

¿Cómo estás? ¿Cómo te sentís?

LA SALUD DESDE LA MIRADA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Informe
2014-2016

Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (CIESS),
Secretaría de Salud Pública y Ambiente, Universidad Nacional de Córdoba.
Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS),
CONICET y Universidad Nacional de Córdoba.

Cómo citar este material: Berra, S., Mamondi, V., Lavin, J., Degoy, E., Moos, A., Reartes, G., Román, MD., Borgonovo, B. (2018). *¿Cómo estás? ¿Cómo te sentís?. La salud desde la mirada de los niños y las niñas*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Centro de de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (CIESS). 15 págs.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Encuesta de Salud Infantil. Informe de resultados principales.

Coordinación del informe: Silvina Berra, Verónica Mamondi.

Equipo de trabajo: Julieta Lavin, Emilse Degoy, Ana Moos, Gabriela Reartes, María Dolores Román, Belén Borgonovo.

Con relación a este informe...

¿A quién se dirige?

Autoridades de la Secretaría de Educación, directivos y docentes de las escuelas primarias de la Municipalidad de Córdoba.

¿Qué contiene?

Los resultados de un estudio longitudinal realizado en niños y niñas que en 2014 concurrían a 4to grado de las escuelas y su seguimiento en los años 2015 y 2016, con el objetivo de describir su salud percibida.

¿Cómo se realizó el estudio?

En el año 2014 se informó del estudio a las madres, padres u otros responsables del/de la niño/a y se firmó un consentimiento comunitario para la participación de niños y niñas de 4º grado que asintieron participar. Ese año se hicieron encuestas y mediciones antropométricas a esos niños y niñas y también encuestas a las madres.

En 2015 y 2016 se continuó trabajando con ese mismo grupo, ya en 5º y 6º grado respectivamente, buscando en 4º o 5º grado a quienes repitieron ese curso.

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada con el título “Estudio longitudinal de los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud de niños y niñas entre los 9 y los 12 años” por el Comité de Ética de la Investigación en Salud del Hospital Infantil Municipal, el Consejo Provincial de Ética de la Investigación en Salud, la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (Resol. SECYT 313/2016; y 1565/2014) y el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (Resolución FonCyT N° 141/13. PICT-2012-1173). Este informe y otras producciones divulgativas (<http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/saludinfantil/>) se hicieron con el apoyo del Programa de Apropriación de Conocimientos del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba (PROTRI).

¿Cómo se estudia la salud desde la mirada de los niños y las niñas?

La salud se puede estudiar desde la perspectiva de las propias personas sobre la base de los conceptos de “salud autopercebida” o de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS). La CVRS es la percepción subjetiva de la capacidad para realizar actividades y funciones importantes para la persona. Es un concepto multidimensional que refiere a dominios físicos, psicológicos y sociales de la salud, entendidos como las distintas áreas que se ven influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de una persona. Para investigar sobre la salud autopercebida y la CVRS se utilizan cuestionarios con preguntas donde las personas responden acerca de cómo se sienten con relación a diferentes funciones de su vida.

En la investigación se empleó un instrumento llamado **KIDSCREEN** que fue creado a partir de un proyecto colaborativo internacional¹ y adaptado a la población infantil argentina.² El **KIDSCREEN** es un cuestionario de 52 preguntas, desarrolladas a partir de las propias opiniones de niños, niñas y adolescentes sobre aquellos aspectos que son importantes en su vida.

¿Cuáles son esas dimensiones que los niños y las niñas consideran centrales en su calidad de vida?

1. **BIENESTAR FÍSICO:** describe cómo se siente el niño o la niña físicamente, su nivel de energía y realizando actividad física (5 ítems).
2. **BIENESTAR PSICOLÓGICO:** describe la presencia de sentimientos como alegría, disfrute y conformidad con la vida del niño o la niña (6 ítems).
3. **ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIONES:** examina las experiencias negativas, los estados depresivos y las sensaciones de estrés del niño/a o adolescente (7 ítems).
4. **AUTOPERCEPCIÓN:** explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal, y su satisfacción con ellas (5 ítems).
5. **AUTONOMÍA:** describe la percepción del niño o la niña sobre sus oportunidades para realizar actividades en el tiempo libre (5 ítems).
6. **RELACIÓN CON LOS PADRES Y VIDA FAMILIAR:** describe la percepción de los/as niños/as sobre el entorno familiar (6 ítems).
7. **APOYO SOCIAL Y RELACIÓN CON LOS PARES:** examina el tipo de relación del niño o la niña con sus amigos y amigas (6 ítems).
8. **AMBIENTE ESCOLAR:** indaga como se siente el niño o la niña en su escuela, incluyendo ítems como su relación con los/as docentes, su capacidad para concentrarse, su rendimiento en la última semana. Incluye 6 ítems.
9. **ACEPTACIÓN SOCIAL:** interroga al niño o la niña si experimentó sensaciones de rechazo por parte de sus compañeros/as (3 ítems). Esta dimensión se relaciona con la intimidación entre pares, aunque sólo considera situaciones en las que el niño/a fue víctima de algún tipo de acoso escolar.
10. **RECURSOS ECONÓMICOS:** describe la disponibilidad de dinero del niño o la niña para realizar actividades con sus amigos/as. (3 ítems).

¹ Ravens-Sieberer et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res.* 2007;16(8):1347-56.

² Berra S et al. Propiedades psicométricas de la versión argentina del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(1):29-36

¿Cómo “se mide” la percepción del niño o la niña en cada una de estas dimensiones?

