

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
“LISANDRO ALVARADO”

**CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ESCOLARES
DE LAS ESCUELAS BÁSICAS NACIONALES DE LA PARROQUIA
JUAN DE VILLEGAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS,
ESTADO LARA**

JAIME GUERRERO PUENTE

Barquisimeto, 2004

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE MEDICINA
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

**CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ESCOLARES
DE LAS ESCUELAS BÁSICAS NACIONALES DE LA PARROQUIA
JUAN DE VILLEGAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS,
ESTADO LARA**

Trabajo presentado para optar al grado de
Magíster Scientiarum en Salud Pública

Por: JAIME GUERRERO PUENTE

Barquisimeto, 2004

**CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ESCOLARES
DE LAS ESCUELAS BÁSICAS NACIONALES DE LA PARROQUIA
JUAN DE VILLEGAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS,
ESTADO LARA**

Por: JAIME GUERRERO PUENTE

Trabajo de grado aprobado

Dra. Editza Domínguez Armas
(Tutora)

(Jurado)

(Jurado)

Barquisimeto, de febrero de 2003

DEDICATORIA

A Briana, por su apoyo, paciencia y comprensión.

A mi hijo Jaime Leonardo, por haberme cedido de su tiempo para alcanzar este logro. Ahora sí: vamos a jugar!

A mis padres Jaime y Emperatriz, mis más valiosos ejemplos de responsabilidad, fortaleza y constancia.

A mis hermanas Pecky y Gaby, sus triunfos son siempre un estímulo a seguir adelante.

A mis compañeros de maestría, verdaderos amigos y excelentes profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Dra. Editza Domínguez, quien como buen Maestro supo dar los consejos y orientaciones oportunas que permitieron culminar el presente trabajo

A la Sra, Marilyn López, verdadera líder de su comunidad, por su apoyo desinteresado y oportuno.

A la Lic. Mirubí González, por su colaboración en la aplicación del cuestionario.

A los directivos de Fundasalud, especialmente al Sr. Neptalí Barrios, por el apoyo incondicional recibido durante los 2 años de la maestría.

Para todos mi eterno agradecimiento.

ÍNDICE

	PAG.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CUADROS	vii
INDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema	3
Objetivos	8
Generales	8
Específicos	8
Justificación e Importancia	9
Alcance y Limitaciones	10
II MARCO TEORICO	11
Antecedentes de la Investigación	11
Bases Teóricas	16
Operacionalización de las Variables	28
III MARCO METODOLÓGICO	30
Tipo de investigación	30
Población y Muestra	30
Procedimiento	33
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	35
IV RESULTADOS	36
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Pág.
1	Población y muestra de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales de la Parroquia Juan de Villegas. Municipio Iribarren. Estado Lara.	32
2	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según género y edad. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	36
3	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que practican ejercicio físico regular según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	37
4	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según duración del ejercicio físico regular. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	38
5	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según ejercicio físico preferido por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	39
6	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según tiempo que ve televisión por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	44
7	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado alguna bebida alcohólica según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	46
8	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según edad de inicio de ingesta alcohólica por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	47

Cuadro	Pág.
9 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia de consumo de alcohol por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	49
10 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han ingerido alcohol según la frecuencia de ingesta alcohólica de sus padres. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	51
11 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han experimentado con el cigarrillo según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	52
12 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según edad de inicio al hábito de fumar por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	53
13 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según cantidad de cigarrillos fumados semanalmente. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	54
14 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado chimó según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004	56
15 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según edad de inicio en el consumo de chimó por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004	57
16 Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según su consumo actual de chimó por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004	58

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
1	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que realiza ejercicio físico con su familia. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	40
2	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia de práctica deportiva de sus padres. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	41
3	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia de práctica deportiva de sus hermanos. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	42
4	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según actividad preferida en su tiempo libre. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	43
5	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado alguna bebida alcohólica. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	45
6	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según tipo de bebida alcohólica ingerida por primera vez. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	50
7	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han fumado cigarrillos según hábito tabáquico en el entorno familiar. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	55

Gráfico		Pág.
8	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado chimó según hábito chimoico en la familia. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	59
9	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según número de comidas diarias que realiza. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	60
10	Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia semanal de ingesta de alimentos. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.	61

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDO ALVARADO”
DECANATO DE MEDICINA “DR. PABLO ACOSTA ORTIZ
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS ESCOLARES
DE LAS ESCUELAS BÁSICAS NACIONALES DE LA PARROQUIA
JUAN DE VILLEGAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS,
ESTADO LARA**

Autor: Jaime Guerrero Puente

Tutora: Editza Domínguez Armas

RESUMEN

Con la finalidad de caracterizar los estilos de vida de los escolares de las Escuelas Básicas Nacionales de la Parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, se desarrolló una investigación de naturaleza descriptiva transversal. La metodología utilizada fue aleatoria con distribución proporcional de la muestra (335 escolares) entre las 26 Escuelas Básicas Nacionales de la parroquia. Como método de recolección de datos se utilizó un cuestionario de preguntas mixtas (de selección y dicotómicas) que caracterizó los estilos de vida en cuatro dimensiones: ejercicio físico, consumo de alcohol, consumo de tabaco y hábitos alimentarios. Los resultados demostraron que 70% de los escolares prefieren actividades sedentarias, 43% ya había probado el alcohol, siendo la edad de inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas los 9 y 10 años con predominio del género femenino sobre el masculino, 10% manifestó haber fumado y 9,9% haber probado chimó, y un alto consumo de carbohidratos y de bebidas azucaradas. Los estilos de vida caracterizados son considerados como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes mellitus y obesidad, de acuerdo a la bibliografía revisada.

Palabras claves: Estilos de vida, escolares, ejercicio físico, consumo de alcohol, consumo de tabaco, hábitos alimentarios.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se a visto un incremento paulatino de las enfermedades crónicas en el adulto como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad entre otras. En Venezuela, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de muerte, mientras que la diabetes mellitus ocupa el séptimo lugar, constituyendo ambas un problema de salud pública. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han determinado que una de las causas principales del auge de estas enfermedades radica en los estilos de vida poco saludables que se adquieren a lo largo de la vida, especialmente en la etapa escolar, momento en el cual se empiezan a definir conductas que repercutirían en la vida adulta.

Esta situación hizo que varias naciones realicen estudios para determinar los estilos de vida predominantes en su población, para poder desarrollar mejores programas preventivos, así como orientar los recursos necesarios hacia la medicina curativa buscando reducir el costo social y del Estado, al asumir acciones con eficiencia y eficacia.

Ante estos hechos, aunado a que no existen trabajos publicados sobre el tema en nuestra región, se realizó la presente investigación de campo que caracterizó los estilos de vida en los escolares de las escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas del Municipio Iribarren, como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, encontrándose que existen comportamientos de riesgo como el sedentarismo, la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco y patrones alimentarios errados.

Se espera que los resultados obtenidos contribuyan con el establecimiento de políticas de promoción de estilos de vida saludables

tanto a la población escolar como al público en general; así como genere el interés para el desarrollo de investigaciones semejantes en el estado y el país, que permitan confrontar resultados.

El trabajo realizado se estructuró en cinco capítulos: el primero expone el planteamiento del problema, el segundo presenta el marco teórico que incluye los antecedentes y las bases teóricas que sustentan la investigación, el tercer capítulo explica la metodología utilizada, el cuarto capítulo corresponde a los análisis de los resultados y el quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La era moderna ha traído consigo cambios en los estilos de vida de la población mundial favorecidos por los medios publicitarios, la tecnología, el ambiente laboral, el estrés, las migraciones y la transculturación, entre otros. Estos elementos van generando la lenta pérdida de hábitos relacionados con estilos de vida saludables por otros, que ofrecen pocos beneficios a la salud individual y colectiva.

El ejercicio físico al aire libre, la ingesta de alimentos sanos, naturales y no procesados, la ingesta regular de agua, entre otros, han sido sustituidos por horas frente al televisor o el computador, la ingesta de alimentos procesados, la “cocacolización y macdonalización”, la ingesta de alcohol, el consumo del tabaco y el sedentarismo.

Esta situación ha generado la preocupación de instituciones internacionales como nacionales que buscan intervenir en la población para promover los estilos de vida saludables. En este sentido, las Naciones Unidas (2002) han señalado al sedentarismo, los estilos de vida insalubres, las dietas cambiantes y el incremento del consumo del tabaco, como los responsables del auge de enfermedades no transmisibles como la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, afectando a todas las naciones, tanto desarrolladas como en vías de desarrollo.

Ante esta realidad, algunas naciones europeas iniciaron programas regionales para promover estilos de vida saludables. Tal es el caso de España, que a través del Ministerio del Interior desarrolla programas tendientes a mejorar los estilos de vida de la comunidad valenciana. Incluso se han desarrollado investigaciones para determinar los estilos

de vida de la población española, como el realizado por Balaguer et al. (1999).

En el continente americano, los principales programas relacionados con el tema se han desarrollado en Chile y México. En el primero de ellos se creó el Programa de Promoción de Estilos de Vida Saludables en Escolares y Dueñas de Casa por la municipalidad de Bio-Bio; mientras que en México se ha involucrado al Instituto de Seguridad Social en la promoción de estilos de vida saludables.

En el caso de Venezuela, no existen estudios publicados sobre estilos de vida en la población, así como los programas que buscan intervenir en este problema; centrándose la mayor parte de los estudios en la prevalencia de las enfermedades más frecuentes. Por lo tanto, los estilos de vida de la población venezolana son extrapolados a partir de los resultados obtenidos en otros estudios internacionales.

De allí que se hace necesario tener un patrón de los estilos de vida de la población venezolana, que permita desarrollar programas y/o acciones tendientes a modificar aquellos estilos perjudiciales para la salud del individuo y así intervenir en el riesgo a padecer enfermedades crónicas en el futuro.

En este sentido, Oberman (citado por Goldbaum, 1997) señala que la intervención sobre los hábitos / conductas se debe implantar a la más temprana edad. El mismo autor señala que recientes investigaciones muestran que las intervenciones orientadas a la prevención de enfermedades cardiovasculares pueden tener éxito si se inician lo más precozmente posible, en edades tempranas, cuando los patrones de estilos de vida, en especial los alimentarios, se están consolidando.

Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2002a) afirma que la prevalencia de las enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas

inadecuadas y estilos de vida poco sanos esta creciendo en muchos países. La misma organización señala que, al aumentar la prosperidad y urbanización, las dietas tienden a ser por término medio más ricas en energía y grasas saturadas, a tener un menor contenido de fibras y carbohidratos complejos, con un contenido mayor de alcohol, carbohidratos refinados y sal. Esta situación involucraría a los estilos de vida relacionados con la alimentación en la alta prevalencia de obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y algunos tipos de cáncer, todos ellas enfermedades crónicas propias del mundo moderno.

Sobre las estrategias para adoptar estilos de alimentación y de vida saludables, la FAO (2002b) señala como elemento importante la participación de las escuelas, debido a que están en contacto con las personas durante su infancia y, considerando que los hábitos alimentarios se forman en las primeras etapas de la vida, la implementación de estas estrategias en el escolar repercutirían de manera favorable al alcanzar la edad adulta.

Otro elemento relacionado con los estilos de vida es la actividad física. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), establece que el ejercicio físico evita o retarda la manifestación de algunas enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, la osteoporosis, el cáncer del colon, y las complicaciones de salud, asociadas con el sobrepeso y la obesidad. Igualmente afirma, que un estilo de vida activo mejora el estado del ánimo, alivia la depresión y facilita el tratamiento del stress; y a largo plazo mejora la autoestima, la agilidad mental y la interacción social.

Para esta organización, los beneficios asociados con un estilo de vida activo pueden aumentar si, a su vez, se complementa con buenos hábitos alimentarios; particularmente, el consumo de más verduras, frutas, cereales y menos alimentos grasos y de alto contenido calórico.

El ejercicio físico en niños y adolescentes aumenta el sentido de responsabilidad personal y reduce el consumo de alcohol y tabaco, los cuales constituyen factores de riesgo para la salud del individuo.

Resulta entonces, indudable la influencia que tienen los estilos de vida relacionados con la alimentación y el ejercicio físico en el desarrollo de enfermedades crónicas, y la importancia que tienen sobre las edades tempranas del individuo, como la escolar. Sin embargo, existen otros hábitos que se transforman en estilos de vida que llegan a perjudicar la salud individual y colectiva, como lo son el consumo del tabaco y del alcohol.

