

EJE 4: SALUD



**SALUD Y EL APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS.**

María Natividad Ávila Ortiz¹

Ana Elisa Castro Sánchez²

Gerardo Garza Sepúlveda³

RESUMEN

El envejecimiento en México y sus implicaciones para la salud llama a acciones específicas en el futuro inmediato, en el país se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, se prevé que para el 2050 los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población lo que equivaldrá a 41.4 millones de personas mayores de 60 años. El crecimiento acelerado de la población envejecida va acompañado del incremento de enfermedades crónicas degenerativas e incapacidades que afectan su calidad de vida, las cuales requiere de la atención permanente dentro de su familia o de la institucionalización. El propósito de este estudio es explorar la percepción de la salud y el apoyo social que reciben los adultos mayores institucionalizados en casas de reposo del área metropolitana de Monterrey. El método fue cualitativo en el que se realizaron 24 entrevistas semiestructuradas a adultos mayores institucionalizados. Además, para validar el estudio se aplicó la técnica de observación y el análisis de la información se realizó con el software cualitativo MAXQDA. Los hallazgos

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Facultad de Salud Pública y Nutrición.
naty_avila83@hotmail.com

² Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Facultad de Salud Pública y Nutrición.
ana.castrosh@uanl.edu.mx

³ Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Facultad de Salud Pública y Nutrición.
gerardo.garzas@uanl.mx

obtenidos fueron que los adultos mayores se perciben como personas saludables a pesar de presentar diversos problemas físicos que les impiden vivir solos. Las casas de reposo visitadas son de nivel socioeconómico medio alto, por lo que los adultos mayores tienen sus necesidades materiales satisfechas como son la vestimenta, alimentación y un hogar. En relación al apoyo social se encontró que los entrevistados reciben apoyo material por parte de sus hijos o familiares para pagar su estancia en la institución, el apoyo instrumental es cubierto por el personal de la institución. No obstante, el apoyo emocional es limitado, sus familiares los visita una o dos veces a la semana y el apoyo cognitivo lo reciben de las compañeras de la institución y del personal médico de la institución.

Palabras calves: adultos mayores, salud, enfoque cualitativo, apoyo social.

INTRODUCCIÓN

El problema de dependencia en la vejez, se ha convertido en un fenómeno de relevancia, dado que afecta la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Surge como consecuencias de las enfermedades crónicas, los accidentes, o como efecto propio del envejecimiento, y se traduce en dificultades o imposibilidad para realizar ciertas tareas cotidianas, por lo que se requiere ayuda para realizarlas. Cuando los adultos mayores se convierten en sujetos dependientes afecta también las esferas psíquicas y sociales y el impacto puede tener diferencias significativas según el tipo y grado de discapacidad, aunque también según el género y la clase social. Por ello, el objetivo primordial de este estudio fue explorar la percepción de la salud y el apoyo social que reciben los adultos mayores institucionalizados en casas de reposo del área metropolitana de Monterrey.

La importancia de abordar el tema del envejecimiento se debe a que en México, al igual que otros países, los problemas y necesidades de los adultos mayores han generado una preocupación mayor en la sociedad. Esta preocupación surge del

incremento de la población adulta mayor, en relación con la población total. En México se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, según el INEGI (2005) en el año 2010 una de cada 10 personas era un adulto mayor, para 2020 se prevé que la relación sea de una de cada seis y para 2040 una de cada tres. Se prevé que para el 2050 los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población lo que equivaldrá a 41.4 millones de personas mayores de 60 años y que por cada 100 hogares en 28 haya un adulto mayor.

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en México residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad. Entre la población de 60 años o más hay 88 hombres por cada 100 mujeres. Esta relación se marca mayormente conforme aumenta la edad; así, en el grupo de población de 60 a 64 años se cuentan 91 hombres por cada 100 mujeres, mientras que para el grupo de 85 años o más la relación es de 74 por cada cien.

Por otra parte, Tamez y Ribeiro (2012), señalan que los adultos mayores enfrentan diversos problemas de los cuales destaca el deterioro físico, vivido tras el incremento de la edad y la presencia en mayor medida de enfermedades crónicas degenerativas, las cuales resultan costosas en su atención y genera un incremento de algunas necesidades, entre las que destacan las económicas, de atención de salud, de recursos materiales, así como instrumentales, de igual forma cuidados especiales que se agudizan con el paso del tiempo. Por ello, es imprescindible investigar qué papel juega la familia para brindar estos apoyos.

El apoyo social es un elemento importante en el adulto mayor esto se debe a que las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo cuando la persona está integrado a la familia y a la comunidad se produce un sentimiento

positivo con la vida (Cardona-Arango, Estrada-Restrepo y Chavarriaga-Maya, 2010).

De acuerdo a Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), el apoyo social considera cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, comidas, ropa, pago de servicios y otros). Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento. Los apoyos emocionales se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto, otras. Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, otros.

Este resultado es consistente con diversos estudios que destacan la importancia del apoyo que percibe el individuo de su entorno como elemento protector en la salud mental, ya que la existencia de relaciones significativas y estables en el tiempo inciden en el autoconcepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés (Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos y Moreno-Gómez, 2007; Clemente, Tartaglini y Stefani, 2009; Colomé, Trovó de Marqui, Carmo, Gindri, De Carli, Winck y Trombetta, 2011; Soria y Rodríguez, 2002; Vivaldi y Barra, 2012). Existen evidencias de que la existencia de una red social adecuada podría influir en la modificación de las estrategias de afrontamiento, en la integración o participación social y en el incremento de la motivación, actuando como un posible predictor de discapacidad en la vejez (Cardona-Arango, Estrada-Restrepo y Chavarriaga-Maya, 2010; Lara y Mardones, 2009).

En relación con México existen pocas investigaciones que busquen indagar acerca la realidad del adulto mayor, aquellos aspectos de su vida y de su entorno que le

permitan sentirse más feliz y satisfecho con su vida, tales como la salud y el apoyo social. Por tal motivo, se consideró pertinente abordar este estudio desde un enfoque cualitativo.

Enfoque cualitativo

La decisión de utilizar este enfoque surgió a raíz de la revisión de los estudios sobre percepción de la salud y apoyo social, de los cuales se observó una total ausencia en investigaciones con metodología cualitativa. Debido a la naturaleza cuantitativa de los estudios revisados no intentan comprender y no dan a conocer el punto de vista de los adultos mayores, en su lenguaje y sus razones. Por ello, se planteó investigar este tema a partir de un paradigma cualitativo con el que se trató de generar conocimiento científico y buscar soluciones diversas, donde se incluyeron, las percepciones, las creencias, emociones y significados de los adultos mayores,

La metodología cualitativa permitió acceder a las experiencias, interacciones y documentos en su contexto natural. Se abstuvo de establecer al principio un concepto claro de lo que se estudia y de formular hipótesis para someterlas a prueba. Por el contrario los conceptos se desarrollaron y mejoraron en el proceso de la investigación (Rapley, 2014). A su vez, mostró una manera efectiva de comprender y abordar la realidad, permitió ver a las personas e investigar en forma "holística", no se redujeron las personas y los fenómenos estudiados a variables, sino fueron considerados como un todo y se les trató de comprender dentro de su mismo ambiente dando énfasis a los significados, experiencias y opiniones (Creswell 2009; Mejía, 2004).

Según Abarca, Alpízar, Sibaja y Rojas (2012), la investigación cualitativa se planteó como una forma de abordar la realidad, con unas herramientas teóricas y técnicas específicas que fueron utilizadas según la naturaleza del objeto social. Esto implicó que la investigación se ocupa principalmente de las relaciones entre

las personas en la sociedad: lo que producen, piensan, dicen y lo que hacen frente y con los demás. Esto dio pie a conocer la realidad en el propio lenguaje de los sujetos de estudio, en este caso de los adultos mayores.

La técnica de investigación utilizada fue la entrevista semiestructurada, la cual se caracteriza por su relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden. (Bernal, 2010). Además, “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 403). Asimismo, ayudo a conocer lo que el entrevistado piensa, los sentimientos, las ideas e intenciones.

En el estudio la guía de la entrevista semiestructurada que se formuló se incluyeron asuntos o tópicos que sirvieron como puntos de orientación, lo cual garantizó una secuencia en los temas. A su vez, estuvieron relacionados a temas que surgieron a la luz de la revisión de la literatura. Durante las entrevistas se abordaron cada uno de los tópicos; esto con el fin de asegurar que los temas claves de la investigación fueran cubiertos por cada uno de los participantes.

Al inicio de las entrevistas se les solicitó a los participantes que contestarán algunos datos sociodemográficos. Todas las entrevistas se llevaron a cabo dentro de las instalaciones de la casas de reposos, de las cuales se contaba con un permiso previo para realizar la vistas al lugar. Las entrevistas fueron grabadas en audio, lo cual fue previamente informado a los participantes.

Al finalizar las entrevistas se realizó una transcripción textual de cada una de ellas lo más pronto posible. Para validar los datos de la investigación se utilizó la triangulación de técnicas, por ello se aplicó un instrumento de observación.

En la muestra se utilizó el criterio de saturación basado en lo señalado por Álvarez-Gayou (2003), Bowen (2005), McCracken (1991), partiendo del hecho que en la investigación cualitativa lo objetivo no es maximizar números, sino llegar a

ser saturado con la información del tema, ya que es más importante trabajar más tiempo y con mayor cuidado con menos gente, que más superficialmente con muchas personas. Al final se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas, 19 mujeres y 3 hombres.

Para participar en el estudio los participantes deberían ser mayores de 60 años institucionalizados, de sexo indistinto que estuviera de acuerdo en participar en el proyecto y que no presentaran deficiencia auditiva, de lenguaje o mental. Se excluyeron adultos mayores con deterioro cognitivo.