A partir de las respuestas a esos ítems del cuestionario, se calculan “puntuaciones” para cada dimensión: cuanto más alta es la puntuación, mejor es la percepción sobre ese aspecto o dimensión de la calidad de vida. Luego, esto también se puede interpretar también del siguiente modo:

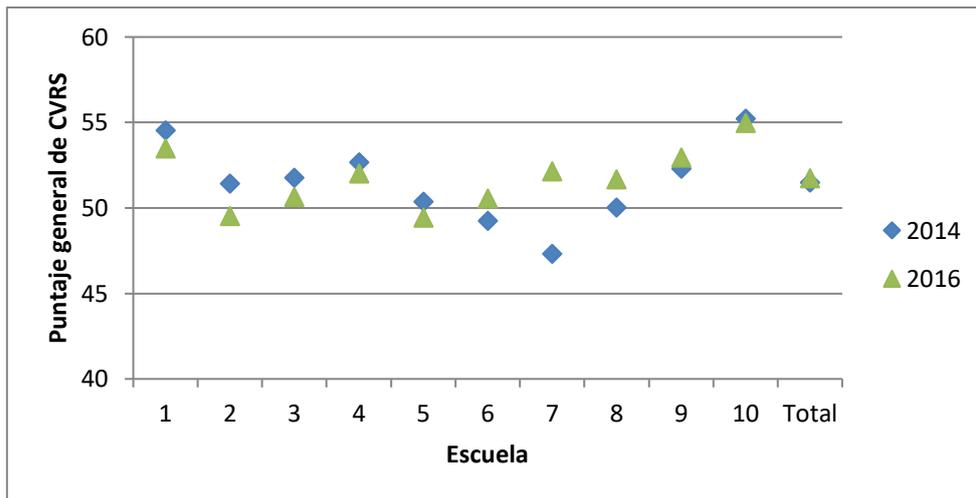
- *El valor 50 es el valor promedio de la población que se utiliza como referencia internacional.*
- *Valores mayores de 55 representan puntuaciones altas.*
- *Los valores entre 45 y 55 representan puntuaciones medias.*
- *Valores menores de 45 representan puntuaciones bajas.*

¿Qué dicen sobre su salud y cómo se sienten los niños y las niñas encuestados/as?

Algunos estudios indican que durante el tránsito desde la infancia hacia la adolescencia se produce un empeoramiento de la CVRS asociado a los cambios puberales y a otros posibles eventos vitales significativos en esta edad, por lo que en la adolescencia las puntuaciones de salud percibida suelen ser menores que las de los niños y niñas. Además, a medida que crecen, se acentúan diferencias entre niñas y niños en algunas dimensiones (principalmente bienestar físico), observándose que las niñas obtienen menores puntuaciones, es decir, manifiestan peor salud, a medida que crecen.

En el breve periodo de seguimiento de este estudio se observaron unas pocas variaciones entre la primera y última medición. En el gráfico 1 se puede observar la diferencia de la puntuación en un índice general de CVRS (obtenido con 10 ítems de diversas dimensiones) entre la primera y última medición, en cada escuela (no identificado aquí el nombre de la escuela). La puntuación decrece entre 2014 y 2016 en la mayoría de las dimensiones, con diferencias variables, mientras que en algunas escuelas la trayectoria es inversa. Hay que tener en cuenta que el estudio se realizó con el propósito de obtener resultados para el conjunto de la muestra y no por cada escuela, por lo que estas cifras son imprecisas (hay un alto margen de error aleatorio).

Gráfico 1: Índice general de CVRS por Escuela y Total en los tres años de estudio 2014-15 y 16.



También se pueden observar algunas pequeñas diferencias entre niños y niñas. Los gráficos 2 (niños) y 3 (niñas) muestran los puntajes encontrados en las mediciones de 2014 y 2016 en algunas de las dimensiones estudiadas. Se observa que los puntajes de salud tienden a empeorar en todos los aspectos, excepto en *aceptación social*, en donde se aprecia que los niños y niñas perciben mayor aceptación de sus pares (gráfico 2 y 3). Otra diferencia importante se observa en entorno escolar, donde las niñas se sienten mejor (puntuaciones más altas) que los niños, aunque hay un pequeño empeoramiento en los dos sexos.

Gráfico 2: Puntuaciones de CVRS en varones, años 2014 y 2016.

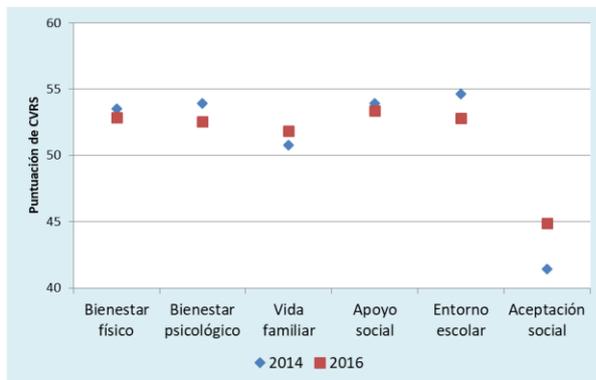
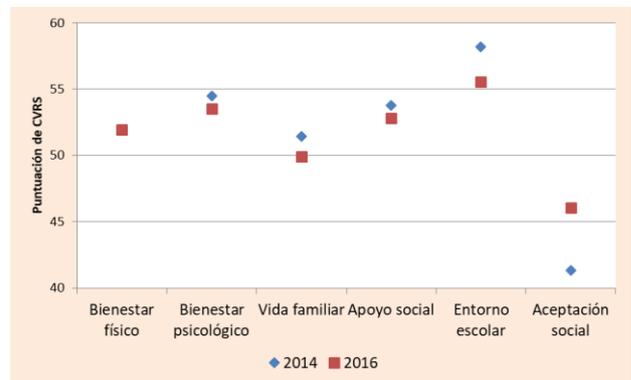


