

HÁBITOS SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE UN CENTRO PÚBLICO DE EDUCACIÓN MEDIA (Barrio de contexto crítico)

PUBLIC HIGH SCHOOL TEENAGERS' HEALTHY HABITS AND RISK FACTORS

(critical context neighbourhood)

HÁBITOS SAUDÁVEIS E FATORES DE RISCOS PARA ADOLESCENTES DE UM CENTRO PÚBLICO DE EDUCAÇÃO DE NÍVEL MÉDIO

(em contexto de bairros críticos)

Autores:

Teresa Delgado de Purtscher

Lic. en Enfermería, MSc, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, tdelgadod@ucu.edu.uy, *Montevideo, Uruguay.*

Beatriz Agazzi

Lic. en Nutrición, MSc, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Isabel Cal

Lic. en Enfermería MSc Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Carmen Zarasqueta

Lic. en Enfermería, Esp. en Salud Comunitaria, *Montevideo, Uruguay.*

Álvaro Fernández

Lic. en Ciencias de la Educación Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Laura García

Médico, Investigadora, MSc. Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Isabel Pereira

Lic en Nutrición, MSc, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

Nelly Murillo

Médico epidemióloga Facultad de Enfermería y tecnologías de la Salud, *Montevideo, Uruguay.*

Valentina Lestido

Estudiante de la Lic en Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay, *Montevideo, Uruguay.*

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo conocer hábitos vinculados a la Salud en adolescentes que asisten a un centro público de educación media de un barrio de contexto crítico de la ciudad de Montevideo. La población de estudio está conformada por todos los adolescentes que concurren a ese centro de educación media. El cálculo de la muestra se realizó en base a las variables de estudio (171 estudiantes). El diseño es de carácter exploratorio, descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo. La identificación de los riesgos para la Salud a que están sometidos estos adolescentes se centran en la actividad física, la Salud sexual y reproductiva, la Salud bucal, controles de Salud y consumo de medicamentos. Los resultados muestran datos relevantes que pueden abrirnos el camino para enfocar una atención eficaz y eficiente en bien de nuestra población joven. Como conclusiones afirmamos que es necesario buscar otras estrategias para atender a jóvenes de sectores vulnerables quienes serán los hombres y mujeres del futuro y que se encuentran con carencias en aspectos de la promoción y protección de su salud.

Palabras claves: Hábitos, Adolescente, Estudiantes, Áreas de pobreza, Uruguay.

ABSTRACT

The objective of this survey is to recognize healthy habits in teenagers attending a public high school from a critical context neighborhood in the city of Montevideo. The target population is conformed by all the teenagers who attend this high school. The selection was based in study variables (171 students). The design of the study is an exploratory, descriptive and cross-sectional survey with a qualitative and quantitative vision. The identification of health risks that are subjects these teenagers focus on physical activity, sexual and reproductive health, oral health, health checks and drug consumption. The results show relevant information about health, which can lead us to achieve an effective and efficient attention in benefit of our younger population. In conclusion affirm the need to seek other strategies assist vulnerable young people who was men and women of the future and which are lacking in aspects of promotion and protection of their health.

Key Words: Habits, Adolescent, Students, Poverty Areas.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objeto conhecer hábitos vinculados à saúde nos adolescentes que assistem a um centro público de educação média, em um bairro de contexto crítico da cidade de Montevideo. O público alvo da pesquisa está conformado por todos os adolescentes que assistem a esse centro de educação média. O cálculo da amostra foi realizado com base nas variáveis de pesquisa (171 estudantes). O desenho é de caráter exploratório, descritivo e transversal, com um enfoque quantitativo. A identificação dos riscos para a saúde destes adolescentes tem foco em: atividade física, saúde sexual e reprodutiva; saúde bucal; controles de saúde e consumo de medicamentos. Os resultados mostram dados relevantes, que podem abrir o caminho para focalizar-nos no atendimento eficaz e eficiente, para o bem de nossa população mais jovem. Como conclusões afirmam a necessidade de buscar outras estratégias para ajudar os jovens vulneráveis que serão homens e mulheres do futuro e que estão faltando nos aspectos da

promoção e proteção da sua saúde

Palabras claves: Hábitos, Adolescente, Estudiantes, Áreas de Pobreza, Uruguay

INTRODUCCIÓN

La problemática a estudiar se centra en los hábitos vinculados a la Salud así como los factores de riesgo, presentes en adolescentes de entre 12 y 18 años, que viven en un barrio de contexto crítico de la ciudad de Montevideo. El entorno de barrios carenciados condiciona el autocuidado de las personas y constituye un obstáculo para el aprendizaje de conductas saludables. No se hallaron antecedentes de estudios (en el país) cuyo foco de interés sea el cuidado de la salud y los estilos de vida en esta etapa del ciclo vital y en situación de vulnerabilidad por su condición de pobreza.

