

BOLETÍN • INCIENSA

INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD

ISSN1409-3723

VOL. 16 No. 3

SETIEMBRE - DICIEMBRE

2004

EDITORIAL

AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD 2005-2010

Blanco A; ablanco@inciensa.sa.cr

EL 6 de diciembre del 2004, la señora Ministra de Salud y presidenta del Consejo Técnico Director de INCIENSA, María del Rocío Sáenz Madrigal, presentó al Sector Salud y a la comunidad científica la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010. Esta Agenda pretende dar un impulso a las prioridades nacionales de investigación y transferencia tecnológica en salud y a la vez fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud en este campo. Además, servirá de base para conformar el Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

La investigación científica en salud es fundamental para elaborar las políticas basadas en un sustento científico y mejorar y actualizar las intervenciones que permitan un impacto positivo en el logro de la salud de los costarricenses.

La construcción de la Agenda contó con el aporte de investigadores, formuladores de políticas, usuarios de la investigación y otros actores sociales relacionados. Además, la asesoría de expertos de la Organización Panamericana de la Salud y la guía articulada del Ministerio de Salud, Ministerio de Ciencia y Tecnología y de la Universidad de Costa Rica. Funcionarias de INCIENSA, participaron activamente en la formulación de la misma.

La Agenda está organizada en siete áreas: Sistemas y políticas en salud, economía de la salud, morbi-mortalidad, alimentación y nutrición, problemas sociales en salud, desarrollo tecnológico y desarrollo de recursos humanos para la investigación. Cada área incluye los temas prioritarios de investigación y desarrollo tecnológico en salud, así como las acciones estratégicas.

En el presente número damos a conocer los avances de las investigaciones realizadas en el INCIENSA sobre obesidad escolar, tuberculosis y calidad nutricional de los alimentos, temas prioritarios de las áreas de morbi mortalidad y de alimentación-nutrición de la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010.

CONTENIDO

Editorial

Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010

..... 1

Avances

Elementos teóricos psico-socio-culturales por considerar en el diseño de una intervención educativa para combatir la obesidad escolar.

..... 2

Docencia - Capacitación-Asesoría

Avances de los capítulos nacionales de composición de alimentos de Centroamérica (CAPFOODS/LATINFOODS) durante el período 2000-2003.

..... 6

Resultados de las rondas de evaluación externa del desempeño con muestras codificadas para baciloscopía.

..... 7

Artículos publicados recientemente

..... 8



ELEMENTOS TEÓRICOS PSICO-SOCIO-CULTURALES POR CONSIDERAR EN EL DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA COMBATIR LA OBESIDAD ESCOLAR

Núñez HP; hnunez@inciensa.sa.cr, Elizondo AM.

La obesidad constituye un problema mundial de salud pública, se observa un aumento de su prevalencia en diferentes regiones y grupos poblacionales. En Costa Rica, diversos estudios reflejan como el exceso de peso corporal, se evidencia desde edades tempranas. Según la encuesta nacional de nutrición de 1996, había 4% y 6% niños preescolares con sobrepeso, según los indicadores peso/edad y peso/talla respectivamente. En la edad escolar, 13% presentó riesgo de obesidad, de acuerdo con el indicador de índice de masa corporal, independientemente del sexo (16% niñas y 14% niños) (Ministerio de Salud, 1996).

En el año 2003 Núñez y colaboradores, encontraron una prevalencia de sobrepeso de 34,5% y de obesidad de 26,2%, en niños(as) de siete a doce años de edad, en 34 escuelas de la Gran Área Metropolitana (Núñez, 2003), lo cual indican la necesidad de aplicar medidas para reducir las muertes atribuibles a las enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez, así como las repercusiones negativas del exceso de peso en el estado fisiológico y psicológico del niño(a).

El sector educación está llamado a responder a las transformaciones de la sociedad contemporánea, en los campos económico, político, social, ambiental, cultural y en salud. Desde esta perspectiva, el sistema educativo debe contemplar una educación integral de la persona, incorporar en los currículos información que permita a los niños y jóvenes, tomar decisiones a corto y mediano plazo en relación con su salud y la de los que los rodean. Existen algunas teorías en el campo sociocultural, que podrían apoyar el campo de la educación escolar y las transformaciones, a partir del estudio de las funciones psíquicas superiores del ser humano (memoria, atención voluntaria, razonamiento, solución de problemas).

En la etapa escolar, los(as) niños(as) se preocupan un poco más por su apariencia física, además están empezando a tomar decisiones por sí mismos(as), incluso en los hábitos de alimentación y de actividad física; por tanto, el propósito de esta investigación fue identificar en la población escolar los conceptos y actitudes hacia la obesidad, sus causas y estrategias para contribuir con la disminución de este problema y analizarlas de acuerdo con la teoría sociocultural de Vigotsky.

La presente investigación cualitativa se llevó a cabo en una escuela urbana pública de San José, Costa Rica. Se trabajó con niños(as) entre ocho y once años (n = 50), algunos de sus maestros(as) (n = 8) y progenitores (44 madres y 26 padres).