En concordancia con lo anterior, la OPS (2000) afirma que la cronicidad del tabaquismo incrementa el riesgo de padecer de cáncer, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas, debido al efecto nocivo de algunas sustancias químicas oxidantes que provocan alteraciones del funcionamiento celular. Por su parte Tapia (2000) expone que el tabaquismo aumentará la mortalidad, en el ámbito mundial, en aproximadamente 10 millones de personas para el año 2030, haciéndose necesario el establecimiento de políticas tendientes a evitar que niños y jóvenes empiecen a fumar, proteger a los no fumadores y promover estilos de vida libres de tabaco.

Con respecto al alcohol, Sandoval (1998) señala que el consumo de bebidas con contenido alcohólico se incluye entre los comportamientos habituales, que se han incrementado mediante el desarrollo histórico de los distintos grupos humanos, y llega a ser consistente e integrado al estilo de vida de algunos ellos. Esto concuerda con Pérula y otros (1998a) quienes afirman que el alcohol es la droga psicoactiva más probada y consumida por la población escolar. Estos autores resaltan que al igual que acontece con otras drogas como el tabaco, el consumo de alcohol no es una conducta que se presente aislada, sino que se entrelaza con otras y conforman patrones que caracterizan los

diferentes estilos de vida. Así, el consumo de alcohol junto con el tabaco, surge como indicadores de riesgo de trastornos psicosociales.

Ciertos organismos internacionales, han visto con preocupación los altos costos sociales que conlleva el alto consumo de alcohol; es así como Organización Europea de la Salud (1995) propone dentro de sus estrategias para la acción sobre el alcohol informar sobre las consecuencias de su consumo en la salud, la familia y la sociedad, creando amplios programas educativos que comiencen desde la primera infancia.

Lo descrito hasta ahora, demuestra la importancia que tienen los estilos de vida en la aparición de enfermedades crónicas que bien pudieron ser prevenidas con el solo hecho de asumir conductas sanas como el ejercicio, la buena alimentación, el rechazo al tabaco y la reducción de la ingesta de alcohol. Otro elemento importante lo constituye, el generar los cambios de los estilos de vida en edades tempranas de la vida del individuo; para ello es fundamental las acciones y la participación del ambiente escolar, concentrándose en los niños de quinto y sexto grados de las escuelas primarias, porque estos estudiantes están en capacidad para asimilar conocimientos, y las experiencias sobre intervención en salud en estos grados, han sido favorables (OPS, 2001).

El hecho de que no se hallan realizado estudios para caracterizar los estilos de vida de los escolares venezolanos constituye una limitante al momento de establecer un programa que genere cambios favorables hacia la salud en estos individuos. En el caso de la Parroquia Juan de Villegas, esta es la más extensa y la que concentra la mayor población en edad escolar de todo el Estado Lara, abarcando estudiantes de zonas urbanas como rurales; de los cuales, una gran mayoría cursa en escuelas básicas nacionales.

Cabe entonces preguntarse: ¿Cuáles son los estilos de vida presentes en los escolares de la Parroquia Juan de Villegas?, ¿Son sus estilos de vida propensos al desarrollo de enfermedades crónicas en su vida adulta? Para responder estas interrogantes se desarrolló la presente investigación que caracterizó los estilos de vida de los escolares de escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar los estilos de vida de los escolares de las escuelas básicas nacionales de la parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Objetivos Específicos

- Identificar los estilos de vida relacionados con el ejercicio físico.
- Identificar los estilos de vida relacionados con el consumo de alcohol.
- Identificar los estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco.
- Identificar los estilos de vida relacionados con la alimentación.

Justificación e Importancia

Las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad, han incrementando su prevalencia de

manera continua en el ámbito mundial y nacional. Esta situación se ha visto favorecida por la práctica de estilos de vida no saludables como el sedentarismo, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, y el tabaquismo.

Estudios previos han señalado la importancia que tiene el fomentar los estilos de vida saludables en la población, con el fin de reducir los índices de morbi – mortalidad de las enfermedades citadas, que se traduciría en un menor costo por concepto de salud para el individuo y su familia; así como mantener la fuerza productiva de un país en pleno poder de sus capacidades.

Por otro lado, las edades tempranas del ser humano son fundamentales para ir creando hábitos y conciencia sobre la importancia de la dieta, el ejercicio físico y todo lo relacionado con una vida sana, de tal manera que se vaya formando un individuo saludable que conllevaría a menor incidencia de las enfermedades crónicas en la edad adulta. Es por ello que la participación de las escuelas es fundamental en el proceso de generar cambios en los estilos de vida; sin embargo, se hace necesario conocer lo más cercano posible esa realidad en los escolares, que permita orientar programas de promoción y acciones de prevención en esta población.

En vista que en la Parroquia Juan de Villegas no se han llevado a cabo investigaciones sobre este particular en la población escolar, se desarrolló la presente investigación que caracterizó los estilos de vida de los escolares de las escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Alcance y Limitaciones

El presente estudio caracterizó los estilos de vida de los escolares de las escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas del

Municipio Iribarren relacionados con la actividad física, hábitos alimentarios, consumo de alcohol y de tabaco.

Por otro lado, se espera que los resultados de la presente investigación contribuyan a tener una idea aproximada de la realidad de los escolares de esta parroquia, y sirva para futuros estudios en la implantación de programas de promoción hacia estilos de vida saludables y establecer comparaciones con otros municipios del estado y foráneos que permitan determinar las características propias de cada población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Es un hecho comprobado de que los estilos de vida influyen de manera positiva o negativa en la salud del individuo, la familia y la sociedad; aspectos estos reconocidos por las Naciones Unidas (United Nations, 2002) en el mensaje expuesto el Día Mundial de la Salud, donde se fomentó la actividad física y los estilos de vida saludables.

Ante esta realidad, surgen una serie de investigaciones a escala internacional que buscan determinar cómo los estilos de vida favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas; con el apoyo estratégico y/o financiero de Universidades, Ministerios y Alcaldías.

La revisión bibliográfica describe investigaciones realizadas en el ámbito internacional, que relacionan los estilos de vida de la edad escolar y relacionándolos como factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad, como el realizado por Andradas y Fernández (1994) quienes describieron los hábitos de los escolares de una zona básica de salud en Parla, España, con relación a la alimentación, consumo de alcohol y de tabaco y actividades en el tiempo libre entre otros. El estudio fue transversal, con una muestra de 942 alumnos del ciclo medio y superior en edades que oscilaban entre los 9 y 14 años, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado. Los resultados de la investigación determinaron que 43% de la muestra tenía un alto consumo de azúcares refinados, 18% consumía café diariamente, el consumo de alcohol diario se ubicó entre 37% y 24% de la muestra, con un alto consumo de alimentos ricos en grasa animal (carne y huevos). Respecto a la actividad física, el estudio reveló que

la mayoría permanecían 210 minutos diarios frente al televisor durante sus tiempos libres.

Un elemento a destacar es que 50 % de los casos de escolares con hábitos tabáquicos la madre era también consumidora, y 70 % el padre era el consumidor. Esto señala la importancia que tiene el entorno familiar en el desarrollo de hábitos y estilos de vida por parte del escolar que repercutirán en su vida adulta. Además, se corrobora la asociación entre padres fumadores e hijos potencialmente fumadores activos, dado que en el medio ambiente familiar ya el niño es un fumador pasivo.

Por su parte, Tavares y otros. (2001), se plantearon determinar la prevalencia del uso de drogas en el desempeño escolar entre adolescentes, mediante un estudio transversal realizado en la ciudad de Pelotas, Rio Grande do Sul (Brasil). La muestra estuvo conformada por 2.410 estudiantes en edades comprendidas entre los 10 a 19 años, a quienes se les aplicó un cuestionario anónimo. Como resultado obtuvieron que las drogas de mayor consumo fueron el alcohol (86,8 %) y el tabaco (41,0 %).

Estudio similar fue el realizado por Baus y otros (2002), quienes determinaron la prevalencia de los factores de riesgo relacionado con el uso de drogas en escolares. El estudio fue de tipo descriptivo transversal donde se aplicó un cuestionario anónimo, a una muestra conformada por 478 estudiantes de primero y segundo grado de la ciudad de Florianópolis (Brasil), en edades comprendidas entre los 13 a 15 años de edad. El resultado obtenido permitió concluir la alta prevalencia que existe del consumo de alcohol (86,8 %) en comparación con otras ciudades de la región sur del país.

Estos resultados no hacen más que confirmar al alcohol y al tabaco como las drogas de mayor consumo entre la población escolar y

adolescente, muy probablemente debido a las opciones de adquisición de los productos en el mercado.

Por otro lado, Ariza y otros (2002) se plantearon estudiar la historia natural del consumo del tabaco a lo largo de la adolescencia y los principales factores que puedan predecir la evolución a fumar. El método utilizado fue un estudio longitudinal, prospectivo, utilizando el aula escolar como unidad muestral en 6 escuelas de Barcelona y Lleida (España). Participaron 1.460 escolares entre los 12 y 19 años a quienes se les aplicó 2 encuestas: en 1992 y 1993. Los resultados que obtuvieron señalan que existe mayor precocidad en el uso del tabaco por parte del género femenino; mientras que los predictores de la iniciación fueron los siguientes: la actitud favorable ante el tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, ser menor de 15 años, tener amigos fumadores y la intención declarada de fumar en el futuro.

Otro estilo de vida importante es el consumo de alcohol el cual fue estudiado por Pérula y otros (1998a) quienes lo determinaron en escolares de la ciudad de Córdoba, España. La investigación realizada fue transversal y consistió en la aplicación de una encuesta de salud a una muestra conformada por 548 escolares con una edad promedio de 12,4 años. A diferencia de los resultados obtenidos por Andradas y Fernández (1994), obtuvieron que el consumo de alcohol entre los escolares cordobeses era bajo. Por otro lado, determinaron la influencia que tienen los hermanos mayores en el inicio del consumo de alcohol y de tabaco inclusive.

Esta relación alcohol – tabaco indicaría que el consumo del primero no es una conducta que se presente aislada, sino que se entrelaza con otros y llegan así a conformar patrones que caracterizan los diferentes estilos de vida. Esto coincide con las conclusiones a que llegaron Balaguer y otros (1999) quienes determinaron algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana

(España), para lo cual seleccionaron una muestra de 1.077 estudiantes en edades comprendidas entre los 11 y 17 años mediante un criterio de selección aleatorio estratificado. A la muestra seleccionada se le aplicó el instrumento “Inventario de Conductas de Salud de Escolares” elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando los siguientes aspectos: a) Actividad física, deporte y ejercicio físico intenso, b) Hábitos de alimentación, c) tabaco, d) alcohol y, e) drogas.

Los resultados obtenidos demostraron que el abandono del ejercicio físico ocurre alrededor de los dieciséis años; la ingesta de alcohol, consumo de tabaco y cannabis a partir de los quince años. Sobre la alimentación determinaron que la mayoría de ellos dejó de desayunar a la edad de once años. Los investigadores concluyen que los hábitos saludables están relacionados positivamente entre sí, al igual que los no saludables, “...de forma que es probable que cuando un adolescente fume también consuma alcohol, cannabis... y realice conductas peligrosas.”

Las conclusiones de Balaguer y otros (1999), aunado a la influencia de los hermanos mayores en el consumo de alcohol y tabaco, así como la relación padres fumadores – hijos fumadores demostrado por Andradas y Fernández (1994), reflejan la necesidad de establecer programas de educación para la salud en las escuelas centrados en el desarrollo de capacidades para resistir la presión de grupos, mejoras de autoestima y ofrecer alternativas saludables (actividades recreativas, deporte, música) acordes a su edad. A la vez, demuestran la importancia que tiene el fomentar estilos de vida saludables en la población adolescente, debido a que es un periodo en el que se producen cambios biológicos y psicológicos que, dependiendo de las características geográficas, culturales y sociales que lo rodean, adoptará un estilo de vida determinado. Las características del estilo

de vida adquirido durante este periodo continuarían hasta la vida adulta, llegando a constituirse en factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad.

En otro orden de ideas, Pérula y otros (1998b), consideraron la actividad física de los escolares como otro elemento importante de los estilos de vida de este grupo etario. Es así como determinaron la conducta de los escolares respecto al grado de actividad física que desarrollan y los factores que se relacionan, por medio de un estudio transversal y una muestra constituida por 585 estudiantes de la ciudad de Córdoba a quienes se les aplicó un cuestionario sobre hábitos de salud y estilos de vida, analizando la variable actividad física.

Los resultados obtenidos reflejaron que los niños son más proclives al ejercicio que las niñas, dos de cada diez niños manifestaron realizar ejercicio moderado, mientras que nueve de cada diez manifestaron tener expectativas deportivas en el futuro. Estos resultados constituyen elementos esperanzadores en lo que se refiere al ejercicio físico en la edad adulta, debido a que por lo general esta tiende a decaer en la medida que se avanza en edad, debiéndose fomentar su importancia desde la escuela con énfasis en la población femenina.