Datos cualitativos bajo el análisis computarizado

El análisis de los datos, se inició primeramente transcribiendo la información recabada de las entrevistas; se imprimieron los textos, se leyeron cuidadosamente y se anotaron los códigos tentativos. Se familiarizó con cada una de las entrevistas, a través de lecturas repetidas. En seguida, se clasificó u otorgó etiquetas a las unidades que fueron cubiertas por un mismo tópico, donde las categorías fueron referidas a situaciones, actividades y acontecimientos, esto con el fin de que los datos tuvieran una descripción más completa (Alvarez-Gayou, 2003).

Con el objetivo de facilitar el proceso de análisis de datos cualitativos, se utilizó el software “MaxQDA” versión 10, el cual favoreció a realizar con mayor facilidad y rapidez el análisis de los textos. Para realizar el análisis usado programas informáticos, se consideró lo planteado por Echevarría (2011): 1) el investigador explora, lee y relee, sus datos sin perder de vista la totalidad de ellos, 2) basada en la selección, reordenamiento y duplicación de segmentos y 3) se comienza con codificación, la cual consiste en segmentar la base de datos, asignarle códigos a los segmentos contarlos y finalmente obtenemos y contrastamos conclusiones.

RESULTADOS

Se visitó adultos mayores institucionalizados, los cuales se encontraban viviendo en tres distintas casas de reposo del municipio de Monterrey. Se entrevistó a 22 adultos mayores y se aplicó un instrumento de observación en varios momentos, a la hora de desayunar, comer y cenar, debido a que son los momentos que los adultos mayores salen de sus recamaras y tienen un mayor contacto entre ellos.

Los adultos mayores entrevistados tenían entre 62 y 90 años de edad. 19 eran mujeres y 3 hombres el nivel de estudio que predominó fue sin estudio (5) primaria (4), secundaria (3), secretarias (5), mecánico (1) licenciatura (4). De los participantes, 14 se casaron y tuvieron entre 2 y 12 hijos, 8 permanecieron solteros y no tuvieron hijos. Actualmente 1 siguen casadas, 10 son viudas, 2 divorciadas y 1 separada.

Salud en los adultos mayores

En relación a la salud, los adultos mayores se perciben como personas saludables a pesar de presentar diversos problemas físicos que les impiden vivir solos. La percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos por su salud mental y capacidad funcional. Por tanto, la percepción de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión (Vivaldi y Barra, 2012).

No tengo enfermedad gracias a Dios y hace años yo padecí y de repente me quiere dar la laberintitis del oído, mareo pero ya tengo bastante tiempo que ya se me ha retirado, mi estómago está bien gracias a Dios y voy al baño yo todavía no uso pañal como todas las personas que están aquí, todas, todas, todas usan pañal y yo todavía no uso, yo me levanto al baño verdad (Natalia, 90 años).

Cabe aclarar que la mayoría de los adultos mayores entrevistados, antes de ingresar a la casa de reposo presentaron alguna caída en su casa o mostraban complicaciones de alguna enfermedad. De acuerdo a Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010), señala que en la mayoría de los casos, los residentes de los asilos de ancianos tienen problemas físicos o mentales que les impiden vivir solos, generalmente necesitan ayuda a diario y el asilo de ancianos, puede ser una residencia que provee habitación, comidas y ayuda con las actividades cotidianas y recreativas. *“Yo llegué aquí, pues por qué no podía caminar, es que yo tengo artritis deformativa” (Carmen, 88 años). “Pos, me dio la embolia me trajo para acá, quede muy alterada, pero ya estoy mejor” (Beatriz, 73 años).*

Sobre su salud los adultos mayores señalan que su condición física mejoró con el paso de los días, por los cuidados y atención medica que reciben por parte del personal de la institución.

Vivía sola, me cuidaba una señora, me daban de comer en la boca, no caminaba nada y traía una úlcera muy grande, de tanto estar acostada, entos ya mi hija vio que no avanzaba nada y me dijo: “vamos a Santa Clara”, me trajo, me repuse mucho, si me repuse, porque cuando llegue aquí estaba muy mal, 43 kilos, jamás en mi vida había pesado eso (Ángela, 85 años).

Como se puede observar, la forma en que los adultos mayores valoran su salud es a través de comparar las actividades que pueden hacer en relación a las personas de menor o mayor edad. No obstante, a pesar de que los adultos mayores se consideran saludables y que pueden valerse por sí mismos, sus hijos, hermanos o sobrinos, tienen otra perspectiva al respecto, ya que consideran que los adultos mayores no deben vivir solos, debido a que presentan algunas deficiencias para realizar actividades básicas de la vida diaria. Por lo tanto, los hijos, hermanos o sobrinos toman la decisión de llevarlos a una casa de reposo planteándoles que en lugar tendrán compañía y mejores cuidados. *“Yo me quede viuda, y luego todos mis hijos se casaron, formaron sus familias, se fueron y pues lógicamente*

me quede sola y para estar pues con compañía de otras personas pues decidieron traerme a esta casa” (Teresa, 79 años).

Me operaron de las cervicales tengo na´ más una hija, su esposo y mis nietos, pero pues todo el mundo trabaja, y no iba a poder yo estar bien atendida como mi hija quisiera, y me dijo pues te vamos mejor a poner unos días mamá, espero que no te parezca mal... (Amanda, 72 años).

Al respecto, González (2007), utiliza el término ansiedad filial para describir los sentimientos que se presentan en los hijos adultos cuyos padres se encuentran ya muy ancianos o en peligro de muerte. Para aminorar esta crisis, en ocasiones se destina al padre anciano en una institución, sea por rompimiento o enfriamiento de relaciones.

Por su parte, los adultos mayores señalan que la razón por la que viven en la casa de reposo se debe a que vivían solos en su casa porque sus hijos se casaron, su conyugue falleció, o bien, porque no tuvieron hijos.

Me quede sola, se murió mi hermana, éramos dos, se murió mi hermana y me quede sola, y mis parientes trabajan todo el día hasta las siete de la noche, y dijo: “que como me iban a dejar todo el día, que viera que no estaba bien eso”, entonces opté por venir aquí (Mayela, 70 años).

Fui casada y mi esposo y yo duramos como 55 años de casados y después el falleció y, luego vivía sola y mis hijos prefirieron que estuviera aquí para tener compañía verdad, pues viviendo sola, pos nomás las vecinas y así, gracias a Dios me acomode bien aquí (Consuelo, 88 años).

De acuerdo a los discursos presentados por los participantes se observó que el ingresar a la institución no es una decisión que los adultos mayores tomen solos, sino que está queda a cargo de los hijos, de los hermanos o sobrinos. Las mujeres

aceptan la decisión de ingresar a la casa de reposo señalando que ellas “no les quieren dar problemas, ni ser un gasto para sus hijos”.

En un estudio realizado por Arroyo, Ribeiro y Mancinas (2011), señalan que la percepción de “ser una carga”, en los adultos mayores, hace alusión a ideas, pensamientos y emociones que reflejan una imagen devaluada de sí mismos: se autodefinen como seres “que ya no sirven para nada”, “personas inútiles”, “que ocasionan molestias”, y que son “un estorbo”. Al respecto las participantes mencionan: *“Mis hijos decidieron, ellos eran los que conocían aquí, mis hijas, aquí y luego ya se pusieron de acuerdo para pagar entre las tres hijas” (Consuelo, 88 años). Mi hija tomo la decisión y mientras yo pueda no les quiero todavía recargar a ellos, verdad, porque pues ellos también tienen sus gastos y sus compromisos (Amanda, 72 años).*

Apoyo social en los adultos mayores

La necesidad de estudiar los apoyos sociales en los adultos mayores institucionalizados se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud física o mental (Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003) Además, desde hace más de 20 años, existe una vasta documentación que pone en evidencia el rol importante que los procesos de apoyo social tienen en el bienestar de la persona en muchos eventos negativos y enfermedades (House, Umberson y Landis, 1988).

Apoyo instrumental

Los adultos mayores institucionalizados que participaron en el estudio tiene cubiertos los apoyos de tipo instrumental, ya que las labores domésticas, la compra y preparación de los alimentos está a cargo del personal de la institución. Por otra parte, el traslado a citas médicas es garantizado por los familiares del adulto mayor. Al respecto, Arroyo, Ribeiro y Mancinas (2011), señalan que las

condiciones de salud colocan a los adultos mayores en una situación vulnerable tanto física como socialmente, la discapacidad y el deterioro son consecuencia de ello, limitándolos a realizar las funciones básicas de la vida diaria.

“No tengo que hacer hijita, porque mira, me barren, me trapean, me tienden la cama, precisamente por eso mis hijos me pusieron aquí...” (Mariela, 83 años). “He estado muy bien atendida y pos el alimento muy bien a mis horas y dormir pos si en ratos”. (Natalia, 90 años). “Mira, aquí no hacemos nada, así que pues me la pasó aquí, ya si quiero ver la tele, pues veo la tele, que, por ejemplo, vienen las compañeras y se ponen algo de plática y todo eso, pues ya nos juntamos un rato” (Teresa, 79 años).