El estudio se organizó en tres fases, cada una dependía de la anterior. La fase 1 consistió en dos reuniones según las edades de los(as) niños(as). Para la primera reunión se agruparon niños(as) de ocho a nueve años y para la segunda, niños(as) de 10 a 11 años. Cada grupo estuvo compuesto por 25 niños(as), seleccionados al azar a partir de los escolares con sobrepeso u obesidad y un patrón de actividad física sedentario, participantes de una investigación

previa (Núñez, 2003). En cada reunión se desarrolló una lluvia de ideas para explorar, mediante la técnica "análisis de contenido" el discurso de los(as) niños(as), sobre el significado "salud" (sin nombrar las palabras "sobrepeso" u "obesidad") y los aspectos considerados más importantes para llevar una vida saludable. El análisis se realizó mediante la técnica análisis de contenido.

En la fase 2 se utilizó la técnica cualitativa grupo focal, para identificar los conceptos y las actitudes hacia la obesidad, sus causas y las estrategias para disminuir este problema. En la primera reunión participaron 12 varones con edades entre nueve y diez años y en la segunda 12 niñas del mismo grupo de edad.

En la fase 3 se empleó la técnica de grupo focal, donde participaron los padres, las madres y los (las) maestros(as), para explorar los conceptos y las actitudes ante la obesidad, sus causas y las estrategias para disminuir este problema. En el primer grupo participaron ocho madres y cuatro padres de los (las) niños(as) de edades entre ocho y once años y en el segundo grupo participaron ocho maestros(as).

Resultados

Fase 1: Significado de salud y elementos de una vida saludable según la opinión de los niños(as) de ocho a once años

Los(as) niños(as) consideraron que "salud" es sentirse bien, no estar enfermo y estudiar. Entre los aspectos para sentirse bien y llevar una vida saludable señalaron tener una buena apariencia física, no estar gordo(a), ser querido(a) en el grupo, tener amigos(as) (calzar en el grupo), no ser vistos(as) como diferentes y que en la familia no falte el dinero. Los varones del grupo de ocho a nueve años manifestaron "no sentirse bien" cuando sus padres se enojaban con ellos por haberse portado mal (dejar el cuarto desordenado, no cuidar los zapatos o manchar la ropa) o cuando sus padres se quejaban porque "no les alcanza el dinero". Los(as) niños(as) relacionaron la buena salud con comer bien y no con hacer ejercicio físico. Los(as) niños(as) del grupo de 10 a 11 años denunciaron su desagrado cuando los padres los obligaban a comer frutas, ensaladas y sopas, sólo porque son saludables. Mayor preocupación presentaron las niñas del grupo de 10 a 11 años respecto a la apariencia física y a la tenencia de amigos(as).

El exceso de peso les impide realizar mucho ejercicio y por eso casi siempre desisten. Además, no les queda tiempo para hacer otras actividades como jugar y hacer ejercicios porque tienen muchas tareas escolares y ayudar en oficios domésticos, principalmente las niñas. En general, a los(as) niños(as) les gustaría disponer de más tiempo para compartir con sus amigos(as) y realizar otras actividades, como "...ver una película en el cuarto y comer palomitas..." (niña de nueve años), "...hablar por teléfono..." (niña de 10 años, "...ir de compras..." (niña de 10 años), "...jugar al aire libre o en la computadora con video juegos..." (varones y niñas de ocho y nueve años), "...escuchar música popular..." (varones y niñas de nueve

diez años) y "...tocar algún instrumento musical (tambor, lira u otro)..." (varones de diez años y niña de ocho, "...sentarse en la acera a conversar cosas y contarse algo..." (varones y niñas de nueve y diez años). A las niñas de ocho y nueve años les gustaría "...tener más tiempo para inventar hacerse peinados entre ellas..."

Fase 2: Conceptualización, actitudes hacia la obesidad y estrategia para enfrentarla, según niños(as) de nueve y diez años

Para los niños (niñas) la obesidad es "...estar gordo(a) o "pasado". Hubo confusión al intentar expresar el significado del término "sobrepeso"; al final concluyeron "es lo mismo que obesidad". También, desde edades tempranas, los(as) niños(as) utilizaron estrategias para bajar de peso como "saltarse" tiempos de comida. Consideraron más fácil bajar de peso por medio de "la comida" que realizar ejercicios físicos. Los(as) niños(as) manifestaron que la información sobre salud y alimentación brindadas en la escuela son de difícil aplicación. Además, en sus casas, casi ninguna familia come junta, porque "son muy desordenadas las horas de las comidas". La importancia de la actividad física como práctica saludable, no se relacionó con el concepto de salud.

Respecto al peso corporal, los varones manifestaron menos interés, "...yo no pienso en el peso, en el número (cantidad de libras)..." (niño de nueve años), "...uno se debe aceptar como es, como Dios lo hizo..." (niño de 10 años). Las niñas, por el contrario, dejaron entrever cierto grado de "culpabilidad", la gente está gorda porque "es muy mal educada para comer" (niña de nueve años); "comen como si les fueran a quitar el plato" (niña de 10 años). También consideraron que están "pasaditas" porque se han "...descuidado un poco...", "...no he estado comiendo a las horas que debo comer..." (niña de nueve años); "...a veces repito..." (niña de 10 años) y "...hasta en los días entre semana estoy comiendo helados, ya no sólo los fines de semana..." (niña de 10 años). Este discurso de las niñas, pareciera un reflejo de la presión social hacia la figura delgada de la mujer y colado en edades tempranas como a los nueve años.