Por su parte, Maceiras y Fuster (2000), coinciden con la investigación anterior, de acuerdo a las conclusiones a que llegaron al determinar la actividad física de los escolares gallegos. El estudio planteado fue de corte transversal y la muestra seleccionada estuvo conformada por 1600 alumnos seleccionados de manera aleatoria estratificada, a quienes se les aplicó un cuestionario de preguntas cerradas. Los autores concluyen que existe una tendencia hacia el sedentarismo general y la relegación del ejercicio hacia los fines de semana. Coincide en afirmar que a medida que se incrementa la edad del escolar este tiende a reducir el ejercicio físico; sobre todo en zonas urbanas y en mujeres.

Lo descrito hasta ahora, refleja la susceptibilidad de los escolares a asumir estilos de vida que asumen las personas mayores de su entorno, fundamentalmente padres y hermanos mayores, constituyendo el entorno familiar clave en las conductas saludables del niño. En este orden de ideas, los estilos de vida de los escolares constituyen entonces, el reflejo de las conductas, hábitos y comportamientos en salud presentes en el hogar. Por otro lado, confirman que un estilo de vida insalubre va acompañado por otro igual, como lo constituyen las díadas alcohol – tabaco, cannabis – alcohol, escaso ejercicio – dieta rica en grasa, entre otros.

Lo descrito en el presente capítulo delata la importancia que tienen los estilos de vida en cualquier género y etapa de la existencia humana en la génesis de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad. Se hace entonces imprescindible determinar los estilos de vida de una población para conocer sus posibilidades de desarrollar algún tipo de enfermedad.

Estos hechos, aunados a que no existen investigaciones publicadas sobre el tema en escolares de nuestro país, indican la relevancia de la presente investigación, que caracterizó los estilos de vida en escolares de la parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, con la finalidad de orientar futuros programas de promoción hacia estilos de vida saludables, tal como ya lo han iniciado otras naciones del orbe mundial.

Bases Teóricas

Ciertos estilos de vida resultan no saludables para el individuo, debido a que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, transformándose en

factores de riesgo para esas enfermedades llamadas por la OMS como “las enfermedades de los estilos de vida”.

Resulta entonces importante definir qué son los estilos de vida, cuáles están relacionados con el ejercicio físico y los hábitos alimentarios que debemos asumir, y cómo la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol llegan a constituir factores de riesgo.

Estilos de Vida.

El término estilos de vida tiene muchas definiciones en el área de la salud pública. Así, para Goldbaum (1997) los estilos de vida no son más que los “...patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas”. De acuerdo a esta definición, los estilos de vida no estarían determinados por otros factores ajenos al individuo como el social, económico, cultural, geográfico, etc.

En este sentido, la Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano (2002) otorga a los estilos de vida una concepción más amplia al afirmar que es la “manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinados por factores socio-culturales y características personales”.

Esta definición coincide con la de OMS (1998) quien los señala como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio-económicas y ambientales”.

Para efectos de la presente investigación se interpretarán los estilos de vida como aquellos patrones de conducta individual que, con consistencia en el tiempo y bajo condiciones más o menos constantes,

pueden constituirse en factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en la vida adulta del escolar. La frecuencia, tipo e intensidad del ejercicio físico, la ingesta de bebidas con contenido de alcohol, el consumo de tabaco y las características de la alimentación, constituyen los estilos de vida más relacionados con las enfermedades crónicas citadas.

Ejercicio físico.

En relación con el ejercicio físico, es conveniente establecer diferencia con la actividad física, que es definida por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995) como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia”; por su parte, la National Library of Medicine (2002) la define como el estado de permanecer en actividad o como acción o movimientos enérgicos. Por otro lado, el ejercicio físico es definido por Caspersen (citado por González et.al. 2001), como una categoría de la actividad física, específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más de las cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo. En la presente investigación, el ejercicio físico se definirá como el conjunto de movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el hogar, la recreación y el deporte.

El ejercicio físico se distingue en aeróbico y anaeróbico de acuerdo al tipo de metabolismo muscular requerido para su realización, y en isométrico o isotónico según las características del esfuerzo contráctil. Para realizar el ejercicio se requiere de energía que se obtiene

mediante los diferentes sistemas energéticos. El mecanismo de contracción y relajación del músculo es alimentado exclusivamente por el trifosfato de adenosina (ATP) la cual es resintetizada por procesos metabólicos aeróbicos y anaeróbicos. La disponibilidad y utilización de los sustratos de energía durante el ejercicio son dependientes de la intensidad y la duración del mismo.

En este sentido, para que el ejercicio físico sea eficaz, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria afirma que debe tener una intensidad suficiente para mantener las pulsaciones entre 60% y 85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica ($220 - \text{edad en años}$), debe durar como mínimo 30 minutos y se debe practicar como mínimo 3 días por semana. Esto coincide con lo señalado por el Instituto Americano de Medicina Deportiva (American College of Sports Medicine, 2002) y la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, 1998) quienes recomiendan 20 minutos de actividad aeróbica continua, 3 días a la semana, considerando los ejercicios aeróbicos siguientes: caminar, correr, trotar, escalar, nadar, pasear en bicicleta y saltar cuerda entre otros. Por su parte, González y otros (2001) señala que la efectividad del ejercicio físico debe reunir las 5 Ds: Dosificado, diario, divertido, disponible y de por vida.

Entre los beneficios que acarrea el ejercicio físico regular, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995) señala:

- a) Las personas físicamente activas viven más años que las sedentarias y con mayor calidad de vida,
- b) Se reducen las posibilidades de infarto del miocardio o cerebral, osteoporosis, diabetes, hipertensión y obesidad,
- c) Puede contribuir al abandono del alcohol y el tabaco,
- d) disminuye el riesgo de depresión teniendo una visión de la vida más optimista,
- e) Se evitan dolores musculares, articulares y óseos, así como la aparición de varices, y
- f) Se incrementa la capacidad de más

trabajo físico que redundaría en la actividad profesional, estudio y esparcimiento.

Sin embargo, realizar actividades físicas de forma periódica se dificultan por las comodidades y exigencias del mundo moderno, así como del tiempo disponible. Ante estas realidades se sugiere, entre otros: a) pensar que la actividad física debe ser parte integrante de las actividades diarias, b) Cambiar poco a poco los hábitos de vida, c) La elección de la actividad física debe ser guiada por las preferencias individuales, d) Fomentar una actitud positiva y exitosa, e) Seleccionar actividades que se disfruten, de bajo costo, no dolorosas ni demasiado fatigantes para reducir la posibilidad de lesiones, f) Incluir actividades que involucren grandes masas musculares y variarlas para evitar el aburrimiento tales como caminar, trotar, nadar, entre otras, y g) Recomendar evitar la suspensión del ejercicio por más de 72 horas, ya que los beneficios obtenidos se pierden.

Alcohol.

Por lo general, el término alcohol suele agrupar a aquellas combinaciones que resultan de la sustitución de uno o más átomos de hidrógeno de los hidrocarburos alifáticos, o de las cadenas laterales de los cíclicos, por uno o más grupos hidroxilos (Diccionario de Terminológico de Ciencias Médicas, 1988) El tipo de alcohol involucrado en las bebidas es el etanol.

Sobre el etanol, Goodman & Gilman (1996) afirman que su absorción es rápida en el estómago, intestino delgado y colon; alcanzando una concentración máxima en sangre a los 30 a 90 minutos. Esto depende de la presencia de alimentos e el estómago que retardan su absorción. Una vez absorbido, se distribuye con uniformidad por todos los tejidos y líquidos del cuerpo, incluso a través de la placenta.

La tasa promedio de su metabolización es de 120 mg/kg por hora; cerca de los 30 ml en 3 horas. Su oxidación se produce a nivel del hígado.

Los mismos autores señalan que el etanol es un depresor del Sistema Nervioso Central, afectando en primer lugar los procesos mentales de capacitación y experiencia previa; luego se pierde la memoria, la concentración y la intuición que conllevan a trastornos de personalidad y arranques emocionales. En casos de intoxicación grave se puede llegar a estados de anestesia general, incluso con compromiso de la respiración. Sobre el sistema cardiovascular, el etanol a bajas dosis, genera pequeñas variaciones en la presión arterial, gasto cardiaco y fuerza de la contracción miocárdica. A dosis moderadas, causa vasodilatación a nivel cutáneo dando como resultado una piel caliente y enrojecida debido a que se intensifica el flujo sanguíneo cutáneo y gástrico produciendo la sensación de calor, incluso con incremento de la sudoración, reduciendo la temperatura corporal interna.

Sobre el músculo estriado reduce la percepción de fatiga e incrementa el trabajo muscular. Por otro lado, a nivel del tubo digestivo, el etanol suele estimular las secreciones gástricas y salivales al estimular las terminaciones sensoriales del estómago y boca. A concentraciones altas en el estómago (40% o más), produce gastritis erosiva.

El consumo habitual de grandes cantidades de etanol pueden causar estreñimiento y diarrea. En cantidades moderadas, no influye en la acción motora del colon, pero su ingesta hasta la intoxicación resulta en la interrupción de las funciones secretoras y motoras del tubo digestivo, retrasándose la absorción y produciéndose piloropasmo y vómito. Igualmente, contribuye en la producción de lesiones en el esófago y duodeno a la vez que es el facto causal de la pancreatitis

aguda y crónica debido al aumento de la secreción y a la obstrucción del conducto pancreático.

Sobre el hígado, la ingestión aguda y moderada produce pocos cambios duraderos en la función hepática; pero su consumo regular conlleva a efectos adversos relacionados con las dosis (hepatitis alcohólica y cirrosis). En el riñón, inhibe la hormona antidiurética y reduce la resorción tubular renal del agua incrementando la diuresis dependiendo de la concentración sanguínea del alcohol.

Hematológicamente, el alcohol interfiere con el metabolismo y transporte de folato así como su almacenamiento en el hígado, ocasionando anemias sideroblástica y megaloblástica, efectos reversibles con la abstinencia. También hay depresión de la migración de leucocitos hacia zonas inflamadas, lo que explicaría la mala resistencia de los alcohólicos a la infección.

Tabaco

El tabaco es una planta herbácea anual, o perenne, cuyas hojas, preparadas convenientemente, se fuman, se aspiran o se mascan. Sus hojas contienen un alcaloide (nicotina), en cantidades variables que van de 0,2 al 5% según la especie, que excita el sistema nervioso vegetativo (Diccionario Larousse, 1996). Por su parte, el Diccionario de Terminológico de Ciencias Médicas (1988) lo define como “el nombre de la planta solanácea *Nicotiana tabacum* y de sus hojas secas y preparadas, las cuales contiene nicotina de cualidades narcóticas, eméticas y deprimentes del corazón”.

La nicotina, es un alcaloide líquido, incoloro, volátil presente en las hojas del tabaco, aunque se puede producir sintéticamente. Este alcaloide se absorbe fácilmente en las vías respiratorias, mucosa bucal y piel. Por ser una base relativamente fuerte, su absorción en el

estómago es limitada, no así a nivel intestinal (Goodman & Gilman, 1996).

El contenido promedio de nicotina en los cigarrillos se calcula en 8 a 9 mg. Sobre la duración del efecto este es más largo en el tabaco de mascar debido a que el alcaloide se absorbe con mayor lentitud que la inhalada. Su vida media después de su inhalación o administración parenteral es de 2 horas aproximadamente y se excreta, al igual que sus metabolitos, por vía urinaria. La nicotina también puede excretarse por la leche materna, llegándose a detectar hasta 0,5 mg de nicotina por litro en la leche de grandes fumadoras (Goodman & Gilman, 1996).

Los mismos autores señalan las acciones que tiene el alcaloide en los diversos sistemas del organismo. Así, en el sistema nervioso periférico estimula de manera transitoria a todos los ganglios autonómicos, para luego deprimirlos de manera más persistente. A dosis pequeñas estimula de manera directa a las células ganglionares y facilitan la transmisión de impulsos; mientras que a dosis mayores la estimulación inicial va seguida, con gran prontitud, por bloqueo de la transmisión. Igualmente, la nicotina estimula a diversos receptores sensoriales, entre ellos los mecanorreceptores que reaccionan al estiramiento o a la presión de la piel, el mesenterio, la lengua, el pulmón y el estómago.

Sobre el sistema nervioso central actúa estimulándolo; a dosis apropiadas produce temblores y va seguido de convulsiones a dosis elevadas.. Por otro lado, activa a los nervios aferentes vagales y espinales que participan en el acto de vomitar. En el sistema cardiovascular suele producir aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial. Los efectos sobre el sistema digestivo se deben a la estimulación parasimpática que llevan al incremento de la actividad motora del intestino con las consiguientes náuseas, vómitos y diarreas.