Se abordó a través de una encuesta a una muestra de estudiantes de los turnos matutino y vespertino de un centro de educación media ubicado en el barrio Cerrito de la Victoria.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 43.1 % de los adolescentes de Uruguay, viven por debajo de la línea de pobreza (1) lo cual compromete directamente su Salud en relación con el estilo de vida. El barrio Cerrito de la Victoria (Zonal 15 - Intendencia Municipal de Montevideo) es uno de los barrios más críticos de Montevideo. Otros autores, utilizan también como indicadores de Salud aquellos que toman en cuenta los factores socio-económicos que actúan como determinantes de la Salud (2).

De la entrevista con la directora del centro educativo, surge que asisten 890 alumnos distribuidos en dos turnos. El centro de educación media cuenta con un Psicólogo y un Profesor Orientador Pedagógico. Existe una asignatura curricular en el plan de estudios denominada Espacio Curricular Abierto (ECA) que posibilita el trabajo participativo y creativo con los estudiantes. Las principales problemáticas de los estudiantes según la Directora, se centran en la violencia doméstica, abuso sexual, violencia entre estudiantes, juegos violentos, demandas de Salud, mala alimentación, falta de contención o ausencia familiar, falta de actividades extracurriculares recreativas y actividades educacionales muy limitadas. La institución trabaja en redes con el Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) Dr. Antonio Giordano, las

ONGs de la zona e Iglesias Evangélicas, realizando en forma no sistemática actividades deportivas, talleres, apoyo curricular y apoyo nutricional por medio de merenderos.

Los programas de promoción de la Salud en el primer nivel de atención pretenden detectar factores de riesgo tempranamente, si es posible desde la infancia y con la familia en el lugar donde vive (5). Nuestro país se encuentra en un cambio del modelo de atención sanitaria para lo cual se busca la participación de todos los actores del sector Salud y la población priorizando el primer nivel de atención y considerando de gran importancia el trabajo comunitario y de redes de efectores de Salud (6). El MSP regula el tipo de prestaciones básicas que los servicios de Salud deben ofrecer a los adolescentes a través de un programa que incluye: orientación en salud sexual y reproductiva y acceso fácil a métodos anticonceptivos; atención de salud bucal; salud mental; nutrición y control de salud periódico. Asimismo, destaca la importancia de promover la participación de los adolescentes en todos los ámbitos de su vida cotidiana y en instancias de discusión sobre las características de los planes y programas destinados a ellos. El programa también sostiene que es necesario determinar indicadores cualitativos y cuantitativos para evaluar la situación de Salud de las y los adolescentes y el impacto en la calidad de vida (7). Las transformaciones señaladas, distan aún mucho de ser llevadas a la práctica por los sistemas sanitarios. Hecho éste que se manifiesta en el actual paradigma sanitario, caracterizado por la fragmentación del objeto del conocimiento, descontextualización de los fenómenos del proceso Salud-Enfermedad, reducción de las explicaciones etiológicas a causas biológicas, percepción de la relación hombre-naturaleza en términos de confrontación y la exclusividad de la medicina en el manejo de la Salud, entre otros. En este contexto y desde una perspectiva ecléctica, adoptar una concepción ecológica del proceso Salud-Enfermedad nos permite afrontar las transformaciones necesarias para el cambio de paradigma (8). En la declaración internacional de Alma-Ata (1978) la Atención Primaria de Salud (APS) se enfoca en la asistencia basada en métodos y tecnologías prácticas puestas al alcance de todos los individuos y además comprende un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación (9). Por ende, la APS implica la capacitación de la población para que aumente el control sobre su

TABLA N° 1

Distribución según edad y sexo de la población.

Edad en años	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
12	25	10	35
13	17	13	30
14	38	23	61
15	11	11	22
16	6	13	19
17	2	0	2
18	1	1	2
Total	100	71	171

propia Salud (10). Se destaca la incorporación de un cuarto nivel de prevención al cual se le ha denominado nivel primordial y que procura que los patrones socio- económicos y culturales favorezcan la calidad de vida, la prevención y la detección temprana de enfermedades. (11).

Este nivel primordial fue descrito en 1972 por Toma Strasser, miembro del grupo de Epidemiología de enfermedades cardíaco vasculares en la Organización Mundial de la Salud, quien estableció como objetivo en este nivel "...prevenir la aparición de las condiciones que predisponen a la enfermedad en aquellos países donde todavía no se han establecido..." (12). La OMS ha respaldado la meta de Salud para todos en el año 2000, surgida en Alma Ata. Se apoya en la estrategia de la APS, como alternativa eficaz para alcanzar Salud suficiente y tener una vida activa en el ámbito social, participación plena de los individuos, familias y comunidades, empoderamiento, trabajo productivo, equidad, promoción de hábitos saludables, cuidado del medio ambiente así como favorecer la investigación en las ciencias de la Salud (13). Marc Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, en el año 1978 trabajó la concepción holística del proceso Salud-enfermedad y el carácter imprescindible del desarrollo de la intersectorialidad, constituyendo un marco conceptual que permite identificar y analizar los problemas y necesidades de Salud. (14)

La OMS define la promoción de la Salud como "los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia Salud" (15) Enfatiza los recursos sociales y personales y considera además a la Salud como un recurso para la vida cotidiana. Los cinco principios claves son: estar dirigido a toda la población en el contexto de su vida cotidiana y no solo a grupos de enfermos o de riesgo; orientar sus acciones hacia los determinantes de la Salud; utilizar enfoques y métodos diversos y complementarios para mejorar la Salud (comunicación, educación, legislación y desarrollo y organización comunitaria); tender a la participación activa y empoderamiento de la población (16).