Los(as) niños(as) expresaron su deseo de cambiar sus hábitos para ser más saludables y admitieron necesitar ayuda, a su vez, quieren independencia de sus padres. Mencionaron la dificultad de enfrentar el problema "por pereza o por falta de tiempo"; les gustaría que "alguien" les ayudara a alcanzar metas; "...pero que realmente yo pueda alcanzar la meta, poco a poco, porque sino se me olvida..." (varón de nueve años); "...sola no sé cómo empezar, aunque si sé que es lo que hay que hacer ... dejar de comer..." (niña de 10 años). Revelaron no saber estar tristes por el peso o porque desisten, al respecto una niña expresó "...un montón de tiempo tratando de bajar pero luego lo dejo y qué pereza..." (niña de 10 años). También, se "vuelven sensibles o irritables" debido a su apariencia, expresaron cambiar esta actitud con ayuda de sus padres.

Los(as) niños(as) identificaron a los padres como su apoyo para hacer ejercicios, siempre y cuando los realicen en conjunto; no obstante aclararon que la ayuda se acepta sólo cuando se solicita (intentos de independencia propios de la edad) "en el asunto de ver qué comer saludable, mejor no, solo si les pregunto entonces sí" (niña de nueve años), "que no se metan si no les pedimos ayuda" (varón de 10 años). Los(as) niños(as) prefirieron el anonimato cuando se trata de bajar de peso, es decir, no quieren que otras personas se enteren de sus dietas o que están trabajando para

alcanzar un estado físico mejor, esto según ellos(as) podría ser causa de bromas entre los niños(as) o la gente puede pensar que ellos(as) reciben un trato preferencial, "después van a creer que somos consentidos" (varón de nueve años); "que va a pensar la gente... como si tuviéramos algo grave, como cuando la gente está enferma y toma sopas y todo eso.." (niña de 10 años).

Como estrategia para combatir el problema del peso, los niños propusieron tener su propio Web site sin intervención de sus padres. Les llama la atención poder comunicarse con otros(as) niños(as) con situaciones similares a ellos(as), "es decir que son gorditos como nosotros" (varón de 10 años); "me gustaría saber qué piensan otras niñas o hablar con algunas que no tienen qué comer, como dice mi mamá, porque yo como por gula" (niña de 10 años). Los(as) niños(as) sugirieron un Web site con un cuarto de plástica con otros(as) niños(as), grupos de autoayuda, consejeros, juegos de cómo alcanzar hábitos saludables, así como información nutricional sobre la comida favorita de los(as) niños(as) y recomendaciones de programas de ejercicios para los niños(as) de su misma edad. Llama la atención como las estrategias propuestas no implicaron un aumento de la actividad física, todo lo contrario, se refuerza el sedentarismo.

Fase 3: Conceptualización, actitudes hacia la obesidad y estrategia para enfrentarla, según los padres de familia y los maestros(as)

Los padres de familia no utilizaron los términos de "sobrepeso" u "obesidad". Para referirse a estas dos patologías utilizaron expresiones como "el peso", "gordito(a)", "pasadito(a)", "gordura". Para ellos(as) "el peso" representa un problema cuando se producen alteraciones médicas de gravedad. Manifestaron no tomar acciones al respecto porque el exceso de peso es una etapa superable para los(as) niños(as) "lo de la gordura en los niños es pasajero, un estirón y desaparece"; "nosotros consideramos que los problemas de colesterol que acarrea estar pasadito, casi siempre se presentan en la vida adulta", "conocemos familias con problemas de colesterol que son delgadas y siempre tienen que tomar pastillas para eso".

Para las madres, las mujeres tienden a ser más gorditas" que los hombres, "aunque este problema del peso puede ser superable, con las niñas hay que tener más cuidado". Admiten la dificultad de "vigilar lo que comen sus hijos(as), por falta de tiempo". El discurso deja entrever desconocimiento sobre alimentación saludable "yo no sé bien, qué alimentos permitirle abiertamente que coma", así como preocupación por no saber cómo ayudar a sus hijos(as). Tienen miedo de producir serios desórdenes alimentarios, daños en la autoestima o provocarles el suicidio.

Los niños viven momentos depresivos (coincide con discurso de los niños), lo cual les genera angustia por el deseo de ayudarles, sin embargo, no saben cómo. Manifestaron su anuencia para recibir información sobre cómo evaluar la capacidad de cambio en los(as) niños(as) y la importancia de tener, desde edades tempranas, adecuados hábitos de alimentación y de actividad física. Los padres de familia exteriorizaron que los(as) niños(as) reconocieron los beneficios de cuidarse, pero nunca han sabido cómo empezar y qué hacer. También, algunos(as) niños(as) no quieren hacerlo (bajar de peso) así como a veces hay falta de voluntad en todos los miembros de la familia. Parece hablar de su propia dificultad, por medio del problema de los niños. Una madre expresa "a ellos les pasa lo mismo que a nosotros".

