



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD
EDUCATIVA "SAN JOAQUÍN" CUENCA, 2017**

Proyecto de Investigación previa a la obtención
del Título de **Licenciado en Enfermería.**

AUTORAS

Sandra Patricia Ortiz Bermejo CI: 0106768070

Marcia Beatriz Pillco Pintado CI: 0105440697

DIRECTORA

LIC. RUTH XIMENA ALTAMIRANO CÁRDENAS. MGT CI: 0301732152

ASESORA

LIC. GLADYS ROBALINO IZURIETA. MST CI: 1801028380

CUENCA-ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: los estilos de vida pueden influir en el desarrollo de la población escolar e incluso repercutir en la edad adulta, por lo tanto, los estilos de vida adecuados como el ejercicio, higiene personal, buen hábito nutricional, entre otros, garantizarán una población cada vez más sana.

Objetivo: determinar los estilos de vida saludables en niños de 6 a 9 años en la Unidad Educativa “San Joaquín” Cuenca, 2017.

Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en 192 niños de 6 a 9 años. Se aplicó un instrumento validado para evaluar los estilos de vida. Se utilizó el programa de Microsoft Word, Excel para la creación de base de datos, la cual será exportada al programa SPSS versión 15, donde se realizarán los análisis estadísticos, la representación de las variables como frecuencias absolutas y porcentajes en tablas gráficas.

Resultados: de los 192 escolares evaluados el 57,3% fueron de sexo masculino y 42,7% de sexo femenino. El nivel de instrucción de los padres fue primario con 56,8%. El 47,4% de los escolares consume legumbres todos los días y el 5,2% no come frutas. El deporte más practicado fue el fútbol con 61,5%. 67,8% de los escolares viven con sus padres. Refieren bañarse 4 veces o más por semana con un 39,1%. 83,3% se lava las manos después de ir al baño. Los escolares se sienten en su mayoría contentos tanto en el colegio (90,6%) como en la casa (97,9%). Ningún escolar refirió haber tenido relaciones sexuales; la principal razón expuesta fue querer esperar a ser mayor con el 42,7%.

Conclusiones: los escolares de la Unidad Educativa “San Joaquín” mostraron en general tener de estilos de vida adecuados.

Palabras clave: ESTILOS DE VIDA, ESCOLARES, NUTRICION, DEPORTE, TIEMPO LIBRE, SALUD MENTAL, HIGIENE, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



ABSTRACT

Background: lifestyles can influence the development of the school population and even affect adulthood, therefore, adequate lifestyles such as exercise, personal hygiene, good nutritional habits, among others, will guarantee a more healthy population (1).

Objective: to determine healthy lifestyles in children aged 6 to 9 years in the Educational Unit "San Joaquín" Cuenca, 2017.

Methodology: quantitative, descriptive and cross-sectional study in 192 children from 6 to 9 years old. A validated instrument was applied to lifestyles. We used the Microsoft Word program, Excel for database creation, which will be exported to the SPSS version 15 program, where statistical analyzes will be carried out, the representation of variables as absolute frequencies and percentages in graphical tables.

Results: of the 192 students evaluated, 57.3% were male and 42.7% female. The level of education of the parents was mainly primary with 56.8%. 47.4% of schoolchildren consume legume every day and only 5.2% do not eat fruits. The most practiced sport was football with 61.5%. 67.8% of the students live with their parents. They reported bathing 4 times or more per week with 39.1%. 83.3% wash their hands after going to the bathroom. Schoolchildren are mostly happy both in school (90.6%) and in the home (97.9%). No schoolchild reported having had sex; the main reason exposed was to expect to be adult people with 42.7%.

Conclusions: the students of the Educational Unit "San Joaquín" showed in general to have adequate lifestyles.

Keywords: LIFESTYLES, SCHOOLING, NUTRITION, SPORT, FREE TIME, MENTAL HEALTH, HYGIENE, FAMILY FUNCTIONALITY.



ÍNDICE DE CONTENIDO

	pp
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	12
1.1 INTRODUCCION	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	15
CAPITULO II	16
2.1. MARCO TEÓRICO	16
CAPITULO III	31
OBJETIVOS:	31
3.1. Objetivo general	31
3.2. Objetivos específicos	31
CAPITULO IV	32
4.1 TIPO DE ESTUDIO	32
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	32
4.3 UNIVERSO	32
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
4.5 VARIABLES	33
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	33
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	35
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
5. RECURSOS	35
5.1 Humanos:	35
CAPÍTULO V	36
6. RESULTADOS	36
7. DISCUSIÓN	44
9. RECOMENDACIONES	50
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	63
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	73



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Sandra Patricia Ortiz Bermejo en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN JOAQUÍN” CUENCA, 2017”** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de proyecto de investigación en el Repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de junio del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sandra Patricia Ortiz Bermejo', written over a horizontal line.

Sandra Patricia Ortiz Bermejo

C.I 0106768070



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Sandra Patricia Ortiz Bermejo autora del proyecto de investigación **“ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN JOAQUÍN” CUENCA, 2017”**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de junio del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sandra Ortiz Bermejo', written over a horizontal line.

Sandra Patricia Ortiz Bermejo

C.I 0106768070



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Marcia Beatriz Pillco Pintado como autora del proyecto de investigación **“ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN JOAQUÍN” CUENCA, 2017”** de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de proyecto de investigación en el Repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de junio del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marcia', written over a horizontal line.

Marcia Beatriz Pillco Pintado

C.I 0105440697



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Marcia Beatriz Pillco Pintado autora del proyecto de investigación **“ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN JOAQUÍN” CUENCA, 2017”**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de junio del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marcia B. Pillco P.', written over a horizontal line.

Marcia Beatriz Pillco Pintado

C.I 0105440697



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mis padres por haberme sabido formar con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir en los momentos difíciles.

A mi esposo por acompañarme durante todo este arduo camino compartiendo algunos fracasos y demostrarme que siempre pude contar con él mediante su amor incondicional.

Sandra Patricia Ortiz Bermejo



DEDICATORIA

La siguiente investigación va dedicada principalmente a Dios y la Santísima Virgen del Cisne, quienes me han dado la capacidad para el entendimiento y el aprendizaje diario en la Universidad, me han ayudado con la fortaleza para seguir adelante en los momentos difíciles y al fin del camino poder cumplir con mis sueños y metas trazadas.

A mis padres Gladys y Albino, quienes conjuntamente me han educado con valores y principios y nos han sacado adelante a mis hermanos y mi persona, brindándonos su apoyo incondicional tanto económicamente y moralmente.

A mi esposo Diego y a mi hijo Henry por apoyarme y entenderme cuando tenía que realizar trabajos y no podía estar con ellos, por eso y mucho más les dedico mi tesis por ayudarme a cumplir mi sueño.

Con todo mi cariño.

Marcia Beatriz Pillco Pintado



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres por su apoyo incondicional, enseñándome a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre a perseverar a través de sus consejos. Sobre todo, por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi esposo por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A mi pequeña porque es una parte muy importante en mi vida, desde el momento que llegó a representar la unidad familiar, mi alegría, mi valor, mi fuerza, mi pilar para seguir adelante y poder culminar mi carrera.

Agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores, por haber compartido sus conocimientos y sobre todo su amistad.

Sandra Patricia Ortiz Bermejo

Mi especial y sincero agradecimiento es a la Universidad Estatal de Cuenca, la cual me abrió las puertas para formarme profesionalmente.

A todas las licenciadas por sus diferentes formas de enseñar, quienes me incentivaron en muchos sentidos a seguir adelante ya que sin su apoyo esto no hubiera sido posible a nuestra Directora y Asesora de esta monografía quien dirigió el presente trabajo.

Y a todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado en las buenas y en las malas apoyándome.

Marcia Beatriz Pillco Pintado



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

Los estilos de vida saludables de los niños son de gran relevancia, constituyen un conjunto de factores modificables que repercuten sobre la aparición de estados mórbidos como el sobrepeso-obesidad, enfermedades mentales y conductuales, entre otras. Por lo tanto, las prioridades para asegurar los estilos de vida saludables entre otros incluyen la promoción de una dieta saludable y estilo de vida físicamente activo (1).

Los estilos de vida saludables deben ser evaluados para determinar cuánto es el grado de cumplimiento adecuado por nuestras poblaciones, de manera que se pueden dirigir programas de intervención de manera específica destinada a mejorar los aspectos deficientes. Los escolares que carecen de estilos de vida saludables tienen riesgo para la salud como adquirir enfermedades con más frecuencia.(2).

El período infantil es un buen momento para actuar, ya que el impacto de las conductas no saludables se extiende más allá de la edad pediátrica. Se ha observado que la preservación de un adecuado crecimiento y desarrollo durante la infancia no sólo resguarda la salud en este período, sino que se asocia con un mejor estado de salud general a largo plazo durante la adultez (2).

Por lo tanto, los estilos de vida saludables, en conjunto con otras actividades importantes como la evaluación médica frecuente y la administración de inmunizaciones, constituyen una competencia prioritaria para el personal de salud en la evaluación de los niños y niñas, debido a la profunda influencia de estos factores en el bienestar general de esta población (3). De este panorama nace la importancia de la exploración de los estilos de vida en la población escolar.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estilos de vida de niños y niñas comprenden un rango amplio de aspectos, que incluyen los hábitos nutricionales, patrones de actividad física, y la exposición a riesgos psicosociales (4). Todos estos elementos tienden a variar significativamente de una localidad a otra, reflejando la influencia del escenario sociocultural en la salud integral durante la infancia. Ante la importancia de caracterizar esta situación en cada comunidad, la Organización Mundial de la Salud ha promovido la adopción de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (EMSE) que incluye la exploración de los patrones nutricionales, hábitos de actividad física, higiene y salud mental (5).

Los resultados disponibles hasta la actualidad en relación a los estilos de vida de los escolares son muy diferentes dependiendo de cada localidad. Uno de los hallazgos es el sobrepeso y la obesidad en la población infantil, tal como lo señaló Kessaram y colaboradores en escolares de las Islas Pacíficas, donde a través de la EMSE, se encontró una prevalencia de obesidad de aproximadamente 40%, asociado a sedentarismo, pues se señala que realizan menos de 60 minutos de actividad física en los 5 días de la semana (6).

Respecto a la salud mental, es notable la prominencia de la conducta violenta, que puede ascender hasta 20%, al igual que el acoso escolar, con 45%, asimismo las lesiones no intencionales, con aproximadamente 31%, según lo descrito por Malak con la EMSE en una muestra de jóvenes de Jordán (7). Finalmente, también es llamativa a nivel mundial la prominencia de la exposición a alcohol y sustancias nocivas, que puede oscilar entre 23-32%, así como los reportes de hallazgos psicopatológicos, como sintomatología depresiva, en aproximadamente el 16% (8).



En Ecuador, se disponen de los resultados de la EMSE aplicados en las ciudades de Quito, Guayaquil y Zamora en el año 2007 (9–11). En estos reportes, se destaca la elevada prevalencia del sedentarismo, con 30-32% de los niños, en quienes se señala al menos tres horas diarias de uso de televisión, computadora u otra actividad que tiende al sedentarismo. Fue igualmente alarmante el porcentaje de encuestados que admitieron que sus padres o cuidadores desconocen sus actividades diarias, oscilando entre 38-42%; y el porcentaje de jóvenes expuestos al uso de tabaco, entre 55-57%. Por último, la proporción de exposición a conductas violentas también fue considerable, variando desde 34% a 54% (9–11).

De igual manera es importante mencionar que en Ecuador-Imbabura se han reportado estudios donde el patrón de alimentación más frecuente es el compuesto por arroz, azúcar, fideos, papas cocidas y fritas. La fruta de mayor consumo es el banano y la cebolla es la única verdura que utilizan para condimentar las preparaciones. El 50% de los escolares consumen pollo frito de los cuales 44% lo hacen cada día. El 70% toman leche de vaca y con una frecuencia diaria el 21,3%, alimentos que en su mayoría aportan hidratos de carbono, azúcares y grasas (12).