Entre los síntomas de intoxicación por nicotina se encuentran: náuseas, sialorrea, dolor abdominal, vómito, diarrea, sudación fría, cefalalgia, mareos, trastornos de la audición y visión, confusión mental y debilidad notable.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2002), hace mención a la asociación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, bucal, laringe, faringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Además señala que el humo colateral del cigarrillo contiene mayor concentración de carcinógenos que el humo central, incrementando el riesgo de cáncer en fumadores pasivos. Igualmente, se ha demostrado que el humo del tabaco contiene más de 3.900 compuestos químicos, y en las hojas más de 2.500. La mayoría de estas sustancias son carcinógenas.

Alimentación.

De acuerdo al Diccionario Larousse (1997), la alimentación es la acción o efecto de alimentar o alimentarse. Por otro lado, de acuerdo a la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (2002), existen dos formas de clasificar los alimentos: en los llamados 3 grupos básicos (según su origen) y de acuerdo a su composición.

En la primera clasificación, los alimentos pertenecientes al Grupo I corresponden a los de origen animal, ricos en sustancias esenciales para la formación de músculo, huesos, dientes y para el resto de los tejidos del organismo. Dentro de este grupo se incluyen las carnes, los huevos, la leche y sus derivados. Las carnes y los productos cárnicos son una destacada fuente de proteínas de alto valor biológico. El pescado es comparable a las carnes rojas con la ventaja de contener poca grasa, fundamentalmente ácidos grasos poliinsaturados del tipo omega-3, lo que resulta beneficioso para prevenir enfermedades

cardiovasculares. Los huevos también son una fuente de proteínas de alto valor biológico así como los lácteos y sus derivados; siendo además estos últimos ricos en vitaminas y minerales (riboflavina, retinol, calcio, etc.).

El Grupo II corresponde a las hortalizas (vegetales verdes y amarillos) y frutas. Estos alimentos, tiene un escaso valor energético; sin embargo, constituyen una fuente importante de vitaminas, minerales y fibra.

El Grupo III incluye los cereales (arroz, avena, maíz, trigo, entre otros), las leguminosas (arvejas, frijoles, lentejas, garbanzos) y las raíces (yuca, papa, ñame, batata). Estos alimentos son escasos de aminoácidos, pero constituyen una destacada fuente de proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y fibra.

Los diferentes grupos descritos, revelan características propias muy importantes para la alimentación del individuo, toda vez que permiten realizar una alimentación balanceada cuando se escogen alimentos de cada uno de los grupos básicos.

Otra manera de clasificar los alimentos es de acuerdo a su composición, en lípidos, glúcidos, proteínas y aminoácidos, vitaminas y minerales.

Los lípidos son las grasas, otorgan energía al organismo pero en exceso resultan nocivas. Son necesarias para la absorción de algunas vitaminas y la síntesis de hormonas. Entre estos alimentos están la manteca, el aceite, el tocino, el chocolate, entre otros.

Los glúcidos incluyen a los carbohidratos, que proporcionan energía al organismo. Son ricos en glúcidos los cereales (arroz, avena), las legumbres y algunas verduras (papas, zanahoria), los lácteos y las frutas (fresas, manzana).

Las proteínas y aminoácidos participan en las funciones celulares del organismo, ayudan en la asimilación de nutrientes, transporte de

oxígeno y de grasas en la sangre, inactivación de elementos tóxicos o peligrosos y fortalecen el sistema inmunológico. Estos elementos se consiguen en las carnes y los granos.

Las vitaminas no proporcionan energía pero ayudan a aprovechar los elementos constructivos y energéticos suministrados por la alimentación y con el mantenimiento y desarrollo de las células del organismo. Son ricos en vitaminas las frutas y los vegetales como la zanahoria.

Los minerales intervienen en la elaboración de tejidos y hueso. Son fuente importante de minerales la leche y las frutas.

Por lo antes descrito, comer saludablemente es una parte importante de un estilo de vida sano y es algo que debe enseñarse desde la niñez. Al respecto el Saint Margaret Mercy Health Centers (2002) recomienda para los escolares lo siguiente: a) Comer tres comidas al día, b) Aumentar el consumo de fibras en la dieta y disminuir el uso de sal, c) Beber mucha agua, d) Controlar el consumo total de grasa, e) Reducir la ingesta de azúcares, f) Consumir productos lácteos con bajo contenido graso, g) Reducir el consumo de mantequilla y salsas espesas, además de la mayonesa, h) Consumir más pollo y pescado, i) Consumir frutas y verduras regularmente.

La alimentación constituye un proceso importante para el crecimiento y desarrollo del escolar, la cual realiza de manera diaria y cotidiana. Sin embargo, su hábito de alimentación esta ligado a patrones culturales heredados de la familia y a presión de una sociedad de consumo con un marcado mercantilismo, contribuyendo a moldear patrones de alimentación poco balanceados que se traducen en malnutrición (obesidad) con los riesgos que esta condición acarrea.

Estilos de Vida y Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo son definidos por la OMS (1998), como las “condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones” (p 29).

De acuerdo a esta definición, muchos de los factores de riesgo para enfermedades crónicas como las cardiovasculares (hipertensión, aterosclerosis, entre otras), la diabetes y la obesidad, derivan de la práctica de estilos de vida poco saludables por parte de la población en lo que se refiere a la actividad física, los hábitos alimentarios, el consumo de tabaco y alcohol (Maceiras y Fuster 2000, y Chacín 1999).

En este orden de ideas, la Organización Panamericana de la Salud (2003), afirma que los obesos, cualquiera sea la causa (hormonal, alimentario o estilo de vida sedentario), presentan un riesgo relativo (RR) mayor de 3, de padecer diabetes, dislipidemias y resistencia a la insulina. Su riesgo de padecer enfermedades crónicas es moderadamente mayor (RR 2-3), y es levemente mayor el de padecer ciertos cánceres, anomalías de las hormonas reproductoras y lumbago.

Entre los elementos a considerar al estudiar estilos de vida, Pérula (1998a) señala: a) Investigar si ha probado otro tipo de droga incluyendo el tabaco, b) Determinar el consumo actual de alcohol, c) Tipo de bebida ingerida, d) La frecuencia de embriaguez y, e) La percepción que tiene el escolar del alcohol como una droga. Es conocida la asociación alcohol y tabaco, constituyendo incluso por separado, un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

El consumo excesivo de alcohol, por su parte, puede conducir al alcoholismo que es un estado de dependencia total de la bebida que conduce a trastornos hepáticos, cerebrales y de comportamiento, con

deterioro del entorno familiar como la disfunción familiar, el abandono, la violencia familiar y violencia social entre otros.

Con respecto al tabaco, este constituye un estilo de vida que ocasiona daños tanto a quien lo practica como no, como sería el caso de los fumadores pasivos sobre todo en niños. El hecho de que un adulto fume en la proximidad de niños u otras personas hace que estos inspiren involuntariamente el humo del tabaco volviéndose estos en fumadores pasivos. Es importante considerar el inicio del consumo del tabaco, si existen fumadores en la familia, la frecuencia y el número de cigarrillos consumidos para una visión completa de este estilo de vida insano.

Lo expuesto en el presente capítulo revela la importancia que tienen los estilos de vida en la aparición de factores de riesgo para enfermedades crónicas, debiéndose actuar desde la génesis en que se van definiendo los estilos de vida. De allí la necesidad de conocer en los escolares qué comen, como se alimentan, a qué dedican el tiempo libre, qué hábitos están presentes; esto con la finalidad de poder actuar sobre aquellos más susceptibles de ser cambiados a través de programas o actividades que tomen los resultados de esta investigación en la planeación de los mismos.

En conclusión, los estilos de vida saludables, según Sánchez (citado por López y Rebollo, 2002), constituyen patrones de comportamiento que buscan incrementar el periodo de años cualitativamente vividos, lo que no lleva necesariamente consigo un incremento del número total de años de vida.

Operacionalización de las Variables

Para una mayor claridad sobre el desarrollo de la presente investigación, esta versará sobre la variable estilos de vida, la cual es

definida como los patrones de conducta individual que con consistencia en el tiempo y bajo condiciones más o menos constantes, pueden constituirse en factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en la vida adulta del escolar.

Esta variable tendrá cuatro dimensiones: el ejercicio físico, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y los hábitos alimentarios de los escolares. Los indicadores de las dimensiones serán estudiados a través de la aplicación de un instrumento tipo cuestionario a la muestra seleccionada.

Los indicadores, así como sus ítemes correspondientes en el instrumento, se exponen en el anexo B.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El presente estudio es una investigación de campo en el área de la salud, de naturaleza descriptiva transversal dirigida a caracterizar los estilos de vida de los escolares de las escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas del Municipio Iribarren, tomando en consideración aquellos que constituyen factores de riesgo para el desarrollo futuro de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad.

Población y Muestra

Población

La población del presente estudio estuvo conformada por 2.607 estudiantes del quinto grado provenientes de 26 escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas, Municipio Iribarren.

Se escogieron los estudiantes de 5° grado, en vista de que son considerados por la OPS (2001) como sujetos con “un nivel de madures intelectual suficientemente alto para asimilar conocimientos de fundamental importancia” (p. 27), y presentan más flexibilidad a asumir cambios en sus estilos de vida.

Muestra

Para la selección de la muestra se empleó un diseño por muestreo aleatorio con distribución proporcional. Su escogencia se debió a la sencillez del diseño y de los cálculos estadísticos, su bajo costo y que otorga una mayor representatividad de la muestra. De esta manera, se utilizó como marco muestral el Reporte de Planteles Nacionales de Básica de la Unidad Educativa del Estado Lara correspondiente al periodo 2003 – 2004, el cual estuvo conformado por 26 centros educativos con una matrícula global de estudiantes de 5° grado de 2.607 personas (población).

Para el cálculo del tamaño muestral, se decidió trabajar con un error máximo del 5% ($\alpha = 0,05$) y un nivel de confianza del 95% ($P_k = 1,96$) dando como resultado una muestra total de 335 estudiantes, el cual fue calculado mediante el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04. Para lograr una mayor representatividad de la muestra, se realizó una distribución proporcional del tamaño de la muestra calculada entre las escuelas. Para la selección de los escolares que integraron la muestra, se utilizó el método de la lotería de la siguiente manera:

- a) Se obtuvo la lista de los estudiantes de 5° grado de cada escuela básica nacional y se ordenó por secciones.
- b) Se numeró de manera correlativa a cada estudiante.
- c) Se seleccionó mediante papeles numerados los estudiantes que conformaron la muestra definitiva.
- d) En caso de ausencia de algún escolar en la fecha de aplicación del cuestionario, se seleccionó otro estudiante para alcanzar el tamaño de la muestra calculada.

La muestra correspondiente a cada escuela quedó conformada de la siguiente manera:

Cuadro 1.

Población y muestra de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales de la Parroquia Juan de Villegas, Municipio Iribarren, Estado Lara.

ESCUELA BÁSICA NACIONAL	POBLACIÓN (*)	MUESTRA
Dima Acosta de Álvarez	145	19
Berta Cordero de Rodríguez	26	3
Ciudad de Barquisimeto	155	20
El Tostao	153	20
El Coriano	96	12
Juan José Guerrero	195	25
Dilcia Moreno de Bossa	158	20
San Francisco	76	10
Simón Bolívar	231	30
Cerritos BlancosII	107	14
La Carucieña	65	8
Daniel Canónico	178	23
José Miguel Contreras	251	32
La Concordia Ner 219	42	5
Tapa de Piedra	8	1
Padre Diego	26	3
Juan de Villegas	135	17
Santa Rosalía Ner 219	54	7
Concordia II Ner 219	22	3
El Pandito	7	1
San José de Tintín	22	3
Villa Rosa	14	2
Andrés Eloy Blanco	102	13
Casta J. Riera	122	16
Zarina de Azuaje	155	20
Antonio Carrillo	65	8
TOTALES	N = 2.607	n = 335

(*) Datos obtenidos de la Unidad Educativa del Edo. Lara correspondientes a la matrícula de 5° grado para el periodo escolar 2003-2004.

Procedimiento

Se elaboró un oficio dirigido a la Coordinación del Departamento de Estadística de la Zona Educativa del Estado Lara, solicitando el listado de las Escuelas Básicas Nacionales de la Parroquia Juan de Villegas, con su matrícula de quinto grado correspondiente al periodo 2003 – 2004. La matrícula estuvo conformada por 2.607 estudiantes de quinto grado distribuidos en 26 escuelas. La selección de la muestra fue aleatoria, resultando en 335 estudiantes según el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04 considerando un error máximo del 5% ($\alpha = 0,05$) y un nivel de confianza del 95% ($P_k = 1,96$). El resultado de la muestra fue distribuido proporcionalmente de acuerdo con la población escolar de cada escuela.