Los maestros por su parte, son sensibles al aislamiento de los(as) niños(as) con obesidad. Consideraron, como educadores, “no saber cómo manejar las situaciones de aislamiento por parte de los(as) compañeros(as), o por los mismos niños gorditos”. También expresaron “con mucha frecuencia, los(as) niños(as) afectados(as) “inventan” que no se sienten bien físicamente para no exponerse frente a sus compañeros”, “...muchas niñas y no son pocas, son bastantes, ...se me han acercado a pedirme, que por favor, que no quieren presentar o exponer delante de la clase...”, “...dicen que tienen ganas de vomitar, dolor de cabeza o dolor de estómago, para no participar en actividades que impliquen movimientos o mayor exhibición...”.

Según los(as) maestros(as) las clases sobre las buenas prácticas saludables recibidas por los(as) niños(as) en la escuela, no tienen continuidad en la casa, “las metas no se cumplen, por más que nosotros, los maestros queramos ayudar”; “si usted viera las meriendas que traen esos niños”, “los padres no se molestan en ponerles ni una fruta”. Además, expresaron su anuencia para recibir capacitación y así ayudar a sus alumnos(as) y a sus propios(as) hijos(as).

Discusión

La obesidad y su tratamiento son problemas complejos. Los aportes de la ciencia cuantitativa son valiosos y permiten conocer a fondo esta enfermedad. La obesidad contempla elementos psico-socio-culturales y en ocasiones son difíciles de valorar. El concepto salud se incorpora a partir de diferentes elementos y vivencias relacionadas con la presencia o no de la enfermedad, así como con la interiorización de relaciones y formas de actuar en un estilo de vida determinado, donde, se elaboran a partir de experiencias cotidianas, hábitos y modos de actuar caracterizados por la percepción individual acerca de la salud y/o enfermedad. Del mismo modo, el acto de alimentarse está rodeado de signos que, en cierta forma, moldean los hábitos alimentarios y están rodeados de otros elementos socialmente vinculados al concepto de buena alimentación y salud, tales como el movimiento corporal o la actividad física y algunas conductas o comportamientos ligados con el comer.

Según la teoría sociocultural de Vigotsky, es importante considerar que el ser humano (en este caso el/la niño/a preescolar y posteriormente escolar) al entrar en contacto con la cultura a la cual pertenece, se apropia de los signos de origen social para posteriormente interiorizarlos. El uso funcional de los signos, incluso, más elaborados que las palabras, exceden la capacidad de un niño por ejemplo de dos años. Los “estudios del habla infantil han demostrado que durante un largo período de tiempo, el niño es inconsciente del papel simbólico del lenguaje y usa palabras como simples atributos de las cosas.” Por ello, para Vigotsky (1978). “el signo es inicialmente un medio de vinculación social, un medio de acción sobre los otros y sólo luego se convierte en un medio de acción sobre sí mismo”.

En ese sentido, el(la) niño(a) se apropia de las manifestaciones culturales con significado en la actividad colectiva, tal como el hábito de ver televisión el cual desplaza a las actividades vigorosas y el hábito de consumir productos alimenticios con alto contenido de grasa y azúcares, promocionadas en los mismos anuncios televisivos dirigidos al grupo de edad escolar. Es así como “los procesos psicológicos superiores se desarrollan en los niños

mediante la enculturación de las prácticas sociales, por medio de la adquisición de la tecnología de la sociedad, de sus signos y herramientas y la educación en todas sus formas” (Moll L., 1993).

Según Vigotsky el momento más significativo en el desarrollo del niño(a), es cuando el lenguaje y la actividad práctica convergen, el lenguaje es racional y el pensamiento verbal. El desarrollo biológico se vuelve sociohistórico, por medio del lenguaje racional, la sociedad inyecta en el individuo las significaciones elaboradas en el transcurso de su historia. En este sentido, la preparación y la comunicación efectiva son importantes mediante los diferentes métodos didácticos, el juego por ejemplo, de los contenidos educativos sobre salud, alimentación, actividad física y recreación, así como la realización de sus respectivas prácticas, en los ámbitos familiar, escolar y comunitario.

En el marco de la prevención de la obesidad y de la promoción de la salud, es propicio que los(as) niños(as) desde antes de la edad escolar comiencen a interiorizar los significados “positivos” y a predisponerse a llevar un estilo de vida saludable. De acuerdo con la teoría de Vigotsky, el lenguaje se da en un primer momento en lo social, luego es egocéntrico y más adelante interiorizado y cuando el(la) niño(a) inicia la comunicación verbal, el lenguaje sigue a las acciones.

Por lo anterior, los temas de interés en torno a los cuales se trabajan los distintos contenidos sobre la prevención de la obesidad y la promoción de la salud, deben establecerse partiendo de los intereses de los(as) niños(as), los cuales pueden determinarse mediante diversos procedimientos, tales como la observación de sus juegos y las actividades en situaciones espontáneas, acontecimientos que susciten una especial motivación al grupo y sus preferencias. El juego es una actividad natural y motor del desarrollo, en sus aspectos emocionales, intelectuales y sociales. Además, favorece la autoestima, la autonomía, la relación con los demás e incluso el gasto energético recomendable para los(as) niños(as) obesos(as).

A partir de esto y con base en los resultados del presente estudio cualitativo, se desprenden dos aspectos relevantes: los problemas de autoestima arrastrados por la obesidad y cómo lograr alcanzar las metas propuestas para reducir y prevenir la obesidad (metas creíbles). Se trata de realizar pequeñas metas factibles de alcanzar no así cambios drásticos. Las tres fases de este estudio sugirieron que el binomio “padres de familia e hijo(a)” es esencial para comenzar la actividad física y comer saludablemente. Los padres de familia no sólo suministran los genes que predisponen la obesidad, sino también influyen y modelan actitudes y comportamientos relativos a la alimentación.