Considerando el impacto que puede producir los estilos de vida saludables en el crecimiento y desarrollo de la población infantil de la comunidad de San Joaquín, se motivó la ejecución del presente estudio, bajo la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los estilos de vida saludables en niños de 6 a 9 años en la Unidad Educativa “San Joaquín” durante enero - junio de 2017?



1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene relevancia social, permite una aproximación a la caracterización de los estilos de vida saludables en los escolares de la parroquia San Joaquín. Esta información, contextualizada en el escenario geográfico, sociodemográfico y cultural propio de esta localidad, y representada en forma de tesis de titulación será de utilidad para el diseño, planificación y ejecución de estrategias preventivas específicas, adecuadas a las circunstancias propias de los niños y niñas de esta parroquia.

Es fundamental tener el conocimiento del comportamiento de los diversos hábitos que poseen los escolares debido a que se considera una etapa fundamental para el crecimiento y desarrollo adecuado, por lo cual este análisis representa una oportunidad de conocer dichos aspectos y ser un canal para posteriormente se realicen actividades preventivas en función de los requerimientos de la comunidad. En efecto, la preservación de un crecimiento y desarrollo satisfactorios es el primer paso para asegurar el progreso sustentable de las naciones en el futuro, puesto que los niños constituye su capital humano y fuente de trabajo y avance (13).

Por otro lado, este estudio tiene importancia científica en tanto sus resultados aumenten el conocimiento de los padres de familia de la unidad educativa para intervenir y garantizar en los estilos de vida saludables. El aporte de este estudio sentará un precedente metodológico que puede ser evaluado, aprovechado o mejorado por futuras investigaciones, a fin de ampliar la caracterización del problema abordado en nuestro territorio y en otras regiones del país.



CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del 2010, la población escolar de 6 a 9 años corresponde a 72.122 habitantes en la provincia de Azuay, lo cual significa el 10,1% de la población total (14). Este grupo de escolares es un grupo vulnerable que debe ser estudiado. El concepto de vulnerabilidad tiene sus raíces en el estudio de riesgo, definiéndose como "las características de una persona en términos de su capacidad de anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto de un peligro natural" (15). En la actualidad la etapa escolar se estructura en ideas de desarrollo, educación, con derechos y protección. Sin embargo, al ser una etapa de transición el escolar puede sentirse en peligro, inseguro y amenazado por factores externos. Ante esta situación, se plantea que la vulnerabilidad en los escolares es una fase constitutiva de la infancia, la cual debe ser considerada para garantizar el buen desarrollo personal y social (16).

Ante esta vulnerabilidad de los escolares, la Constitución Política de la República del Ecuador, garantiza la salud en los escolares: Artículo 42: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud". Además el programa gubernamental del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, tiene como objetivo desarrollar políticas para la reducción de la mortalidad materno-infantil, disminución de la malnutrición en la niñez y adolescencia, promoción de la lactancia materna y prevención del VIH/SIDA (17).



De manera similar el Código de la Niñez y Adolescencia, Ecuador cuenta con un instrumento legal básico para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, tal como lo describe el artículo 42 de la constitución; que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la inclusión al sistema educativo y recibir apoyo pedagógico, de evaluación y promoción adecuada de sus necesidades (18). La Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), establece que el estado debe proveer infraestructura física y equipamiento necesario a las instituciones educativas públicas; requisito indispensable; que garantizará la salud y el desarrollo de los escolares (19).

El Ecuador goza de un programa de Alimentación Escolar, que brinda a los escolares el desayuno adecuado para sus necesidades básicas de la primera etapa del día (20), así como un programa de seguridad escolar que afianza la cultura de prevención en relación con fenómenos naturales y de delincuencia (21). Por otra parte, la UNICEF ha diseñado diversos programas para resguardar la seguridad y bienestar de este grupo, en el Ecuador esta organización ha coordinado una serie de programas de salud infantil, que tiene la iniciativa de producir una “promesa renovada para las Américas: reduciendo inequidades en la salud del niño” (17,22)

Por otro lado, las concepciones actuales del continuo de salud-enfermedad trascienden los modelos clásicos de causa-efecto, contemplando las interrelaciones entre múltiples factores, biológicos, psicosociales y culturales, desde una perspectiva multidimensional. Los conocimientos, actitudes y prácticas de cada individuo respecto a su nutrición y otros elementos conductuales inherentes a su estilo de vida juegan un papel esencial en el escenario epidemiológico actual (23). El niño es intrínsecamente más susceptible a la influencia de estos factores, por su situación de dependencia invariable de otros individuos para su cuidado y mayor vulnerabilidad a la enfermedad (24).



Además, la salud general y las conductas circundantes durante la infancia se reflejan en el bienestar durante el resto de la vida. En este sentido, se ha documentado que la obesidad infantil se correlaciona con mayor riesgo de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles durante la edad adulta, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras (25). Sin embargo, el impacto del ámbito nutricional también es profundo y extenso por sí solo: en una revisión sistemática y meta-análisis, Imamura y colaboradores en el 2015 determinaron que el consumo frecuente de bebidas azucaradas y jugos frutales a lo largo de la vida se asocia con el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en la adultez, independientemente del grado de adiposidad (26).

De manera similar, la realización de actividad física confiere una amplia gama de beneficios fisiológicos y psicológicos a corto, mediano y largo plazo, especialmente en lo referente al mantenimiento de un peso corporal adecuado (27). La población infantil es un blanco primordial para la promoción de estos hábitos saludables, ya que en un estudio conducido por Kari y colaboradores en el 2016, se observó que el antecedente de actividad física suficiente durante la niñez se correlaciona con mayor actividad física durante la adultez (28).

Cabe destacar que el poder preventivo de la actividad física y la nutrición adecuada durante la infancia, también puede actuar de manera beneficiosa sobre enfermedades ya establecidas. En particular, la actividad física y ciertos patrones dietéticos parecen tener un importante efecto modulador sobre los trastornos alérgicos e inflamatorios crónicos (29). Notablemente, en una revisión sistemática de Eijkemans y colaboradores en el 2012 determinaron que los niveles elevados de actividad física se asocian con una menor incidencia y severidad de la sintomatología del asma bronquial (30).



Finalmente, la preservación de estilos de vida saludables durante la infancia también se ha asociado con mayor calidad de vida general. Shoup y colaboradores en el 2008 identificaron una relación directamente proporcional entre el nivel de actividad física realizada y el nivel de calidad de vida reportado por niños con edades entre 8 y 12 años, en mayor magnitud en los aspectos psicosociales (31). Asimismo, tanto el aporte nutricional adecuado como la actividad física suficiente se han vinculado con mejor desempeño académico y adaptación escolar (32), e incluso con mejor desempeño laboral y autorrealización en la edad adulta (33).

2.1.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN ESCOLARES

Las concepciones actuales sobre los estilos de vida saludables contemplan las interrelaciones entre múltiples factores:

a) Biológicos: dentro de estos factores se encuentra la edad y el sexo, donde diversos estudios refieren la influencia de estos sobre el estilo de vida de los individuos, siendo los escolares un grupo vulnerable y sujeto al cuidado de una figura adulta, por lo que un adecuado estilo de vida en este grupo específico se relaciona con un mejor patrón de salud (34).

b) Psicosociales: este aspecto enfoca la salud mental del escolar, así, depresión, ansiedad, conductas de riesgo, conducta sexual; los estilos de vida repercuten sobre estos. En los escolares la salud mental tiene un rol importante en el desarrollo, en el sentido positivo de la identidad, capacidad para manejar los pensamientos y emociones, así como para establecer relaciones sociales (35).

c) Culturales: en este aspecto se consideran las costumbres, hábitos alimenticios y hábitos de relación familiar, los cuales son importantes de considerar debido a que durante la infancia se imitan las preferencias



alimentarias o costumbres de los padres, familiares o amigos, pudiendo adquirir hábitos adecuados o de riesgo que pueden comprometer su salud (36).

También los conocimientos, actitudes y prácticas de cada individuo respecto a su nutrición y otros elementos conductuales inherentes a su estilo de vida juegan un papel esencial para garantizar la salud (23).

Además, la salud en general y las conductas circundantes durante la infancia se reflejan en el bienestar durante el resto de la vida. Esto se ha ejemplificado en el estudio de Wen y Gu en el 2011 donde se documentó mejor salud física en adultos mayores que reportaron mejores condiciones socioeconómicas y de salud durante sus infancias (37). Este patrón también parece estar presente en relación a la salud mental; Hughes describió que los antecedentes de experiencias adversas o dificultades durante la infancia se relacionaron con peor salud mental en la edad adulta (38).

2.1.3 HÁBITOS NUTRICIONALES EN LA POBLACIÓN INFANTIL

La etapa infantil es caracterizada por un alto desarrollo, intelectual, emocional y social, de igual manera se genera un crecimiento lento e inconstante del cuerpo que se encuentra preparándose para el desarrollo y los cambios inherentes a la adolescencia, debido a esto aumenta los niveles de reserva de masa grasa que serán aquellos que suplan los gastos energéticos de la siguiente etapa evolutiva. Por lo tanto, es primordial suscitar hábitos alimentarios apropiados a este periodo, como prevención de situaciones de malnutrición y enfermedades crónicas no transmisibles, conjuntamente una alimentación saludable disminuirá la incidencia de enfermedades originadas por déficit de micronutrientes frecuentes en esta etapa como es la anemia por deficiencia de hierro, la obesidad y trastornos alimentarios que ya empiezan a generarse (39)



Según exponen Freire y cols en el 2013, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el Ecuador (ENSANUT), la malnutrición fundada en una alimentación incompleta conlleva a la desnutrición al contrario una malnutrición consecuencia de una alimentación excesiva conduce al sobrepeso y obesidad, reportando que en el Ecuador el 15% de la población en la etapa escolar presenta retraso en la talla y se encuentra asociado a el sobrepeso y la obesidad que se encuentra presente en el 30% de los niños (40).

Según investigación realizada por Ibarra López en el 2012 en una muestra de 80 escolares costarricenses, las meriendas consumidas durante la tarde o adquiridas fuera del hogar se asociaron con mayor consumo calórico diario, en contraste con el consumo de meriendas matutinas, así como aquellas preparadas y consumidas en casa (41). Se ha mencionado el destacado papel de la educación para la salud, proveniente tanto de la formación académica, como del seno familiar, en el moldeamiento de los patrones alimentarios, en conjunto con la influencia de la publicidad y los medios de comunicación (42).

Cabe destacar que, respecto a los hábitos nutricionales, los siguientes aspectos se han demostrado que son relevantes durante la infancia para el adecuado desarrollo y crecimiento de los escolares: a) Adecuación nutricional cuantitativa; b) Adecuación nutricional cualitativa; c) Estructura y horario de las comidas; d) Condiciones ambientales asociadas a la alimentación (42).

a) Adecuación Nutricional Cuantitativa

Los niños y niñas poseen requerimientos nutricionales variables que evolucionan a la par y de manera recíproca con su crecimiento lineal y desarrollo. Estas necesidades diarias son específicas y distintas para el



recuento calórico, cada uno de los macronutrientes –carbohidratos, proteínas y grasas–, vitaminas, minerales, y otros oligoelementos. Los desequilibrios en estos aportes, tanto por exceso como por defecto, pueden resultar en alteraciones del crecimiento y el desarrollo psicomotor (43).