En base a lo expuesto el objetivo general plantea indagar sobre hábitos de Salud y recreativos en adolescentes que asisten al primer ciclo de un centro de educación media público en el barrio Cerrito de la Victoria de la ciudad de Montevideo, y los objetivos específicos - Identificar comporta-

mientos relacionados al control de la Salud. - Conocer las prácticas culturales y sociales vinculadas a la Salud. - Detectar los factores o situaciones de riesgo más comunes en relación a la Salud de los adolescentes en estudio.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio cuantitativo, exploratorio, de nivel descriptivo y de corte transversal.

La población: está formada por todos los adolescentes que concurren al centro de educación media en que se realizó el estudio (890) con edades comprendidas entre 12 y 18 años.

Muestra: el cálculo del tamaño de la muestra se realiza teniendo en cuenta las variables con mayor variabilidad. Tomando en consideración un valor de Z de 1.96 para un nivel de representatividad del 95% de la población, un Z de 1.28 para un porcentaje de error del 10%. Se estimó que la muestra debía ser no menor de 167 individuos elegidos al azar. Se encuestaron 171 estudiantes entre 12 y 18 años, 100 del sexo femenino y 71 del sexo masculino.

Procedimientos: El comité de ética de la Universidad Católica estudió el proyecto y aprobó su realización. Se solicitaron autorizaciones por escrito a las autoridades del centro y a los padres o tutores de los estudiantes. El trabajo se realiza en dos etapas: una de exploración con las autoridades referentes y otra de trabajo de campo.

Técnicas de recolección de información: entrevista a informantes clave, una de ellas a la Directora del centro de educación media, con la finalidad de conocer las principales características del mismo, de la población estudiantil y del entorno. También se mantuvieron contactos informales con la Subdirectora de la institución, la Profesora Orientadora Pedagógica, los Adscriptos y Docentes en general. Se indagó sobre las percepciones que se tenían del centro de educación media y acerca de la problemática que pretendíamos estudiar, todo ello para aproximarnos al riesgo real de esta población y sus necesidades. Se realizó entrevista a la Directora del Centro de Salud de la zona al cual asisten los estudiantes del centro de educación media y con el cual tienen estrechos vínculos. A través de dicha entrevista se pretendió conocer la percepción de la problemática de los jóvenes des-

de los profesionales de la Salud brindándonos la información del área de influencia del centro donde viven los adolescentes en estudio. También se realizaron visitas exploratorias al centro educativo para tener un primer contacto con el medio y facilitar el trabajo de campo.

En el estudio de campo las técnicas para recoger información fueron: la encuesta y la entrevista. La encuesta fue aplicada a alumnos de primero, segundo y tercer año del Ciclo Básico del centro de educación media en estudio, seleccionados al azar. Fue administrada por alumnos de la Licenciatura de Enfermería y supervisada por docentes de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud. A los encuestadores se les brindó información sobre la investigación, sus objetivos, características y proceso. Se los indujo para la aplicación del cuestionario, explicando cada una de las variables y las formas de preguntar, de proceder y registrar durante la aplicación del cuestionario. La aplicación se realizó en el mes de mayo del 2007 durante dos jornadas en los dos turnos matutino y vespertino.

Análisis de los datos: Los datos obtenidos se procesaron con el programa Epi-info 6. Se realizaron cruzamientos de algunas variables y cálculo de las medidas de resumen correspondientes. Se presentaron los resultados en gráficos.

RESULTADOS

Demografía: Predominó la población de sexo femenino en un 58.5 %. La edad de los estudiantes corresponde con la esperada para el ciclo básico de educación media. La edad más baja es de 12 y la máxima de 18 años.

La media de edad es de 13.66 años para las mujeres y 14.11 para los varones. El desvío estándar fue de 1.34 para ambos sexos. La mediana fue de 14 años para ambos sexos. En el sexo femenino el percentil 25 fue de 12.5 y el percentil 75 de 14. En el caso del sexo masculino esos valores son de 13 y 15.

Cobertura asistencial: el 63 % de los alumnos se atienden en servicios brindados por el Estado (gratuitos) ya sea en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) o Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). El 14.3 % que responden otros se refieren a Hospitales públicos cerrado a colectividades como la Militar y la Policial. Si sumamos éstos como servicios gratuitos tenemos

GRAFICO N° 1

Conductas no saludables.