Los(as) niños(as) del presente estudio, reclamaron poca guía; manifestaron la inexistencia de ayuda emocional y de un modelo por seguir. En este aspecto, es fundamental la influencia de los padres de familia, la de sus pares y la de sus maestros(as), en la construcción y aplicación de hábitos de alimentación y de actividad física adecuados. Los programas elementales y estrategias para prevenir la obesidad, deberían incorporar los conceptos “metas creíbles” y “autoestima”, para lograr mejores resultados e impacto, pues la obesidad es una manifestación física y psicosocial (multifactorial). Los aspectos sobre autoestima deben ser usados para motivar a los(as) niños(as) para mejorar los hábitos de alimentación y de actividad física. La autoestima positiva está relacionada con afectos positivos como son el gozo, la confianza, el placer, el

entusiasmo y el interés. La autoestima negativa conlleva afectos negativos como el dolor, la angustia, la duda, la tristeza, el sentirse vacío, la inercia, la culpa y la vergüenza.

De acuerdo con los resultados de este estudio, los(as) niños y los padres de familia se centraron más en los hábitos de alimentación que en la actividad física; esto sugiere que debería existir una mejor educación sobre la importancia del ejercicio en la salud. Se debe promover la "actividad física espontánea" integrada en la vida diaria, más que un régimen de ejercicio impuesto. Debe considerarse que los(as) niños(as) blanco de críticas por su peso tienden a tener una actitud negativa hacia el deporte y reducen su actividad física. Los(as) niños(as) de este estudio mostraron interés en un programa de alimentación y de actividad física, si el mismo contiene actividades variadas y divertidas.

El estudio sugiere que los padres de familia ocupan guías para hablarles a sus hijos(as) sobre cómo pueden mejorar su salud y proveer un refuerzo positivo sobre cuáles comidas son más saludables, además de la actividad física que podrían desarrollar con sus hijos(as). De la misma forma los(as) niños(as) necesitan personas que los apoyen y mensajes que los motiven. Para cambiar sus hábitos de alimentación y de actividad física, necesitan métodos u opciones atractivas sobre cómo cooperar con sus padres, para alcanzar metas referentes a su salud. Por ello, se deberían aplicar programas complementarios en escuelas y en otros escenarios o ambientes para aumentar la posibilidad de buenos resultados. El éxito radica en implementar simultáneamente, programas en las escuelas y en los hogares entre padres de familia e hijos(as), apoyados en guías para facilitar un trabajo cooperativo.

La obesidad estigmatiza fuertemente a las personas que la padecen (perezosos, inútiles, feos y de poca voluntad...) y en muchas ocasiones provoca baja autoestima e imposibilita avanzar a un ritmo adecuado en sus progresos de aprendizaje y desarrollo. Les impide avanzar con independencia y autonomía hacia un estado de salud óptimo, acorde con un entendimiento de la obesidad como problema que lleve a la toma de acciones correctivas y significativas para la vida.

El trabajo conjunto entre planificadores de la educación y de salud, maestros, personal de salud, escolares y sus padres de familia; es una alternativa conveniente para enfrentar esta enfermedad de alta prevalencia mundial.

Conclusiones

Las consideraciones de Vigotsky sobre la educación formal y la enseñanza constituyen un marco de referencia para decidir las direcciones por seguir durante el transcurso de cualquier intervención educativa que contemple "estas dos formas de acercamiento con el educando", desempeñando un papel fundamental como referencia para revisar y regular el currículum. La intervención educativa durante la etapa escolar debe entonces orientarse a procurar desde el nacimiento hasta los años escolares, experiencias significativas y placenteras adaptadas al contexto y a las necesidades de conocimiento e interacción con los demás, y a crear condiciones cada vez más exigentes que potencien, según las zonas de desarrollo próximo, el desarrollo de diversas capacidades en la búsqueda de estilos de vida saludables. En los

escolares es necesario acompañar estos procesos con otros relacionados con la consolidación de su autoestima y el esclarecimiento de los vínculos establecidos con los alimentos y con las personas significativas que les rodea.

Así, una intervención educativa en el marco de la prevención de la obesidad y de la promoción de la salud escolar, debe procurar una autonomía progresiva en la realización de las actividades habituales, por medio del desarrollo de un pensamiento crítico, del conocimiento y dominio creciente del propio cuerpo, de la capacidad de asumir iniciativas y de la adquisición de hábitos de alimentación y de actividad física adecuados, contextualizados y significativos para cada uno de los estudiantes, así como del cuidado básico de la salud y del bienestar.

Dicha intervención educativa debe contemplar que el educando necesita formar una imagen positiva de sí mismo y construir una identidad positiva por medio del conocimiento y la valoración de las características personales y de las propias posibilidades y limitaciones; -establecer relaciones afectivas satisfactorias, expresando libremente los propios sentimientos, así como desarrollar actitudes de ayuda y colaboración mutua, y de respeto hacia las diferencias individuales; -establecer relaciones sociales en ámbitos cada vez más amplios, aprendiendo a articular progresivamente los intereses, aportaciones y puntos de vista propios con los demás y, -conocer, valorar y respetar distintas formas de comportamiento y elaborar progresivamente criterios de actuación propios ante los problemas que se le presenten en la vida.