Estas necesidades nutricionales deben ser estimadas por las entidades competentes de cada territorio según el perfil biológico-genético y sociocultural de cada población. A pesar de que en Ecuador los resultados del ENSANUT 2014 apuntan a un exceso de estos aportes de manera general (44), existen reportes locales donde se documenta inadecuación nutricional por déficit de nutrientes, como lo fue documentado por Orozco Montero en el 2011 en una cohorte de jóvenes de Riobamba (45). Estas discrepancias locales subrayan la importancia de la caracterización de los patrones nutricionales de cada comunidad de manera individual.

b) Adecuación Nutricional Cualitativa

De la mano de la adecuación cuantitativa, los aportes nutricionales deben provenir de fuentes saludables de alto valor biológico como los vegetales, frutas y proteínas. Esto es típicamente reflejado en la constitución de las pirámides nutricionales de cada región, según la disponibilidad de alimentos o materia prima, y las condiciones socioeconómicas según el trasfondo cultural de cada localidad como es la parroquia San Joaquín (46). Idealmente, la adecuación nutricional debe alcanzarse mediante el consumo de alimentos ricos en fibra como lo son los vegetales tipo: alcachofa, brócoli, coliflor, zanahoria entre otros, carbohidratos tipo: principalmente en los granos y algunos tipos de panes, amino ácidos complejos y grasas poliinsaturadas: principalmente en algunos tipos de carne con grasa magra, frutos secos entre otros; al igual que alimentos bajos en carbohidratos simples y grasas saturadas (47).



c) Estructura y Horario de las Comidas

La periodicidad de las comidas diarias y la consistencia en los horarios de las mismas también influyen significativamente en la salud de la población infantil. Ibarra López y colaboradores en el 2012 evidenciaron en su investigación que las meriendas consumidas durante la tarde o adquiridas fuera del hogar se asociaron con mayor consumo calórico diario, en contraste con el consumo de meriendas matutinas, así como aquellas preparadas y consumidas en casa (41).

Por otro lado, aunque es controversial la selección de una periodicidad y horario idóneo para los mejores resultados nutricionales, el consumo de múltiples comidas de menor volumen parece ser particularmente efectiva en la reducción de la obesidad infantil, tal como se expresa en un meta-análisis publicado por Kaisari y colaboradores en el 2013, donde un patrón alimentario diario con dichas características se asoció con menor índice de Masa Corporal (IMC), especialmente en el sexo masculino (48).

d) Condiciones Ambientales asociadas a la Alimentación

Más que un mero acto de supervivencia o rutina, la conducta alimentaria es un fenómeno social, altamente sensible a un amplio espectro de determinantes socioculturales. En la edad escolar, es importante la influencia que tiene la educación en salud adquirida a través de la familia o de las escuelas, asimismo el auge de la publicidad y comunicaciones tienen un papel fundamental en el comportamiento de los niños con respecto a lo que alimentación se refiere (42). También se ha señalado el rol decisivo de las comidas consumidas en las instituciones educativas, que suelen constituir una porción significativa del aporte dietético diario de los niños, y dictar sus conductas alimentarias a largo plazo (49).



Por otro lado, en el hogar se han resaltado los beneficios de consumir las comidas en familia. En un meta-análisis de Hammons y Fiese que incluyó a jóvenes en edad escolar, se determinó que el compartir en familia al menos 3 comidas por semana se asoció con una disminución de 12% en el riesgo de sobrepeso; 20% para el riesgo de consumo de comidas no saludables y 25% para el riesgo de horarios alimentarios desordenados; con un aumento de 24% de probabilidades de consumir alimentos saludables (50). Fiese y sus investigadores manifiestan que los malos hábitos de alimentación se han relacionado con los vínculos familiares, encontrándose antecedentes de conflictos intrafamiliares, menos comidas en familias entre otros (51); al igual que con la presencia de distracciones durante la comida, como la televisión, teléfonos celulares o computadoras (52).

2.1.4 ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

En la actualidad, los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Centers for Disease Control; CDC), recomiendan la realización de 60 minutos diarios de actividad física para los jóvenes con edades entre 6 y 17 años. Esta actividad debe ser aeróbica con una intensidad vigorosa al menos 3 veces por semana. Asimismo, las actividades concretas deben ser apropiadas para cada grupo etario en intensidad y accesibilidad, que además ofrezcan variedad así como el disfrute (53). En Ecuador, no se ha llegado a un consenso sobre las recomendaciones de la actividad física que deben realizar los escolares.

Si se compara la conducta alimentaria y la realización de actividad física este último es un fenómeno igualmente susceptible al grado de apoyo familiar y social ofertado a la población infantil. En este sentido, en un estudio longitudinal de 5 años de extensión que incluyó niños de 5 a 12 años de edad realizado por Cleland y colaboradores en el 2011 cuyos resultados



revelaron una asociación significativa entre la participación de los padres en la realización de actividad física, así como a la adherencia de los niños a las recomendaciones cuantitativas para su ejecución a través del tiempo (54).

También se ha otorgado interés especial a la actividad física realizada en las instituciones educativas: Guerra y colaboradores en el 2013 documentaron la efectividad de programas de intervención intensivos para la promoción de la actividad física en las escuelas, encontrando mejorías significativas en el índice de masa corporal y presión arterial de los escolares participantes (55).

El tiempo de descanso prolongado es un determinante importante del sedentarismo, y uno de los principales objetivos de intervención preventiva. En este sentido, en una muestra de 235 escolares de edades entre 8 y 11 años, Ridgers y colaboradores en Australia en el 2015 evidenciaron una relación inversa entre el tiempo de descanso y el tiempo de caminata diaria, con implicaciones significativas en su composición corporal (56).

A su vez, el tiempo de descanso se ha vinculado con la utilización de pasatiempos sedentarios como la televisión, videojuegos, computadoras y otros dispositivos digitales (57). Estas actividades constituyen otro blanco de intervención importante, en tanto pueden actuar sinérgicamente para distorsionar no sólo los patrones de actividad física, sino también las conductas referentes a esta, siendo un importante modificador de los estilos de vida saludables en la población infantil (58).

2.1.5 HIGIENE EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Los hábitos básicos de higiene general constituyen herramientas de fácil empleo y difusión, que pueden instalarse de manera sencilla en la rutina cotidiana de los niños y sus cuidadores, con abundantes beneficios. Se han documentado beneficios significativos para la adherencia constante y



adecuada a prácticas como el lavado correcto de las manos o cepillado de dientes, en particular en relación a la incidencia de las infecciones comunes durante la infancia, y la salud bucodental (59).

Simultáneamente, la realización conjunta de estas actividades puede promover el reforzamiento de las relaciones entre los niños y sus cuidadores, favoreciendo un mejor ambiente familiar y mayor comunicación (60).

A pesar de estas ventajas y de la extensa inclusión de los hábitos higiénicos básicos en todos los programas de promoción de la salud infantil, a menudo se observan discrepancias entre los conocimientos, actitudes y prácticas concernientes a la higiene infantil, no sólo en los propios niños y sus cuidadores, sino también en el personal de salud (61). Por lo tanto, en virtud de los beneficios de la adopción temprana de hábitos higiénicos correctos en la niñez, la promoción de estas actividades representa un objetivo prioritario dirigido a cada uno de los representantes en el cuidado de los niños (62).

La OMS ha descrito a la higiene como las condiciones y prácticas que ayudan a mantener la salud y prevenir la propagación de enfermedades (63). Las prácticas higiénicas son individuales, no obstante, su adecuado hábito es adquirido mediante un proceso de aprendizaje. Por lo tanto, para la educación y ejecución de buenos hábitos de higiene se necesita la presencia de la transmisión de dichos valores por parte de los padres, representantes, familiares y/o responsables de los escolares, para garantizar la consolidación de los conocimientos, actitudes prácticas sobre la higiene personal. En este proceso la familia adquiere un papel protagónico, y a pesar que dentro de las escuelas se establezcan normativas sobre los hábitos higiénicos, no se podrán adaptar completamente en los estilos de vida de los jóvenes si sus familias adoptan hábitos de higiene inadecuados (64).



La higiene involucra diversos procedimientos que permiten la prevención de enfermedades y el mantenimiento de un estado de salud óptimo. La puesta en práctica de las recomendaciones y normativas inherentes a la higiene, así como su mantención en el tiempo, se convierte en un hábito para el individuo. Por lo tanto se ha descrito que “la higiene personal involucra el concepto de autocuidado, y este a su vez la práctica de una serie de medidas tales como el baño diario, lavado de manos, cepillado de dientes, sustituir la ropa íntima todos los días, utilizar la vestimenta limpia y calzado adecuado, y el aseo personal en general, estos son actos básicos para el mantenimiento de la salud y cuidado del cuerpo” (64).

El personal de enfermería debe saber que la higiene es uno de los pilares en la educación del paciente y de las comunidades, sobretodo en la etapa escolar, ya que un adecuado hábito afianzado desde la infancia permite su mantenimiento y transmisión a las demás generaciones. Esto es de gran relevancia porque un número considerable de muertes a nivel mundial está relacionado a malos hábitos higiénicos; 62% de todas las muertes en África y el 31% en el Sudeste de Asia, son causadas por enfermedades infecciosas (65). Esta tendencia es notable en los países en vías de desarrollo, donde las infecciones intestinales agudas así como las respiratorias son las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población infantil (66). De este gran impacto, se describe que las condiciones sanitarias inadecuadas y las malas prácticas de higiene tienen un rol importante en el incremento de la carga de enfermedades transmisibles dentro de estos países en vías de desarrollo, en donde Ecuador no puede escapar a este comportamiento.

Los estudios previos relacionados con la higiene de manos han indicado que los niños con las prácticas de lavado de manos son menos propensos a reportar síntomas gastrointestinales y respiratorios (67). El lavado de



utilizando jabón se ha informado que reduce la morbilidad por diarrea en un 44% y las infecciones respiratorias en un 23%. Sin embargo, a nivel mundial, las tasas a las que la población escolar y adolescente se lava las manos con jabón es de solamente 0-34%. Un estudio realizado por la “Asociación pública y privada para el lavado de manos” (PPPHW) informó que el 17% de los participantes se lavaron las manos con jabón después de ir al baño, mientras que el 45% solamente con agua (65).

La falta de recursos, como el jabón y el agua, así como las instalaciones sanitarias inadecuadas pueden ser dos de las razones primordiales por las que los infantes no se lavan las manos (68), sin embargo no se puede despreciar el grado de instrucción y enseñanza que se practique en los hogares, ya que las prácticas de higiene están muy influenciadas por el conocimiento y las actitudes hacia la higiene de los adolescentes, así como los cambios psicológicos que se producen en esta etapa. En este sentido, se ha reportado que las razones dadas para no lavarse las manos incluyen la terquedad (no querer seguir lo que dicen los adultos), la pereza, la prisa por ir a las pausas, el tiempo que lleva lejos de jugar, así como la suciedad y el mal olor de los baños (66).

A pesar de estas actitudes negativas hacia el lavado de manos, muchos niños tienden a practicar una conducta adecuada de lavado de manos (66). Basándose en el estudio Sociedad privada para lavarse las manos con jabón (Private Partnership for Handwashing with Soap) PPPHW en el 2015 auspiciada por la UNICEF, los factores que motivaron a los niños para realizar un adecuad lavado de manos incluyeron la evitación de disgusto, la crianza (es decir, la enseñanza a lavarse las manos para que se mantengan sanos), el estado social (es decir, la gente limpia está más aceptada socialmente), afiliación (la limpieza se asocia con un mejor estatus



socioeconómico), la atracción (las personas más limpias son más atractivas), comodidad y el miedo (es decir, evitar el riesgo de la enfermedad) (69).

Cabe destacar que algunos reportes indican que más de la mitad de los niños no conoce sobre la posible transmisión de enfermedades a través de las heces. Por lo que diversas poblaciones a nivel mundial presentan pobres medidas higiénicas, en cuanto a la educación sobre las medidas higiénicas, especialmente en las zonas rurales (66).

2.1.6 SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Aunque las conceptualizaciones del estilo de vida infantil se han centrado tradicionalmente en la vigilancia de la nutrición y actividad física, en décadas recientes se ha atribuido mayor relevancia a factores psicosociales, como la salud mental y las relaciones interpersonales protectoras, incluyendo los vínculos con sus padres y con adultos responsables, como cuidadores, profesores, entre otros (70). Esta iniciativa ha sido propulsada por hallazgos como los de Morgan y colaboradores en el Estudio de cohorte de nacimiento del Reino Unido en 2012; quienes observaron que la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa durante la infancia, se correlacionó con mayor incidencia de problemas de salud mental en la edad adulta (71).