Conocida la muestra de cada escuela, se elaboró una carta solicitando la autorización a cada director de escuela para la aplicación del cuestionario, al tiempo que se solicitó el listado de los alumnos de todas las secciones de 5° grado a partir del cual se seleccionaron, por el método de lotería, los escolares que conformaron la muestra.

En fecha y hora acordada con la dirección de cada plantel, personal debidamente entrenado procedió a aplicar el cuestionario (previamente validado por expertos) a los escolares seleccionados. En caso de faltar algún estudiante de la muestra, se seleccionó otro por el método de lotería hasta cubrir la cantidad de la muestra requerida. Previo a la entrega del cuestionario, fueron informados por los facilitadores, en un lenguaje sencillo, que la información por ellos suministrada era privada, sin ninguna implicación para ellos, y que no se requería que escribieran su nombre.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de la información se diseñó un cuestionario debido a que es una técnica económica, requiere de pocas personas y menor tiempo para abarcar una gran población, las respuestas tienen menos riesgo de distorsión por ser anónimos y proporciona mayor libertad a los escolares para responder.

El cuestionario estuvo conformado por preguntas abiertas conducidas y dicotómicas constituida en dos partes: la primera fue de información general y se refiere al nombre del instituto educativo, la edad y género del escolar. La segunda parte consta de 32 preguntas mixtas (abiertas conducidas y dicotómicas) que buscaron determinar los estilos de vida del estudiante de acuerdo a los indicadores de las variables: ejercicio físico (preguntas 1 a 9), consumo de alcohol (preguntas 10 a 14), consumo de tabaco (preguntas 15 a 22) y hábitos alimentarios (preguntas 23 a 32).

Previo a la aplicación del instrumento, este fue sometido a la consideración de tres expertos: 1 asesor metodológico perteneciente al Decanato de Medicina de la UCLA, 1 docente en el área de investigación educativa perteneciente a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador y 1 psico-pedagogo escolar (privado). Los expertos validaron el instrumento basándose en la claridad, pertinencia y coherencia de cada ítem; para lo cual utilizaron una planilla de validación (anexo C), la operacionalización de las variables y los objetivos de la investigación. Igualmente, con la intención de determinar el nivel de comprensión por parte de los escolares, se aplicó el instrumento a 25 escolares no seleccionados en la muestra, estudiantes de quinto grado de la Parroquia Juan de Villegas del Municipio Iribarren. Realizadas las correcciones sugeridas por los

expertos, y luego de determinar el grado de comprensión de los ítems por los escolares, se elaboró el instrumento definitivo, el cual se muestra en el Anexo D.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos

Los datos recabados, fueron transcritos y procesados con el programa estadístico SPSS 10.0 para Windows, cuyos resultados se presentan en tablas y gráficos, que permitieron caracterizar los estilos de vida de los escolares.

CAPITULO IV
RESULTADOS

Cuadro 2.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según género y edad. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

EDAD (AÑOS)	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
9	2	14,29	12	85,71	14	100,00
10	76	47,80	83	52,20	159	100,00
11	67	61,47	42	38,53	109	100,00
12	10	26,32	28	73,68	38	100,00
13	11	73,33	4	26,67	15	100,00
Total	166	49,55	169	50,45	335	100,00

La muestra estuvo conformada por 335 estudiantes, 166 niños (49,55 %) y 169 niñas (50,45 %), en edades comprendidas entre 9 y 13 años, correspondiendo a las edades de 10 y 11 años el mayor número de sujetos con 159 y 109 escolares respectivamente. Entre los escolares de 10 años de edad, 52,20% corresponden a niñas; mientras que los de 11 años son principalmente varones con 61,47%.

La muestra tuvo una proporción en cuanto al género de 1:1,02 lo que significa que por cada varón hubo una niña; es decir no hubo preponderancia de un género sobre otro. Este resultado es producto del azar, debido a que fue por el método de selección de la muestra: aleatoria con distribución proporcional para cada escuela y selección del estudiante mediante el método de la lotería.

Cuadro 3.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que practican ejercicio físico regular según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

PRACTICA DE EJERCICIO	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Sí	142	85,54	145	85,80	287	85,67
No	24	14,46	24	14,20	48	14,33
Total	166	100,00	169	100,00	335	100,00

Al relacionar la práctica de ejercicio físico regular con el género, se encontró que 85,67% de los escolares realizan este tipo de actividad de manera regular (diaria). Entre los varones, este tipo de actividad es realizado por 85,54% de ellos; y entre las niñas por 85,80% de ellas. Estos resultados se contraponen al observado por Pérula y otros (1998b) quienes reportaron una mayor inclinación de los varones hacia la práctica del ejercicio físico.

Por otro lado, se consiguió que 14,33% de escolares no lo practican. Esto es muy importante, debido a que el Instituto Americano de Medicina del Deporte (American College of Sport Medicine, 2002) recomienda que esta actividad debe realizarse de manera diaria por los escolares porque contribuye con su desarrollo físico y mental. La inseguridad en los barrios, las escasas áreas y el poco acceso a los espacios recreativos, y los patrones culturales de la familia hacia el ejercicio físico podrían ser las posibles causas que estos niños no realicen este tipo de actividad, según criterio de la OPS (2003).

Cuadro 4.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según duración del ejercicio físico regular. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

DURACIÓN EJERCICIO FÍSICO	N°	%
Más de 2 horas	144	50,17
2 horas	72	25,09
1 hora	58	20,21
30 min.	9	3,14
Menos de 30 min.	4	1,39
Total	287	100

De los escolares que manifestaron realizar ejercicio físico regularmente, 50,17% invierten más de 2 horas en esta actividad, mientras que 25,09 % y 20,21 % duran de 2 horas y 1 hora respectivamente. Solo 1,39 % manifestó una duración menor de 30 minutos de ejercitación. Estos resultados se ajustan a los recomendados por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995), el Instituto Americano de Medicina del Deporte (2002) y la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, 1998) y la Organización Panamericana de la Salud (2003), quienes afirman que el ejercicio físico es beneficioso para la salud siempre que se realice por más de 30 minutos y 3 días como mínimo a la semana.

Cuadro 5.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según ejercicio físico preferido por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

EJERCICIO FÍSICO PREFERIDO	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Juegos de Pelota	109	65,66	41	24,26	150	44,78
Bailar	15	9,04	95	56,21	110	32,84
Correr/Saltar	20	12,05	11	6,51	31	9,25
Bicicletear/Patinar	17	10,24	22	13,02	39	11,64
Ninguna	5	3,01	0	0,00	5	1,49
Otra	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	166	100,00	169	100,00	335	100,00

El ejercicio físico preferido por los escolares es el relacionado con los juegos de pelota como el béisbol, fútbol, kinkinbol, básquet, voleibol, entre otros que obtuvo 44,78% de aceptación; mientras que en segundo lugar se ubicó bailar con 32,84%. Al analizar los resultados por género, 65,66% de los varones prefieren los juegos de pelota, y 56,21% de las niñas prefieren el baile como ejercicio físico.

Estos resultados indican las preferencias por género hacia un tipo determinado de ejercicio físico, lo cual debe ser aprovechado para incentivar estas actividades en las escuelas para que sean desarrolladas por los escolares en su tiempo libre.

Estos ejercicios son considerados beneficiosos por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995) tanto para el sistema cardiovascular como pulmonar y muscular.

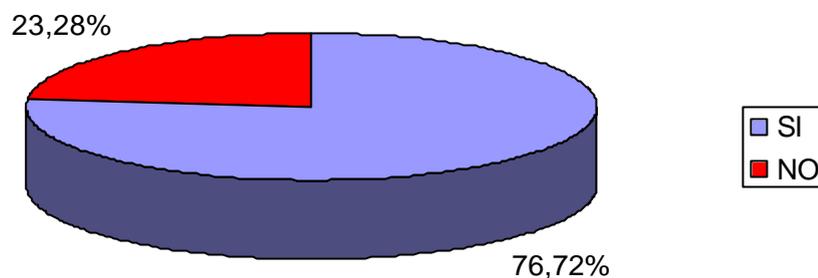


Gráfico 1. Distribución de los escolares de 5º grado de Escuelas Básicas Nacionales que realiza ejercicio físico con su familia. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

Del total de 335 escolares, 76,72% manifestó realizar actividad física con la participación de algún miembro de su familia. El restante 23,28% refirió que sus actividades físicas son realizadas de modo individual.

La participación de la familia es fundamental para ir cimentando el ejercicio físico como un estilo de vida saludable que redundará en mayor bienestar físico en la adolescencia y edad adulta. Determinar con qué frecuencia este tipo de actividad en familia es realizado resulta igualmente importante, debido a que de ser practicado con regularidad, sería más fácil para el escolar aceptarlo y asumirlo dentro de sus patrones de comportamiento con el beneficio que su práctica conlleva.

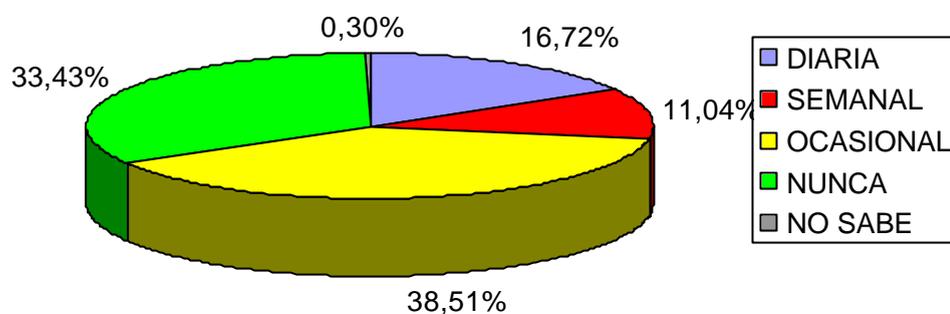


Gráfico 2. Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia de práctica deportiva de sus padres. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

La mayoría de los escolares (38,51%) manifestaron que sus padres realizan ejercicio o práctica deportiva ocasionalmente, mientras que 33,43% afirmó que nunca realizan este tipo de actividad. Solo 16,72% señaló una frecuencia diaria y 11,04% semanal.

Estos resultados pueden explicarse por las jornadas laborales que desarrollan sus padres, lo que limitaría realizar algún tipo de práctica deportiva con una frecuencia diaria.

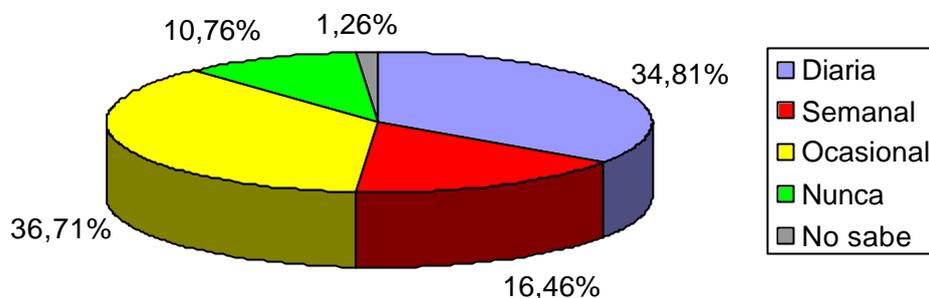


Gráfico 3. Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia de práctica deportiva de sus hermanos. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

En relación con la actividad física de los hermanos, 36,71% de los escolares manifestó que estos la realizan ocasionalmente. 34,81% señaló una frecuencia diaria, y 16,46% realiza práctica deportiva semanal, que es lo recomendado por el Instituto Americano de Medicina del Deporte (2002).

Al igual que los padres, los hermanos mayores constituyen ejemplos a seguir por los escolares, y contribuyen en la formación de estilos de vida saludables (Andradas, 1994).