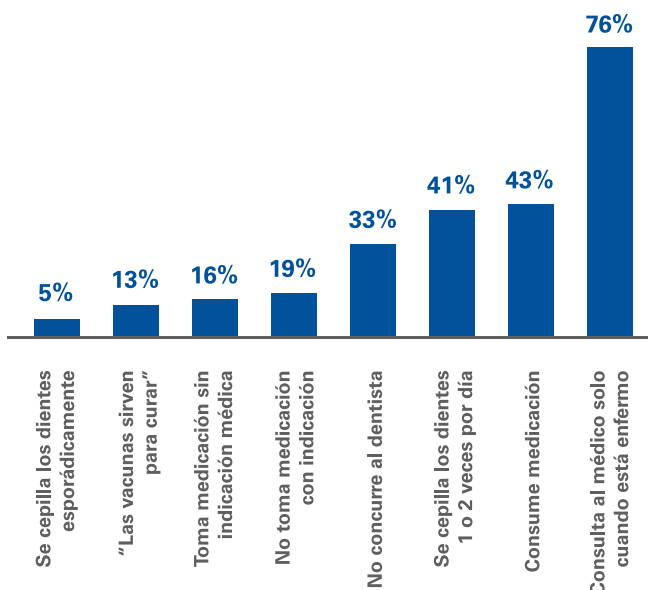
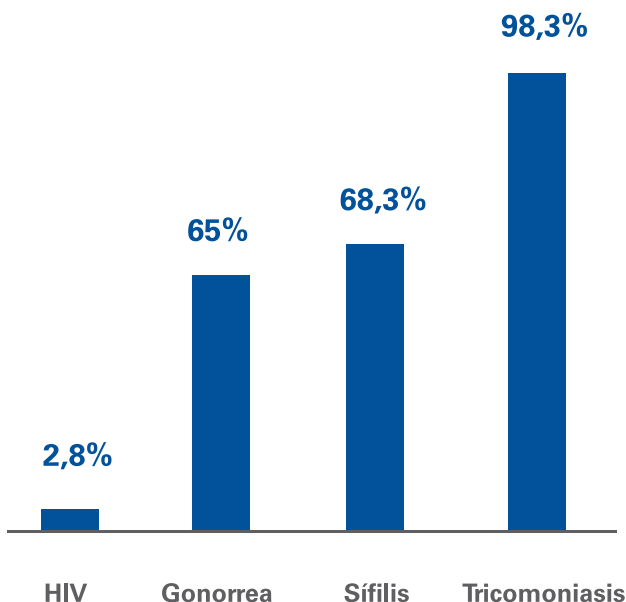


GRAFICO N° 2

Desconocimiento sobre enfermedades de transmisión Sexual. Porcentajes del total.



un 88.1 % que recibe esta cobertura. Ninguno responde no tener servicio de asistencia a la Salud.

Vacunas: El 77% contesta haberse vacunado. Un alto porcentaje de estudiantes señala conocer el carácter preventivo que tienen las vacunas, no obstante un 13 % de la muestra contestan que las vacunas sirven para curar enfermedades.

Controles de Salud: El 76 % de la muestra concurrir al centro de Salud cuando cree estar enfermo. El 18.2 % lo hace en forma anual para control preventivo. Todos los estudiantes manifestaron tener carné de Salud.

Referido a la Salud bucal, un 54 % manifiesta cepillarse los dientes 3 o más veces al día y 41.1 % cepillarse 1 a 2 veces al día. Se observa que aquéllos que concurren al dentista a control son los que se cepillan los dientes con más frecuencia. De los que dicen asistir al dentista cuando tienen dolor el 44.4 % afirman cepillarse 3 veces al día o más. Casi el 33 % de la muestra expresan no concurrir al dentista.

Medicación: un 43 % consume medicación. Un 19 % a pesar de tener indicación médica no los toma, mientras que un 16.4 % de la población que no tiene indicación médica se automedica. De los que tienen indicación médica, la distribución por sexo es similar a la de la población total; en cuanto a los que toman medicación sin indicación médica, 9 de cada 10 son mujeres.

Salud sexual y reproductiva: La infección de transmisión sexual más conocida es la provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Solo un 2.8 % de los encuestados dice no conocerla. El 68.3% no conoce la Sífilis, el 65% no conoce la Gonorrea y el 98.3% no conoce la Tricomoniasis. Como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) el 62 % señala el uso del preservativo, el resto de la muestra o afirma desconocer o tiene conceptos equivocados.