En efecto, los aspectos psicopatológicos de exploración prioritaria en la infancia son aquellos relacionados con el área afectiva, especialmente los sentimientos de soledad, abandono, pensamientos de muerte, suicidio y otras formas de autolesión o violencia (72). Los elementos psicodinámicos típicamente involucrados en la perpetuación de la psicopatología hasta la edad adulta incluyen sensaciones de incapacidad o invalidez forjadas por experiencias infantiles tempranas, además de estilos de personalidad y apego específicos en el núcleo familiar, como lo son la lactancia materna,



comidas en familia, comunicación efectiva entre los miembros, entre otros (73-74).

2.1.7 MÉTODOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Se han propuesto diversas pruebas y cuestionarios para la exploración de los estilos de vida en los individuos de edad escolar, difiriendo en confiabilidad, validez, orientación a grupos etarios específicos y enfoques a variables particulares (78). Una de las alternativas más aplicables en esta situación es un instrumento diseñado por la OMS para ser auto administrado en el contexto escolar, para completar mediante una escogencia. Está compuesto por 9 módulos para la evaluación de la salud integral: grupo etario, nivel de instrucción de los padres, conducta alimentaria, actividad física, higiene, salud mental, factores protectores (funcionalismo familiar y núcleo de convivencia) y conducta sexual. Cada ítem contiene categorías que fueron evaluados por separado (5).



CAPITULO III

OBJETIVOS:

3.1. Objetivo general

- Determinar los estilos de vida saludables en niños de 6 a 9 años en la Unidad Educativa “San Joaquín” Cuenca, 2017.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas según sexo, grupo etario y nivel de instrucción de los padres.
- Identificar los estilos de vida saludables de los niños en estudio en relación con: conducta alimentaria, actividad física, higiene, salud mental, factores protectores y conducta sexual.



CAPITULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal que permitió describir los, estilo de vida saludables en niños de 6 a 9 años en la Unidad Educativa “San Joaquín” Cuenca 2017, en un periodo de tiempo determinado.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio de investigación fue la Unidad Educativa “San Joaquín” perteneciente a la parroquia San Joaquín, de la ciudad de Cuenca, en sus niveles de tercero, cuarto y quinto de básica.

4.3 UNIVERSO

Se consideró para el estudio un universo finito con un total de 192 estudiantes distribuidos en 3ro, 4to y 5to grado de básica de la Unidad Educativa “San Joaquín” de la parroquia San Joaquín.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Todos los escolares con edades comprendidas entre 6 y 9 años, de ambos sexos, que hayan aceptado participar en el estudio con la firma del consentimiento y asentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Niños con presencia de patologías que produzca alteraciones cognitivas que no permitió la aplicación correcta de la encuesta.
- Niños con edades correspondientes a una edad diferente a la propuesta.



- Niños que no quisieran participar en el estudio o que los padres no firmaran el consentimiento informado.

4.5 VARIABLES

Dependiente

- Conducta alimentaria (dependiente)
- Actividad física (dependiente)
- Higiene (dependiente)
- Salud Mental (dependiente)
- Factores protectores (dependiente)
- Conducta sexual (dependiente)

Independiente

- Sexo (independiente)
- Edad (independiente)
- Nivel de instrucción de los padres (independiente)

Operacionalización de variables (**ANEXO 4**).

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODOS Y TÉCNICAS

El método utilizado fue cuantitativo y descriptivo.

La técnica empleada fue la encuesta que se realizó en los escolares incluidos en el estudio.

INSTRUMENTO

A todos los participantes que firmaron el asentimiento informado, se les aplicó el formulario validado por las investigadoras a través de prueba piloto,



(**ANEXO 1**). La Encuesta consideró aspectos relacionados a los estilos de vida saludables en la población escolar que fue guiada por la Organización Mundial de la Salud (5), basándose a los siguientes parámetros: conducta alimentaria, actividad física, higiene, salud mental, factores protectores y conducta sexual. Cada ítem contiene categorías que se evalúan por separado y de manera descriptiva (5) (**ANEXO 1**).

PROCEDIMIENTO

Se obtuvo la autorización de la Unidad Educativa “San Joaquín” de la parroquia San Joaquín para la ejecución del estudio, se dio a conocer a los padres y representantes sobre los objetivos de dicha investigación y el procedimiento a seguir. Se consideró a todos los estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión, se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado. Se procedió a aplicar las encuestas auto-reportadas, contando con un salón de clases con espacio físico amplio, para la recolección de datos de los escolares, que fueron ubicados con una distancia prudente entre ellos al momento del llenado de la encuesta. Las dudas con respecto a la misma fueron respondidas por las investigadoras. La aplicación de la encuesta tuvo una duración de 10 a 15 minutos. Posterior a la obtención de la información estos fueron recogidos en el programa Excel y luego se exportó al programa SPSS 15 para la realización de los análisis estadísticos.

SUPERVISIÓN:

El estudio estuvo supervisado constantemente por la directora Lic. Ruth Altamirano. Mgt. Y asesorado por la Lic. Gladys Robalino. Mst.



4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos se transcribieron a una base de datos digital y fueron analizados en el programa Excel, en donde se realizó la auditoría de la base de datos, así como los análisis estadísticos. Las variables fueron presentadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), mediante tablas académicas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos los participantes que fueron incluidos entregaron el consentimiento informado firmados por sus padres o representantes (**ANEXO 2**) y el asentimiento informado por parte de sus participantes (**ANEXO 3**). No existe riesgo en este estudio y se garantizó la confidencialidad de los datos, todos los participantes se mantuvieron en el anonimato. Se mantuvo el principio de autonomía, para participar de manera voluntaria, pudiendo retirarse del estudio el estudiante cuando lo desee, sin que esto tenga consecuencias negativas sobre los escolares.

5. RECURSOS

5.1 Humanos:

Autoras: Sandra Patricia Ortiz Bermejo, Marcia Beatriz Pillco Pintado

Directora: Lic. Ruth Altamirano Cárdenas. Mgt

Asesora: Lic. Gladys Robalino Izurieta. Mst.



CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

La elaboración de los resultados fue realizada en base a los objetivos del estudio.

1. Características sociodemográficas de los escolares pertenecientes a la Unidad Educativa “San Joaquín”

Tabla 1. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según sexo. Cuenca 2017.

Sexo	N°	%
Masculino	110	57,3
Femenino	82	42,7
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las autoras

Análisis: En el presente estudio se evaluaron a 192 escolares (100%), de los cuales el 57,3% correspondió al sexo masculino y 42,7% al femenino.



Tabla 2. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según edad. Cuenca 2017.

Edad	N°	%
6 años	3	1,6
7 años	29	15,1
8 años	68	35,4
9 años	92	47,9
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las autoras

Análisis: La edad más frecuente correspondió a los 9 años con 47,9%.

Tabla 3. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según la instrucción de los padres. Cuenca 2017.

Instrucción de los padres	N°	%
Primaria	109	56,8
Secundaria	56	29,2
Superior	27	14,1
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las autoras

Análisis: La instrucción más prevalente de los padres fue la primaria con 56,8%.



2. Estilos de vida de los escolares de 6 a 9 años pertenecientes a la Unidad Educativa “San Joaquín”

Tabla 4. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según, conducta alimentaria. Cuenca 2017.

Conducta alimentaria	N°	%
Cuántas veces come al día		
1 vez al día	18	9,3
2 veces al día	12	6,3
3 veces al día	135	70,3
4 o más veces al día	27	14,1
Alimentos que suele desayunar antes de ir a la escuela		
Café	26	13,5
Pan	74	38,5
Leche	25	13,0
Yogurt	10	5,2
Agua aromática	19	9,9
Arroz	38	19,9
Frecuencia que consume legumbres		
Todos los días	91	47,4
Dos o tres veces por semana	34	17,7
Una vez a la semana	53	27,6
No se comer	14	7,3
Cantidad de fruta que come al día		
Una fruta	66	34,4
Dos o más frutas	116	60,4
No como frutas	10	5,2
Que come en el Bar		
Jugo	22	11,5
Papas en funda	22	11,5
Frutas	114	59,4
Coca Cola	7	3,6
Papas fritas	16	8,3
Dulces	11	5,7
Total	192	----

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El 70,3% de los escolares come 3 veces al día y el 9,3% lo hace una vez. Con respecto al desayuno solo el 13% consume leche y el 5,2% yogurt, la frecuencia del consumo de legumbres todos los días fue referido por el 47,4% de los escolares, el consumo de frutas de dos o más al día fue referido por el 60,4%,



lo que se refiere al consumo de comidas en el bar de la escuela con el 59,4% reporto comer frutas y en menor proporción Coca-Cola con 3,6%.

Tabla 5. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según, actividad física, transporte y tiempo libre. Cuenca 2017.

Actividad física en la esfera de transporte y tiempo libre	N°	%
Transporte a la escuela		
Bus	77	40,1
Bicicleta	5	2,6
Caminando	82	42,7
Carro particular	28	14,6
Actividad que realiza después de comer		
Tareas de la escuela	150	78,1
Ver TV	19	9,9
Dormir	9	4,7
Salir al parque	13	6,8
Nada	1	0,5
Actividad que le gusta hacer en tiempo libre		
Jugar/hacer deporte	120	62,5
Ver televisión	21	10,9
Ayudar a los padres	18	9,4
Leer/estudiar	22	11,5
Ir al parque	7	3,6
Dormir	4	2,1
Total	192	-----

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las autoras

Análisis: La mayoría de los escolares con el 42.7% se transportan a la escuela caminando y en bus 40,1%. Las actividades que realizan después de comer son las tareas de la escuela con 78,1%; seguido de ver televisión con el 9,9%. El 62,5% refiere que jugar o hacer deporte es la actividad que más les gusta hacer durante el tiempo libre.



Tabla 6. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según, deportes y juegos favoritos. Cuenca 2017.

Deportes y juegos favoritos	N°	%
Practica algún deporte		
Fútbol	118	61,5
Básquet	13	6,8
Bicicleta	13	6,8
Correr/trotar	9	4,7
Natación	6	3,1
Tenis	3	1,6
Vóley	1	0,5
Otro	8	4,1
Ninguno	21	10,9
Tiempo de práctica diaria		
Ninguna	22	11,5
30 minutos	104	54,2
1 hora	25	13,0
2 horas	28	14,5
Más de 2 horas	13	6,8
Cuantos días a la semana realiza deporte		
Ningún día de la semana	22	11,5
1 día a la semana	100	52,1
2 días a la semana	36	18,8
3 días a la semana	26	13,4
Más de 3 días	8	4,2
Juegos favoritos		
Ninguno	13	6,8
Fútbol	88	45,8
Cogiditas/Congeladitas/Escondidas	37	19,2
Básquet	12	6,2
Bicicleta	8	4,2
Videojuegos	9	4,7
Canicas	4	2,1
Natación	3	1,6
Otro	18	9,4
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las autoras

Análisis: El deporte más practicado fue el fútbol con 61,5% de escolares; seguido de básquet y bicicleta 6,8%; el 10,9% no realiza ningún deporte. El tiempo de deporte practicado al día corresponde a 30 minutos en el 54,2%. El 52,1% reporto realizar deporte un día a la semana. En relación con los juegos se repite el fútbol con 45,8%; seguido de las cogiditas, congeladitas o escondidas con el 19,2% de niños.



Tabla 7. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según, Factores protectores. Cuenca 2017.

Factores protectores	N°	%
Con quien vive		
Papá	5	2,6
Mamá	49	25,5
Papá y Mamá	130	67,8
Abuelitos	5	2,6
Tíos	1	0,5
Vecinos	1	0,5
Hermanos	1	0,5
Relación con la familia		
Muy buena	163	84,9
Buena	26	13,5
Mala	3	1,6
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El 67,8% de los escolares viven con ambos padres. El 25,5% vive solo con la madre y el 2,6% vive solo con el papa. 84,9% de los escolares reporta una relación familiar muy buena y mala indicando el 1,6%.

Tabla 8. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según, aseo personal. Cuenca 2017.