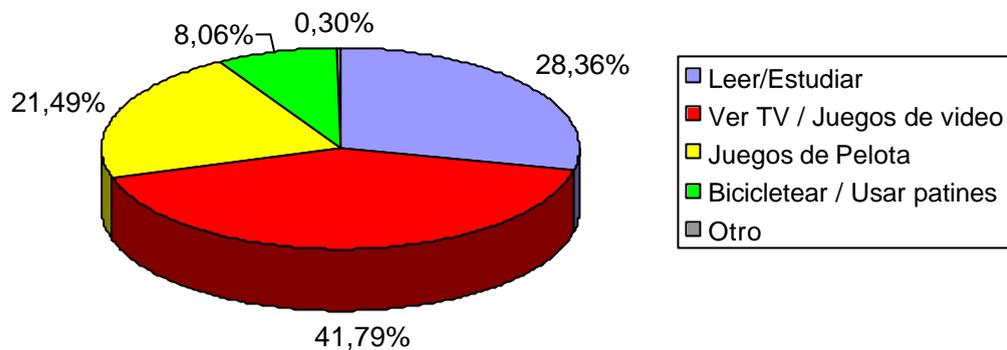


Gráfico 4. Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según actividad preferida en su tiempo libre. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

La actividad preferida por los escolares durante sus tiempos libres es ver la televisión o los juegos de video (41,79%), seguido de leer o estudiar (28,36%). La suma de los porcentajes que incluyen ejercicio físico al aire libre alcanzó 29,55%.

La Organización Mundial de la Salud (citado por OPS, 2003) considera a la televisión como un riesgo para la salud desde el punto de vista del comportamiento.

Este comportamiento del escolar hacia el sedentarismo como estilo de vida, repercutiría en su vida adulta; debido a que el sedentarismo contribuye al aumento de peso y obesidad, incrementando el riesgo de padecer diabetes y dislipidemias con un riesgo relativo (RR) mayor de 3; y enfermedades crónicas y artrosis (RR 2-3), según reportes de la OPS (2003). Por tanto, el estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y crónico degenerativas (González y otros, 2001).

Cuadro 6.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según tiempo que ve televisión por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

TIEMPO (HORAS / DIA)	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Más de 3	84	50,60	98	57,99	182	54,33
1 a 3	46	27,71	50	29,59	96	28,65
Menos de 1	35	21,08	21	12,43	56	16,72
No tiene TV	1	0,60	0	0	1	0,30
Total	166	100,00	169	100,00	335	100,00

En relación con el tiempo que los escolares ven televisión, se obtuvo que la mayoría de los escolares (54,33%) dedican más de 3 horas para esta actividad. Con respecto al género, 57,99% ven más de 3 horas al día, mientras que 50,60% de los varones invierten ese mismo tiempo. Las posibles causas de estos resultados se asemejan a la preferencia que se tiene del televisor sobre el ejercicio físico.

Estos resultados son similares a los reportados por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, 1995) quienes obtuvieron un promedio de 3 horas de ver televisión en escolares norteamericanos; pero superior al encontrado en escolares españoles que fue de 2 horas (Bercedo y otros, 2001).

La Academia Americana de Pediatría (1995), recomienda un máximo de 2 horas/día debido a que la TV reduce el tiempo al trabajo escolar, deportes, comunicación familiar, entre otras cosas. De acuerdo a Gortmaker y otros (1999) los escolares que ven más de 2 horas de TV, tienen una incidencia de obesidad 8,3 mayor que los que invierten menos tiempo ante el televisor; con los riesgos ya descritos.

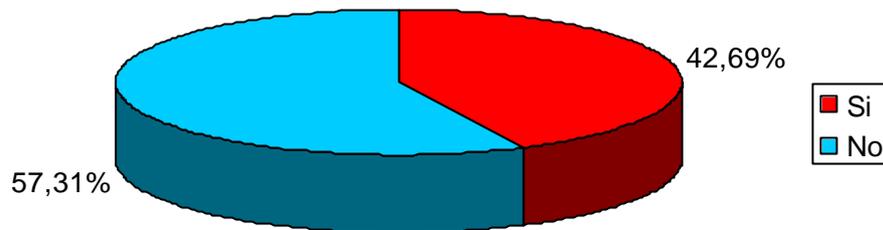


Gráfico 5. Distribución de los escolares de 5º grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado alguna bebida alcohólica. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

El gráfico 6 revela que 42,69% de los escolares han probado algún tipo de bebida alcohólica. Estos resultados coinciden con los encontrados por Pérula y otros (1998a) en la ciudad de Córdoba que fue de 43,7%; pero superior a los escolares de la ciudad de Madrid que alcanzó 37 % (Andradas, 1994).

Estos resultados sobre el consumo de alcohol por los escolares, podrían deberse al ingesta habitual de alcohol por parte de los padres, y a los roles sociales definidos en la familia: los hijos en el rol de protegidos y guiados, frente a los adultos que son protectores y guías. De esta manera, los padres y los hermanos mayores, modelarían gran parte de la conducta de los hijos (Pons, 1998).

Cuadro 7.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado alguna bebida alcohólica según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

INGESTA DE BEBIDA ALCOHOLICA	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Sí	85	59,44	58	40,56	143	100,00
No	81	42,19	111	57,81	192	100,00

De los 143 escolares que manifestaron haber probado algún tipo de bebida alcohólica, 59,44% correspondió a varones y 40,56 a niñas, coincidiendo con Pérula y otros (1998a) y Andradas (1994).

Estos resultados indican que es la población masculina la más expuesta a iniciar el consumo de alcohol en la edad escolar, probablemente a patrones de consumo de alcohol existentes en el hogar por parte del padre y los hermanos, como se explicó en el cuadro anterior.

Cuadro 8.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según edad de inicio de ingesta alcohólica por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

EDAD DE INICIO (AÑOS)	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
6	1	1,18	0	0,00	1	0,70
7	1	1,18	0	0,00	1	0,70
8	12	14,12	1	1,72	13	9,09
9	10	11,76	20	34,48	30	20,98
10	41	48,24	33	56,90	74	51,75
11	12	14,12	4	6,90	16	11,19
12	8	9,41	0	0,00	8	5,59
Total	85	100,00	58	100,00	143	100,00

Las edades en que osciló la ingesta por primera vez de alguna bebida alcohólica en el grupo de escolares que afirmaron haber probado alcohol (n= 143) fueron entre los 6 a 12 años, siendo la edad más frecuente los 10 años con 51,75%. Al analizarlo por género, se obtiene que los escolares masculinos ingieren a más temprana edad (6 y 7 años), en tanto que la edad de inicio más frecuente es la de 10 años con 48,24%, seguido de la edad de 8 y 9 años con 14,12% y 11,76% respectivamente. Por su parte, los escolares femeninos revelaron una edad de inicio de ingesta de alcohol a los 8 años representando el 1,72% y, coincidiendo con los escolares masculinos, la edad de 10 años resultó la más frecuente con 56,90%. La suma de los porcentajes obtenidos para las edades de 9 y 10 años reveló que 91,38% de los escolares femeninos habían ingerido alcohol en comparación con el 60,0% de los masculinos.

Estos resultados concuerdan con los hallados por Pérula y otros (1998a), en el cual la frecuencia de niños que experimentan con el alcohol aumenta con la edad, y son más los niños que las niñas los que se inician en el consumo. Sin embargo, con la edad las niñas igualan a los varones en el porcentaje de consumo.

Los autores citados señalan a las presiones sociales de tolerancia y connivencia con el alcohol, además del entorno familiar (consumo alcohólico de los padres y hermanos mayores), favorecerían esta conducta de inicio o experimentación hacia el alcohol (Pérula, 1998a y Pons 1998).

Cuadro 9.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según la frecuencia del consumo de alcohol por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Diaria	1	1,18	0	0,00	1	0,70
Semanal	3	3,52	0	0,00	3	2,10
Ocasional	49	57,65	28	48,28	77	53,85
No Bebe	32	37,65	30	51,72	62	43,35
Total	85	100,00	58	100,00	143	100,00

De los 143 escolares que manifestaron haber ingerido algún tipo de bebida alcohólica, 53,85% señala que aún bebe de manera ocasional, y 43,35 que no bebe. Estos resultados se asemejan a lo conseguido en escolares masculinos, quienes 57,65% beben alcohol de manera ocasional y 37,65% no lo hace; lo contrario ocurre en 51,72% de los escolares femeninos que manifestaron no beber y 48,28% que beben ocasionalmente. Hubo 3 casos de ingesta alcohólica semanal y 1 de ingesta diaria, todos en escolares masculinos.

Como causa más probable de la ingesta ocasional en la mayoría de los escolares, sería el consumo de los hermanos mayores, debido a que la influencia del grupo de iguales (hermanos – amigos) es determinante en el inicio y mantenimiento del hábito alcohólico, como se explicó con anterioridad (Pérula, 1998a).

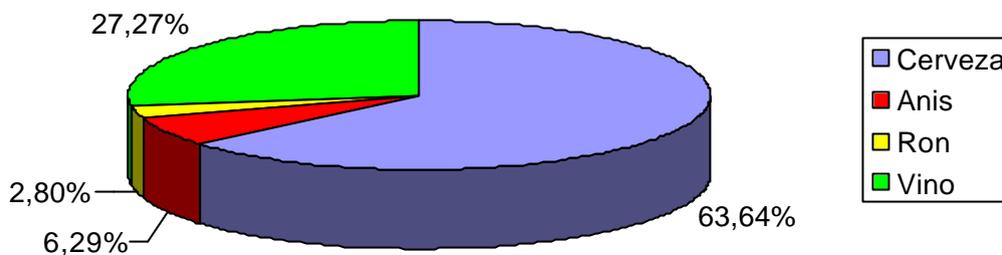


Gráfico 6. Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según tipo de bebida alcohólica ingerida por primera vez. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

La bebida de inicio más frecuente reportada por los escolares fue la cerveza con 63,64%, seguido del vino con 27,27% y el anís con 6,29%.

Esta preferencia por la cerveza es similar en encontrado por Pérula y otros (1998a) en escolares cordobeses, pero en un porcentaje de 30,6%, menor al encontrado en escolares de la Parroquia Juan de Villegas.

Cuadro 10.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han ingerido alcohol según la frecuencia de ingesta alcohólica de sus padres. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

Ingesta de alcohol en escolares	Frecuencia de Ingesta por los Padres								Total	%
	Diaria	%	Semanal	%	Ocasional	%	Nunca	%		
Sí	1	0,70	40	27,97	77	53,85	25	17,48	143	100
No	4	2,08	21	10,94	100	52,08	67	34,90	192	100

De los 143 escolares que manifestaron haber ingerido algún tipo de bebida alcohólica, 53,85% señaló que sus padres beben alcohol ocasionalmente, mientras que 27,97% tiene un consumo semanal y 17,48% no lo consume. Por su parte, entre los escolares que no han probado alcohol, 52,08% señala que sus padres lo ingieren ocasionalmente; mientras que 34,90% no refiere este tipo de bebida por parte de sus padres.

Estos resultados muestran que la ausencia de ingesta de alcohol por parte de los padres se corresponde con un rechazo de los escolares hacia este tipo de bebida, lo que coincide con lo afirmado por Pons (1998) que el consumo de alcohol esta relacionado con su consumo por otros miembros de la familia.

Cuadro 11.

Distribución de los estudiantes de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han experimentado con el cigarrillo, según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

HA PROBADO CIGARRILLO	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
Sí	17	10,24	17	10,06	34	10,15
No	149	89,76	152	89,94	301	89,85
Total	166	100,00	169	100,00	335	100,00

De los escolares estudiados, 10,15% afirma haber fumado cigarrillos y 89,85% no haberlo hecho. Estas cifras porcentuales se conservan al compararlo con los géneros; así el 10,24% y 10,06% de los escolares masculinos y femeninos respectivamente afirman haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida.

Este resultado resulta inferior a los reportados por Andaras (1994) y la Encuesta mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (EMTAJOVEN 2000) realizado en Venezuela, que reportaron 12,9% y 20% de consumo de tabaco en escolares respectivamente.

Entre las causas que originarían este consumo por parte de los escolares, se encuentran la fácil adquisición del producto en bodegas o a través de vendedores ambulantes (EMTAJOVEN, 2000).

Cuadro 12.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según edad de inicio al hábito de fumar por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

EDAD	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
10	14	82,35	9	52,94	23	67,65
11	3	17,65	8	47,06	11	32,35
Total	17	100	17	100	34	100

Las edades de inicio de fumar cigarrillos en la muestra estudiada fueron entre 10 y 11 años; siendo más frecuente los 10 años con 67,65%. Al estudiarlo por género se observa la misma tendencia con 82,35% y 52,94% para los escolares masculinos y femeninos respectivamente.

Cuadro 13.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según cantidad de cigarrillos fumados semanalmente. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

N° CIGARRILLOS/ SEMANA	N°	%
Más de 7	0	0,00
6 a 7	0	0,00
4 a 5	0	0,00
1 a 3	4	11,76
Ya no fuma	30	88,24
Total	34	100

La mayoría de los escolares que manifestaron haber fumado, solo 88,24% ya no lo hace; mientras que 11,76% fuma entre 1 a 3 cigarrillos a la semana. Estos resultados superan al 6,8% reportado por EMTAJOVEN (2000), referido a los jóvenes que habían fumado en los últimos 30 días antes de aplicárseles la encuesta.