Por último, es fundamental la relación entre estudiantes y adultos. El(la) educador(a) en salud como encargado(a) de diseñar estrategias interactivas que promuevan la zona de desarrollo próximo, debe tomar en cuenta la cultura y el nivel de conocimiento de los estudiantes, y partir de los significados que ellos poseen en relación con la salud y específicamente con la obesidad. El(la) educador(a) en salud debe provocar desafíos y retos que hagan cuestionar esos significados y lleven a su modificación, por lo tanto, es conveniente planear estrategias que impliquen un esfuerzo de comprensión y de actuación por parte de los estudiantes ante la obesidad y sus consecuencias, como problema individual, grupal, colectivo y de salud pública.

Referencias Bibliográficas

- Coll C, Sole I. "Los profesores y la concepción constructivista". En *El constructivismo en el aula*. 8a edición. Barcelona, España: GRAO, 1998.
- Ministerio de Salud. Encuesta nacional de nutrición. Fascículo 1 Antropometría. Costa Rica: Ministerio de Salud, 1996.
- Moll L. Vigotsky y la educación. Buenos Aires: Aique, 1993.
- Núñez HP, Monge R, León H, Roselló M. Prevalence of overweight and obesity among Costa Rican elementary school children. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 13:24-32.
- Riviere A. La psicología de Vygotski. Madrid: Visor, 1988.
- Rogoff B. *Aprendices del pensamiento: El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Paidós, 2002.
- Vigotsky L. *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pleyade, 1978.
- Vigotsky L. *Las raíces genéticas del pensamiento y el habla. Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Paidós, 1995.

Se agradece a Gioconda Padilla, MSc y a Adriana Blanco, MSc. por su aporte en la revisión técnica del presente documento.

AVANCES DE LOS CAPÍTULO NACIONAL DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS DE CENTROAMÉRICA (CAPFOODS/LATINFOODS) DURANTE EL PERIÓDO 2000-2003 (*)

Blanco A.¹ ablanco@inciensa.sa.cr; Marino G², Velásquez R³, Chinchilla D⁴, Cisne A⁵, Murillo E⁶, Román A⁷.

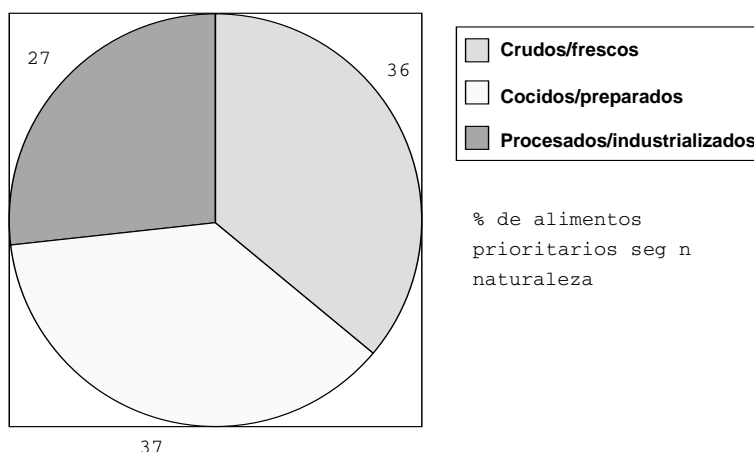
Los Capítulos Nacionales son unidades básicas de las redes de Centroamérica y Panamá (CAPFOODS) y de Latinoamérica de Composición de Alimentos (LATINFOODS). Estas redes son coauspiciadas por Food Agriculture Organization/United Nations University (FAO/UNU) mediante el proyecto Red Internacional de Sistemas de Datos de Alimentos (INFOODS).

LATINFOODS y CAPFOODS desarrollan y fortalecen en el ámbito regional y subregional las actividades en composición de alimentos y su difusión. Están organizadas por redes nacionales para conformar grupos de profesionales altamente entrenados, generar información y datos confiables y actualizados en forma integrada, desarrollar y publicar bases de datos y tablas nacionales, subregionales y regionales de composición de alimentos prioritarios con datos representativos de calidad.

A continuación se presenta un resumen de los avances de los capítulos nacionales de Centroamérica y Panamá (CAP) durante el 2000-2003. Para ello, se analizaron los informes de los Capítulos Nacionales de CAP, el informe de LATINFOODS y el listado de alimentos prioritarios publicados en www.inta.cl/latinfoods.