Ocio y Recreación: el 53.5 % de los alumnos cuenta con más de 6 horas libres diarias. La actividad más frecuente en ambos sexos sola o acompañada con otras, es mirar televisión con un 57% en el sexo masculino y un 70% en el sexo femenino. Le sigue escuchar música, para el sexo femenino 67% y para el sexo masculino 40%. La otra actividad en que aparecen diferencias es en bailar, las mujeres lo mencionan con un porcentaje del 20% y los varones en un 7%. En el caso de "otras actividades" el 53% de los varones respondieron afirmativamente (fútbol) y las mujeres 22%. En es-

tar con amigos optan un 39 % de las mujeres y un 53% de los varones.

Trabajo: un 91.8 % no trabaja. De los 14 alumnos que trabajan, 2 son mujeres y 12 varones.

Tabaco: En relación a la pregunta de fumar cigarrillos el 95 % de los alumnos dicen no fumar. En el caso de cuantificar el consumo de cigarrillos a 5 o más al día, las mujeres respondieron que sí, en un 5% y los varones en un 3%.

Alcohol: con respecto al consumo de alcohol (vino) el 87 % respondió negativamente, el 13 % restante manifestó hacerlo los fines de semana fundamentalmente. El predominio del consumo se observó en las respuestas de los varones.

DISCUSIÓN

La cobertura sanitaria más usada es la brindada por el Estado posiblemente porque la población en estudio pertenece a clases sociales con carencias en la satisfacción de sus necesidades básicas y elevado nivel de pobreza. Se destaca que todos los entrevistados poseen cobertura asistencial total. El paradigma dominante aun inclinado a tratar enfermedades, se ve reflejado en la concurrencia al control de Salud mayoritariamente por estados de enfermedad o dolor (odontólogo).

La medicación sin indicación profesional. El desconocimiento de los principios activos de los medicamentos y de sus efectos adversos, es un hecho a tener en cuenta dada su alto consumo en esta población. Cabe preguntarse qué motivos llevan a estos adolescentes a tomar medicación a tan temprana edad y si esta conducta obedece a una moda o se relaciona con afecciones médicas de esta población carenciada.

El carné de Salud lo poseen todos los estudiantes. Esto podría estar vinculado a la creación del Espacio Adolescente en el Centro de Salud Dr. Antonio Giordano donde se implementó como requisito a efectos de permitir la concurrencia a la Policlínica de Adolescencia.

Salud Bucal: el 5% de los alumnos encuestados se cepilla los dientes menos de 1 vez al día. Esta conducta, asociada a la oferta de golosinas en los ámbitos educativos, implica un alto riesgo para la Salud bucal. La asociación de estos factores al costo de la atención odontológica, implica que en el futuro estos adolescentes pierdan piezas dentarias con las consecuencias desde el punto de vista

de la alimentación y la autoestima. Llama la atención que un 33% de la muestra dice no concurrir al dentista, a pesar de que hay servicios odontológicos públicos en la zona.

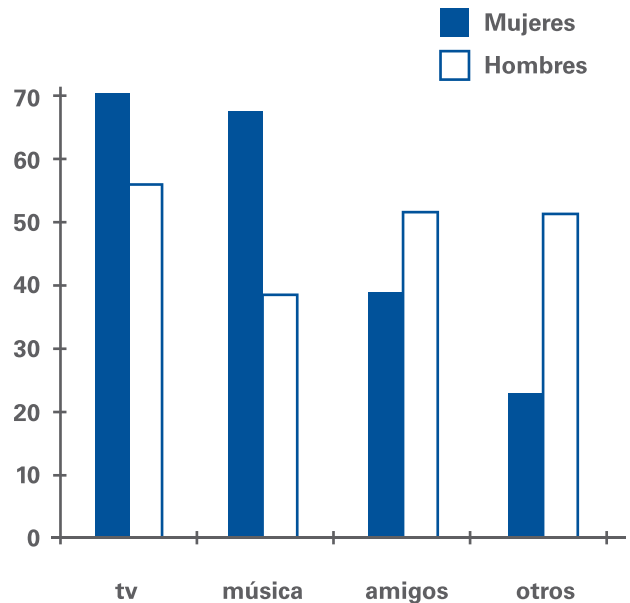
El 7 de Diciembre del 2007 se presentó el Programa de Salud Adolescente, considerando la equidad de género, el crecimiento y desarrollo, así como el planteamiento de objetivos e impacto de sus intervenciones. La creación de Espacios Adolescentes acompañando estas mejoras, en dicho nivel, significó nuclear a los mismos en entornos exclusivos, donde se empoderaran e hicieran propias todas las actividades programadas, en procura del desarrollo integral y armónico de esta población. La asignación de recursos para la implementación de la Salud adolescente, redundó en una inversión país que trae aparejado grandes beneficios en el mediano plazo para la reducción de los efectos de la pobreza. Las políticas deben garantizar todas las dimensiones necesarias en la niñez y la adolescencia que incluyen no solo aspectos formales de control de Salud y educación, sino de recreación y creatividad que potencian el desarrollo futuro de los jóvenes. (17)