Gráfico 3: Puntuaciones de CVRS en mujeres, años 2014 y 2016



Estado nutricional de los niños y las niñas

El estado nutricional antropométrico se valoró a través de las mediciones de peso y talla en los niños y en las niñas. Se utilizó el índice de masa corporal que relaciona el peso y la talla según el sexo y la edad para clasificar el estado nutricional según referencias internacionales de la Organización Mundial de la Salud, avaladas por la Sociedad Argentina de Pediatría en el año 2006. Las categorías utilizadas fueron:

6

- Emaciación: desnutrición asociada a un peso insuficiente para la talla.
- Riesgo de bajo peso: riesgo de desnutrición asociada a un peso insuficiente para la talla.
- Normal: peso suficiente para la talla, edad y sexo.
- Sobrepeso: exceso de peso para la talla, edad y sexo.
- Obesidad: exceso de peso para la talla, edad y sexo, con una acumulación anormal o excesiva de grasa.

En los gráficos 4 y 5 se presenta la distribución porcentual de las diferentes categorías del estado nutricional antropométrico de los niños y las niñas en el año 2014 y en el año 2016.

El sobrepeso y la obesidad fueron frecuentes en los/as niños/as. Y aumentó en la segunda medición. Estos resultados fueron similares a lo observado en el informe del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) que en promedio encontraron en el año 2013 un 37,1% de exceso de peso, siendo el 21,5% sobrepeso y el 15,6% obesidad y en el año 2014 un 38,8% de exceso de peso, siendo el 22% sobrepeso y el 16,8% obesidad. Aunque los valores de obesidad en los niños de las escuelas municipales fue mayor.

En cuanto a la emaciación, el porcentaje fue menor en comparación con los datos del PROSANE, en donde en el año 2013 fue de 2,0% y en el 2014 de 1,9%.

Se pueden observar algunas diferencias entre escuelas pero reiteramos que el estudio se realizó con el propósito de obtener resultados para el conjunto de la muestra y no por cada escuela, por lo que estos resultados son imprecisos.

Gráfico 4: Distribución porcentual del Estado nutricional de estudiantes de 4° grado por Escuela y Total en el año 2014

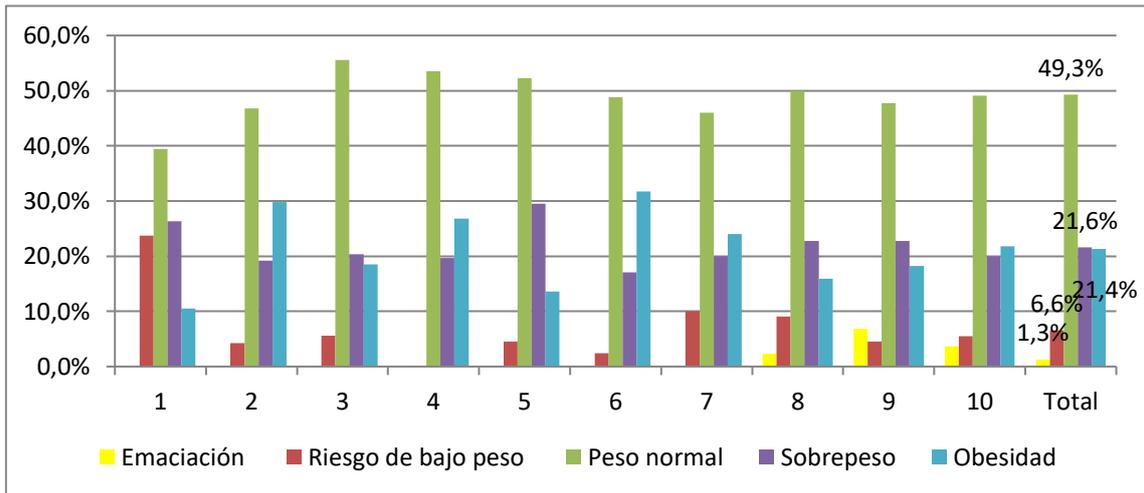
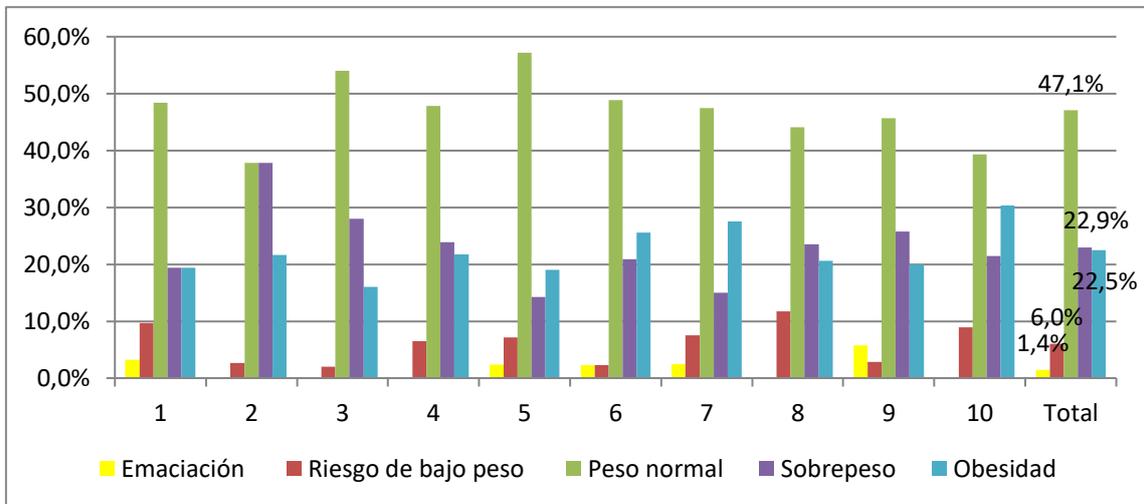


