presentan estilos educativos inadecuados, matizados por la permisividad, también se aprecia cómo la familia y la escuela entran en contradicciones en relación a la dieta y el deporte. Un aspecto positivo es la disposición para evitar la instauración de los hábitos tóxicos. Se señala de forma negativa que la familia dispone de muy poco tiempo para conversar con los niños y adolescentes sobre temas tan importantes como el de cuidar su propia salud.

Otro contexto importante es la escuela. De forma general, en ella se crean espacios para el debate, las asignaturas promueven hábitos saludables, se trata de balancear la dieta del escolar; pero no es suficiente, porque para su total efectividad se requiere la ayuda de otros contextos. Se pudieran lograr mejores resultados si familia, escuela y comunidad (especialmente los centros de atención de salud) trabajaran integradamente por brindar el conocimiento suficiente, de la forma más adecuada, acorde a las características de los niños y adolescentes.

En relación con los medios de comunicación, los mismos transmiten programas informativos encaminados a orientar sobre cómo cuidar la salud, permitiendo que la población en general aprenda a asumir conductas saludables, que favorezcan la eliminación de los comportamientos de riesgo existentes. Sin embargo, su influencia es insuficiente porque no se adapta a las características cognitivas de los escolares, careciéndose de espacios donde se promuevan comportamientos y estilos de vida sanos dirigidos a los niños y adolescentes de estas edades.

La presencia de programas donde se asumen conductas no saludables, y que son preferencia de los niños y adolescentes, contrarresta la influencia positiva que pueden ejercer los medios de comunicación a través de los programas de salud, provocando que los escolares se sientan atraídos por estas conductas, pues muchos de sus personajes favoritos lo hacen.

Existen limitaciones en cuanto a las estrategias y acciones de los servicios de salud en la comunidad, en brindar información a niños y adolescentes sobre temas relacionados con la salud.

Aunque se ha enfatizado en la influencia negativa de los contextos socializadores, es necesario destacar que estos realizan un esfuerzo por influir positivamente, siendo el sustento para fomentar la prevención. La disposición de padres, maestros y de la comunidad para promover comportamientos saludables es una vía esencial a tener en cuenta para el trabajo con los niños y adolescentes en futuras investigaciones, cuyo objetivo sea atenuar y/o eliminar la incidencia de los comportamientos de riesgo.

Conclusiones

Conclusiones

- ❖ En todos los escolares se presenta, al menos, un comportamiento de riesgo asociado a la HTA: dieta inadecuada, dificultades en la realización de ejercicios físicos e/o influencia negativa proveniente de los contextos socializadores, en relación con el hábito de fumar y/o la ingestión de bebidas alcohólicas.
- ❖ Las conductas de riesgo evaluadas muestran un comportamiento uniforme en relación con las variables sociodemográficas sexo, edad y raza.
- ❖ Los contextos socializadores ejercen influencia, tanto positiva como negativa, en la formación y desarrollo de comportamientos de riesgo asociados a la HTA en los escolares estudiados.
- ❖ Las limitaciones de dicha influencia son:
 1. En la familia: presencia de estilos educativos inadecuados prevaleciendo la permisividad y la sobreprotección. Se percibe la ausencia de espacios donde padres e hijos intercambien temas relacionados con el cuidado de la salud. Existen patrones familiares inadecuados, asociados a los comportamientos de riesgo asociados a la hipertensión arterial.
 2. Entre la escuela y la familia existen deficiencias en la coordinación y en el apoyo al trabajo educativo, especialmente en lo que respecta a temas relacionados con la salud.
 3. Se carece de espacios en la comunidad que faciliten la práctica de ejercicios físico y deportes. Existen limitaciones en cuanto a las estrategias y acciones de los servicios de salud en la comunidad, en brindar información a niños y adolescentes sobre temas relacionados con la salud.
 4. Los programas de televisión destinados a la educación sanitaria no se ajustan al desarrollo cognitivo de los niños y adolescentes, por lo que la información no es efectiva en este sentido. Algunos programas televisivos percibidos por los niños y adolescentes,

exhiben comportamientos de riesgo como el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

❖ La influencia positiva es la siguiente:

1. La familia manifiesta su disposición para orientar a sus hijos con el objetivo de evitar que adquieran hábitos como el cigarro y el alcoholismo.
2. El contexto escolar se reconoce como la institución que más potencializa el desarrollo de hábitos saludables, informando además, a los escolares sobre lo nocivo que resulta el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

Recomendaciones

Recomendaciones

- ❖ Divulgar los resultados obtenidos en la presente investigación en el proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la hipertensión arterial pediátrica, en la atención primaria de salud”, al cual pertenece, así como eventos y revistas especializadas.
- ❖ Extender el estudio a otras muestras y a otras regiones del país.
- ❖ Confeccionar un manual de prevención sobre los comportamientos de riesgo analizados en la investigación, dirigidos a educadores, familiares y personas implicadas.
- ❖ Diseñar programas educativos de televisión en el telecentro donde se realizó la investigación (con futura generalización a todo el país), en los que se esclarezca la necesidad de modificar la existencia de los comportamientos de riesgo estudiados asociados a la HTA.
- ❖ Desarrollar estrategias psicoeducativas que incluyan maestros, familiares y otras personas de la comunidad, con el objetivo de prevenir y/o atenuar o eliminar los comportamientos de riesgo.

Bibliografía

Bibliografía.

- ❖ *Álvarez, B., de Rivas, B., Martell, N. & Luque, M. (2004). Hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. Importancia, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Hipertensión, 21(6), 296-310. Extraído el 25 Mayo, 2005, de <http://db.doyma.es/cgi/wdbcgi.exe/doyma/medicine.ver?pidet=1306449>*
- ❖ *Arés Muzio, P (1990). Mi familia es así. La Habana: Ciencias Sociales.*
- ❖ *Batista M, Ricardo. "Enfermedades Crónicas no Transmisibles".Temas de Medicina General Integral. Volumen I. Editorial Ciencias Medicas, 2001.*
- ❖ *Bozhovich, L. (1976) La personalidad y su formación en la edad infantil: editorial Pueblo y Educación, La Habana, Cuba.*
- ❖ *Cardero Quevedo I, Hernández Meléndez E, Sanabria Ramos G, Bonal Ruiz R y Candebat G. Tabaquismo: creencias, actitudes y prácticas de niños escolarizados [artículo en línea]. MEDISAN 2004; 8(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_2_04/san02204.htm> [consulta: fecha de acceso].*
- ❖ *Clemente, R. M. (1996) Contexto de desarrollo psicológico y educación. Granada: Aljibe.*
- ❖ *Colectivo de autores. Metodología de la Investigación. Segunda Edición.*
- ❖ *Fernández- Abascal, E. (1993). Hipertensión. Intervención psicológica. Madrid: Eudema.*
- ❖ *Fortes, Semedo, M. (2000) Percepción de riesgo y caracterización psicológica de adolescentes que solicitan el servicio de aborto. Trabajo de diploma. Rodríguez, E.; García, T., tutores UCLV, Santa Clara.*
- ❖ *González, T. et al. (2004). Prevalencia de hipertensión arterial y su relación con algunos factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de secundaria básica. II Simposio Internacional de HTA, Villa Clara. ISBN:*
- ❖ *Guerra, V. M. (2001). Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años. Herrera L. F., García E., tutores. Trabajo presentado para optar por el grado de Dr. En Ciencia Psicológicas. UCLV, Santa Clara.*