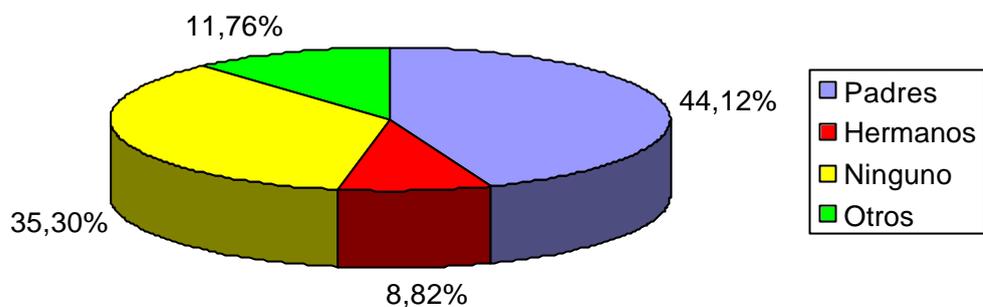


Gráfico 7. Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han fumado cigarrillos según hábito tabáquico en el entorno familiar. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

De los escolares que manifestaron haber fumado, 44,12% de ellos refirieron hábitos tabáquicos en sus padres y 8,82 en los hermanos. Sin embargo, 35,30% señaló que ninguna persona de su entorno familiar fuma.

Estos resultados de escolares fumadores – padres fumadores resulta inferior al reportado por EMTAJOVEN (2000) que obtuvo un 60%, e igualmente inferior a lo obtenido por Andradas y Fernández (1994) quienes determinaron una asociación entre escolar fumador – padre fumador del 70%, y entre escolar fumador – madre fumadora del 50%. Esta situación resulta similar al observado con el consumo del alcohol, donde los hábitos de los padres y hermanos mayores repercutirían en el escolar hacia el consumo tanto de tabaco como de alcohol (Pérula 1998a y 1998b).

Cuadro 14.

Distribución de los estudiantes de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado chimó según género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

HA CONSUMIDO CHIMO	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
Sí	22	13,25	11	6,51	33	9,85
No	144	86,75	158	93,49	302	90,15
Total	166	100	169	100	335	100

La mayoría de los escolares (90,15%) señaló no haber probado chimó, contra 9,85% que sí lo ha hecho. En los escolares masculinos 13,25% afirma haber mascado chimó en comparación con 6,51% de los escolares femeninos.

Al igual que para los cigarrillos, la falta de control en el expendio de este tipo de producto a menores de edad, contribuiría a su adquisición por parte de los escolares (EMTAJOVEN, 2000).

Cuadro 15.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según edad de inicio en el consumo de chimó por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

Edad	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
7	1	4,55	1	9,09	2	6,06
8	1	4,55	0	0,00	1	3,03
9	1	4,55	3	27,27	4	12,12
10	9	40,91	7	63,64	16	48,48
11	7	31,81	0	0,00	7	21,21
12	3	13,63	0	0,00	3	9,09
Total	22	100	11	100	33	100

La edad más frecuente de inicio de consumo con el chimó en la muestra de escolares estudiada fue los 10 años con 48,48% seguido de los 11 años con 21,21%. Este comportamiento es similar en los escolares masculinos donde 40,91% señaló que probó chimó a la edad de 10 años y 31,81% a la edad de 11 años. Sin embargo, 63,64% de los escolares femeninos lo probó por primera vez a los 10 años de edad y 27,27% a los 9 años.

Al igual que lo presentado en los cuadros anteriores, la edad más frecuente de inicio del consumo resultó ser los 10 años, coincidiendo con la edad de inicio tanto de la ingesta de alcohol como de cigarrillos.

Cuadro 16.

Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según su consumo actual de chimó por género. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

CONSUME CHIMÓ	GÉNERO				TOTAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
Sí	4	18,18	3	27,27	7	21,21
No	18	81,82	8	72,73	26	78,79
Total	22	100	11	100	33	100

De los escolares que han probado chimó 21,21% aún lo hace en comparación con 78,79% que ya no lo consume. Por su parte, 18,18% de los escolares masculinos continua consumiéndolo; mientras que 27,27% de las niñas aún lo hace. Esto significa que el consumo de este tipo de tabaco es mayor en la población escolar femenina que sobre la masculina.

Estos resultados difieren con los reportados por EMTAJOVEN (2000) en cuanto a la prevalencia del consumo de chimo que fue del 7,8% para los varones y 3,5% en la población femenina.

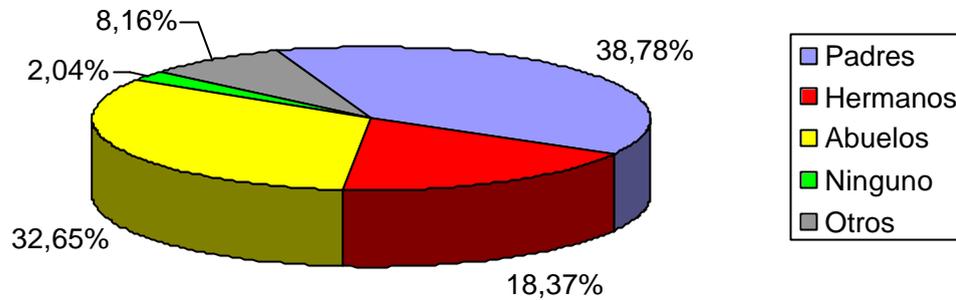


Gráfico 8. Distribución de los escolares de 5º grado de Escuelas Básicas Nacionales que han probado chimó según hábito chimoico en la familia. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

Entre los escolares que manifestaron haber mascado chimó, 38,78% tienen padres con hábito chimoico, 32,65% tienen abuelos con el hábito y 18,37% lo tienen sus hermanos.

Estos resultados concuerdan con Andradas (1994), Pérula (1998a) y EMTAJOVEN (2000), al relacionar el consumo del alcohol y tabaco con los hábitos de consumo del entorno familiar del escolar.

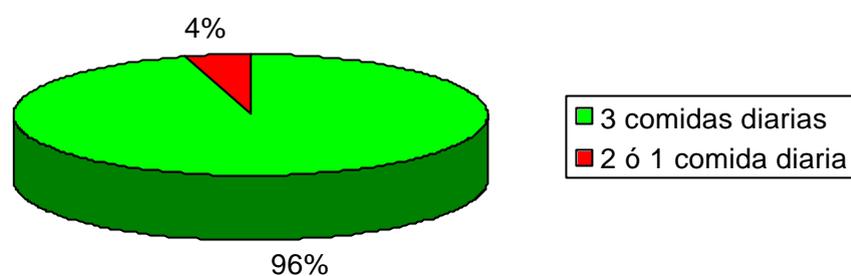


Gráfico 9. Distribución porcentual de los escolares de 5º grado de Escuelas Básicas Nacionales según número de comidas diarias que realiza. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

La mayoría de los escolares (96%) realizan las tres comidas diarias: desayuno, almuerzo y cena; mientras que 4% de ellos no realizan alguna de las tres comidas.

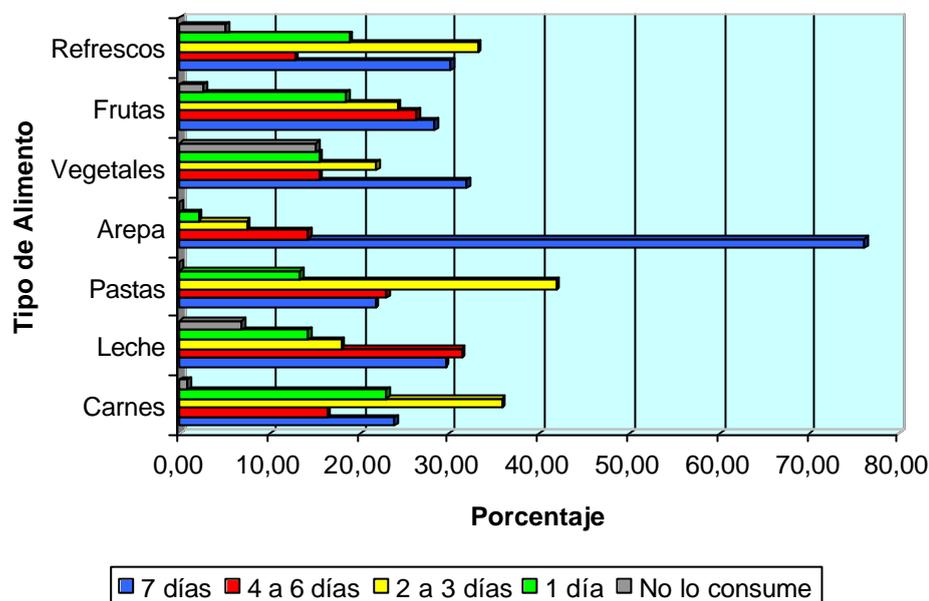


Gráfico 10. Distribución de los escolares de 5° grado de Escuelas Básicas Nacionales según frecuencia semanal de ingesta de alimentos. Parroquia Juan de Villegas, diciembre 2003 – enero 2004.

La frecuencia de consumo alimentario varió según el tipo de alimento. Con relación a los alimentos pertenecientes al I Grupo, se consiguió que el consumo de carne (pollo y res) es consumido diariamente por 23,90% de los escolares, 16,40% cada 4 a 6 días, 35,80% cada 2 a 3 días; 23,0% lo consume una vez a la semana y 0,90% no los consume. Al tratar la caracterización del consumo de carne, no se diferenció entre carne de res, pollo y pescado; lo cual resultaría importante conocer debido a que tanto la FAO (2002b) como la OPS (2003) recomiendan la carne de pollo y pescado sobre la de res por tener menor cantidad de grasa animal.

Por su parte, el consumo de leche se consiguió que 29,60% de los escolares la consumen todos los días; mientras que 31,30% cada 4 a 6 días, 17,90% cada 2 a 3 días, 14,30% un día a la semana y 6,9 no la toma. El consumo adecuado de lácteos y sus derivados debe ser todos los días (OPS, 2003); sin embargo, no se consideró la ingesta de quesos cuyo consumo es regular en la población venezolana. Sin embargo, la FAO (2002b) señala que el consumo de leche en el escolar debe ser diaria.

En el II grupo de alimentos corresponde a los vegetales y las frutas. En este grupo se consiguió que 31,93% de los escolares los consumen diariamente vegetales, 21,82% cada 2 a 3 días, y 15,22 no los come. Por su parte, las frutas son consumidas diariamente por 28,37% de los escolares, y cada 4 a 6 días por 26,27%; mientras que 2,70% niegan la ingesta de frutas. Estos resultados se diferencian de los hallados por Andradás (1994) quien encontró una baja ingesta de verduras pero alta de frutas. Si bien existe un alto porcentaje de escolares que niegan el consumo de vegetales, este consumo sería compensado con el consumo de frutas debido a que solo 2,70 negaron su ingesta. Por otro lado, la OPS (2003) recomienda que se debe incrementar el consumo de frutas y de hortalizas en toda la región, debido a que estudios realizados por esta organización revelan una disminución importante en el consumo de estos alimentos.

El tercer grupo corresponde a los cereales que incluyen a las harinas. En este grupo, el consumo de pastas se realiza con una frecuencia de 2 a 3 días a la semana en 41,80% de los escolares; mientras que 23,0% lo consumen cada 4 a 6 días y 21,80% diariamente. Por su parte, la arepa es consumida diariamente por 76,10% de los escolares y cada 4 a 6 días por 14,30% de la población estudiada; ambos alcanzan el 90,40% de consumo mayor de 4 días a la semana. Las frecuencias reportadas de ingesta tanto de pastas como de arepa

resulta elevado según patrones de consumo establecidos para escolares (FAO, 2002b). Esto es debido fundamentalmente a patrones culturales heredados, debido a que la arepa es un sustituto del pan y es consumido más de una vez al día. Por su parte, la pasta es un alimento económico por lo que suele ser consumido con más frecuencia en la semana. Estos alimentos, ricos en carbohidratos, consumidos en exceso, aunado a una falta de ejercicio físico regular, se asocian con mayor de riesgo de sobrepeso y obesidad con las consecuencias ya descritas en cuadros anteriores.