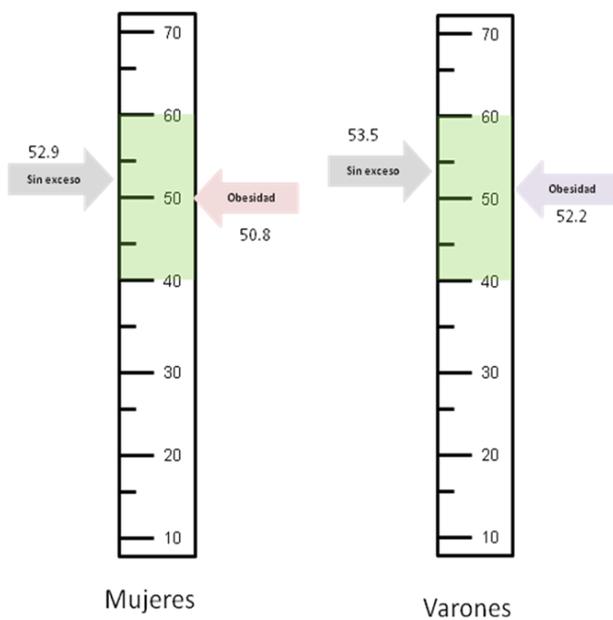
Gráfico 5: Distribución porcentual del Estado nutricional de estudiantes de 6° grado por Escuela y Total en el año 2016.



Percepción del bienestar físico, autopercepción y entorno escolar en los niños y niñas según presencia de obesidad

La calidad de vida relacionada con la salud permite valorar el impacto de condiciones de salud sobre el bienestar de las personas. A continuación presentamos la comparación de las puntuaciones de la dimensión de bienestar físico autopercepción y entorno escolar según la presencia de obesidad en los niños y en las niñas.

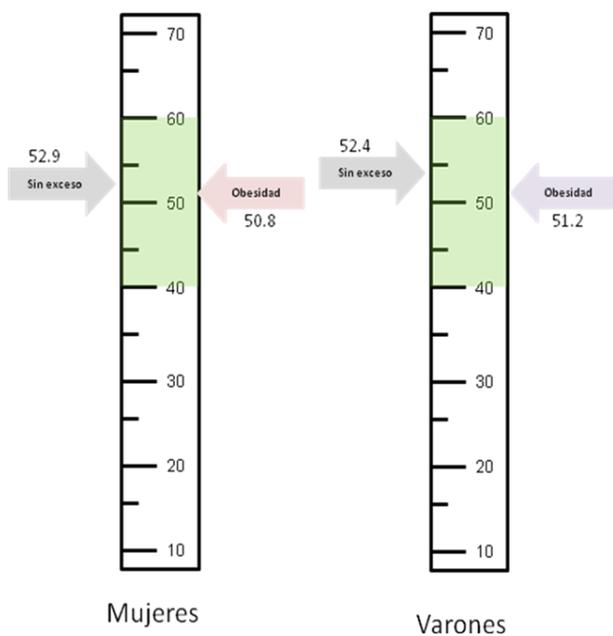
Bienestar físico



Los **niños y las niñas con obesidad** presentaron puntuaciones más bajas en la dimensión BIENESTAR FÍSICO en relación a aquellos sin exceso de peso.

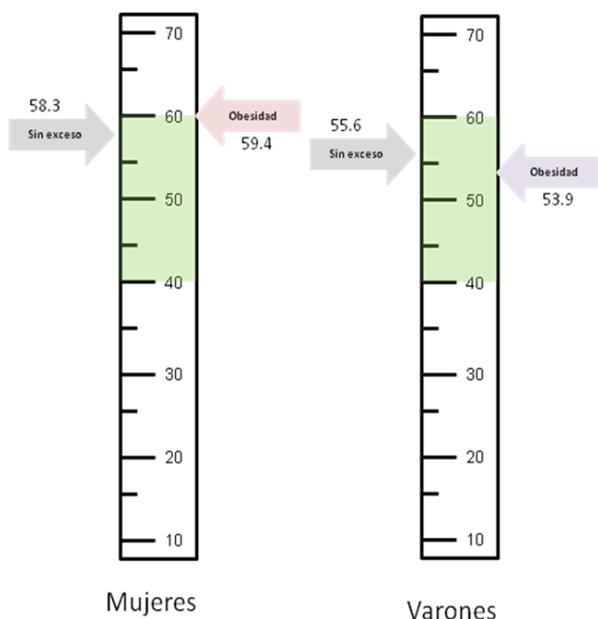
En las mujeres las puntuaciones fueron más bajas que en los varones

Autopercepción



Los **niños y las niñas con obesidad** presentaron puntuaciones más bajas en la dimensión AUTOPERCEPCIÓN en relación a aquellos sin exceso de peso. En las mujeres las puntuaciones fueron más bajas que en los varones

Entorno escolar



Los **niños con obesidad** presentaron puntuaciones más bajas en la dimensión ENTORNO ESCOLAR en relación a aquellos sin exceso de peso. En cambio las **niñas con obesidad** percibieron un mejor entorno escolar que aquellas sin exceso de peso.