- ❖ Ibarra Martín, F., coautores. (2001) *Metodología de la investigación social*. La Habana: Félix Varela.
- ❖ Krauskopf, D. *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/libro37.pdf>
- ❖ Krmar, R. T., Galarza, C. R., Wharen, C. G., Catasicarís, C. & Ruiz, C. (1999). *Hipertensión arterial en niños y adolescentes*. *Avances en Medicina* 99, 57-73. Extraído el 8 Septiembre, 2005 de <http://www.sam.org.ar//publicaciones/ambulatoria/ambulatoria00/05.pdf>.
- ❖ Lagomarsino, E. (2005). *Hipertensión arterial en Pediatría*. Extraído el 12 Septiembre, 2005 de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/HTAPediat.html>
- ❖ LLanio, R.; Perdomo, G. (2005) *Propedéutica clínica y semiología médica*: editorial Ciencias médicas, Ciudad de La Habana, Cuba.
- ❖ Losada, Padrón, R.; Morales, Pérez, M.; Moreira, Martínez, J. (2004) *Necesidades educativas en escolares primarios*. Trabajo final de *Metodología de la Investigación*. Guerra, L. M., tutor UCLV, Santa Clara.
- ❖ Lozano Díaz, A (2004). *Relaciones entre el clima familiar y el fracaso escolar en la educación secundaria*. Disponible en: <http://www.romsur.com/educa/fracasoesco.htm>
- ❖ Lurbe, E., Torró, I. & Cremades, I. (2001). *Hipertensión arterial en niños y adolescentes*. Revisado el 16 Mayo, 2005 en <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/13-hipertension-arterial.pdf>.
- ❖ Lurbe, E. & Torró, I. (2002). *Hechos e interrogantes en la hipertensión arterial del adolescente*. *Nefrología*, XXII, Suplemento 2, 15-17. Extraído el 29 Mayo, 2005 de <http://www.grupoaulamedica.com.web/nefrologia/pdf/s202/pdf>.
- ❖ Málaga, S. (2004). *Adolescente con hipertensión arterial*. Revisado el 10 Mayo, 2005 en <http://www.spapex.org/spapex/adolescencia02/caso1.pdf>.
- ❖ Martí, E. (2002). *Procesos cognitivos básicos y desarrollo intelectual desde los 6 años hasta la adolescencia*. En Palacios, J.; Marchesi, A.; Coll, C.,

Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología evolutiva, (329-354). España: Alianza.

- ❖ *Mellina, E., González, A., Moreno, J. M., Jiménez, R. & Peraza, G. (2001). Factores de riesgo asociados con la tensión arterial en adolescentes. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(5), (435-440).*
- ❖ *Mijares, I. (2005). Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en adolescentes de noveno grado. Diago, D. y Torriente, N., tutores. Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de especialista en Medicina General Integral. Extraído el 20 Septiembre, 2005 de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEkFyFEyIAgITKZDPQ.php>.*
- ❖ *Molerio, O. (2004). Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. En Ciencias psicológicas. Roca, M. A., tutor UCLV, Santa Clara.*
- ❖ *Moreno, M.J. (2003). Algunas tendencias en el desarrollo psíquico. En María Julia Moreno, Selección de lecturas. Psicología del desarrollo, Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación.*
- ❖ *The National Alliance for Hispanic Health. Disponible en: http://www.hispanichealth.org/cardio_span.lasso*
- ❖ *Palacios, J.; Marchesi, A.; Coll, C. (2002) Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología evolutiva. España: Alianza.*
- ❖ *Paterno, C. A. (2003). Factores de riesgo coronario en la adolescencia. Estudio FRICELA. Revista Española de Cardiología ONLINE, Vol. 56 (05), (452 – 458).*
- ❖ *Pérez Díaz, Y. (2006). Factores de riesgo psicosociales asociados a la hipertensión arterial esencial en adolescentes. Guerra, V y Molerio, O. Tesis en opción al título de Máster en Psicología Médica.*
- ❖ *Pérez Lozada, Y.; Villa Salas, D. (2004) Metodología para el diagnóstico psicológico de niños y adolescentes con hipertensión arterial de 9 a 12 años. Guerra Morales, V.; Pérez Díaz, Y; Llanes Camacho, M. Trabajo de Diploma. UCLV, Santa Clara, 2004.*

- ❖ *Roca Perara, M. A (2000). Psicología clínica. Una visión general. La Habana: Félix Varela.*
- ❖ *Rodríguez Gómez, G; García Jiménez, E; Gil Flores, E (2002). Metodología de la investigación cualitativa. Cuba: Pueblo y educación.*
- ❖ *Sánchez Vidal, A. (2005). Conceptos y formulaciones de la comunidad. En Fuentes Ávila, M.; Vasallo Barruta, N.; Álvarez Ledesma, L.; Pañelly Álvarez, D., Psicología Social II. Parte II. Selección de Lecturas, (146-157). La Habana: Félix Varela.*
- ❖ *Schiffman, L. G.; Kanuk, L. L. (1987). Comportamiento del consumidor. En Manuel Calviño Valdés-Faully, Análisis dinámico del comportamiento, (80-90). La Habana: Félix Varela.*
- ❖ *Segarte Iznaga, A. L; Martínez Campo, G. A; Rodríguez Pérez, M. E (2003). Psicología del desarrollo del escolar. Selección de lecturas. Ciudad de La habana: Félix Varela.*
- ❖ *Suárez, J. J., Álvarez, L. M. & Campillo, R. (2004). Comportamiento de percentiles de tensión arterial asociados a factores de riesgo en escolares. Revista Cubana Medicina General Integral ONLINE, vol.20 (n.2),*
- ❖ *Vilaseca, Corbera, M. (2003). Disponible en: <http://www.netdoctor.es/html/000022.html>.*