Apoyo funcional

La Encuesta nacional de salud, señala que poco más de la cuarta parte de (26.9%) de los adultos mayores tenían dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como vestirse, bañarse, acostarse y caminar. En ambas condiciones, se observa que las prevalencia se incrementan en la medida que aumenta la edad, y es mayor en las mujeres. Sobre el apoyo funcional que reciben los adultos mayores institucionalizados, se encontró que si un adulto mayor necesita ayuda para alimentarse, así como para acostarse y/o levantarse de su cama, asearse o bañarse y tomar medicamentos, las enfermeras (os) en turno les proporcionan esa ayuda. *“Siento un poquito más de tranquilidad, porque está el doctor y están las enfermeras, y este saben cómo moverme como ayudarme a bañarme a todo, a darme los medicamentos...” (Amanda, 72 años).*

Apoyo material

En relación al apoyo material, los adultos mayores resaltan que para cubrir el costo mensual de la casa de reposo, reciben apoyo económico de sus hijos, o bien

si el adulto mayor no tuvo hijos, el pago lo realizan los sobrinos o hermanos. Debido a que estas casas de reposo son instituciones privadas tienen un costo mensual que va de entre 8,000 a 15 mil pesos. Cabe aclarar que 5 de las entrevistadas cuentan con pensión y con ello aportan para sus gastos. Por otro lado, 2 entrevistadas indicaron que el pago del asilo lo realizan con sus ahorros. *“Yo pago aquí, porque mi esposo me dejó casa, un terreno muy grande, dinero en el banco, lo junte el dinero en el banco, y me vendí mi casa, lo junte todo y lo eche al banco y de ahí estoy pagando aquí”.* (Mariela, 83 años). *“Yo creo que entre todos, a mí no me dicen nada, nomás sé que se juntan ellos para ver cuánto me van a dar...”* (Liliana, 86) *“Pos, mi sobrina es la que ella se encarga de todo, ella me da todo, me da porque como yo no me case, no tuve hijos...”* (Natalia, 90 años).

Las hijas o algún familiar del género femenino son las encargadas de comprarle a los adultos mayores los medicamentos, pañales, antojos sobre algún alimento, etc. *“Cuando necesito algo le digo a mi hija, necesito esto, esto y esto, por ejemplo, ella me compro, la tele, eh, el librero ese, que esta fallo, y así por el estilo, y ya me ha comprado varias cosas, ropa, cuando va al otro lado, me trae ropa, según como necesito”* (Marcos, 84 años).

Apoyo emocional

Los hallazgos relacionados con el apoyo emocional remarcan que existe deficiencia en este tipo de apoyo debido a que es limitado, ya que los entrevistados comentan que después de que los familiares los ingresan a la casa de reposo, conforme pasa el tiempo la compañía y los periodos de visita de sus hijos, nietos y hermanos se vuelven escasos, ya que a la mayoría los visitan una o dos veces por semana o en ocasiones especiales como ser fechas de cumpleaños, día de la madre, del padre, etcétera. Además, señalan ya no tener contacto con amigos. Diversos estudios (Becerra, Godoy, Pérez y Moreno, 2007;

Cardona-Arango, Estrada-Restrepo y Chavarriga-Maya, 2010) señalan que es común observar este tipo de actitudes en los familiares que tienen adultos mayores en un asilo.

“Viene a visitarme a veces mi hija, como también mis dos hermanas, no vienen muy seguido, es que trabajan mis dos hermanas y, luego mi hija, también, trabaja y no le quede mucho tiempo” (Sandra, 75 años). “Pues, me vienen a visitar mis hijos, como cuando vienen con la familia. No vienen seguidos, porque pues, por ejemplo, mis hijos tienen sus trabajos y tienen que estar trabajando, por ejemplo, ahora puede que vengan hoy, puede que vengan otro día” (Teresa, 79 años).

Por su parte, un estudio realizado por Becerra, Godoy, Pérez y Moreno (2007), indican que la familia deja de visitar al adulto mayor, no hay interacción, ni tiempo suficiente para la convivencia, esta situación tiende a desarrollar relaciones de dependencia que generalmente no son favorables para ninguna de las partes y en nada contribuye a dignificar la vida del adulto mayor.

Por otro lado, algunas entrevistadas comentan que encontraron compañía, apoyo y tranquilidad con sus compañeros de la casa de reposo. *“Por ejemplo, vienen las compañeras y se ponen algo de platica y todo eso, pues ya, ya se siente una en compañía (Teresa, 79 años). “Pues, que antes yo estaba muy triste y que pues no hallaba razón de la vida y aquí poco a poco fui despertando, verdad” (Hilda, 87 años).*

Apoyo cognitivo

Los apoyos cognitivos, ya no se reciben por parte de la familia, pocos adultos mayores sobre todo mujeres reciben este apoyo a través de las mismas compañeras de la institución, ya que existe intercambio de experiencias a través de pláticas y los consejos los reciben por parte del personal médico de la institución. *“Pues fíjate que, vienen las muchachas que nos cuidan, y con ellas*

platico, Son dos las que nos cuidan, Y este, cuando no platico con una, platico con otra” (Magdalena, 72 años). “En veces me levanto y camino, el doctor me dice que camine y haga ejercicio, porque me dijo que si necesitaba para que pudiera volver a caminar” (Carmen, 88 años).

Para finalizar, está investigación encontró que a la mayoría de los adultos mayores les falta relacionarse y convivir con sus compañeros, debido a que son muy callados y cada uno vive su propio mundo. Se denota la falta de contacto entre los mismos, además esto se pudo constatar mediante los instrumentos de observación, ya que sólo se reúnen al momento de consumir los alimentos, sin embargo a pesar de que están juntos no hablan entre ellos, terminan de comer y regresan a sus recamaras. *“Pos me la paso sentada, allá en la sala, o si no me vengo para acá y aquí me quedo en mi cama”.* (Sandra, 75 años). *“casi no salgo a convivir con las pobres aquellas, porque ahorita no siento animo de estar platicando, y luego que no oyen, y luego que yo ando ronca” (Amanda, 72 años).*

CONCLUSIONES

Con el desarrollo de este trabajo se logró explorar la percepción de la salud y el apoyo social de adultos mayores institucionalizados. De acuerdo al análisis de las entrevistas y el instrumento de observación, se obtuvo elementos para señalar que los ancianos en su mayoría se sienten bien y a gusto dentro de la institución. En su vida cotidiana se encuentran con sus necesidades materiales satisfechas, debido a que cuentan con atención de salud, alimentación, vestimenta, un hogar, etc. No obstante, sobre las necesidades de afecto expresan la imperiosa necesidad de estar en sus casas con sus familias con las que puedan contar y poder pasar los últimos años de sus vidas en armonía y con los afectos que representa el núcleo familiar.

A partir de la realidad estudiada, se considera importante el rol del Trabajador Social, el cual debe buscar las estrategias para la integración de los ancianos en su entorno familiar y social que les permita recuperar el espacio perdido, ya que son ciudadanos que deberían tener las mismas oportunidades que todo ciudadano tiene como sujeto de derecho.

De acuerdo a los hallazgos de este estudio la relación existente entre los ancianos con el personal, en su gran mayoría expresaron que se sienten a gusto y bien tratados, sin embargo algunos mencionan que a pesar de ello extrañan la convivencia familiar, así también se sienten conformes con la atención y en ocasiones desean volver a sus hogares.

Por último, esta investigación tiene limitaciones una de ellas es que se quedó un gran número de institucionalizados sin posibilidad de ser entrevistado debido a las deficiencias de salud que presentaban. Por lo tanto, se puede mencionar que la mayoría de los adultos mayores que se encuentran en las casa de reposo tienen problemas físicos o mentales que les impiden vivir solos. Además, los resultados no son generalizables para casas de reposos con estratos socioeconómicos bajos.

REFERENCIAS

Abarca, A., Alpizar, F., Sibaja, G., Rojas, C. (2012). Técnicas cualitativas de investigación. Costa Rica: UCR.

Álvarez-Gayou, J. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. México: Paidós.

Arroyo, M. C., Ribeiro, M., y Mancinas, S. E. (2011). La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales. Monterrey, México.: UANL.

Becerra-Martínez, D., Godoy-Sierra, Z. L., Pérez-Ríos, N. S. y Moreno-Gómez, M., (2007) Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007 15 (1), 33-37.

Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 3era ed. Colombia: Pearson.

Bowen, G. (2005). Preparación de una tesis basada en la investigación cualitativa: Lecciones aprendidas. *The Qualitative Report*, 10 (2), 208-222. Recuperado el 5 de Mayo de 2005, de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR10-2/bowen.pdf>

Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A. y Chavarriaga-Maya, L. M., (2010) Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín 2008. *Rev. Salud pública*. 12(3), 414-424.

Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M. y Cabrera, J. (2010) Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. *Margen*, 59, 1-18.

Clemente, A., Tartaglini, M.A. y Stefani, D. (2009) Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del Adulto Mayor en Distintos Contextos Habitacionales. *Revista Argentina de clínica Psicológica*, 18 (1), 69-75.

Colomé, I., Trovó de Marqui, A., Carmo Jahn, A., Gindri Resta, D., De Carli, R., Winck, M.T. y Trombetta, N. (2011), Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. Eletr. Enf.*, 13(2), 307-312.

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. 3 ed. Los Ángeles: SAGE.

Echevarría, H. (2011). *Diseño y plan de análisis en investigación cualitativa*. Argentina: Homo Sapiens.

González, M. R. (2007). *Los retos de la tercera edad. Nuevas oportunidades*. México: Trillas.

Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003) Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Recuperado el 10 de enero de 2012, de www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw-Hill.

House, J. S., D. Umberson y K. R. Landis (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*. 14. 293-318.

INEGI (2005). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI, Recuperado el 15 de enero de 2013, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

McCracken, G. (1991). *The long interview*. 5ta ed. Newbury Park: Sage Publications.

Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8 (13), 277-299.

Rapley, T. (2014). Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en investigación cualitativa. Madrid: Morata.

Soria, B., y Rodríguez, A. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Enfermer*, 18 (2), 116-21.

Tamez, B. y Ribeiro, M. (2012). La negligencia enfrentada por el adulto mayor con dependencia. En Mancinas S. (Coord.). *El olvido de los años. Envejecimiento, violencia, y políticas sociales*. Monterrey, México: Clave.

Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30 (2), 23-29.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y MANIFESTACIÓN DEL APRENDIZAJE PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS CASO: CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA) DE TAMULTE DELICIAS UBICADO EN VILLAHERMOSA, TABASCO.

Eric Francisco Pérez Fernández⁴

Ruth Lomelí Gutiérrez⁵

Jorge Hernández Ríos⁶

RESUMEN

Sin duda alguna el estudio sobre la retrospectiva y las tendencias de personas con Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensas Arterial (HA) a nivel internacional, nacional y particularmente en la entidad tabasqueña, obligan a los profesionales de la salud a focalizar su atención y análisis a los contenidos y operación de los programas educativos para la prevención y control de estas enfermedades. En este sentido la presente comunicación tiene como objetivo caracterizar y relacionar de manera deductiva e inductiva la instrumentación y operación del proceso enseñanza, así como la caracterización del aprendizaje para autocuidado de la salud. Es resultado de un abordaje con enfoque cuantitativo que ha permitido la descripción de conductas habituales de los pacientes relacionadas con la enfermedad, participación de los profesionales de la salud y los conocimientos que conllevan al autocuidado de su salud. Con un enfoque cualitativo se expone un análisis del discurso instrumentado del programa institucional relacionado con el

⁴ Maestrante en el Programa Educativo en Trabajo Social en la Universidad Veracruzana

⁵ Profesora de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Veracruzana, integrante del Núcleo Académico Básico en la Maestría en Trabajo Social, en la línea de vulnerabilidad y políticas públicas.

⁶ Profesor de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Veracruzana, integrante del Núcleo Académico Básico en la Maestría en Trabajo Social, en la línea de vulnerabilidad y políticas públicas

aprendizaje de los pacientes participantes lo que ha permitido una valoración sobre conductas de riesgos en la población de estudio.

Contrario a al modelo educativo institucional los resultados han permitido pensar en una propuesta desde el enfoque de la educación popular, como alternativa para formar al paciente diabético y/o hipertenso como el protagonista en la mejora de su salud, generador de espacios de reflexión sobre sus proceso en la construcción de aprendizaje de autocuidado de su salud y control de su enfermedad, contextualizado y participativo en el que el reconocimiento de las dificultades es el producto de una evaluación consensuada en el que intervienen todos los actores educativos y principalmente el paciente diabético y/o hipertenso.

Palabras claves: Educación para la salud, enseñanza-aprendizaje, autocuidado, actitudes de riesgo.

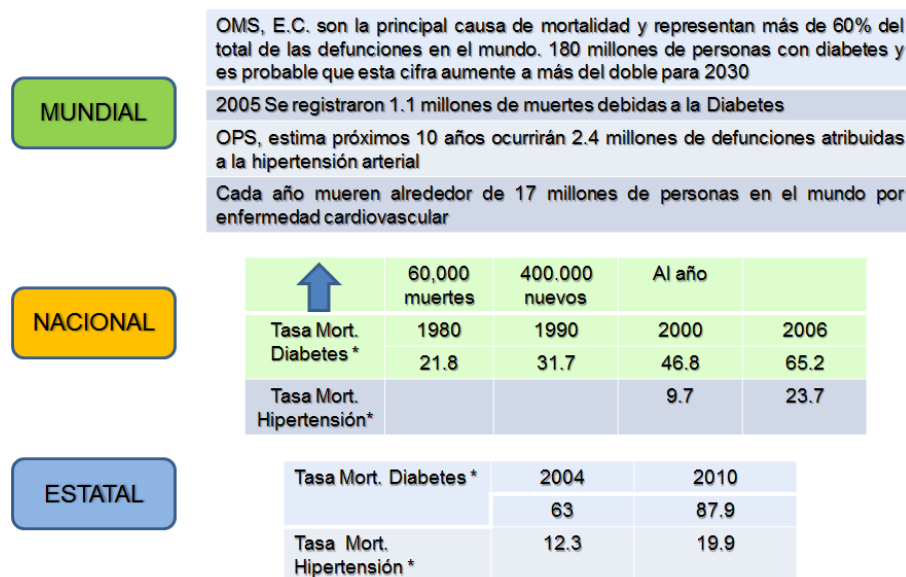
I MARCO DE REFERENCIA

La situación problema de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, en las últimas décadas ha tenidos cambios muy acelerados y rápidos debido a la transición epidemiológica donde en un principio predominaba la presencia de las enfermedades transmisibles principalmente en la población infantil y actualmente se aprecia de manera muy marcada y expresada en las enfermedades crónicas no transmisibles, donde están ocupando los primeros lugares como causa de muerte en la sociedad y principalmente en el sector de la población adulto joven y más aún, lo más grave y complicado es que están afectando en mayor porcentaje a los grupos poblacionales en edad productiva y que están relacionados fundamentalmente como la población económicamente activa y que son los proveedores económicos del sustento familiar.

Además los estudios retrospectivos y las tendencias de estos padecimientos de la Diabetes e Hipertensión, indican una representación de crecimiento ascendente

en los ámbitos mundial, nacional y específicamente el caso del Estado de Tabasco, llevando consigo, la disminución de la esperanza de vida y más se acentúa si posee algún problema cardiovascular, además que se manifiestan las complicaciones graves de estas enfermedades deteriorando de esta forma la calidad de vida de las personas y sus familias. (Figura 1)

Figura 1 Retrospectiva Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial



Fuente: Creación propia

En cifras encontramos que nivel mundial, en el año 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia. La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, en que empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país.

En México, la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una

tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales, cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, es importante señalar que la diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular, es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.

El descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud, no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y a que no se dé la pronta incorporación de los pacientes detectados al tratamiento.

En cuanto a morbilidad por diabetes en México, la diabetes tipo 2 representa 97% del total de casos nuevos registrados. En general, se reconoce una alza significativa de la incidencia en las últimas décadas. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 7.5%, lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).

En el rango del 2001-2007, se aprecia un incremento de casos del 28% al pasar de una tasa de 291.0 a 375 por 100,000 habitantes, respectivamente. No obstante, en los últimos cuatro años se estima una estabilización de las tasas de incidencia

respectivas. Los estados con las tasas más altas fueron Morelos, Coahuila, Durango, Jalisco y Sinaloa. En el 2007, las cifras preliminares indican que se presentaron más de 406,000 casos.

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor. La tasa de mortalidad nacional fue de 65.2 por 100,000 habitantes.

De manera particular en el Estado de Tabasco, en el periodo comprendido de los años 2004 al 2010, se observó un incremento en el número de defunciones por diabetes, ocupando en la actualidad el primer lugar como causa de muerte. Este aumento lo vemos ya que en el año 2004, se presentaron 1250 casos con una tasa de 63 por cada 100,000 habitantes comparándolo en el 2010, donde hubo 1812 casos y representó una tasa de 87.93 por cada 100,000 habitantes.

Otro dato importante que se agrega, son los gastos económicos que se generan en el sistema de salud y en las familias por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, aquí en México se invierte mucho dinero pero desafortunadamente se va en gastos para controlar y tratar las consecuencias (medicamentos, materiales, hospitalización, etc.) mientras que la inversión para la parte preventiva es mínimo, además que las familias también tienen gastos excesivos para el control y tratamiento de la enfermedad, donde de cada \$100 destinan \$52 para tratar este mal⁷.

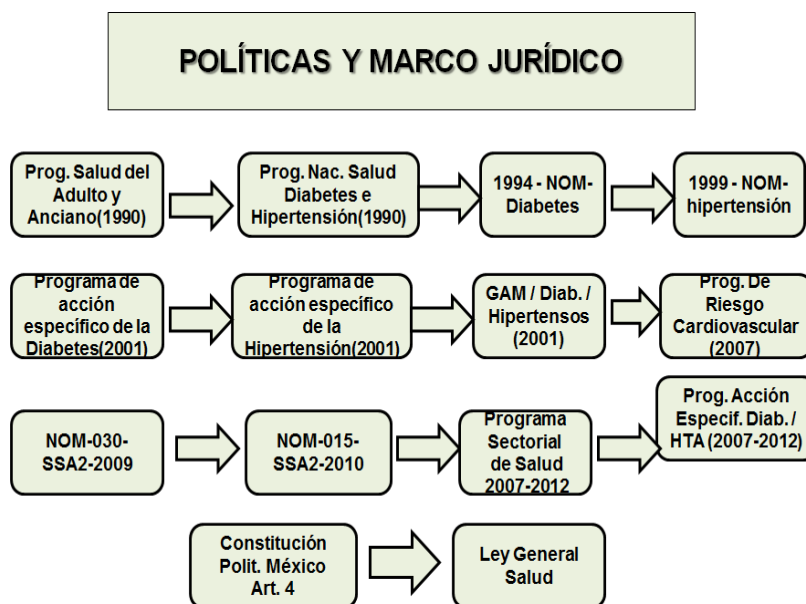
Dentro de este contexto, no se puede pasar como desapercibido los estilos de vida no saludables ya que estos son factores determinantes que inciden en la

⁷ Periódico Vanguardia (2012). "Casi 8 mil mdd. Le costó la diabetes a México en 2011". México: Vanguardia.

aparición de nuevos casos, en la magnitud y trascendencia de estas enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a las políticas públicas y marco normativo que sustentan y atienden a la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, se puede mencionar que si existen programas específicos para su prevención y control tanto a nivel nacional como localmente, de igual manera se encuentran las normas oficiales mexicanas mismas que se encargan de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes e Hipertensión. A continuación exponemos el marco instrumental (Figura 1) que ha tenido el sistema nacional de salud con miras al control del este problema de salud.

Figura No. 2 Trayectoria de las políticas y marco jurídico para el control del DM/HTA



Fuente: Creación propia

Sin embargo a pesar de contar con todos estos documentos técnicos y normativos desde años atrás, se considera que todavía falta mucho por hacer, porque no ha tenido el impacto deseado en la población, ya que en la actualidad las tendencias

indican que la morbi-mortalidad por estas enfermedades siguen en aumento y nos muestran un escenario con una población afectada por estas enfermedades.