Higiene	N°	%
Número de veces que se baña a la semana		
1 vez	17	8,9
2 veces	29	15,1
3 veces	71	37,0
4 veces o más	75	39,1
Número de veces que usa el jabón para lavarse las manos		
1 vez al día	41	21,4
2 veces al día	37	19,3
3 veces al día	49	25,5
Más de 3 veces al día	65	33,9
Momento de lavado de las manos		
Antes de ir al baño	29	15,1
Después de ir al baño	160	83,3
No se lava las manos para ir al baño	3	1,6
Número de veces que se cepilla los dientes		
1 vez al día	16	8,3
2 veces al día	37	19,3
3 veces al día	106	55,2
4 o más veces al día	33	17,2
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las autoras

Análisis: El 39,1% de los escolares refiere bañarse 4 veces o más a la semana y 8,9% lo hace una sola vez, el 33,9% reporto que se lava las manos con jabón más de 3 veces al día, el 83,3% se lava las manos después de ir al baño. En cuanto al cepillado de dientes se observó con mayor porcentaje con el 55,2%, que realizan 3 veces al día.



Tabla 9. Distribución de 192 escolares de 6 a 9 años de la Unidad Educativa “San Joaquín” según, salud mental. Cuenca 2017.

Salud mental	N°	%
Cómo te sientes cuando estas en el escuela		
Triste	9	4,7
Contento	174	90,6
Asustado	6	3,1
Enojado	3	1,6
Cómo te sientes cuando estas en la casa		
Triste	4	2,1
Contento	186	97,9
Asustado	0	0,0
Enojado	0	0,0
Cuántos amigos cercanos tienes		
No tiene amigos	25	13,0
1 amigo	49	25,5
2 amigos	36	18,8
3 o más amigos	82	42,7
Te has sentido solo/a		
Si	62	32,3
No	130	67,7
Te incluyen en el grupo de amigos para trabajos		
Si	152	79,2
No	40	20,8
Te incluyen en el grupo de amigos para juegos		
Si	133	69,3
No	59	30,7
Haz sido intimidado por		
Maestro/a	31	16,1
Compañeros	48	25,0
Ninguno	113	58,9
Total	192	100,0

Fuente: Encuestas
Elaborado por: Las autoras

Análisis: Los escolares se sienten en su mayoría contentos tanto en la escuela 90,6% como en la casa 97,9%. El 32,2% se ha sentido solo. El 20,8% no es incluido en el grupo de amigos para trabajos y el 30,7% no es incluido en el grupo de amigos para juegos. El 25,0% ha sido intimidado por compañeros y el 16,1% por algún maestro/a.



7. DISCUSIÓN

El estilo de vida se ha definido como la manera general de vivir, basada en la interacción de las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta, siendo determinado por diversos factores socioculturales e individuales, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, como la actividad física, alimentación y conductas de riesgo. Por lo tanto, su alteración puede producir un impacto negativo sobre la salud de los escolares (79).

En cuanto al sexo de los escolares, el estudio de Berta y colaboradores, realizado en Santa Fe, Argentina en el 2015 para evaluar el estado nutricional de 637 escolares (80); encontró que el 45% correspondió al sexo femenino y el 55% al sexo masculino. Estos resultados concuerdan con la encontrada en nuestro estudio, donde el 42,7% fueron escolares del sexo femenino y 57,3% del sexo masculino.

Respecto al grado de instrucción de los padres, Sánchez y colaboradores llevaron a cabo una investigación en Colombia en el año 2013, donde estudiaron la presencia de estilos de vida alterados, embarazo adolescente o conductas sexuales de riesgo, encontrando que la educación de los padres más frecuente fue la primaria con el 50,3% (81). Este porcentaje fue similar en nuestro estudio, donde los padres tienen una educación primaria representando con un 56,8% del total de casos. Dicho comportamiento sugiere que el bajo nivel educativo de los padres puede predisponer a estilos de vida inadecuados en sus hijos. Sin embargo, no es el único factor que debe tomarse en cuenta, también se debe considerar la funcionalidad familiar, valores transmitidos a los hijos, aspectos culturales o sociodemográficos (82).



La OMS ha recomendado como parte de un buen hábito alimentario el consumo de legumbres, tales como los granos, ya que son ricas en proteínas, carbohidratos y fibra, vitamina B y minerales, tales como calcio, zinc y hierro; además recomienda el consumo de cereales como el arroz, ya que al combinar la ingesta con estos últimos que son ricos en vitamina C, se incrementa la capacidad de absorción del hierro. Por lo tanto, los cereales y legumbres deben ser pilares fundamentales para una dieta saludable. Al comparar estas recomendaciones alimentarias con las observadas en nuestro estudio, se evidenció que el 13% consumen leche y el 47,4% consume legumbres todos los días; por lo cual aproximadamente la mitad de los casos cumple con las recomendaciones de la OMS. Cabe destacar que los escolares de nuestro estudio exhiben un mejor hábito alimentario comparado con el estudio de Berta y colaboradores, el cual reportó que la mayor proporción de alimentos ingeridos por los escolares fueron cereales no recomendados por la OMS (80).

El patrón alimentario fue muy similar al reportado por Oliva y colaboradores en su estudio realizado en 54 escolares de un centro de educación con nivel socioeconómico alto de Sevilla-España, quienes reportaron que el 90,9% de los niños desayunan pan o cereal, además el 89,6% de los niños toma al menos una pieza de fruta al día (83); lo cual tiene un comportamiento parecido a los escolares del presente estudio donde se reportó que solo el 5,2% no come frutas y el resto come al menos una fruta al día; esto sugiere que el patrón nutricional de los escolares tiene una similitud con otras áreas de nivel socioeconómico alto y demuestra la calidad nutricional de los niños, lo cual es importante para su desarrollo ya que la ingesta de lácteos, cereales y frutas con el desayuno representa un adecuado aporte energético en relación a los carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales durante las primeras horas del día lo que es fundamental para un buen rendimiento escolar (83).



En relación con las actividades realizadas posterior a ingesta de comida, Martínez-Sabater y colaboradores condujeron un estudio en 104 escolares de áreas rurales y urbanas de España en el año 2013, que determinó que el 50% de los escolares tienen el hábito de ver televisión posterior a las comidas (84). Esto difiere con lo reportado en nuestro estudio, donde se observa que las actividades que mayormente realizan los escolares después de comer son las tareas de la escuela con 78,1%; seguido de ver televisión con el 9,9%.

La actividad física en escolares constituye un factor importante a ser evaluado, Castillo y Fernández investigaron a 283 escolares de instituciones educativas públicas y privadas de la Comunidad de Valencia, España, determinando que la actividad física intensa, como la práctica del fútbol, es practicada por el 57,5% (106 niños y 57 niñas) (85). Esta distribución fue concordante con nuestro estudio, donde se observó que la práctica de fútbol fue la actividad física mayormente realizada con el 62,5%, lo cual es un factor protector para la obesidad y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, y cardiovasculares debido a los beneficios que produce el deporte en lo referente a la salud física y mental (86).

En cuanto al núcleo familiar, Navarro Murugarren describió en su estudio realizado en una unidad educativa de Logroño, España, que de un total de 35 escolares con buenas calificaciones académicas, el 73,5% (n=24) reportó vivir con su familia en un entorno estable (87). Esto concuerda con nuestro estudio, en el cual el 67,8% de los escolares viven con sus padres, lo que sugiere la existencia de un vínculo estrecho con los mismos. Incluso, en la relación familiar los escolares la consideraron como “muy buena” con un alto porcentaje de 84,9%; esto es confirmado con el hecho de que de los escolares manifestaron sentirse contentos tanto en el colegio con un 90,6% como en la casa con un 97,9%. Por lo tanto, los escolares tienen una



adecuada funcionalidad familiar, que los protege de la baja autoestima, alteración en la salud mental, conductas de riesgo, violencia, delincuencia, drogadicción, entre otras (88).

De acuerdo al hábito de la higiene en escolares, Parada Johana estudió este hábito en el Instituto Educativo “Abdón Calderón Muñoz” del Cantón de Olmedo de la provincia de Manabí-Ecuador, reportando que el 80% de los niños refirieron que no es importante el lavado de manos antes y después de salir del baño (89). Esto difiere ampliamente con las prácticas de higiene encontradas en nuestro estudio, donde el 83,3% de los escolares se lava las manos después de ir al baño, asimismo el 39,1% refirió bañarse 4 veces por semana y cepillarse los dientes 3 veces al día en el 55,2%. Esta buena práctica de higiene es una de las medidas más efectivas y económicas para prevenir enfermedades infecciosas, pudiéndose evitar hasta un 25% de las muertes por infecciones diarreicas y respiratorias agudas (90).

Al evaluar la sexualidad de los escolares, un estudio realizado por Campo y colaboradores en 3.575 escolares y adolescentes de Santa Marta, Colombia, encontró que la edad media para el inicio de relaciones sexuales fue de 14,8 años (91). Este hallazgo es concordante con nuestro estudio, en donde ningún escolar (0%) manifestó haber iniciado relaciones sexuales. Por lo tanto, las prácticas sexuales tienden a iniciarse en la adolescencia media o temprana y no es usual que se inicie en la edad escolar.

La razón por las cuales los escolares tienden a posponer las relaciones sexuales ha sido evaluada por Pascual-González y colaboradores en un estudio realizado en la parroquia San Pedro de Caracas-Venezuela, donde se reportó que los estudiantes escolarizados manifestaron que la edad ideal de inicio en la actividad sexual es mayor a los 20 años (92). Además, Sañay Novillo en su estudio realizado en 231 escolarizados de la parroquia Checa



de la ciudad de Cuenca en el año 2015, determinó que el 62,3% de los encuestados refirió que la edad ideal para iniciar relaciones sexuales fue entre 18 a 21 años (93). Estos estudios coinciden con el nuestro, donde el 42,7% de los escolares afirmaron posponer el inicio de relaciones sexuales para esperar a ser mayores de edad. Esto es beneficioso para un grupo de niños cuya prioridad es el estudio, el crecimiento y desarrollo adecuado.

Ante estos hallazgos podemos observar que se trata de un grupo de escolares con un estilo de vida predominantemente saludable, que como Enfermeras no debemos descuidar en las labores de prevención y formación de los valores importantes para mantener buenas conductas y comportamientos sobre los hábitos nutricionales, actividad física, higiene, actividad sexual, de tiempo libre, entre otros; para lo cual se requiere de una educación que tenga un componente individual y también comunitario para abarcar al núcleo familiar, pudiéndose perpetuar los buenos hábitos en las poblaciones a través de las generaciones; lo cual condicionará una menor incidencia de enfermedades y producirán pueblos cada vez más sanos y con mejor calidad de vida.



8. CONCLUSIONES

- En la Unidad Educativa San Joaquín se pudo aplicar la encuesta a los escolares de ambos sexos, con un mayor porcentaje de 57,3% masculino y 42,7% femenino, en relación con los padres de los escolares tienen un nivel educativo de primaria con un 56,8%.
- Los hábitos nutricionales fueron satisfactorios principalmente con desayunos que incluyen leche con el 13% y cereales 19,9%, así como la ingesta de legumbres a diario en el 47,4%. La mayor parte de los escolares consume frutas diariamente. El 9,9% de escolares ve la televisión posterior a las comidas, el 62,5% realiza como deporte el fútbol, por lo que estos patrones de actividad física evitan el sedentarismo que pueden predisponer al desarrollo de diabetes mellitus, hipertensión arterial, así como otras enfermedades cardiovasculares y metabólicas en el futuro.
- La relación familiar es muy buena en un porcentaje de un 84,9%. Lo que constituye un factor de protección para el buen desarrollo de los estilos de vida de los escolares
- Los escolares mostraron buenos hábitos de higiene ya que la mayoría refirieron bañarse más de 4 veces por semana y el 83,3% se lavó las manos luego del uso del baño y el 55,2% refirieron cepillado de dientes 3 veces al día, estos hábitos evitan el desarrollo de enfermedades infecciosas y la aparición de patologías dentales.
- Ningún escolar refirió haber tenido relaciones sexuales; la principal razón expuesta fue querer esperar a ser mayor con el 42,7%; formando parte de las buenas actitudes respecto a la sexualidad en este grupo etario.