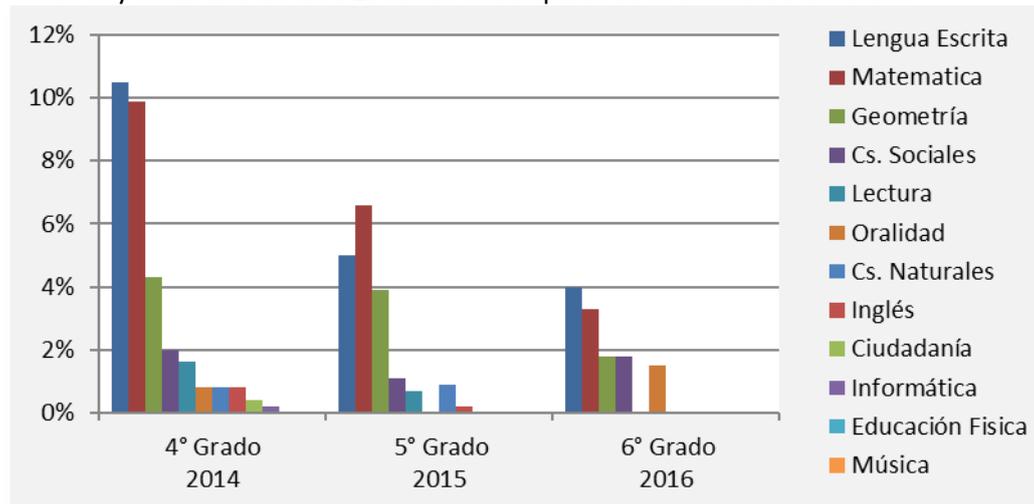
9

Salud y desempeño escolar

Al observar la distribución de frecuencias de calificaciones en las distintas asignaturas de la currícula de las escuelas primarias municipales, las materias que presentaron una mayor proporción de niños y niñas con calificaciones No Satisfactorias (NS) fueron Lengua Escrita y Matemática Aritmética, tanto al inicio como al término del seguimiento (Gráfico 6). Al inicio del estudio (año 2014), hubo un 10,5% de calificaciones NS en Lengua y un 9,9% en Matemática, mientras que al término del seguimiento (años 2016) se observó un 4,0% de escolares con NS en Lengua y un 3,3% de escolares con NS en Matemática. Puede observarse además, que al término del seguimiento, disminuye no sólo la proporción de calificaciones NS, sino que también se reduce la cantidad de materias en las que éstas se presentan; así, al final del seguimiento, los NS se observaron en 5 de las 12 asignaturas que componen la currícula: Lengua, Matemática, Geometría, Ciencias Sociales e Inglés. En Música y Educación Física ningún niño/a obtuvo NS durante el periodo estudiado.

Lengua y Matemática resultaron ser las asignaturas de la currícula con una mayor proporción de niños y niñas con calificaciones "No satisfactorias".

Gráfico 6: Distribución de frecuencias de calificaciones No Satisfactorias por asignatura en niños y niñas asistentes a Escuelas Municipales de la ciudad de Córdoba.



Se observó que las niñas presentaron un mejor rendimiento que los niños, ya que en ambas asignaturas hay un mayor porcentaje de niñas (Lengua: 38%; Matemática: 32%) que niños (Lengua: 23%; Matemática: 29%) con calificaciones MB-E, y un menor porcentaje de niñas (Lengua: 8%; Matemática: 7%) que de niños (Lengua: 13%; Matemática: 12%) con calificación de NS. Sin embargo, estas diferencias fueron estadísticamente significativas sólo en Lengua ($p < 0.001$).

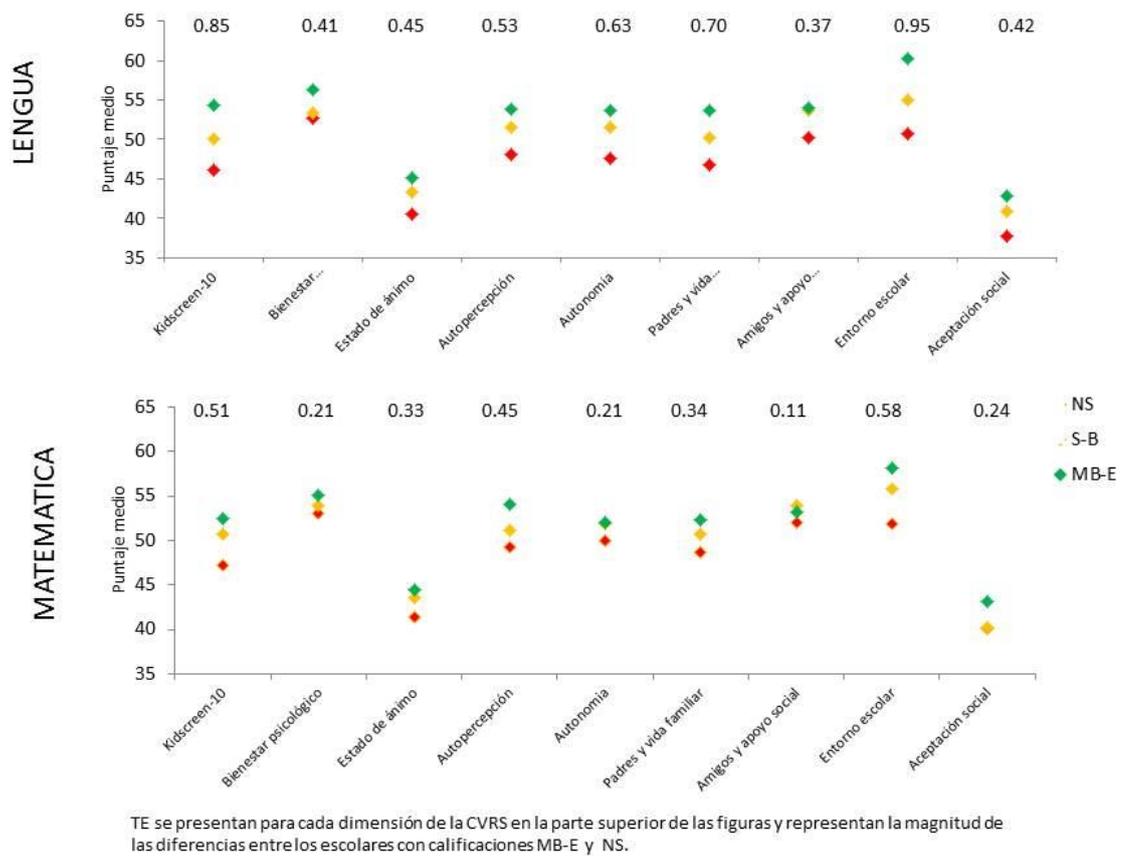
Por otro lado, se observó que la proporción de niños/as con calificación MB-E fue mayor: entre los que tenían la edad esperada para el grado que cursan (Lengua: 33%; Matemática: 36%) que entre los que tenían sobreedad (Lengua: 13%; Matemática: 9%); en aquellos niños/as cuyas madres alcanzaron una escolaridad de secundario completo o más (Lengua: 38%; Matemática: 41%) que con niveles de escolaridad materna más bajos (Lengua: 29%; Matemática: 28%); y entre los/as niños/as que informaron un mejor NSE que entre los/as que informaron un peor NSE (Lengua: 34% vs 29%; Matemática: 36% vs 25%). Al final del seguimiento se encontraron las mismas asociaciones entre el rendimiento académico y las variables sociales que en al inicio del estudio.