Otro dato relevante por analizar es el desarrollo educativo que se está llevando a cabo en los grupos de diabéticos e hipertensos, es por eso que describo a continuación la conceptualización de la categoría Salud, así como de la Educación para la Salud y sus diferentes aplicaciones.

La Educación para la Salud Perea (2002) la incluye como disciplina, se constituye formalmente como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleada esta terminología, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

La primera organización Rosen (1958) profesional surge en 1922 The public health education, sección de la American public health association. Hasta 1937 Rothman y Birne, N. (1981) exponen que no se establece una competencia profesional, y en 1977 es cuando se edita un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública y su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998), menciona que la educación para la salud, comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

METODOLOGIA

Bajo este panorama, surge el interés y preocupación como profesionales de la salud de tener una mirada fija para la atención y el análisis a los contenidos y la operatividad de los programas educativos para la prevención y control de estos padecimientos, conocer cómo se está desarrollando con estos grupos de diabéticos e hipertensos, cómo es la interacción entre el educador y el educando, como es la participación grupal, estos indicadores son elementos para la reflexión, donde todo parece indicar que siguen con un modelo educativo tradicional, institucional y vertical.

Es importante señalar que para la elaboración de esta etapa del trabajo, se ha adaptado la propuesta de Mtra. Silvia Galeana de la O. para el diseño de modelos de intervención en su primera fase denominada momento explicativo, lo que ha dado pauta al análisis del contexto exógeno (expuesto en el apartado anterior) y endógeno (trabajo de campo) en torno a este problema de salud con una mirada desde lo social.

Es así que a partir de este contexto, se ha dado la importancia de abordar como punto de focalización, el aprendizaje y actitudes del paciente diabético e hipertenso relacionado al proceso de educación recibido en el Centro de salud de Tamulte Delicias de Villahermosa Tabasco así como determinar si estas actitudes corresponden al autocuidado esperado por el proceso educativo.

Como población sujetos en estudio, se señala que se llevó a cabo en el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) de Tamulte Delicias ubicado en Villahermosa, Tabasco, Institución pública perteneciente a la Secretaría de Salud del gobierno del estado de Tabasco. Situado en la calle Gustavo Hernández Loroño No. 302 de la Colonia Delicias, consta de 12 núcleos básicos de primer nivel de atención de la salud, sin embargo, en el estudio social se trabajó solo con

el núcleo básico No. 11 turno matutino, integrado por un médico, una enfermera y un licenciado en Trabajo Social con funciones de promotor de salud y que atiende la población de las colonias Atasta e Infonavit como sector de responsabilidad, es zona urbana y se encuentra a una distancia de 2 kilómetros de la unidad médica. En la parte comunitaria, se cuenta con una autoridad local llamado delegado municipal y también se encuentra integrado un grupo de titulares del programa “Oportunidades”.

Para el análisis de las interrelaciones en el contexto de estudio, se establecieron cuatro categorías y variables de estudio a continuación se presenta su definición operacional:

1.- Perfil del grupo, donde las variables consideradas principalmente fueron la edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad, estado civil, datos de la familia y vivienda, el tiempo que llevan con la enfermedad y de pertenecer al grupo educativo o club, cuántos días al mes se realiza la prueba del azúcar y presión arterial y si mantiene un registro de resultados para su conocimiento y control de la enfermedad.

2.- Proceso educativo, se emplearon los indicadores de educación y asesoría recibida por parte del equipo de salud responsable de su atención en los aspectos de la enfermedad, cuidados, si llevan algún programa de ejercicios o actividad física y alimentación, entendimiento y comprensión general del padecimiento, en hacer frente al estrés, el papel importante del ejercicio y la alimentación, los medicamentos que consume, la forma de utilizar los resultados de monitoreo, la prevención y tratamiento de bajo y elevado nivel del azúcar en la sangre, beneficios de un buen control del azúcar, prevención de las complicaciones y la relación de la diabetes con el embarazo.

3.- Actitudes para el autocuidado, se investigaron variables de soporte donde el paciente quiere mucha ayuda y apoyo de la familia, donde la familia y amigos apoyan mucho y si aceptan la enfermedad y respaldan el apoyo para el control de la diabetes en los parámetros de seguir un plan alimenticio, actividad física, manejo de sentimientos, toma de medicamentos, monitoreo del nivel del azúcar y quién le brinda mejor ayuda para en el cuidado de su diabetes, por otro lado se indagó también sobre el conocimiento de la diabetes destacando los indicadores de que si se inyectan insulina tienen una enfermedad leve o es más grave, quién debe tomar las decisiones más importantes para el cuidado de la enfermedad, si los profesionales de la salud deben ayudar en la toma de decisiones, si es importante realizarse el monitoreo, si afectan los efectos emocionales, si cambian la expectativa de vida con su padecimiento, si hay que llevar un control estricto, si hay mayor preocupación entre las personas que toman pastillas o los que se inyectan insulina y si el apoyo de los familiares es importante para el tratamiento.

4.- Conductas de riesgo, en esta última categoría se abordó las variables de identificación de riesgos o la probabilidad de descontrol de la diabetes considerando si tienen control sobre los riesgos para su salud, si están enfermos no hay mucho que pueda hacer, si creen que sus esfuerzos personales ayudan a controlar sus riesgos, o si son menos propensos al descontrol, en comparación con otros que llegan al grupo educativo o club que si tienen menos probabilidades para el descontrol y agravamiento de la enfermedad, si aumenta el riesgo el llevar una dieta saludable, hacer ejercicio, el aumento de peso, si lleva mucho esfuerzo el hacer ejercicio, cuidar la alimentación para prevenir a que se desarrolle el padecimiento, si su familia no cambian sus hábitos de estilos de vida saludable aumenta el riesgo de contraer la enfermedad y si su familia ha realizado cambios o está pensando en realizar cambios en un futuro si reduce las probabilidades de que se desarrolle la diabetes.

Para caracterizar y sustentar éstas variables o indicadores, se determinaron las siguientes técnicas:

- Observación No Participante
- Visitas Domiciliarias
- Notas de Campo

Con la finalidad de conocer y delimitar el área geográfica del sector de responsabilidad así como la identificación y domicilio de los pacientes en estudio.

- Entrevista Estructurada
- Instrumento: Cuestionario para el perfil de los cuidados del diabético, escala de medición percepción y actitudes, investigado y aprobado por el centro de Investigación y Capacitación de Diabetes de la Universidad de Michigan el cual fue traducido al español.

RESULTADOS

En lo que respecta a los fines del club o grupo educativo, este se integra por cada centro de salud, núcleo básico o consultorio, en este caso se encuentra integrado la del No.11. En cuanto a la supervisión médica generalmente se realiza al equipo de salud responsable de la atención e integración del club, no se realiza directamente al grupo, ni los visitan a los integrantes. De hecho cuando se tienen los talleres con el club, el equipo de supervisión ausente, no participan ni se involucran.

En la impartición de los talleres educativos, se tienen programado uno mensual, al mismo tiempo se aprovecha para realizarse su monitoreo del azúcar y de la presión arterial, su control de rutina y su tratamiento. Los que no acuden en su cita programada, el promotor de salud los visita y le otorga nueva programación. Se ha podido observar que el equipo de salud sí fomenta y orienta la motivación a los

pacientes para el autocuidado de su salud. Sin embargo el taller o mejor dicho la plática educativa tiene un tipo de educación formal, tradicional donde el personal de salud es el que habla, enseña y conoce, es muy mínimo la participación y retroalimentación, por lo tanto no hay intercambio de experiencias y vivencias del grupo. Se ha observado que la mayoría de los pacientes están en el rubro de descontrolados, no ha impactado la atención y tratamiento, aunque estén en el club o grupo educativo.

En relación a la capacitación sobre los temas básicos que se deben desarrollar como los conocimientos de la enfermedad, componentes y metas del tratamiento, intercambio de experiencias y discusión de datos, prevención y detección de la diabetes en los familiares y comunidad, actividades sociales y de recreación se analiza que si se realizan en forma mensual los temas antes mencionados, que regularmente se imparte uno cada mes. No considero impartición de talleres, porque casi no hay participación activa del grupo y no llegan todos, los que llegan en un mes, el próximo ya no llega y acuden otros, no hay una secuencia sistemática de capacitación de los integrantes. No hay intercambio de experiencias y discusión de datos, la capacitación es vertical por parte del médico responsable.

Dentro de esta actividad, no se enfatiza que los pacientes deberán de llevar su registro personal del control de su glucosa y presión arterial. Y que se estén monitoreando frecuentemente durante el mes (varias veces). Además que no todos los pacientes cuentan con su glucómetro y baumanómetro para su medición de autocontrol, en estos casos tienen que acudir al centro de salud o particular y generalmente ya no regresan si no hasta el mes.

En relación a la alimentación, se da la orientación pero no se lleva a cabo ninguna demostración alimentaria, por lo que no es práctico lo que podría dificultar el la comprensión de esta medida de control por parte del paciente. En adquisición de

recursos propios, no se lleva a cabo ninguna actividad para esto, si se les pide algún apoyo de participación si lo realizan en ocasiones.

La aplicación del cuestionario de factores de riesgo, en lo general se realiza en la consulta propia, no con la intencionalidad de los familiares diabéticos directos. Casi no se trabaja la parte comunitaria para la promoción de estilos de vida saludable.