Inmunizaciones, es importante destacar que un alto porcentaje de estudiantes señala conocer el carácter preventivo que tienen las vacunas y haberse vacunado hace un año o más tiempo. No obstante llama la atención que un 12.7 % de la muestra dicen que las vacunas sirven para curar. La institucionalización educativa (en sus 3 niveles) obliga a los estudiantes a tener vigente el certificado obligatorio de vacunación. No obstante existen en Uruguay vacunas que no están contempladas en este plan de inmunización y no son brindadas. Estos fenómenos confirman la necesidad de educar al respecto en forma sistemática, oportuna y acorde a los niveles y edades de la población. La educación para la Salud brindada por los trabajadores del primer nivel es una herramienta fundamental para llegar a las poblaciones con diferentes metodologías educativas (9).

Salud sexual y reproductiva: la prevención de la infección por el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana, engloba todos los aspectos de una sexualidad segura no solo para esta infección sino para todas las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado, según las declaraciones de las Naciones Unidas ratificados por Uruguay, para las poblaciones, el desarrollo y los Derechos Humanos. La sexualidad ejercida como un derecho,

GRAFICO N° 3

Actividades en tiempo libre.
Porcentajes del total de cada sexo¹.



¹la mayoría señalan más de una actividad

tiene también componentes no solo biológicos sino psicoafectivos y de relaciones humanas que van construyendo la Salud de las personas (18). Es alto el porcentaje de adolescentes que conoce el VIH como enfermedad de transmisión sexual, sin embargo no ocurre lo mismo para la Sífilis y la Gonorrea. Si extrapoláramos los resultados hallados a la población estudiantil nacional respecto a la salud sexual, podríamos estimar que hay miles de adolescentes en el país que desconocen cómo protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual. Actividades en horas libres: en un estudio de 960 adolescentes realizado en la ciudad de Pelotas, Brasil, el 39 % fueron considerados sedentarios. Las mujeres pobres y con madres de baja escolaridad tenían mayor relación con el sedentarismo (19). En otro estudio caso control de la ciudad de Recife, se mostró un alto índice de inactividad, mayor entre mujeres de 15 a 19 años, relacionado a mirar televisión y usar la computadora (20). En nuestro estudio se observó un comportamiento similar.

La actividad laboral: mayor en el género masculino constituye un riesgo para la deserción, la explotación y quizá para la exclusión, con las consecuencias que esto tiene para su Salud y para su formación ciudadana. Esta situación puede constituir un factor de riesgo de deserción escolar con exclusión de la institución educativa e inserción temprana en el campo laboral sin una formación básica. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en una encuesta realizada en el año 2006, el 7.9 % de los niños, niñas y adolescentes de Uruguay trabajaban (21). Este dato se corrobora en nuestra muestra. En un informe del año 2010, realizado por el INE, mostró que los niños y adolescentes entre 5 y 17 años representan el 21% de la población y de ellos trabajan un 11.6 % agravando así el perfil de la explotación infantil a expensas de las poblaciones con edades menores (22).

Tabaco: de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en estudiantes de enseñanza media, realizada por la Junta Nacional de Drogas en el año 2005, se observó una feminización del consumo de tabaco, tanto en su carácter de experimentación como habitual (23). En esta muestra se encontró la misma tendencia. El trabajo de Bruzzone, Marquiso y González (2004) sobre el tabaquismo en Uruguay muestra que: 30% de la población mayor de 12 años fumaba diariamente, 78% comenzaba antes de los 19 años, por tabaquismo morían 15 personas/día (24). Actualmente,

Uruguay con la aplicación de la ley N° 18256 del año 2008 ha reducido el consumo de tabaco. Un estudio realizado con el Centro Investigación de la Epidemia de Tabaquismo en Uruguay (CIET) en los años 2007-2008 mostró una prevalencia del 24.8%, donde se observa una reducción respecto a años anteriores. De 1998 a 2006 había llegado a 54.8 % (25). En nuestro estudio declararon fumar un 5.2 % con predominio en el género femenino. Cabe señalar que las cifras del estudio antes mencionado del año 2007-08 pertenecen a toda la población, mientras que esta casuística es solo de adolescentes con una media de 14 años, que aún no trabajan en su mayoría.

Consumo de alcohol, se dio en un porcentaje del 13%, acentuado en los fines de semana. La venta de alcohol a menores de 18 años está prohibida en Uruguay. Un estudio realizado en Villa Pancha, Juan Lacaze (dpto. de Colonia, Uruguay) mostró que los que se inician en el consumo de drogas lo hacen con las legales: alcohol y cigarrillos. En el caso del alcohol (cerveza y vino) comienza a los 11 años a nivel de fiestas familiares u ocasionales, siendo igualitario para ambos sexos. El porcentaje de ingesta alcohólica en este estudio fue del 48%. Las conductas posteriores sobre todo en varones se demuestran en agresiones y accidentes de tránsito (26).