Anexos

ANEXO 1

Entrevista a Escolares

1. Explorar qué entienden por salud, estar sano. (Mediante Lluvia de ideas)
 2. Conocer las actividades o conductas que se realizan a diario y que pueden dañar la salud.
 3. Conocimiento que se tiene sobre el corazón. Mostrar esquemas sobre el mismo.
 4. Promover el diálogo sobre el conocimiento que tienen los niños sobre lo que daña al corazón. Especificar en caso que sea necesario que nos referimos a lo que comemos (dieta), olemos (cigarro), hacemos (ejercicio físico) y tomamos (alcohol).
 5. Se dialoga sobre los comportamientos de riesgo:
 - Dieta: qué come cuando llega de la escuela; cantidad de alimento que ingiere en las comidas; información que recibe de los medios de comunicación; si establecen conversaciones con los compañeros sobre el tema; alimentos que consume con más frecuencia en la escuela.
 - Hábito de fumar: qué personas conoce que fumen; dónde fuman esas personas; lugares que frecuente donde se fume mucho; contacto directo con el cigarro; información que ofrecen los medios de comunicación, si es positiva o negativa, y la escuela.
 - Ejercicio físico: deportes que más le gustan, si prefieren verlos o practicarlos; qué hacen en la educación física y si se sienten cómodos; tiempo que pasan frente a la T.V, la computadora u otras actividades pasivas. Información que brinda la televisión sobre la práctica de ejercicios físicos; conocer la identificación con algún deportista; opinión que tienen sus amigos sobre las personas que practican deportes.
- Consumo de alcohol: personas cercas a el que beben con frecuencia, si en algún momento han tomado al menos un traguito de alguna bebida, lugares que frecuente donde se bebe, si en los medios de comunicación se ofrece información positiva o negativa, así como en la escuela.
6. Brindar información sobre la importancia de asumir conductas saludables.

ANEXO 2

Entrevista a Padres

1. Explorar el concepto que tienen de salud. (Utilizar Lluvia de ideas)
2. Posición que asumen ante las actividades que realiza su hijo. Participación o no en ellas.
3. Conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares en la edad infanto-juvenil, específicamente, la HTA.
4. Dialogar acerca de lo que conocen referente a los comportamientos saludables o no que constituyen factores de riesgo para la HTA en niños y adolescentes. (Dieta, ejercicios físicos, hábito de fumar y consumo de alcohol)
5. Actitud que asumen ante los programas de T.V; si los comentan con los niños, y escuchan su criterio sobre la posición que tienen determinados personajes. Si en estos programas se exponen hábitos saludables.
6. Opinión que tienen sobre la influencia de la escuela en que el niño asuma conductas saludables.

ANEXO 3

Entrevista a los maestros.

1. Explicar qué son comportamientos de riesgo.
2. Información que desde lo estipulado por el MINED, se brinda referente a los comportamientos de riesgo.
3. Asignaturas o programas televisivos que potencien conductas saludables.
4. Conocimiento que tienen sobre la HTA y sus factores de riesgo. Brindar información sobre los mismos en caso de ser necesario.
5. Influencia positiva o negativa de la familia en la práctica, por parte de los escolares, de conductas saludables o no.
6. Criterio del maestro con respecto a que si el niño percibe los comportamientos como saludables o no.

ANEXO 4

Cuestionario a Escolares.

A continuación te presentamos una serie de preguntas. Necesitamos que responda todas con la mayor sinceridad.

Debes marcar con un a X.

Nombre: _____ Grado: _____.