Por otra parte, en actividades sociales en un principio si se hacía, pero se dejó de hacer porque casi no hay tiempo para ello, no se aborda mucho la salida a la comunidad o de campo, o quizá falta de compromiso. Lo que se realiza actualmente es que participen en un desfile o caminata para conmemorar el día mundial de la diabetes por ejemplo. Y por lo tanto no hay esa confianza del personal de salud para que se sienta motivado el grupo.

En las estrategias para la educación del paciente, se muestran los siguientes indicadores de análisis como la enseñanza centrada en el diabético e hipertenso, aprendizaje activo, trabajo en pequeños grupos, solución de problemas y autoaprendizaje, se puede comentar que el personal de salud se centra más en la temática que se va abordar, no en las necesidades o experiencias de los pacientes. Si se maneja conceptos básicos y simples, pero casi no hay participación grupal, no hay intercambio de ideas. Si se maneja grupos pequeños para la capacitación, porque no llegan todos, pero falta eso, la motivación y la expresión de los pacientes de como se sienten, como se cuidan, como se controlan, que apoyos reciben de sus familiares, escuchar al grupo. Cuando se da el tema de Autocontrol del monitoreo de azúcar y presión, si se explica cómo se debe realizar, pero la práctica y la demostración es muy poca y no se insiste en su seguimiento y registros de resultados, por ejemplo que se retome en la próxima sesión. Otra cosa, al finalizar el tema no se retoma alternativas de solución y ni se enfatiza sobre los cuidados que deberían seguir.

Por último en las etapas del proceso de cambio de conductas donde se incluyen componentes de convencimiento y negociación con el paciente, preparación para el cambio, inicio del cambio y estrategias para mantener activo el proceso de cambio se aprecia que si existe esa parte de información y negociación para convencer al paciente a cuidarse y controlar su enfermedad, pero desde el punto de vista personal, propio del paciente, no considera como está su entorno social, familiar y por lo tanto no lo maneja en forma integral esta labor, entonces queda a media este convencimiento. Que al final de cuentas el diabético o hipertenso responde que si lo va hacer, que si va a cumplir pero no como un compromiso de cambio, de forma pasiva se puede decir. Al igual sucede con la etapa de preparación del cambio, falta ese conocimiento con mayor profundidad del personal de salud sobre las necesidades sentidas de los pacientes, de su vida cotidiana, situación familiar y social, apoyos, etc. Falta reforzar e insistir cuales serían los cambios esperados, pero convencidos y reconocidos por el paciente, no hay retroalimentación, no hay ejercicios prácticos donde se le haga ver al diabético o hipertenso las soluciones y dificultades del éxito de su autocuidado y control de la enfermedad.

Es cierto que el personal de salud, realiza la orientación, la educación para lograr cambios, ver dificultades, pero son mínimos y no hay esos entrenamientos prácticos para reforzar la enseñanza – aprendizaje. (como recordatorios, ayuda familiar, compromisos). Por último, con relación a mantener activo el proceso del cambio, si el médico identifica las recaídas, pero falta más seguimiento de los mismos, hay poco contacto con los pacientes y con sus familiares, cada mes, así como las correcciones para mejorar las recaídas.

En cuanto al apoyo del área de psicología, afortunadamente en el Centro de Salud si cuenta con este servicio y el médico responsable refiere o canaliza a los diabéticos que considere para su atención psicológica, sin embargo no hay

seguimiento de esta atención, es aislada, así como el de nutrición y odontología. Y si se platica generalmente cada mes, el equipo de salud integrado por el médico, enfermera y promotor de salud sobre el seguimiento de los pacientes, más las otra áreas implicadas como psicología, nutrición y odontología no participan en esta atención integral, tampoco hay participación del equipo de supervisión y la parte normativa de estos programas (diabetes e hipertensión) para ver qué está pasando o el seguimiento de los pacientes o funcionamientos del club o grupo educativo, cuando menos en forma mensual no se ve esta actividad, si hay supervisión médica aproximadamente cada 3 meses, pero habitualmente es para pedirte y checar documentos técnicos y no ir directamente con los pacientes o con el grupo.

La primera categoría llamado perfil del grupo, y variable cuanto tiempo lleva con la enfermedad, se distinguió que un 60% de los sujetos de estudio tienen más de 5 años con el padecimiento y el 45% con 3 años o más de pertenecer al club o grupo del Centro de Salud. Igualmente el rango de edad que predominó en el grupo fue el de 48 a 57 años de edad con el 45%.

También se apreció que de la población estudiada, el 90% se hace la prueba del azúcar una vez al mes y el 80% no lleva un registro de los resultados, esto lleva a una interpretación problemática porque el lapso de tiempo para su prueba es muy prolongado y poco significativo en el número de tomas el día que se lo realizan, y lo más grave y riesgoso es que no llevan ningún registro o anotaciones pertinentes de sus resultados, en este caso los pacientes debe monitorearse sus niveles de azúcar y presión en varias ocasiones al mes y registrarlas para poder identificar las variaciones de la glucosa-presión, así se sabrá los momentos cuando está bajo o elevado los niveles y notificarlos al médico para hacer los ajustes necesarios en el tratamiento y en las medidas preventivas, ayudando de esta manera a retrasar o evitar las complicaciones de la Diabetes e Hipertensión.

Además de la conducta expresada párrafos arriba, se observa, la presencia de familiares con problema de diabetes o hipertensión, sin embargo no asisten al programa educativo y no se unen al acompañamiento de orientación del diabético e hipertenso. Es posible que estos familiares no le den la importancia a los cuidados preventivos para el control de su enfermedad.

En cuanto a los contenidos del acto educativo se puede decir que no se han generado aprendizajes y conductas de control, dado que un dato interesante es el hecho que el 30% refiere no haber recibido alguna orientación sobre Diabetes e Hipertensión, aún cuando son parte del grupo educativo, además se demuestra como ya se ha expuesto que un porcentaje más alto no se monitorean su azúcar y presión, no llevan ningún registro, hay poca comprensión en el manejo del estrés, en seguir un plan alimenticio, realizar actividad física y prevención de las complicaciones, sin embargo hay personas que ya han recibido orientación con el 40% pero tienen deficiencias en el entendimiento de las complicaciones de la enfermedad y esto lleva a pensar que las orientaciones impartidas no se están comprendiendo adecuadamente por los pacientes y no están teniendo el impacto deseado en el control de estos padecimientos.

En la categoría de actitudes para el autocuidado, el 55% manifestó que su estado de salud es regular, y que se puede analizar que durante el tiempo de acudir a su cita, ellos presentan alguna molestia clínica propia de su enfermedad sin duda alguna resultado de la falta del control de su enfermedad, lo antes expuesto se constata en estas tres preguntas que refuerza esta problemática ya que los entrevistados el 55% dijeron que no es necesario, en tratar de tener un buen control del azúcar en la sangre debido a las complicaciones de la diabetes, va a suceder de todos modos, otra fue que el 35% respondieron que están totalmente de acuerdo en que, no es necesario realizar exámenes de azúcar en sangre, para las personas con diabetes tipo 2 y la tercera con el 75% contestó que estuvieron de acuerdo que, las personas que tienen diabetes tipo 2, probablemente no llegan a tener un control estricto de su azúcar en la sangre, esto refleja falta de

sensibilización y concientización para el autocuidado de su salud y también se podría relacionar, con la impartición de la actividad educativa donde no hay comprensión y entendimiento del tema.

Y en la última categoría vinculado a las conductas de riesgo, se observó que la mayoría del grupo con el 70%, expresó que tienen poco control sobre los riesgos para su salud, así como el 30% contestaron que su conducta que toman si ya tienen diabetes, es que no hay mucho que pueda hacer al respecto, igualmente con el 40% respondieron en la variable de que, están en desacuerdo en comparación con otras mujeres - hombres que asisten al grupo en tener menos probabilidades de descontrol de su enfermedad, se puede analizar esta parte que sus aprendizajes y conductas de riesgo adquiridos son deficientes para el autocuidado de su salud. Así mismo el 65% de los entrevistados contestaron que si hay probabilidades que si los miembros de su familia no cambian sus hábitos de vida, como la dieta o el ejercicio pueden contraer la diabetes en los próximos años.

Entonces se puede deducir que uno de los principales problemas que se presentan en los diabéticos e hipertensos son las conductas de riesgo manifestadas por malos estilos de vida esencialmente como la alimentación inadecuada, inactividad física, falta de control sobre su salud, los monitoreos prolongados de su azúcar en la sangre y presión arterial, tomas de control sin registros, no le den la importancia a los cuidados preventivos para el control y complicaciones de su enfermedad, falta de interés y compromiso para el conocimiento de su Diabetes o Hipertensión.

Con base a estos resultados, es oportuno que se proponga un modelo educativo dirigido a este grupo o club de diabéticos e hipertensos desde una perspectiva de la educación popular, muy diferente al modelo de educación tradicional, formal, vertical y hasta cierto punto prescriptivo que se aplican en las instituciones.

El enfoque de la educación popular, Shugurensky, D. (1989). se trata de un mecanismo o sistema metodológico que, inserto en procesos de movilización y organización popular, podría utilizarse como apoyo en la tarea de elevar los niveles de conciencia crítica, mejorar la capacidad de movimiento y viabilizar la adquisición de los conocimientos, habilidades y destrezas para participar del poder social y la gestión colectiva.

Es de suma importancia porque facilitan la construcción de oportunidades de aprendizaje, con la finalidad de favorecer el análisis y la reflexión del problema existente de la diabetes e hipertensión y para que sean respondidas colectivamente, donde se garantice iguales oportunidades de desarrollo humano integral para todas y todos, donde expresen libremente sus problemas, necesidades, sus experiencias, historias de vida y propongan alternativas para solucionarlos.