Las calificaciones E-MB fueron más frecuentes entre las niñas, los que informaron una mejor situación socioeconómica y a aquellos chicos/as cuyas mamás han alcanzado mayores niveles de escolaridad.

Se encontró asociación entre el rendimiento escolar y la salud, en tanto se observaron diferencias en la salud auto percibida entre los niños y niñas con bajas y altas calificaciones. En Lengua por ejemplo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas el índice general de CVRS y en las ocho dimensiones de la CVRS consideradas, siendo aquellos/as niños/as con calificación de MB-E los que puntuaron mejor en todas las dimensiones señaladas (Gráfico 7). El tamaño del efecto fue

moderado/alto en el índice general de salud (TE=0.85) y en las dimensiones: Autopercepción (TE=0.53), Autonomía (TE=0.63), Relación con los padres (TE=0.70) y Entorno escolar (TE=0.95). En matemática, se observa la misma tendencia en donde los/as niños/as con calificación de MB-E puntúan más alto en las dimensiones de la CVRS que los/as niños/as con NS pero las diferencias presentan un tamaño del efecto de pequeños a moderados (van de un TE de 0.21 en Bienestar psicológico y Autonomía a un TE de 0.58 en Entorno escolar).

Gráfico 7: Promedios de puntuaciones en diversos aspectos de la salud según la calificación obtenida en Lengua y en Matemática.



En modelos de análisis multivariados se encontró que hay tres dimensiones de la CVRS fuertemente asociadas al desempeño escolar: los sentimientos de los chicos en torno a la escuela, cuán cómodos se sienten en su casa y con sus padres y el grado autonomía que perciben de sí mismos, esto es, cuán capaces se sienten de elegir y decidir sobre sus actividades cotidianas. Aquellos niños y niñas que manifestaron no sentirse a gusto en la escuela, en sus hogares y con sus padres, y una baja autonomía autopercebida mostraron más posibilidades de obtener calificaciones No satisfactorias que aquellos que dicen sentirse mejor en estos aspectos de la salud.

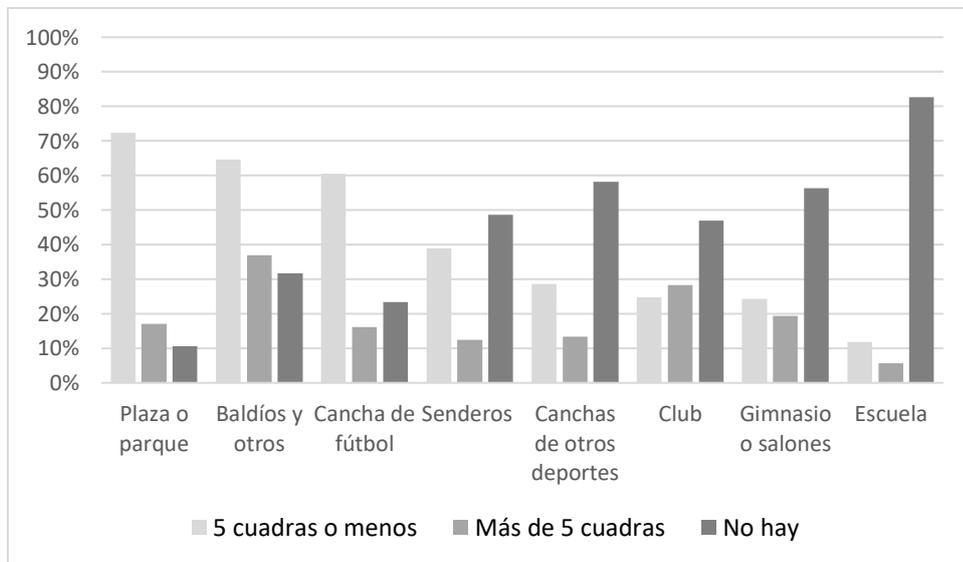
Desigualdades sociales en la salud de las infancias: el uso del espacio público barrial para la práctica físico-deportiva en Córdoba