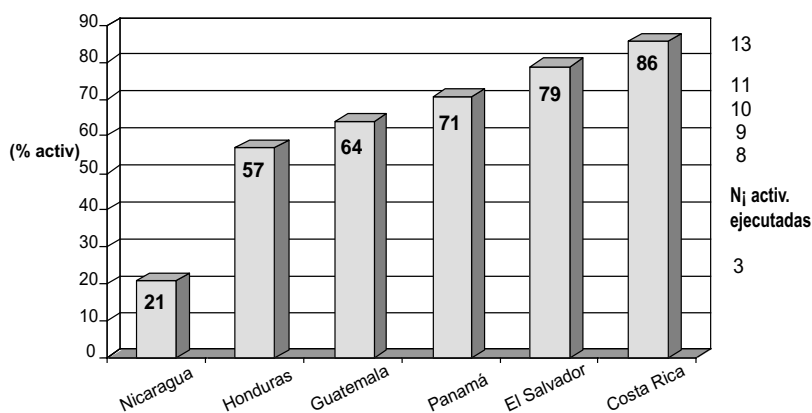
La red latinoamericana evaluó el grado de avance de cada capítulo nacional mediante la participación en 14 actividades sobre composición de alimentos. El promedio de cada actividad en la subregión se incluye en el Cuadro 1. Los alimentos locales identificados por capítulo nacional de la subregión de Centroamérica y Panamá donde se requiere información difieren en 80%, predominaron en promedio los alimentos cocidos y las preparaciones (Figura 1).

Figura 1. Clasificación de los alimentos prioritarios según naturaleza, Capítulos Nacionales de Centroamérica y Panamá/LATINFOODS



La media de avance en composición de alimentos en CAP fue de 63% (moderada), con diferencias significativas entre los países (Ver Figura 2).

Figura 2. Actividades ejecutadas según Capítulo Nacional de Centroamérica y Panamá / LATINFOODS, 2001-2003



Cuadro. 1

Actividades en composición de alimentos ejecutadas por el Capítulo Nacional de la Subregión de Centroamérica y Panamá / LATINFOODS 2001-2003

ACTIVIDADES EN COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS	%
Organización de actividades de capacitación	100
Asistencia en actividades de capacitación	83
Participación en estudios colaborativos de análisis de alimentos	83
Listado de alimentos prioritarios por país	83
Difusión de la labor del Capítulo y de LATINFOODS	83
Conferencia electrónica compilación de datos	83
Generación de nuevos datos de composición de alimentos	67
Glosario en alimentos de latinoamérica	67
Compilación de nuevos datos de composición de alimentos	67
Ejecución de proyectos de investigación en composición de alimentos	50
Tienen comité nacional 50 Publicaciones en composición de alimentos	50
Edición de tablas en composición de alimentos	0
Tiene base de datos en composición de alimentos	0

Se identificaron diferentes necesidades y recomendaciones en la subregión, por ello se recomendó elaborar una iniciativa subregional de financiamiento a fin de fortalecer los capítulos y las redes de CAPFOODS y LATINFOODS.

*Presentado en el 55 aniversario del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Guatemala, 8-10 de setiembre 2004. Financiado por OPS y LANFOOD.

¹COSTA RICAFOODS/ Representante Geográfico Centroamérica y Panamá, ²EL SALVADORFOODS, ³GUATEMALAFOODS, ⁴HONDURASFOODS, ⁵NICARAGUAFOODS, ⁶PANAMAFOODS, ⁷CAPFOODS/INCAP

RESULTADOS DE LAS RONDAS DE EVALUACIÓN EXTERNA DEL DESEMPEÑO CON MUESTRAS CODIFICADAS PARA BACILOSCOPIA*

Matamoros MC, mmatamoros@inciensa.sa.cr, Méndez V, Trabado C. Centro Nacional de Referencia para Tuberculosis (CNRTB), INCIENSA

Como parte del Programa de Aseguramiento de Calidad de Baciloscopías, el Centro Nacional de Referencia para Tuberculosis (CNRTB) realizó tres rondas de EEDCM con el objetivo de evaluar a los microscopistas de la red de laboratorios de tuberculosis y la calidad de la tinción de las baciloscopías. Esta modalidad de evaluación tiene la ventaja de ser estandarizada, evalúa de manera rápida y en un tiempo determinado a todos los microscopistas, permite la comparación entre los laboratorios y sirve como un instrumento educativo en las áreas de baja incidencia, donde se observan pocos frotis positivos al año.

La red de laboratorios para el diagnóstico de la tuberculosis consta de 95 laboratorios estratificados en tres niveles según su complejidad. Las rondas de EEDCM son distribuidas a todos los laboratorios de la red, sin embargo, solo 88% respondió. Ochenta y tres por ciento microscopistas son profesionales en microbiología y el resto son técnicos de laboratorio.

A cada laboratorio participante, se le envió una caja con diez láminas de diferente grado de positividad y negatividad, cinco teñidas con la tinción de Ziehl-Neelsen y cinco no teñidas, para evaluar la tinción realizada por los laboratorios. Los baches de láminas con resultado conocido son preparados en el laboratorio, de acuerdo al método de Slousky, a partir de las muestras positivas y negativas de los pacientes. De manera que la lámina observada al microscopio, tiene una apariencia similar a la de un esputo.

Se observó que el porcentaje de falsos positivos varió entre 1,8, 0,7 y 1,2 y el de falsos negativos 5,0, 3,7 y 6,8 entre el 2001 y el 2003 respectivamente. Idealmente estos porcentajes debieron estar por debajo de 2%. Se consideró que el porcentaje de falsos

negativos estaba fuera de ese límite, por lo tanto, se debe poner atención a las muestras reportadas como negativas. Al evaluar la fuente de los falsos negativos se observó que en los últimos dos años la lámina de número exacto (positivo débil) fue la más catalogada como negativa, seguida por la lámina positiva (+). En el año 2003 aumentó la cantidad de falsos negativos a expensas de errar más la lámina de número exacto. Por otro lado, el desempeño de los técnicos fue insatisfactorio (menor de 6,75) en relación con el año anterior, 31% y 8% respectivamente. Esta fue otra razón para explicar el aumento en los falsos negativos.