9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda evaluaciones mediante encuestas sobre los estilos de vida de los escolares en todos los centros educativos de la ciudad a fin de obtener un diagnóstico situacional para el desarrollo de políticas que mejoren los estilos de vida para así promover el crecimiento de una población cada vez más sana.
- Se recomienda llevar a cabo programas de educación nutricional dirigida a los responsables del cuidado de los escolares para garantizar un buen aporte de los alimentos y nutrientes que favorezcan el desarrollo saludable de la población escolar, así como la adquisición de conductas adecuadas en relación al patrón alimentario.
- Deben fomentarse las actividades deportivas y recreaciones sobre todo recuperar los juegos tradicionales en toda la población escolar para evitar hábitos y conductas sedentarias.
- La higiene diaria debe de convertirse en hábitos rutinarios en todos los escolares porque son métodos eficientes y económicos para la prevención de múltiples enfermedades.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemelin L, Gallagher F, Haggerty J. Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle. *BMC Nurs.* 1 de agosto de 2012; 11:12.
2. Conti G, Heckman JJ. The Developmental Approach to Child and Adult Health. *PEDIATRICS.* 1 de abril de 2013;131(2): S133-41.
3. Grupo Aula Médica. Alimentación y Estilos de Vida Saludable en Niños y Adolescentes. *Nutr Hosp.* 2012;27(3):53-75.
4. Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Champagne CM, Chaput J-P, Fogelholm M, et al. The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment (ISCOLE): design and methods. *BMC Public Health.* diciembre de 2013;13(1):900.
5. World Health Organization. Global school-based student health survey (GSHS) purpose and methodology. WHO 2012. Disponible en: <http://www.who.int/chp/gshs/methodology/en/>.
6. Kessaram T, McKenzie J, Girin N, Merilles OEA, Pullar J, Roth A, et al. Overweight, obesity, physical activity and sugar-sweetened beverage consumption in adolescents of Pacific islands: results from the Global School-Based Student Health Survey and the Youth Risk Behavior Surveillance System. *BMC Obes.* 2015; 2:34.
7. Malak MZ. Violence and Unintentional Injuries Among School Students Aged 15 - 19 Years in Jordan. *Int J Sch Health [Internet].* octubre de 2015 [citado 15 de noviembre de 2016];2(4). Disponible en: http://intjsh.sums.ac.ir/?page=article&article_id=28820
8. Peltzer K, Pengpid S. Health Risk Behaviour among In-School Adolescents in the Philippines: Trends between 2003, 2007 and 2011, A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 24 de diciembre de 2015;13(1):73.



9. Jácome Salazar Patricio. Global School-based Student Health Survey, Ecuador (Guayaquil). 2007. Ministerio de Salud Ecuador. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/2007_Ecuador_Guayaquil_fact_sheet.pdf?ua=1.
10. Jácome Salazar Patricio. Global School-based Student Health Survey, Ecuador (Quito). 2007. Ministerio de Salud Ecuador. Disponible en: www.who.int/chp/gshs/2007_Ecuador_Quito_fact_sheet.pdf?ua=1.
11. Jácome Salazar Patricio. Global School-based Student Health Survey, Ecuador (Zamora). 2007. Ministerio de Salud Ecuador. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/2007_Ecuador_Zamora_fact_sheet.pdf?ua=1.
- 12.
13. Pérez-Cuevas R, Muñoz-Hernández O. Importancia de la salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México. Bol Méd Hosp Infant México. 2014;71(2):126-33.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. INEC 2010. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf.
15. Janssen MA, Schoon ML, Ke W, Börner K. Scholarly networks on resilience, vulnerability and adaptation within the human dimensions of global environmental change. Glob Environ Change. agosto de 2006;16(3):240-52.
16. Andresen S. Childhood Vulnerability: Systematic, Structural, and Individual Dimensions. Child Indic Res. 1 de diciembre de 2014;7(4):699-713.
17. UNICEF Ecuador - Programas - Salud [Internet]. [citado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/activities_28804.htm
18. Código de la Niñez y Adolescencia Ecuador. 2003. Disponible en: www.igualdad.gob.ec/docman/biblioteca-lotaip/1252--44/file.html [Internet]. [citado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=C%C3%B3digo+de+la+Ni%C3%B1ez+y+Adolescencia+Ecuador&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=PvfZWPdGC4W--wWv4qioDQ



19. Ley Orgánica de Educación Intercultural. Ecuador. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/ley-organica-de-educacion-intercultural-loei>.
20. Programa de Alimentación Escolar – Ministerio de Educación [Internet]. [citado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/programa-de-alimentacion-escolar/>
21. Programa de Seguridad Escolar en el Sistema Nacional de Educación ecuatoriano – Ministerio de Educación [Internet]. [citado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/ministerio-de-educacion-presenta-nueva-politica-de-seguridad-escolar-en-el-sistema-nacional-de-educacion-ecuatoriano/>
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del milenio. ONU 2000. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml>.
23. Kuate Defo B. Beyond the ‘transition’ frameworks: the cross-continuum of health, disease and mortality framework. Glob Health Action. 15 de mayo de 2014; 7:10.3402/gha. v7.24804.
24. León-Torres D, Soledad M. Children and women: a vulnerable amalgamation. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. enero de 2014;12(1):105-19.
25. Sahoo K, Sahoo B, Bhadoria A, Choudhury A, Sufi N, Kumar R. Childhood obesity: Causes and consequences. J Fam Med Prim Care. 2015;4(2):187.
26. Imamura F, O’Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. BMJ. 21 de julio de 2015;351:h3576.
27. Carlson JA, Crespo NC, Sallis JF, Patterson RE, Elder JP. Dietary-Related and Physical Activity-Related Predictors of Obesity in Children: A 2-Year Prospective Study. Child Obes. abril de 2012;8(2):110-5.



28. Kari JT, Tammelin TH, Viinikainen J, Hutri-Kähönen N, Raitakari OT, Pehkonen J. Childhood Physical Activity and Adulthood Earnings: *Med Sci Sports Exerc.* julio de 2016;48(7):1340-6.
29. Moreira A, Bonini M, Pawankar R, Anderson SD, Carlsen K-H, Randolph C, et al. A World Allergy Organization international survey on physical activity as a treatment option for asthma and allergies. *World Allergy Organ J.* 2014;7(1):34.
30. Eijkemans M, Mommers M, Draaisma JMT, Thijs C, Prins MH. Physical Activity and Asthma: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hernandez AV, editor. *PLoS ONE.* 2012;7(12): e50775.
31. Shoup JA, Gattshall M, Dandamudi P, Estabrooks P. Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children. *Qual Life Res.* 1 de abril de 2008;17(3):407-12.
32. Singh A, Uijtewilligen L, Twisk JWR, Mechelen W van, Chinapaw MJM. Physical Activity and Performance at School: A Systematic Review of the Literature Including a Methodological Quality Assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2 de enero de 2012;166(1):49-55.
33. Cleland V, Dwyer T, Venn A. Which domains of childhood physical activity predict physical activity in adulthood? A 20-year prospective tracking study. *Br J Sports Med.* junio de 2012;46(8):595-602.
34. Ives E, S L, Moral Peláez I, Brotons Cuixart C, de Frutos Gallego E, Calvo Terrades M, et al. Hábitos de estilo de vida en adolescentes con sobrepeso y obesidad: Estudio Obescat. *Pediatría Aten Primaria.* junio de 2012;14(54):127-37.
35. Leiva L, George M, Antivilo A, Squicciarini AM, Simonsohn A, Vargas B, et al. Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas.* enero de 2015;14(1):31-41.
36. Restrepo SL, Gallego MM. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Bol Antropol.* 2010;19(36):127–148.



37. Wen M, Gu D. The Effects of Childhood, Adult, and Community Socioeconomic Conditions on Health and Mortality among Older Adults in China. *Demography*. febrero de 2011;48(1):153-81.
38. Hughes K, Lowey H, Quigg Z, Bellis MA. Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*. 2016; 16:222.
39. Macias, A., Camacho, E., & Guadalupe, L. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena De Nutrición*, 39(1), 2–5. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v39n3/art06.pdf>
40. Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N. Monge, R. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Retrieved from <http://www.salud.gov.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
41. Ibarra López M, Llobet León L, Fernández Rojas X. Contribución de la merienda al patrón alimentario de escolares con exceso de peso y estado nutricional normal, en Cartago, Costa Rica. *Arch Latinoam Nutr*. diciembre de 2012;62(4):339-46.
42. Macias I, Gordillo G, Camacho J. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*. septiembre de 2012;39(3):40-3.
43. Berné Y, Papale JF, Mendoza N, Torres M, Castro M. Consumo y adecuación de energía y nutrientes en preescolares de una zona rural del Estado Lara. Venezuela. *An Venez Nutr*. 2014;27(2):234-41.
44. INEC. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENSANUT - Ecuador 2012. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2014. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf.
45. Orozco Montero C. Guía alimentaria para adolescentes de los colegios: Instituto superior Riobamba, Isabel de Godin, y General Vicente Anda Aguirre de la ciudad de Riobamba 2009. Tesis previa obtención del



título de Nutricionista Dietista. Escuela Superior politécnica de Chimborazo. 2011.

46. Chávez Pajares J. Aplicación del programa educativo “escolar sano con alimentación saludable” y su influencia en el nivel cognitivo y en las prácticas nutricionales de las madres de La I.E 2099 El Sol- Distrito de Huaura (Período 2010- 2011). Tesis para optar el grado académico de doctora en educación. Universidad Alas Peruanas. 2012.

47. Merkiel S. Dietary intake in 6-year-old children from southern Poland: part 1 - energy and macronutrient intakes. BMC Pediatr. diciembre de 2014;14(1):310.

48. Kaisari P, Yannakoulia M, Panagiotakos DB. Eating Frequency and Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Meta-analysis. Pediatrics. 1 de mayo de 2013;131(5):958-67.

49. Piaggio L, Concilio C, Rolón M, Dupraz S. Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. Salud Colect. agosto de 2011;7(2):199-213.

50. Hammons AJ, Fiese BH. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? PEDIATRICS. 1 de junio de 2011;127(6):e1565-74.

51. Fiese BH, Winter MA, Botti JC. The ABCs of Family Mealtimes: Observational Lessons for Promoting Healthy Outcomes for Children With Persistent Asthma: The ABCs of Family Mealtimes. Child Dev. enero de 2011;82(1):133-45.

52. Kong A, Jones BL, Fiese BH, Schiffer LA, Odoms-Young A, Kim Y, et al. Parent-child mealtime interactions in racially/ethnically diverse families with preschool-age children. Eat Behav. diciembre de 2013;14(4):1-10.

53. Centers of Disease Control and Prevention. Youth Physical Activity Guidelines Toolkit. CDC 2016. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyschools/physicalactivity/guidelines.htm>.