En relación a la ingesta de bebidas gaseosas (refrescos) se encontró que 33,13% y 30,13% las consumen cada 2 a 3 días y todos los días de la semana respectivamente, cifras superiores a las reportadas por Andradas (1998). De acuerdo a la OPS (2003) las bebidas gaseosas fomentan el consumo energético reduciendo el control del apetito lo que favorece el aumento de peso y la obesidad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De la presente investigación realizada con la intención de caracterizar los estilos de vida de los escolares de escuelas básicas nacionales de la Parroquia Juan de Villegas como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, se concluye lo siguiente:

- Los escolares tienen gran inclinación hacia el ejercicio físico, con una duración y frecuencia semanal que se ajustan a las normas establecidas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, el Instituto Americano de Medicina del Deporte y la Asociación Americana del Corazón. Sin embargo, al enfrentar el ejercicio físico con ver televisión la preferencia de los escolares (70,15%) va hacia esta última, dedicando más tiempo a esta actividad que el recomendado por la Academia Americana de Pediatría y por encima de lo encontrado en otras investigaciones similares. La fuerza que tiene el medio televisivo en la población, por ser un medio de entretenimiento de masas y de fácil accesibilidad; aunado a la inseguridad en las calles, la falta de áreas recreativas debidamente dotadas y protegidas, suponen un comportamiento de riesgo hacia el sedentarismo con las consecuencias que esta traería en el futuro (aunado a otros factores) como la obesidad, hipertensión, diabetes, dislipidemias y problemas cardiovasculares entre otros.
- La mayoría de los padres de los escolares (71,94%) realiza ejercicio físico de manera ocasional; mientras que los hermanos lo ejecutan semanalmente. Esta situación resulta negativa hacia la consolidación del ejercicio físico como un estilo de vida en el

escolar; debido a que a esta edad los padres constituyen un elemento importante en la modelación del estilo de vida del escolar. En este sentido, la actitud de los padres favorecería la poca actividad física y el sedentarismo con los riesgos ya descritos para su edad adolescente y adulta.

- El consumo de alcohol en la población escolar resultó ser crítica debido a que 42,69% de los escolares ya lo había probado, cifra superior a los encontrados en otras investigaciones; siendo la población más expuesta la masculina. La edad más frecuente de iniciación en el hábito resultó ser los 9 y 10 años con predominio de escolares femeninos. La bebida de inicio preferida resultó la cerveza y del total de personas que ha bebido alcohol, 43,35% no lo ha vuelto a hacer. Estos resultados revelan que es la población escolar femenina la de mayor riesgo de iniciación en la ingesta alcohólica hacia los 9 años, y que esta conducta de los escolares se debería a presiones sociales, medios publicitarios, fácil accesibilidad a la cerveza, poco control en el expendio de bebidas y a la ingesta no controlada de alcohol en la familia, debido a que 82,52% de los escolares que han ingerido alcohol sus padres también bebían. Este hecho favorecería se consoliden estilos de vida poco saludables y orientados hacia el consumo de alcohol, con sus implicaciones en el deterioro del sistema cardiovascular, hepático y mental; aparte de los costos que el alcohol genera en los servicios de salud producto de accidentes de tránsito, riñas, heridos, etc.
- Pocos escolares manifestaron haber consumido tabaco, en comparación con otros estudios realizados; siendo las edades de inicio más frecuente para fumar los 10 y 11 años. La mayoría de los que manifestaron fumar (88,24%) ya no lo hace, lo que el consumo se explicaría como una experiencia que resultó poco

agradable. Sin embargo, gran parte de los escolares que han probado el cigarrillo manifestaron que sus padres también fumaban. Esta situación favorecería en crear el hábito inconsciente hacia el escolar, debido a que en el hogar este se convertiría en un fumador pasivo, e iría consolidando estilos de vida que involucren los cigarrillos, con sus consecuencias cardiovasculares y respiratorias bien documentadas.

- Con respecto al chimó su consumo es bajo referente a otros estudios hechos en Venezuela, la edad de inicio en este hábito resultó ser los 10 años y 21% aún lo consume con regularidad. Al igual que para el tabaco inhalado y el alcohol, existe un fuerte componente familiar, debido a que el consumo de los padres y abuelos es alto en los escolares que lo consumen. Los riesgos de adquirir este hábito como estilo de vida acarrea las mismas consecuencias que el tabaco inhalado, con mayor riesgo de enfermedades del sistema digestivo.
- Con relación a la alimentación, la mayoría realiza tres comidas diarias, el consumo de derivados animales como carnes y leche es suficiente, al igual que el de hortalizas y frutas, superando incluso a lo reportado por otras investigaciones. Sin embargo se encontró una alta frecuencia de ingesta de harinas precocidas, así como elevado consumo de bebidas gaseosas. Este patrón de alimentación, en gran medida debido a patrones socio-culturales, podría predisponer al escolar a desarrollar obesidad, el cual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas como la diabetes mellitus entre otras.

Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las autoridades sanitarias y de educación del Estado Lara, como referencia de los hábitos y conductas de riesgo predominantes en la población escolar de la Parroquia Juan de Villegas, para lograr su participación en el desarrollo de programas de promoción hacia estilos de vida saludables en los escolares y sus familias.
- A las autoridades de infraestructura, seguridad y ambiente, para que se desarrollen programas de mejoras de los entornos físicos para el ocio y el ejercicio físico, facilitando el acceso y la protección necesarios para el disfrute de actividades físicas en un entorno ambiental saludable.
- A las prefecturas para que hagan cumplir con lo establecido en la legislación venezolana concerniente a la venta y fomento del consumo de alcohol en los escolares; así como del tabaco y sus derivados.
- A las autoridades escolares y de medios audiovisuales e impresos para que promuevan estilos de vida saludables libres del consumo del tabaco y alcohol.
- Capacitar a profesionales en nutrición, promotores y docentes para la promoción de hábitos saludables de consumo de alimentos; así como modificar algunas costumbres alimentarias que mejoren la situación nutricional de un determinado grupo de la población.

- Corresponde a las autoridades de universitarias y de salud, el fomento de investigaciones sobre estilos de vida en la población, que permitan establecer comparaciones basadas en nuestra realidad social, económica y cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariza, C. y Nebot, M. 2002. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*. 76 (3): 227-238.

American Academy of Pediatrics. 1995. (Committee on Communications). Children, adolescents, and television. *Pediatrics* (96): 786-789.

American College of Sports Medicine 2002. Actividad Física. URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001941.htm> (Consulta: noviembre 13, 2002).

American Heart Association. 1998. Joint Statement: recommendations for cardiovascular screening, staffing and emergency policies at health/fitness facilities. 30 (6).

Andradas V. y Fernández M. 1994. Hábitos de salud de los escolares de una zona periurbana de Madrid. *Revista Sanitaria de Higiene Pública* 68 (1): 203 – 212.

Balaguer, I; Pastor, Y.; Moreno, Y. 1999. Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la comunidad valenciana. *Revista Valenciana D'Estudis Autònomic* 26 (1): 33 - 56

Baus, J.; Kupek, E.; Pires M. 2002. Prevalencia e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública*. 36 (1): 40-46.

Bercedo, A. Redondo, C. Capa, L. González C. (2001). Television watching habits in children in Cantabria. *Anales Españoles de Pediatría*. 54 (1): 44-52.

Chacín, Luis 1999. Unidos contra la Diabetes. Unidad de Diabetes del Hospital Vargas, Caracas.

Diccionario Larousse. 1996. Ediciones Larousse. Buenos Aires.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1988. Salvat Editores. Barcelona (España).

Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (2000). Unión Antitabáquica Argentina. URL: <http://www.uata.org.ar/biblioteca/Vene/venezuela.html> (Consulta: agosto 10, 2002).

Freidi, M.; Marcon S. 2002. Estilos de vida y obesidad: Factores de riesgo para la salud familiar. URL: <http://infomed.uach.cl/relasafa/Tema4.htm> (Consulta: octubre 12, 2002).

Goldbaum, M. 1997. Estilos de vida y modernidad. *In*: D. Sánchez, R. Bazzani y S. Gómez (editores) Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Montevideo. URL: http://www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756_s6.html. (Consulta: octubre 12, 2002)

González, A; Becerra, A.; Carmona, F.; Cerezo, M.; Hernández, H. y Lara, A. 2001. Ejercicio físico para la salud. *Revista Mexicana de Cardiología* 12(4): 168-180.

Goodman & Gilman. 1996. Las bases farmacológicas de la terapéutica. McGraw-Hill Interamericana. Barcelona. Volumen I.

Gortmaker, S. Peterson, K. Wiecha, J. Sobol, A. (1999). Reducing obesity via a schoolbased interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch. Pediatrics Adolescents Medicine*. 153: 409-418.

López, R. y Rebollo S. 2000. La práctica deportiva en personas mayores: análisis de la calidad de vida y la práctica deportiva realizada. *Revista Digital*. Año 8 No. 53. URL: <http://www.efdeportes.com/efd53/mayores.htm> (Consulta: octubre 10, 2002).

Maceiras, L. y Fuster M. 2000. Ejercicio físico en la población escolar de Galicia (España). Primer Congreso Virtual de Cardiología. URL: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2667c/tnn2667c.htm> (Consulta: noviembre 10, 2002).

National Library of Medicine. 2002. Actividad física. Medline plus. URL: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001941.htm. (Consulta: noviembre 13, 2002)

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 2002a. Home Page. URL: <http://www.fao.org/es.htm> (Consulta: octubre 12, 2002).

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 2002b. La instrucción en nutrición en las escuelas. URL: http://fao.org/es/esn/nutrition/education_schools_es.stm. (Consulta: octubre 12, 2002).

Organización Europea de la Salud 1995. Carta Europea sobre el Alcohol. URL: <http://www.eurocare.org/charterspanish.htm>. (Consulta: noviembre 03, 2002).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1998. Promoción de la Salud: Glosario. URL: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/glosario.pdf>. (Consulta: septiembre 18, 2002)

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional. Washington, 23-27 Septiembre.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1998. Prevención Clínica. Guía para Médicos. Washington D.C. p 334.

Organización Panamericana de la Salud 2000. Hábitos Alimentarios, Tabaquismo y Alteraciones del Sistema Celular. URL: http://www.paho.org/Spanish/DPI/PRESS_.HTM (Consulta: octubre 05, 2002)

Organización Panamericana de la Salud 2001. Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable. Washington.

Organización Panamericana de la Salud 2002. Actividad Física: Hoja Informativa 1 de 5. Enero.

Organización Panamericana de la Salud. 2003. Régimen alimentario, nutrición y actividad física. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, 23 – 27 de junio.

Pérula L.; Roger M., Fernández J., Herrera E., Vásquez M. Y Bueno J. 1998a. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. Revista Española de Salud Pública. 72 (4): 331-341.

Pérula L., Llunch C., Ruiz R., Espejo J., Tapia G. Y Mengual P. 1998b. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. Revista Española de Salud Pública. 72 (3): 25 – 31

Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. Revista Española de Salud Pública. 72 (3): 251-266.

Ridker, P. 1996. The pathogenesis of atherosclerosis and acute thrombosis relevance to strategies of cardiovascular disease prevention. *In*: J. Manson, P. Ridker, J. Graziano (ed). Prevention of myocardial infarction. New York: Oxford University Press. Pp. 21 – 27.

Saint Margaret Mercy Healthcare Centres 2001. Descripción general de las dietas saludables. URL: <http://www.smmhc.com/helthcontent/speds/growth/hdo.htm> (Consulta: octubre 12, 2002)

Sandoval J. 1998. Alcohol, alcoholismo, comunidad y salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 13 (2). URL: http://members.tripod.com/-sober_joe/alcuba.htm (Consulta: noviembre 13, 2002).

Secretaría de Salud del Gobierno de México 2002. Home Page. URL: <http://www.ssa.gob.mx> (Consulta: octubre 12, 2002).

Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. 2002. Home Page. URL: <http://www.nutricion.org> (Consulta: febrero 22, 2003).

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1995. Guía de Educación Sanitaria sobre Actividad Física de Tiempo Libre. URL: <http://www.almirallprodesfarma.com/guies/g2.html>. (Consulta: noviembre 05, 2002).

Tapia R. 2000. Prevención y control de la epidemia mundial del tabaquismo: una estrategia integral. Salud Pública de México. 42 (1): 6-7.

Tavares, B.; Béria, J.; Silva, M. 2001. Prevalencia do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Rev. Saúde Pública. 35 (2): 150-158.

United Nations 2002. Mensaje en el Día Mundial de la Salud. URL: http://www.who.int/world-health-day/dia_mundial_salud.es.shtml. (Consulta: octubre 12, 2002)

University of Illinois Extension (2002) Urban Programs Resource Network. URL: <http://www.urbanext.uiuc.edu> (Consulta: agosto 10, 2003).

Yépez, R.; Fuenmayor, G.; Pino, A.; Yépez, E. 1996. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 10 (1), 1996. URL: http://bvs.sld.cu/revistas/ali/Vol10_1_96/ali08196.htm (Consulta: octubre 05, 2002).