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____ Raza: _____

1. Vives con

Mamá ___ Papá ___ Ambos ___ Otras personas ___

2. Tus padres son:

Delgados (flacos) ___ Gordos ___ Ambos ___

3. ¿Tienes alguna enfermedad? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

4. ¿Frecuentemente tomas algún medicamento? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

5. ¿Cuáles de estas actividades realizas?

Actividad	Frecuencia/ semana		
	Todos los días	3 ó 4 días la semana	Casi nunca. 1 ó 2 días.
Ver T.V			
Jugar computación			
Leer			
Dormir siestas			
Caminar mucho			
Educación Física			
Montar bicicleta			
Practicar deportes*			
Tocar instrumento musical*			

*especificar cuál.

6. Marca con una X según corresponda en la siguiente tabla, sobre los alimentos que consumes.

Alimento	Frecuencia/ semana		
	Nunca	Diario	A veces
Vegetales			
Frutas			
Pizza			
Dulce			
Pan			
Huevo			
Pollo			
Pescado			
Carne de res			
Carne de cerdo			
Manteca de puerco			
Aceite			

7. ¿Alguna de las personas que te rodean fuma? Marca con una X.

Mamá__ Papá__ Hermano__ Primos__
 Vecinos__ Maestro__ Otros__ ¿Quién es?_____

8. De las personas cercanas a ti, ¿alguna toma? SI__ NO__ ¿Quién?_____

Marca con una X, la frecuencia con la que lo hace.

Todos los días__ A veces__ En fiestas__

ANEXO 5

Cuestionario a padres.

El siguiente cuestionario responde a una investigación psicológica en la que está implicado su hijo. Necesitamos que responda todas las preguntas con la mayor sinceridad posible.

Datos personales:

Edad: ____ Talla: ____ Peso: ____

Zona residencial: rural: ____ urbana: ____ Ocupación: obrero: ____ profesional: ____

Nombre del niño: _____

1. Físicamente usted es: delgado: ____ gordo: ____ normal: ____

a) Su hijo es: delgado: ____ gordo: ____ normal: ____

b) Su hijo fue bajo peso al nacer. SI ____ NO ____

2. En la siguiente tabla aparecen una serie de enfermedades. Usted debe marcar, con una X, cuáles padecen usted y cuáles su hijo.

Enfermedad	Padre	Hijo
Hipertensión		
Obesidad		
Diabetes mellitus		
Dislipidemia		
Asma bronquial		
Enfermedad endocrina		
Cardiopatía congénita		
Enfermedad renal		

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza su hijo? Marque con una X.

Actividad	Frecuencia / semana			Duración /día en minutos		
	Todos los días	3 ó 4 días a semana	Casi nunca 1 ó 2 días.	< de 30	30-60	> de 60
Ver T.V						
Jugar en PC (Atari, play station)						
Leer						
Dormir siestas						
				de 8-15	15-30	30-45
Caminar mucho						
Ejercicios físicos						
Montar bicicleta						
Practicar deportes*						
Tocar instrum. Musical*						

*especificar cuál.

A) De las actividades que realiza su hijo con más frecuencia, ¿en cuáles tiene usted participación?

4. Marca con una X según corresponda en la siguiente tabla, sobre los alimentos que consumen usted y su hijo.

Alimentos	Usted	Frecuencia / semana		
		Nunca	Diario	A veces
Vegetales				
Frutas				
Pizza				
Dulces				
Pan				
Huevo				
Carnes blancas				
Carnes rojas				
Grasa animal				
Grasa vegetal				

Alimentos	Su hijo	Frecuencia / semana		
		Nunca	Diario	A veces
Vegetales				
Frutas				
Pizza				
Dulces				
Pan				
Huevo				
Carnes blancas				
Carnes rojas				
Grasa animal				
Grasa vegetal				

5. ¿Usted fuma? Si___ No___

A) ¿Desde cuándo?

B) ¿En qué lugares fuma?

Dentro de la casa___ En el trabajo___ Mientras camina___

Otros lugares (especificar) ___

6. Conoce si su hijo ha tomado alguna vez un cigarro para:

Encenderlo a alguien___ Comprarlo___ Fumarlo___

7. Acostumbra usted a beber bebidas alcohólicas:

Todos los días___ a veces___ en fiestas___