54. Cleland V, Timperio A, Salmon J, Hume C, Telford A, Crawford D. A Longitudinal Study of the Family Physical Activity Environment and Physical Activity Among Youth. *Am J Health Promot.* enero de 2011;25(3):159-67.
55. Guerra P, Nobre M, Silveira J, Taddei J. The effect of school-based physical activity interventions on body mass index: a meta-analysis of randomized trials. *Clinics.* 26 de septiembre de 2013;68(9):1263-73.
56. Ridgers ND, Timperio A, Cerin E, Salmon J. Within- and between-day associations between children's sitting and physical activity time. *BMC Public Health.* diciembre de 2015;15(1):950.
57. Pearson N, Braithwaite RE, Biddle SJH, van Sluijs EMF, Atkin AJ. Associations between sedentary behaviour and physical activity in children and adolescents: a meta-analysis: Active and sedentary behaviours in youth. *Obes Rev.* agosto de 2014;15(8):666-75.
58. Asare M, Danquah SA. The relationship between physical activity, sedentary behaviour and mental health in Ghanaian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* diciembre de 2015;9(1):11.
59. Brown J, Cairncross S, Ensink JHJ. Water, sanitation, hygiene and enteric infections in children. *Arch Dis Child.* 1 de agosto de 2013;98(8):629-34.
60. Song IH, Kim S-A, Park W-S. Family factors associated with children's handwashing hygiene behavior. *J Child Health Care.* 1 de junio de 2013;17(2):164-73.
61. Sarkar M. Personal hygiene among primary school children living in a slum of Kolkata, India. *J Prev Med Hyg.* septiembre de 2013;54(3):153-8.
62. Greene LE, Freeman MC, Akoko D, Saboori S, Moe C, Rheingans R. Impact of a School-Based Hygiene Promotion and Sanitation Intervention on Pupil Hand Contamination in Western Kenya: A Cluster Randomized Trial. *Am J Trop Med Hyg.* 5 de septiembre de 2012;87(3):385-93.



63. World Health Organization, editor. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Patient Safety; 2009. 262 p.
64. Sánchez Oliva Eda. Programa Educativo para promover la higiene personal en estudiantes del primer grado de educación secundaria en las instituciones educativas estatales de la provincia de Chiclayo. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. 2012.
65. Curtis VA, Danquah LO, Aunger RV. Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review. Health Educ Res. agosto de 2009;24(4):655-73.
66. Vivas A, Gelaye B, Aboset N, Kumie A, Berhane Y, Williams MA. Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) of Hygiene among School Children in Angolela, Ethiopia. J Prev Med Hyg. junio de 2010;51(2):73-9.
67. Ejemot RI, Ehiri JE, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing for preventing diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2008;1:CD004265.
68. Oswald WE, Hunter GC, Lescano AG, Cabrera L, Leontsini E, Pan WK, et al. Direct observation of hygiene in a Peruvian shantytown: not enough handwashing and too little water. Trop Med Int Health TM IH. noviembre de 2008;13(11):1421-8.
69. Scott B, Curtis V, Rabie T, Garbrah-Aidoo N. Health in our hands, but not in our heads: understanding hygiene motivation in Ghana. Health Policy Plan. julio de 2007;22(4):225-33.
70. Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. BMC Public Health. diciembre de 2013;13(1):835.
71. Morgan Z, Brugha T, Fryers T, Stewart-Brown S. The effects of parent-child relationships on later life mental health status in two national birth cohorts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. noviembre de 2012;47(11):1707-15.



72. McKee MD, Rubin SE, Campos G, O'Sullivan LF. Challenges of Providing Confidential Care to Adolescents in Urban Primary Care: Clinician Perspectives. *Ann Fam Med*. 1 de enero de 2011;9(1):37-43.
73. Sperry DM, Widom CS. Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse Negl*. junio de 2013;37(6):415-25.
74. Ham P, Allen C. Adolescent health screening and counseling. *Am Fam Physician*. 2012;86(12):1109-16.
75. Figueroa C G. La seducción sexual infantil: revolución y repercusiones de la teoría de Freud. *Rev Médica Chile*. enero de 2014;142(1):84-9.
76. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2013. *MMWR Suppl*. 13 de junio de 2014;63(4):1-168.
77. Veytia López M, Fuentes GAL, Ivonne N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Ment*. febrero de 2012;35(1):37-43.
78. Wright ND, Groisman-Perelstein AE, Wylie-Rosett J, Vernon N, Diamantis PM, Isasi CR. A lifestyle assessment and intervention tool for pediatric weight management: the HABITS questionnaire: HABITS questionnaire. *J Hum Nutr Diet*. febrero de 2011;24(1):96-100.
79. Saliba-Garbin CA, Isper-Garbin AJ, Moreira-Arcieri R, Saliba NA, Gonçalves PE. La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente. *Rev Salud Pública*. 2009;11(2):268-77.
80. World Health Organization, Chatterjee S, Baltag V, Department of Maternal N Child and Adolescent Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents [Internet]. 2015 [citado 7 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf



81. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. INEC 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>.
82. Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascón LA, Grisales López MB, Ceballos Molina LY, Bustamente Farfan JC, Castañeda EM, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(4):269-81.
83. Gamarra-Tenorio P, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de villa san francisco-santaanita, lima-perú, 2009. *The Biologist.* 2010;8(1):54–72.
84. Organización Mundial de la Salud. Las legumbres y la educación alimentaria y nutricional en las escuelas. OMS 2016. Disponible en: <http://www.fao.org/pulses-2016/news/news-detail/es/c/436253/>.
85. Berta, Eugenia Emilia, et al. "Estado nutricional de escolares y su relación con el hábito y calidad del desayuno." *Revista chilena de nutrición* 42.1 (2015): 45-52.
86. Oliva Rodríguez R. Impacto De Una Intervención Educativa Breve a Escolares Sobre. *Nutr Hosp.* 1 de septiembre de 2013;28(5):1567–1573.
87. Gómez Cobos E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Rev Intercont Psicol Educ.* 2008;10(2):105-22.
88. Gecas V. Families and Adolescents: A Review of the 1980s. *J Marriage Fam.* 1990;52(4):941-58.
89. Mead GH, Morris CW, Huebner DR, Joas H. *Mind, self, and society. The definitive edition.* Chicago; London: University of Chicago Press; 2015. 1154 p.
90. Blake J. *Family size and achievement.* Berkeley: University of California Press; 1989. 415 p. (Studies in demography).



91. Gecas V, Pasley K. Birth order and self-concept in adolescence. *J Youth Adolesc.* diciembre de 1983;12(6):521-35.
92. Espinosa De La Cueva, Gladys Alicia. Los hábitos de higiene y su incidencia en el desarrollo escolar. Tesis de grado. Universidad Tecnológica Equinoccial 2012.
93. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Papaqui-Hernández J. La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. *Rev Enferm Neurológica.* 2014;13(1):19-24.
94. Parada Johanna. Proyecto educativo sobre higiene personal dirigido a los niños y niñas de la escuela fiscal mixta Abdón Calderón Muñoz de la comunidad la clemencia. Cantón Olmedo. Provincia Manabí. 2011” tesis de grado previa a la obtención del título de licenciado en promoción y cuidados de la salud. Escuela superior politécnica de Chimborazo. 2011.
95. World Health Organization, editor. *Oral health surveys: basic methods.* 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2013. 125 p.
96. Basso ML. Estrategias preventivas en caries oclusales de niños y adolescentes. *Rev Asoc Odontol Argent.* marzo de 2005;93(1):33-40.
97. Naranjo M del CR, González AC. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2012;12(3):389-404.
98. Santander R S, Zubarew G T, Santelices C L, Argollo M P, Cerda L J, Bórquez P M. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev Médica Chile [Internet].* marzo de 2008 [citado 26 de octubre de 2017];136(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
99. Luque D, Luque M. Relaciones de amistad y solidaridad en el aula: Un acercamiento psicoeducativo a la discapacidad en un marco inclusivo. *RMIE* 2015; 20 (65): 369-392.



100. Kaplan DL, Jones EJ, Olson EC, Yunzal-Butler CB. Early age of first sex and health risk in an urban adolescent population. J Sch Health. mayo de 2013;83(5):350-6.

101. Pascual-González Y, Avilán GTP, Vásquez SMP, Rovira JMA. Relaciones sexuales en adolescentes y fuentes de información para su educación sexual. Acta Científica Estud. 2010;8(3):72-7.

102. Sañay Novillo A. La estructura y funcionalidad familiar como factor causal en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015. Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Cuenca. 2017.



ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA
UNIDAD EDUCATIVA SAN JOAQUÍN EN LA PARROQUIA SAN JOAQUIN

Instrumento de recolección de datos

Identificación de Formulario: _____

Nombre: _____

Edad (años): _____ Cumplidos.

Responsable del niño/a: _____

¿Instrucción de los padres?

		
PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR

¿Eres niña o niño?

		
NIÑO	NIÑA	NO SABE

CONDUCTA ALIMENTARIA

¿Antes de ir a la escuela que sueles desayunar?

			
CAFÉ	PAN	LECHE	YOGUR
		No bebo ni como nada	
AGUA AROMATICA	ARROZ		

¿Con que frecuencia consume legumbres?

- Todos los días
- Dos o tres veces por semana
- Una vez a la semana
- No se comer



GRANOS – como fréjol, porotos y lentejas.

¿Cuántas veces al día comes?

- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día

¿Qué compras o comes en el Bar?

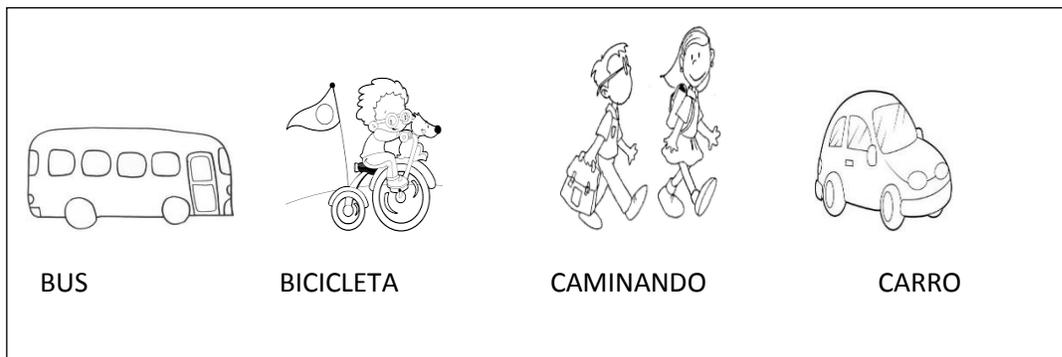
			
JUGO	PAPAS EN FUNDA	FRUTAS	COCA COLA
			
	PAPAS FRITAS	DULCES	

¿Cuánta fruta comes por día en tu casa?

- Una fruta
- Dos o más frutas al día
- No como frutas
- No me gustan

ACTIVIDAD FISICA

¿Cómo vas al colegio?



¿Después de comer que es lo haces?

- Las tareas de la escuela
- Veo televisión cuantas horas _____
- Duermo cuantas horas _____
- Salgo al parque
- Nada

¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?

DEPORTES Y JUEGOS

¿Practicas algún deporte?

Cual: _____

¿Cuántas horas al día dedicas a realizar deportes?

Horas: _____

¿Cuántas veces realizas deportes a la semana?

Número de días a la semana: _____

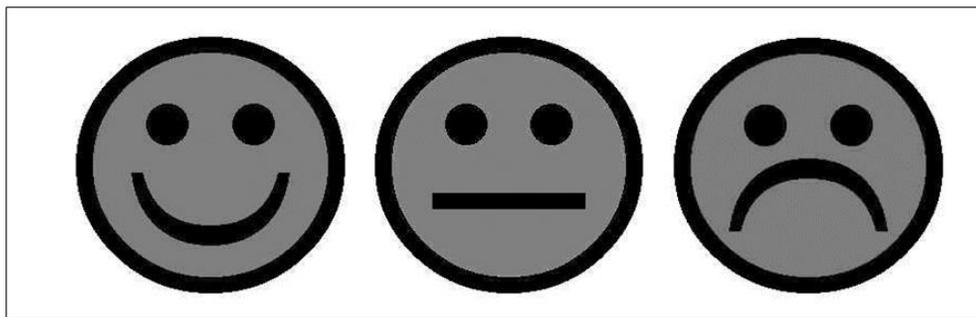
¿Cuál es tu juego favorito?: _____

FACTORES PROTECTORES

¿Con quién vives?

Papá: ____; Mamá: ____; Papá y mamá: ____; Abuelitos: ____;
Tíos: ____; Vecinos: ____; Hermanos: ____; Solo: ____

¿Cómo es la relación con tu familia?



Muy buena

Buena

Mala

HIGIENE

¿Cuántas veces te bañas en la semana?

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces o más

¿Cuántas veces utilizaste el jabón para lavarte las manos?



¿En qué momento te lavas las manos al usar el baño?