La salud se presenta de modo diferente en las distintas sociedades y clases sociales, a pesar de las semejanzas biológicas de los seres humanos que las componen. Por ello, entendemos que la vida humana está determinada socialmente en todas sus dimensiones, inclusive la salud. Una de las cuestiones que se analizaron es la recreación de las infancias en la ciudad, como una posible vía de articulación entre la vida urbana y la salud, en tanto componente de la vida cotidiana de las personas y, por consiguiente, esencial para la producción de salud y de la vida misma. La producción social de la recreación se inserta hoy en día en las ciudades, que constituyen espacios sociales y físicos donde las personas viven, participan y construyen cultura y sociedad. Sumado a ello, el tiempo-espacio de la recreación es (o debería ser) más sobresaliente durante la infancia, por lo que se vuelve central estudiarla como parte esencial de la vida de niños y niñas.

Acceso a espacios públicos de recreación en los barrios

El gráfico 8 muestra un gradiente negativo entre la mayor cercanía y la ausencia de cada espacio en los barrios: a mayor proporción de madres que refieren la cercanía de cada espacio, menor frecuencia de madres que mencionan su inexistencia en los barrios, lo mismo de manera inversa.

Gráfico 8. Distribución de frecuencias de la distancia hacia los distintos espacios de recreación en cada barrio, según las madres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

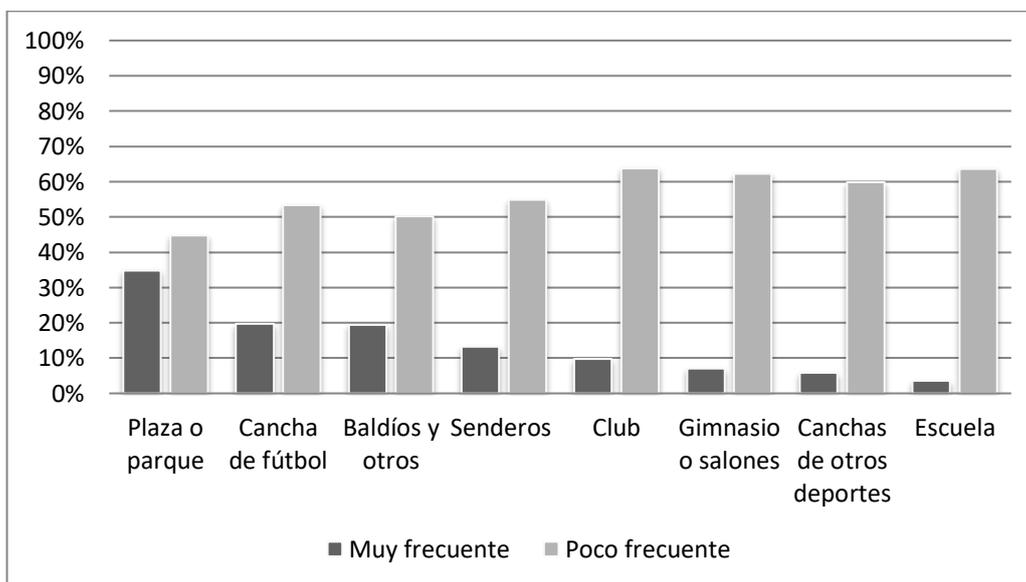


Al asociar la distancia a los distintos espacios de recreación de los barrios en función del contexto de pobreza barrial, encontramos diferencias estadísticamente significativas sólo en el caso de las plazas. Es decir que a medida que empeora el contexto de pobreza barrial, se reduce la frecuencia de madres que refiere tener una plaza a menos de cinco cuadras de distancia de sus hogares.

Frecuencia de utilización de espacios públicos de recreación en los barrios

Los tres lugares más utilizados (una vez por semana o más) para la práctica físico-deportiva de la recreación fueron, en primer término, la plaza o parque (34,8%), luego, la cancha de fútbol (19,7%), y en tercer lugar, baldíos y otros espacios al aire libre (19,4%). Solo el 3,6% de las madres consideró el uso de las instalaciones de las escuelas en horario extraescolar como un espacio para la recreación de los/as niños/as. Sin embargo, también vemos que en todos los espacios propuestos hay una mayor cantidad de madres que refieren su utilización poco frecuente en comparación con las que hablan de una utilización frecuente (gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva de los espacios de recreación disponibles en los barrios, según las madres. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011.