Adicionalmente se comparó la discordancia en las láminas teñidas por los laboratorios con las observadas por el CNRTB. Hubo más discordancias en las láminas teñidas por los laboratorios, por ello también se debe cuidar la tinción de las mismas.

En cuanto a las discordancias observadas hubo más discordancias cuantitativas que cualitativas, lo cual favorece pues las discordancias cualitativas son errores de mayor grado.

La sensibilidad de esta técnica en la ronda del 2003 fue de 90%, la especificidad de 96% y el valor predictivo positivo de 98%. Esto significa que en los laboratorios de la red, de cada 100 personas enfermas con tuberculosis solo se detectaron 98.

En conclusión, esta modalidad de control de calidad es complementaria a la relectura de las láminas realizadas tradicionalmente en las redes de los laboratorios de diagnóstico en el ámbito mundial, además, provee información importante al CNRTB. También, hay que cuidar el proceso en las tinciones realizadas en los laboratorios y las láminas reportadas como negativas. Por otro lado, los técnicos que reportan baciloscopías, deben tener puntajes satisfactorios o excelentes en las rondas de EEDCM.

*Reunión Regional de las Américas de Tuberculosis. México, 6-8 de setiembre 2004.

Artículos Publicados Recientemente

Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo de miocardio en Costa Rica 1970-2001

Roselló M¹, Guzmán S¹

El objetivo de esta investigación fue describir la evolución epidemiológica de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), enfermedad isquémica del corazón (EIC) e infarto agudo del miocardio (IAM) en Costa Rica, según el sexo y la región geográfica, entre los años 1970 y 2001.

Se realizó un estudio descriptivo de la mortalidad por ECV, EIC e IAM en Costa Rica entre 1970 y 2001. La información se obtuvo de la base de datos del Centro Centroamericano de Población. Los datos de mortalidad por EIC e IAM entre 1970 y 2001 se analizaron según la revisión más actualizada de la clasificación internacional de enfermedades. El territorio costarricense se dividió en: región metropolitana (ocho cantones), región semiurbana Valle Central (dieciocho cantones), región rural Valle Central (diecisiete cantones), región semiurbana bajura (doce cantones) y región rural bajura (veintiséis cantones). La tendencia de la mortalidad se analizó por quinquenios (entre 1970-1999) y el bienio (2000-2001) mediante las tasas brutas de mortalidad por 100 000 habitantes para cada causa o grupos de causas, según la edad, el sexo y el año de fallecimiento. Las tasas se ajustaron por edad, sexo, año de fallecimiento y región geográfica mediante el método directo, usando como población estándar la de América Latina en 1960.

La mortalidad por ECV disminuyó 33% en promedio (46,6% en mujeres y 20,2% en hombres), mientras que la mortalidad por EIC aumentó un promedio de 18,4% (6,1% mujeres y 28,4% hombres). La tasa ajustada de mortalidad por IAM en hombres aumentó 12,8% en el período de estudio, con un ligero descenso de 4,4% en mujeres. La mortalidad por ECV, EIC e IAM fue mayor en hombres que en mujeres durante todo el período de estudio. Las tasas de mortalidad por EIC e IAM se elevaron en las regiones semiurbanas y rurales, especialmente en la región rural bajura, donde aumentaron con respecto al quinquenio de 1995-1999 en 123,9% y 76,9% respectivamente.

Se observó una disminución de la mortalidad por ECV. Las mayores tasas se encontraron en hombres y en personas de 75 años de edad o más. Los mayores incrementos en las tasas de mortalidad por EIC e IAM se observaron en las regiones semiurbanas y rurales del país, en hombres y en personas de 75 años o más. Se debe prestar atención al aumento de los factores de riesgo de padecer ECV, como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada.

¹INCIENSA

En: Roselló M¹, Guzmán S¹. Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo de miocardio en Costa Rica 1970-2001. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(5):295-301.

INCIENSA

Apdo. 04-2250

Tres Ríos, Costa Rica

Tel.: (506) 279-9911

Fax: (506) 279-5546

Los comentarios que aparecen en el editorial y los artículos son propios de los autores y no representan necesariamente la opinión del INCIENSA ni del Comité Editorial del Boletín.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento, siempre y cuando se cite la fuente y se comunique al Comité Editorial del Boletín.

Cada número consta de 2000 ejemplares.

©INCIENSA, 2004

ISSN 1409-3723

Comité Editorial

Lic. Marlen Solís

E-mail: msolis@inciensa.sa.cr

Msc. Adriana Blanco

E-mail: ablanco@inciensa.sa.cr

Dra. Ana Morice

E-mail: amorice@inciensa.sa.cr

Nota importante

Por limitaciones de espacio, muchos detalles metodológicos y de otra índole relacionados con los proyectos, programas, cursos, etc, referidos en éste y otras ediciones del Boletín INCIENSA, no pueden ser incluidos en cada número. Les recordamos a las personas interesadas que el Comité Editorial, atendería o canalizaría, cualquier consulta o sugerencia.