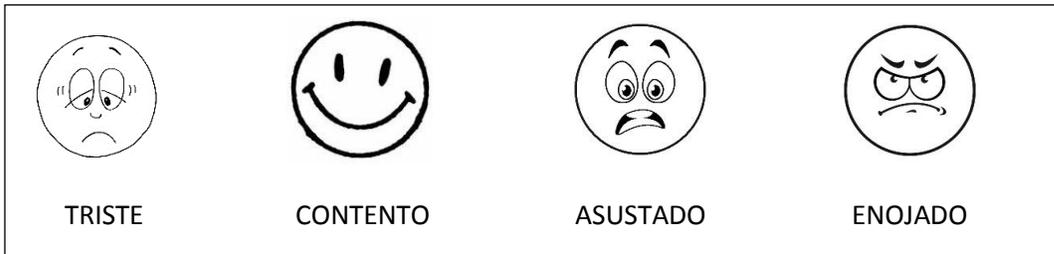
- Antes de ir al baño
- Después de ir al baño
- No me lavo las manos

¿Cuántas veces te cepillas los dientes?

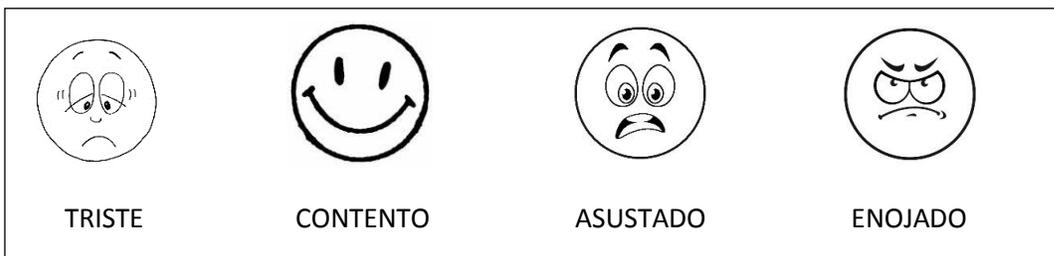
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día

SALUD MENTAL

¿Cómo te sientes cuando estás en la escuela?



¿Cómo te sientes cuando estás en tu casa?



¿Te has sentido sola o solo?

- Si
- No

¿Cuánto amigos o amigas muy cercanos tienes?

- No tienes amigos
- 1 amigo
- 2 amigos
- 3 o más amigos

¿En la escuela te incluyen en el grupo de amigos para trabajos?

- Si
- No

¿En la escuela te incluyen en el grupo de amigos para juegos?

- Si
- No

¿Alguna vez fuiste intimidado por?



CONDUCTA SEXUAL

¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?: Si: _____; No: _____

¿Cuál es la razón principal por la que NO has tenido relaciones sexuales?

- a. Sí he tenido relaciones sexuales
- b. Quiero esperar hasta ser más mayor
- c. Quiero esperar hasta que me case
- d. No me quiero arriesgar a quedar embarazada
- e. No me quiero arriesgar a contagiarme de alguna infección
- f. No he tenido la oportunidad de tener relaciones sexuales
- g. Está en contra de mis creencias religiosas



ANEXO 2

Universidad de Cuenca
Facultad de ciencias Médicas
Carrera de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN JOAQUÍN” CUENCA, 2017

Yo Sandra Patricia Ortiz Bermejo con CI. 0106768070 y Marcia Beatriz Pillco Pintado con CI. 0105440697, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, autoras de la presente investigación, solicitamos de su consentimiento informado para participar en la misma.

Introducción:

Los estilos de vida saludables de los niños son de gran relevancia ya que constituyen un conjunto de factores modificables que repercuten sobre la aparición de enfermedades como el sobrepeso-obesidad, enfermedades mentales y conductuales, entre otras. Por lo tanto, las prioridades para asegurar los estilos de vida saludables incluyen la promoción de una dieta saludable y estilo de vida físicamente activo. Los estilos de vida saludables deben ser evaluados para determinar cuánto es el grado de cumplimiento adecuado por nuestras poblaciones, para entonces dirigir programas de intervención de manera específica destinada a mejorar los aspectos deficientes.

Propósito del estudio: Con el presente estudio se pretende obtener información relacionada de acuerdo al sexo, grupo etario y nivel de instrucción de los padres. Además de identificar los estilos de vida saludables como: conducta alimentaria, actividad física, higiene, salud mental, factores protectores y conducta sexual.

Recolección de Datos:

Para la obtención de datos se le aplicará a su hijo o hija un procedimiento de recolección de datos a través de una encuesta para evaluar los hábitos saludables de la población escolar. Su hijo o hija tendrá que llenar un cuestionario de 10 a 15 minutos.

Riesgo/s – Beneficios:

Su hijo o hija no será expuesto a ningún riesgo, únicamente se aplicará un instrumento de recolección de datos sin que se provoquen daños psicológicos,

Sandra Patricia Ortiz Bermejo
Marcia Beatriz Pillco Pintado



físicos o emocionales. Es deber de los padres conseguir que sus hijos lleven unos hábitos sanos desde el principio, hábitos que deberíamos alimentar en nuestros hijos desde que son muy pequeños. Recuerda que los hábitos se deben adquirir de una forma positiva y a través del ejemplo. Nunca es tarde para empezar, haciendo cambios en vuestro estilo de vida. En cuanto a los beneficios de la institución se puede identificar los problemas más comunes y en la sociedad disminuir el porcentaje de niños con obesidad y desnutrición.

Confidencialidad:

Se garantizará la confidencialidad de los datos en el presente estudio, todos los participantes se mantendrán en el anonimato. Se mantendrá el principio de autonomía, para participar de manera voluntaria, por medio de la firma del consentimiento informado por parte del representante del escolar. Por otra parte, no existe riesgo en este estudio ya que no será experimental y solamente se aplicará un instrumento de recolección de datos enfocado en los estilos de vida saludables. Los datos obtenidos se pasarán a una base de datos digital y serán analizados en el programa Excel, en donde se realizará la auditoría de datos, así como los análisis estadísticos. Las variables serán presentadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), mediante tablas académicas o gráficos según sea pertinente.

He recibido y leído el formulario que se me ha entregado entendiendo que la identidad del escolar no será revelada, como tampoco se dañará su integridad física, comprendiendo que este estudio no tendrá ningún costo para su hijo o hija, así como también que la participación será voluntaria pudiendo abandonar en cualquier momento; asimismo entendiendo que la información suministrada y los resultados serán confidenciales.

Al firmar este documento doy el consentimiento para que mi hijo _____ pueda participar en el estudio.

Firma del representante: _____ Cl. _____ Fecha. _____

Nombre de las investigadoras

Sandra Patricia Ortiz Bermejo

Firma _____ Teléf. _____ mail _____

Marcia Beatriz Pillco Pintado

Firma _____ Teléf. _____ mail _____



ANEXO 3

Universidad de Cuenca
Facultad de ciencias Médicas
Carrera de Enfermería

ASENTIMIENTO INFORMADO

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “SAN JOAQUÍN” CUENCA, 2017

Yo Sandra Patricia Ortiz Bermejo con CI. 0106768070 y Marcia Beatriz Pillco Pintado con CI. 0105440697, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, autoras de la presente investigación, solicitamos de su asentimiento informado para participar en la misma.

Introducción:

Los estilos de vida saludables en ustedes son de gran relevancia ya que constituyen un conjunto de cambios tales como el sobrepeso-obesidad, enfermedades mentales y actitudinales, entre otras, para gozar de una vida saludable se debe tener una dieta sana y actividad física adecuada. Para ello ustedes serán evaluados para ver el cumplimiento y según los resultados obtenidos dirigir programas como charlas o talleres con el propósito de mejorar los aspectos deficientes. Un adecuado crecimiento y desarrollo durante la infancia no sólo defiende la salud en este período, sino que se asocia con un mejor estado de salud general a largo plazo durante la adultez.

Propósito del estudio: Determinar los estilos de vida saludables que involucrará información sobre el sexo, edad, nivel de instrucción de los padres, conducta alimentaria, actividad física, higiene, salud mental y factores protectores, en niños de 6 a 9 años en la Unidad Educativa “San Joaquín.”

Recolección de Datos:

Se les aplicará un procedimiento de recolección de datos a través de un cuestionario para evaluar los hábitos saludables de la población escolar. El cuestionario será llenado por usted en un tiempo de 10 a 15 minutos.

Riesgo/s - Beneficios

No existirá riesgo alguno ni para usted ni para sus padres se aplicará un instrumento de recolección de datos sin que se provoquen daño, psicológicos, físicos o emocional. Los beneficios para ustedes será gozar de una vida saludable; institución se puede identificar los problemas más comunes; sociedad disminuir el porcentaje de niños con obesidad y desnutrición.

Sandra Patricia Ortiz Bermejo
Marcia Beatriz Pillco Pintado



Confidencialidad

Todos sus datos obtenidos serán confidenciales ya que los resultados serán en forma anonimato y no serán utilizados para otros propósitos diferentes a la presente investigación.

Han recibido y leído el formulario sus padres entendiendo que la identidad del de usted no será revelada, como tampoco se dañará su integridad física, comprendiendo que este estudio no tendrá ningún costo para sus padres, así como también que la participación será voluntaria pudiendo abandonar en cualquier momento; asimismo entendiendo que la información suministrada y los resultados serán confidenciales.

Nombre de las investigadoras

Sandra Patricia Ortiz Bermejo

Firma _____ Teléf. _____ mail _____

Marcia Beatriz Pillco Pintado

Firma _____ Teléf. _____ mail _____



ANEXO 4

4.5.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer.	Fenotipo	Fenotipo	Cualitativa Nominal - Femenino - Masculino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	- Edad en años y meses cumplidos	Cuantitativa Numérica
Nivel de instrucción de los padres	Grado de educación formal que un individuo posee al haber acudido a una institución y que es reconocido por el Ministerio de Educación.	Grado de instrucción formal de los padres	- Años aprobados o asistidos	Cualitativa ordinal - Ninguno - Primaria - Secundaria - Superior
Conducta alimentaria	Patrón de conducta alimentaria descrito mediante la Encuesta Mundial de Salud a Escolares	Ítems sobre la conducta alimentaria	Encuesta Mundial de Salud a Escolares.	Cualitativa
Actividad física	Grado de actividad física determinada mediante la Encuesta Mundial de Salud a Escolares	Ítems sobre la actividad física	Encuesta Mundial de Salud a Escolares.	Cualitativa
Higiene	Actividades relacionadas a la higiene personal determinadas mediante la Encuesta Mundial de	Ítems sobre la higiene	Encuesta Mundial de Salud a	Cualitativa



	Salud a Escolares		Escolares.	
Salud Mental	Presencia de una buena salud mental o alteraciones de la conducta la cual es determinada mediante la Encuesta Mundial de Salud a Escolares	Ítems sobre la salud mental	Encuesta Mundial de Salud a Escolares.	Cualitativa
Factores protectores	Factores que permiten al escolar tener una protección sobre conductas de riesgo, determinados mediante la Encuesta Mundial de Salud a Escolares	Ítems sobre los factores protectores	Encuesta Mundial de Salud a Escolares.	Cualitativa
Conducta sexual	Comportamiento de los escolares con respecto a las relaciones sexuales y sexualidad según la Encuesta Mundial de Salud a Escolares	Ítems sobre conducta sexual	Encuesta Mundial de Salud a Escolares.	Cualitativa

Realizado por: Sandra Patricia Ortiz Bermejo, Marcia Beatriz Pillco Pintado

**ANEXO 5**

Recursos	Cantidad	Precio	Total
Transporte	50 viajes	\$ 0.50	\$ 25.00
Copias	500 copias	\$0.10	\$50.00
Impresión del trabajo de investigación	200 impresiones	\$ 0.30	\$ 60.00
Artículos y equipos de oficina	10	\$15.00	\$150.00
Internet	250 h	\$ 1.00	\$ 250.00
Imprevistos			\$150.00
Total			\$ 685.00