CONCLUSIONES

Surgen de esta investigación datos relevantes sobre el escaso conocimiento acerca del cuidado de su Salud, observamos como fortaleza los resultados encontrados a nivel del tabaquismo, el alto índice de inmunizaciones en la población de estudio y la cobertura asistencial total en una población de bajos recursos. Aparecen factores de riesgo para la Salud, como alerta para comenzar precozmente con la inclusión de estos jóvenes en la participación de su futuro. El contexto crítico en el que viven estos adolescentes, la falta de información en relación al cuidado integral de la Salud, la falta de lugares de recreación e intercambio con sus pares, inciden desfavorablemente en su calidad de vida y en su futuro.

En síntesis se debería trabajar en coordinar una red intersectorial de organizaciones públicas y privadas; incentivar la capacitación del equipo interdisciplinario abocado a la atención del adolescente en el primer nivel; buscar el acompañamiento y apoyo de sus familias para tener referentes adultos capacitados y con participación

activa; promover y mantener espacios adolescentes como ámbitos de integración, participación y empoderamiento a través de instancias educativas, deportivas, sociales, comunitarias y grupales. Actuar sistemáticamente con las instituciones educativas para generar espacios de educación para la Salud, en lo relacionado a enfermedades de transmisión sexual y uso de alcohol fundamentalmente. Fomentar hábitos Saludables como ejercicio físico, actividades lúdicas, así como también cualquier otro tema demandado por los adolescentes. Promover la adquisición de habilidades y conocimientos que les permitan resolver conflictos y aumentar su autoestima. Promover estudios e investigaciones en temas vinculados a los adolescentes. En el año 2007 la Organización Panamericana de la Salud, elabora un texto referido a la Renovación de la APS, el cual sintetiza las pautas para enfocar la Salud con participación de todos los actores involucrados. Hace hincapié en operativizar la declaración de Alma Ata, reafirmando la Salud como un derecho al que todas las poblaciones tengan accesibilidad, acentuando la necesidad de que cada región se responsabilice de renovar la estrategia de APS acorde a las nuevas tecnologías (28).

Los datos hallados se difundieron en la comunidad, en el centro educativo y en el Centro de Salud de la zona. Asimismo la investigación brindó insumos para la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud integrándose a líneas de investigación ya existentes o generando nuevas alternativas de trabajo. Así mismo se realizaron contactos con las áreas académicas de Ciencias Humanas para informar y buscar alternativas de intervención vinculadas a la necesidad de utilizar el tiempo libre y la recreación con actividades saludables.

Este estudio tuvo algunas limitantes que en el transcurso de la misma se fueron considerando para futuros diseños de proyectos, ellos son: entorno en la cual fueron realizadas las entrevistas con cada estudiante para responder a las preguntas, la metodología empleada, tipo de preguntas para recoger información que al momento del análisis ofrecieron alguna dificultad.