Implica momentos de reflexión, un cambio en su forma de pensar y actuar, se busca crear un razonamiento crítico y reflexivo, con una enseñanza - aprendizaje de tipo horizontal y dialógica, para transformar sus experiencias y entendimientos en nuevos conocimientos que beneficien su salud en los aspectos de prevención y control de estas enfermedades, evitando complicaciones, el autocuidado, así como mejores estilos de vida saludable, sin olvidar la importancia de la participación activa y consenso de todo el grupo como elemento principal de la educación popular. Esencialmente se pretende hacer del paciente un sujeto histórico en el cuidado de su cuerpo y salud ya que su conducta rebasa la intencionalidad de los programas educativos institucionalizados.

Asimismo, daría solución al problema de los aprendizajes educativos no significativos manifestados en las conductas de riesgo que tienen actualmente los pacientes diabéticos e hipertensos. Se busca dar una respuesta y resultados

positivos al problema de este grupo educativo con la educación popular, además que sean los agentes del cambio y promotores transformadores de su propia salud, de su familia y la comunidad, para lograr un futuro mejor deseable y una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

Explorar las relaciones exógenas y endógenas en las que se manifiesta la DM y la HTA podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1.- Es un hecho que a pesar del marco legal con el contamos los mexicanos y mexicanas, a pesar de que las Unidades Médicas intentan direccionarse con base a los estándares y los lineamientos establecidos en las políticas y los programas de salud que se derivan para el control de la DM y la HTA, estas enfermedades siguen siendo causa de muertes y gasto para sistema de salud.

2.- El Modelo Educativo institucional, se encuentra desfasado entre la intencionalidad y las formas de operación pedagógica, ya que en particular los pacientes adscritos al programa educativo en el contexto de estudio a pesar de tener más de tres años aún manifiestan conductas de riesgos significativas.

3.- Es claro que estamos frente a padecimientos cuya alternativa de control dependen de la sensibilización y concientización del paciente y su familia, aspectos esenciales que conllevan a la manifestación de conductas positivas para el autocuidado que aún se observa lejano de ser producto de los procesos educativos vigentes.

4.- Sin duda alguna este escenario, se visibiliza como una oportunidad para los Trabajadores Sociales ya que hace posible la construcción y operación de procesos comprometidos por la disciplina orientados a la toma de consciencia

sobre las reproducciones de vida cotidiana particularmente sobre las que tienen una relación muy fuerte con las conductas de riesgos de la población diabética e hipertensa a través de procesos denominados alternativo como la educación popular.

REFERENCIAS

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT)

Galeana de la O, Silvia (2006) *Promoción Social una opción metodológica*. México Plaza y Valdés.

Organización Mundial de la Salud (1998), *Glosario de Promoción de la Salud: Sección I: Lista de términos básicos*, OMS, Ginebra. p. 13

Perea Quesada, Rogelia (2002), *La Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Educación XXI, España

Periódico Vanguardia (2012). "Casi 8 mil mdd. Le costó la diabetes a México en 2011". México: Vanguardia

Rosen, G. (1958): *A history of public health*. MD Publications, Nueva York.

Rothman, A. I. y Birne, N. (1981), *Health education for children and adolescent*, en *Education al research*, vol. 51, pp. 85-100.

Shugurensky, D. (1989). *Introducción al mundo de la promoción social*. México: Biblioteca Digital Crefal.

CONDUCTAS SEXUALES Y USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN NIVEL MEDIO Y MEDIO SUPERIOR EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN.

María Dolores Corona Lozano

David De Jesús Reyes

Flavio Francisco Marsiglia

RESUMEN

El crecimiento de embarazos no planeados y uso de drogas son factores importantes en la transición epidemiológica mundial, cambia las causas de enfermedad y muerte (problemas infecciosos son sustituidas por crónicos) señalando que las verdaderas causas se relacionan con factores de riesgo prevenibles mediante cambios en factores personales, familiares, escolares y con determinantes sociales que requieren cambios profundos **Objetivo:** Analizar las conductas sexuales de riesgo y uso de drogas entre los adolescentes escolarizados de Nuevo León, utilizando el modelo de Determinantes sociales. **Metodología:** mixto, 1º Fase Cuantitativa, Fase 2 Cualitativa pendiente de realizar. La Muestra probabilística 2216 adolescentes Instrumento: Encuesta ESSRAEEMMS. **Resultados:** edad 12 y 19 años, media 15.24, moda 16, DS. 1.61; 245 sexualmente activos, edad primera relación sexual 11 - 18, media 15.21, moda 15, DS. 1.28. 62% señalan que relación fue por amor y con su novio(a) y 3% reconoce hubo alcohol y drogas de por medio. 70% varones y 36% mujeres afirma utilizar algún método anticonceptivo: razón principal para no uso no planear relaciones . 56% reportan más de una relación, número parejas sostenido relaciones en presente año 1-6, media 2; 4.9% han sostenido relaciones con personas del mismo sexo. 9 de 13 y 17 reportan embarazo como resultados.

46.38% consumen bebidas alcohólicas, inicio 8 y 16, razones frecuente consumo de alcohol y drogas antes o durante relaciones sexuales: más potentes, aumentar satisfacción, ayudar desinhibirse y mis amigos lo hacen. **Conclusiones:** El sexo no seguro y el consumo de drogas lícitas e ilícitas están presentes en casi la mitad de la población de estudio, lo que confirma que las políticas implementadas no están alcanzando los objetivos que fueron diseñadas. Es importante la utilización de otros modelos explicativos que ayuden a identificar los determinantes sociales y las verdaderas causas de que conductas de riesgo sigan aumentando.

Palabras claves: adolescentes, conductas sexuales, uso de drogas

1.1 Planteamiento del problema.

La sexualidad, y el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, figuran en la actualidad como uno de los asuntos con mayor prioridad en las agendas políticas a nivel mundial. La preocupación de los distintos gobiernos radica en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y los embarazos tempranos no deseados, dado que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro de los jóvenes y estos forman el capital social futuro de los países (OMS, 2010).

El crecimiento del número de embarazos no planeados y uso de drogas han sido uno de los factores importantes en la transición epidemiológica que se vive actualmente el mundo, como resultado de esta transición se presentan cambios importantes en las causas de enfermedad y muerte de la población, los problemas infecciosos son sustituidas por una condición de morbilidad crónica; resultado que se puede tomar como señal de que las verdaderas causas tienen más que ver con factores de riesgo prevenibles mediante cambios en los factores personales, familiares, escolares y con determinantes sociales, mismos que requieren de cambios profundos para poder mejorar en la calidad de vida de la población.

Las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas al iniciar o durante las relaciones sexuales han dejado de ser exclusivas de ciertos estratos socioeconómicos de la población, para extenderse a todos los segmentos, especialmente a los más vulnerables, los adolescentes, también conforma uno de los grandes problemas con los que se enfrenta la sociedad en nuestros días, la participación de los jóvenes en estas conductas, toma especial relevancia social cuando se tiene en consideración que la adolescencia se configura como un período vital de riesgo, al ser en esta etapa en la que se realizan los primeros acercamientos a la sexualidad y a las drogas lícitas e ilícitas.

De acuerdo a el Population Reference Bureau en el 2013 existían a nivel mundial 1809.6 millones de personas entre 10 y 24 años, mismos que al ejercer su sexualidad se exponen a problemas tales como embarazos no deseados o no planeados, infecciones sexualmente transmisibles (ITS), virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); a lo que se suma que en su interacción social con sus pares se acercan mas al consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, mismas que muchas veces las utilizan antes o durante las relaciones sexuales; estos problemas se incrementan al no disponer de recursos que les ayuden a disminuir los peligros, tales como el acceso a los servicios de salud y conocimientos adecuados y suficientes sobre métodos de protección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el impacto anual de los problemas y peligros a los que se enfrentan los jóvenes son de: 2,5 millones de jóvenes entre 10 y 24 años que mueren por causas prevenibles, 16 millones de mujeres entre 15 y 24 años dan a luz, 40% de los casos nuevos de infecciones por VIH son en adolescentes entre 15 y 24 años, así como el aumento considerable del número de adolescentes que se inician en el consumo de tabaco y alcohol a edades tempranas (OMS, 2011); Otro dato importante lo da a conocer la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) al señalar que la tasa de fecundidad de las adolescentes de América Latina ha aumentado en forma

considerable en los últimos 30 años al reportar que el porcentaje de embarazos en esta población se encuentra en 7,3, mismo que corresponde aproximadamente a 80 por mil embarazos en adolescentes o casi un 50 por ciento más alta que el promedio mundial que es 4,8 por ciento (BID,2011).

También la OMS, en su reporte 345 (2011), señala que a nivel mundial la práctica de las conductas sexuales de riesgo⁸ y el uso de drogas⁹ fueron las responsables de 2.9 millones de muertes (5.2% de la tasa de mortalidad total); un ejemplo de ello es que en el año 2010 el número de casos diagnosticados con VIH fueron de 34 millones, mientras que las muertes relacionadas con esta enfermedad disminuyó a 1.8 millones gracias al uso de los antirretrovirales y no a las acciones de prevención; Otro resultado emitido por la ONU sobre las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo es el alza en el número de embarazos no deseados o no planeados, además del aumento de la incidencia y prevalencia de las ITS (Informe ONU, 2011).

Además, en el Informe sobre Uso de Drogas 2011 la OMS también considera el consumo de alcohol como un factor asociado a la práctica de conductas sexuales impulsivas, muchas veces de riesgo, por lo que el consumo de drogas es considerado un factores de riesgo¹⁰ para los embarazos en

⁸ Conductas sexuales no seguras o de riesgo: Práctica de conductas sexuales que pueden afectar la salud de los adolescentes al llevarse a cabo sin la protección necesaria para prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y embarazos, para fines de esta investigación estas pueden ser sexo anal, sexo oral, sacas antes (coito interrumpido), sexo no seguro (no uso de condón durante las relaciones) y no uso de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales con personas del mismo sexo.