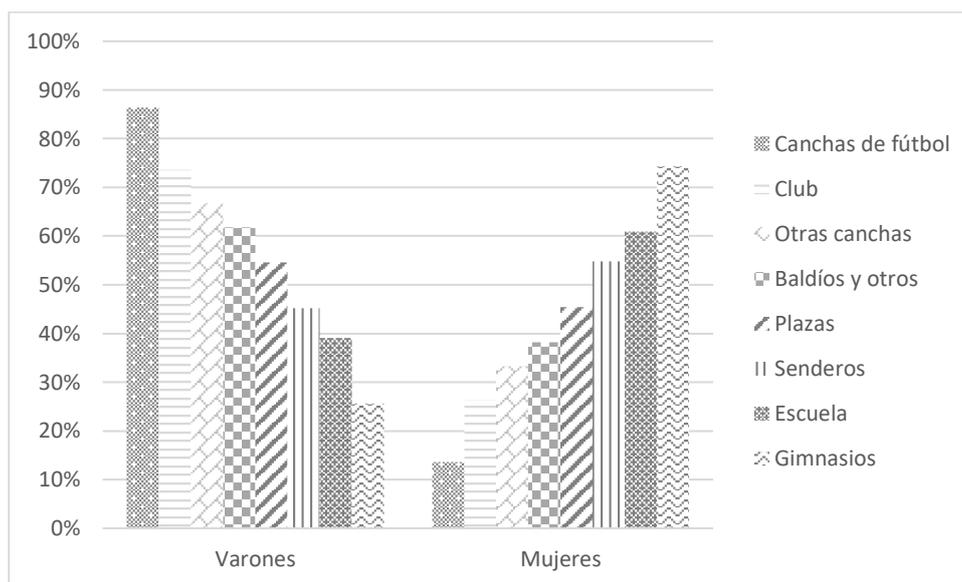


Se puede notar que, a pesar de que los lugares están disponibles a una distancia cercana, su utilización es reducida. Por ejemplo, el 60% (n=546) de las madres señalaron que tenían una cancha de fútbol a menos de cinco cuadras de sus viviendas, sin embargo, menos de la mitad de ellas (n=250) refirieron una utilización frecuente por parte de sus hijos/as para realizar alguna práctica físico-deportiva.

Desigualdades de género en el uso de espacios públicos para la recreación en los barrios

El análisis de la frecuencia de utilización físico-deportiva de los distintos espacios mostró que los varones utilizaron más frecuentemente las plazas o parques, canchas de fútbol, baldíos u otros espacios al aire libre, club, canchas de otros deportes; mientras que las niñas concurren más a gimnasios o salones (gráfico 10).

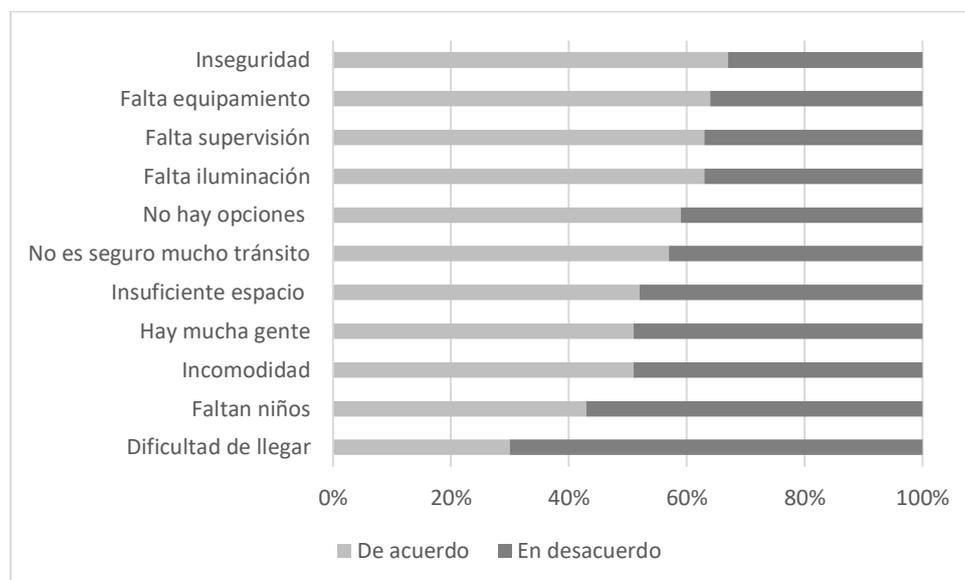
Gráfico 10. Distribución de frecuencias de la utilización físico-deportiva muy frecuente de los distintos espacios de recreación, según sexo. Ciudad de Córdoba (Argentina), 2011



Barreras percibidas por las madres en el acceso y utilización físico-deportiva de los espacios recreativos barriales

Las barreras que las madres reconocieron como más influyentes para la práctica físico-deportiva de los/as niños/as en sus barrios de residencia fueron: en primer lugar, la inseguridad con un 67% de adherencia; luego, la falta de equipamiento adecuado, de iluminación y de supervisión de una persona adulta, casi en una misma proporción (entre el 63 y 64%); en tercer término, la ausencia de opciones de actividades (59%) junto con la inseguridad vial (57%); luego, cercano a un 50% de adhesión, el insuficiente espacio para estas prácticas, el exceso de gente y la incomodidad, molestia o aburrimiento de los/as niños/as en los espacios barriales. Finalmente, las barreras con las que menos acuerdan las madres como impedimento para la práctica físico-deportiva en los barrios son: la ausencia de otros/as niños/as en el lugar (43%) y la dificultad de llegar hasta allí (30%) (Gráfico 11).

Gráfico 11. Distribución de frecuencias de las distintas barreras percibidas por las madres para el desarrollo de contenidos físico-deportivos de la recreación de los/as niños/as en los barrios de la ciudad de Córdoba (Argentina), 2011



A través de nuestra investigación pudimos reflejar, por un lado, las marcas de la profundización de un proceso de diferenciación social que distancia la experiencia de recreación de niños y niñas de distintos sectores sociales expresados a partir de los distintos contextos de pobreza del barrio en que habitan; por otro, signos de una homogeneización cultural y de una uniformidad de las respuestas sociales del Estado que no resuelve las desigualdades sino que las profundiza y, por último, un debilitamiento del sentido público de la recreación que colabora con un proceso de individualización del niño y de la niña y de la propia infancia como espacio social cada vez más fragmentado. Demostrar esto es necesario para derribar y deconstruir la mirada totalizadora sobre la infancia para comenzar a reflejar las marcas de las desigualdades sociales dentro del espacio social infantil³ y sus implicancias en la salud y la vida de los/as niños/as, sus familias y el tejido social.

³ Carli S. La cuestión de la infancia: entre la escuela, la calle y el shopping. 1º ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 2006.