Con relación a posibles generalizaciones sobre todo en aquellos resultados que se dieron con mayor frecuencia o que poseen una vital importancia, podríamos decir que por un lado el sedentarismo se ha instalado en las clases menos favorecidas, sustituyendo juegos al aire libre, creativos y que redundan en una mejor salud mental, social y biológica. La falta de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva pese a los programas educativos que han incorporado esta temática y que pueden marcar la vida en los adolescentes con embarazos no deseados o contrayendo enfermedades que al día de hoy no poseen curación. Vemos también necesario que todos estos problemas y necesidades de salud aunados con los intereses manifestados en las políticas de salud se vean plasmados en la realidad y no queden en la etapa teórica y discursiva de los programas. Es de destacar así mismo la urgencia en la formación, desarrollo y dotación de recursos humanos en salud tales como los profesionales de enfermería, servicio social, psicología, ocio y tiempo libre, nutrición, fisioterapia y otras; que desde sus disciplinas y trabajando en equipo logren operativizar y evaluar las propuestas de los programas ministeriales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INAU-IMM-UNICEF URUGUAY, Consejos Asesores Consultivos de Infancia y Adolescencia (CACIA), [material de internet], 2006 [recuperado el 10 de setiembre de 2011] disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/4319/1/inau_2006.pdf
2. Valenzuela B., M. Teresa. Indicadores de Salud: características, uso y ejemplos. Ciencia y Trabajo [revista en internet] 2005 julio-setiembre. [acceso 12 de setiembre de 2011]; 7 (17): [p.118-122]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=420785&indexSearch=ID>.
3. Desarrollo humano en Uruguay 2005 : Uruguay hacia una estrategia de desarrollo basada en el conocimiento [sede web]. Montevideo: PNUD, 2005 [acceso 16 de octubre de 2011]. Índice de Salud por zonales 1999-2002 [pag.147] Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/noticias/2005/06/pnud/06_ap-estadistico.pdf.
4. Centro de Salud Dr. A. Giordano del MSP, archivos escritos, Diagnóstico de Salud - Servicio Social del Centro. Montevideo, 2006.
5. Restrepo, H. Málaga. Promoción de la Salud: como construir una vida Saludable. Bogotá: Médica Internacional; 2001.
6. Nuevo sistema integrado de Salud. [sede web]. Montevideo: MSP; 2007 [acceso 20 de octubre de 2011].Derechos[pantalla]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucsnis_1074_1.html
7. Setaro, M.; Koolhaas, M. Políticas de Salud para la infancia y adolescencia. [sede web] Montevideo: ENIA; 2008. [acceso 16 de octubre de 2011] Disponible en: http://www.enia.org.uy/pdf/Politicas_de_Salud.pdf.
8. Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. Promoción de la Salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001.
9. Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria. [sede web] Kazajistán: OPS; 1978 [acceso 7 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
10. Zurro, M., Cano, J., Atención Primaria: conceptos organización y práctica clínica. 6ª ed Barcelona: Elsevier, 2008.
11. Cantú, P., Salas, Z., Rojas, J., Epidemiología: el estado de Salud y enfermedad. Respyn [Revista de internet]. 2001 octubre-diciembre; 2 (4). [acceso 20 de octubre de 2011]. Disponible en: www.respyn.uanl.mx/ii/4/ensayos/epidemiologia.htm
12. Piédrola Gil, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelkiba: Masson, 2000. p. 660.
13. Nirenberg, O., Participación de adolescentes en Proyectos Sociales. Bs. As. Paidós, 2006.
14. García, A., Vera, M., Campo, A., Enfermería Comunitaria: bases teóricas. Madrid: Avances de Enfermería, 2002.
15. Carta Ottawa. Revista de Atención Primaria de Salud Pública. 1998; (30): p. 3-7.
16. Frías Osuna, A. Salud pública y educación para la Salud. Barcelona: Elsevier, 2000.
17. UNICEF. Inversión en la infancia en Uruguay. Análisis del gasto público social: tendencias y desafíos [sede web]. Montevideo: UNICEF: 2005 junio [acceso 30 de octubre de 2011]. Disponible en: www.infamilia.gub.uy/pageredirect.aspx?0,301
18. Guchin, M., Meré, J. Programa sexualidad y género [sede web]. Montevideo: Unesco; 2004. Jóvenes, sexualidad y VIH/SIDA en el Uruguay. Conocer para prevenir. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templatess/educacion/archivos/jovenesVIH-SIDA.pdf>.
19. Oehlschlaeger, M [et al]. Prevalencia de factores de riesgo asociados a sedentarismo en adolescente de área urbana. Revista de Salud pública [revista internet] 2004 [acceso 30 de octubre de 2011]; 38 (2): [págs. 157-63]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n2/19773.pdf>.

20. Rodríguez Da Siva, B. [et al]. Factores determinantes de inactividad física em adolescentes del área urbana. Revista Jornal de pediatria [revista internet]. 2010 [acceso 15 de octubre de 2011]: (6) : [págs. 520-24]. Disponible en: <http://pesquisa.bvSalud.org/regional/resources/index.php?output=ris&sit>,
21. UNICEF URUGUAY, Comunicado de prensa, [material de internet] 2010 [recuperado el 2 de octubre de 2011]disponible en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/20100611_Trabajo_infantil.pdf
22. Magnitud y Características del trabajo infantil en Uruguay 2010 [sede web]. Informe Nacional sobre el trabajo infantil en Uruguay. Montevideo: INE, 2011. Informe Nacional sobre el trabajo infantil en Uruguay. [acceso 2 de octubre de 2011]. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/varios/noticias%202011/Presentaci%C3%B3n%20Informe%20Trabajo%20Infantil.pdf>
23. OEA/CICAD. Il encuesta nacional del uso de drogas en la enseñanza media. Informe de prensa. [sede web]. Montevideo: OEA/CICAD; 2005. [acceso 29 de setiembre de 2011]. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/04/droga_encuesta.pdf
24. Esteves Di Carlo, E., Goja Bruzzzone, B., Blanco Marquizo, A., Gonzalez-Molina, D. Proyecto ambientes libres de humo de trabajo [sede web]. Montevideo: OPS; 2004 [acceso 29 de setiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/tabaco.pdf>
25. Vázquez, T. Uruguay y el Control del tabaco. [sede web] Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2007.[acceso 10 de setiembre de 2011] Disponible en: <http://www.cu.ucr.ac.cr/documen/conferencia.pdf>
26. Delgado, R. Diagnóstico sobre la problemática del consumo de drogas en las zonas "Las Canteras" del departamento de Río Negro. [sede web]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2010. Proyecto Savia, drogas en Uruguay [p.43]. Disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/SAVIA_Colonia.pdf
27. OPS. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud, Renovación de la APS, [material de internet]2007[recuperado el 6 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS>

Recibido: 03/2012

Revisado: 04/2012

Aceptado: 05/2012