⁹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, para fines de esta investigación se tomarán las siguientes: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, bebidas energéticas

adolescentes y la adquisición de ITS mismas que se han favorecido y las relacionan con el incremento en un 12% de los consumidores de drogas a nivel mundial.

Otra organismo a nivel mundial que también se adhiere a la OMS para dar a conocer la gravedad de la problemática derivada de la práctica de conductas sexuales de riesgo y uso de drogas es la Organización Panamericana para la Salud (OPS), al reportar que América Latina ocupa el segundo lugar en embarazo adolescente, solamente superado por África; al mismo tiempo ratifica que el consumo de drogas como el alcohol es un factor de riesgo importante que propicia las prácticas sexuales sin protección, al señalar que la mitad de los nuevos datos sobre la infección por VIH se están notificando en personas con edades menores a 25 años y la forma de contagio, en su mayoría, es por vía sexual y en la etapa de adolescencia; Estados Unidos igualmente que la OMS y la OPS considera a los adolescentes una población en riesgo y vulnerabilidad al referir que los mayores índices de contagio por VIH están en los jóvenes varones de 17 y 19 años (Villaseñor, 2003).

Uno de los factores que se ha ligado a la práctica de relaciones sexuales de riesgo acompañadas por el uso de drogas es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y a la educación, situación que imperan en muchos países a nivel mundial y más específicamente en América Latina; y más concretamente la desigualdad que se presenta en el rubro de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente; esta desigualdad se evidencia en mayor proporción en la población con un mayor índice de marginación y con menor nivel de escolaridad,

10 Factores de riesgo para fines de esta investigación son: cualquier característica o cualidad de una persona comunidad o del entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de actuar como motivantes para llevar a cabo conductas sexuales de riesgo o uso de drogas , inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, el medio ambiente, amigos, escolaridad, situación familiar,

y da como resultado elevación de las tasas de morbilidad y mortalidad entre los jóvenes.

Hoy en día existe evidencia suficiente que demuestra que la desigualdad en salud y sus complicaciones son evitables, incluyendo la de la salud sexual y reproductiva, ya que pueden reducirse mediante políticas públicas (Borrel y Artazcoz, 2007); sin embargo, la solución predominante es con las políticas de salud, pero en la mayoría de los países estas políticas son centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar acciones sobre el entorno social, las “causas de las causas”. En consecuencia, los problemas de salud subsisten, las inequidades en salud y atención aumentan y los resultados obtenidos de acuerdo a las políticas de salud vigentes resultan insuficientes, uno ejemplo de ello es que existe un gran porcentaje de jóvenes que no hacen uso de los anticonceptivos aún y que expresan su deseo de limitar o espaciar su descendencia (demanda insatisfecha) lo que se deriva de un acceso o disponibilidad de métodos de protección restringida que aumentan el riesgo; entre 2005 y 2010, la candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) son las afecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años (WHO, 2005, INEGI, 2013).

El gobierno de México también está de acuerdo en indicar que la desigualdad en salud sexual y reproductiva en la población adolescentes es un factor que puede incrementar de forma considerable las tasas de morbi-mortalidad en la población al publicar en la Evaluación Trasversal de Políticas y Programas (2012) que el 36% de los y las jóvenes no cuentan con acceso a los servicios de salud, por lo identifica la vulnerabilidad en que se encuentra este grupo etario para presentar ITS y las complicación derivada de las mismas a crecentadas por el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana señalada en el Boletín de Epidemiología de la SSA en el año 2010, donde se destaca que son el producto del no uso de métodos de protección y/o anticonceptivos y de las conductas

sexuales impulsivas; que se ven favorecidas por el consumo de alcohol o drogas antes de las relaciones sexuales. Ratificando esta desigualdad el Plan Nacional de Salud (2007-2012) informa que el 72.5% de los adolescentes varones mexicanos que son sexualmente activos declaran haber utilizado algún método anticonceptivo o de protección en su primera relación sexual contra sólo el 41.4% de las mujeres de su misma edad.

Específicamente en Nuevo León, la desigualdad de oportunidades en relación a salud sexual y reproductiva se manifiesta al reconocer el gobierno del estado que de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener y en el tiempo en que ellos decidan, pero para poder ejercer este derecho es necesario que todos tengan asegurada la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, al mismo tiempo de contar con la información necesaria que les permita tomar las decisiones correctas al ejercer su sexualidad; un ejemplo de que no todos los jóvenes cuentan con información adecuada y dotación de recursos materiales para la práctica del sexo seguro se identifica con los siguientes cifras: el censo de población y vivienda del 2010, reporta que el 71.3% de mujeres de 15 años y más han tenido cuando menos un hijo nacido vivo, en el estado para el 2011, el 16.8% de los nacimientos provienen de madres adolescentes, dato que concuerda con las estadísticas señaladas en los microdatos del censo nacional 2010 (INEGI, 2013)-

Los Determinantes Sociales de Salud al interactuar entre ellos pueden producir desigualdades que se manifiestan en conductas de riesgo; también ayudan a reconocer que hay grupos poblacionales más vulnerables para la adquisición de estas conductas, como son los niños y los jóvenes, quienes pueden sufrir consecuencias negativas mayores, entre las que se encuentran los matrimonios forzados y a temprana edad, violencia, maltrato, problemas de salud

derivados de la práctica de sexo no seguro, la posibilidad de truncar su desarrollo personal y la realización de proyectos positivos de vida, entre otros,.

Los determinantes sociales de salud incluyen factores culturales que impactan las conductas de los adolescentes, entre estos se encuentra la educación y específicamente la educación sexual institucionalizada que se imparte en las primarias y secundarias del País, esta educación ha tenido una historia larga y con muchos altibajos; existen antecedentes que desde 1930 se detectó la importancia y la necesidad de la enseñanza de la educación sexual de los niños en las escuelas.

También, la fracción décima del Artículo 7º de la Ley General describe que el desarrollo de actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias son responsabilidad del Estado, sus organismos descentralizados y los particulares; situación por la que se han implementado un amplio abanico de planes de estudios que difieren en cuanto a objetivos, amplitud, aplicación y contenido; programas que no han tenido el resultado esperado; el aumento en los embarazos en la población adolescente y las ITS en el país y en el mundo continúa (INEGI, 2012).

La educación en materia de salud sexual ha sido criticada por la posible respuesta de la población adolescente a la información que se le ofrece; Muchas veces por el hecho de suponer que en ella se abordan de una manera explícita prácticas históricamente consideradas tabúes (sexo anal o prácticas homosexuales), además de la creencia de que a través de ella se incita y estimula la actividad sexual precoz al mismo tiempo de que su objetivo no es el de promover la abstinencia (Gruseit, 2002).

Al igual que las instituciones de educación y las de salud, los determinantes sociales de salud contemplan el medio ambiente que rodea a los adolescentes como un factor determinante, en ese medio ambiente se incluye a la familia, la cual ejerce su papel de formadora de las conductas de sus integrantes, entre las que se encuentran las relacionadas con la sexualidad y con la ingesta de drogas lícitas e ilícitas, esta formación de conductas se lleva a cabo a través de brindar información, muchas veces utilizando mecanismos de silencio, censura, con una visión reproductiva acrítica y poco dialogante, que facilita que las conductas formadas no sean las adecuadas, si no que propician la adopción de conductas de riesgo (Carvajal, 2006; Garita, 2000).

Uno de los elementos familiares que influyen para la adopción de conductas de riesgo es la disminución de la solidaridad que se da muchas veces por razones económicas, sociales, políticas y culturales en las familias se ha reportado como factor relacionado al aumento de los usuarios de drogas, mismas que en algunas ocasiones son utilizadas para iniciar o completar las relaciones sexuales (Villatoro, 2002); las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas pueden ser el resultado de la interacción de los jóvenes con su ambiente familiar; factores modificables por las acciones preventivas que pueden llevarse a cabo por las autoridades (OMS 2009; Puex, 2003; Rossini, 2003).

Además de las instituciones educativas, de salud y la familia, el medio ambiente externo (contexto) puede ser visto como un elemento determinante importante en la formación de conductas en los jóvenes, debido a las condiciones de vida en donde se nace, crecen y se desarrollan acentúan peligrosamente, ya que incrementan la oferta de espacios para explorar el ambiente extra-familiar, el cual se ha diversificado enormemente en cantidad y en poder de fascinación y con riesgos como el consumo de drogas, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual además de embarazo precoz o indeseado; peligros que se incrementan por la creciente globalización (Olarra, 2000, SSP, 2011).

En el contexto, el grupo de amigos es la esfera que dominan la vida de los jóvenes entre los 12 y los 18 años. Durante la adolescencia, el tiempo de contacto

con los padres se reduce notablemente mientras con los amigos se aumenta; por lo tanto cuando se une la deserción escolar a la disminución de contacto con la familia el resultado de esta ecuación es la reducción de los espacios de contención y formación, quedando sólo el contacto con sus amigos, que si bien les aporta elementos que les permitirán satisfacer necesidades básicas como el pertenecer a un grupo, ser reconocidos dentro de él y construir su identidad, también ofrece un poder de persuasión mucho mayor que el del propio hogar, que configurará actitudes y creencias susceptibles de convertirse en conductas de riesgo, dado el escaso control familiar existente (SSP, 2011).

Otro factor del contexto señalado dentro de los determinantes sociales de salud que es incluido en la explicación para que la tasa específica de fertilidad en adolescentes permanezca alta, es la desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud, lo que manifiesta que en México existen grandes inequidades en la adquisición de los recursos de salud reproductiva; situación por la que se reconoce el embarazo precoz como una manifestación de falta de oportunidades de las niñas de menos recursos. Es necesario recordar, además, que algunos grupos tradicionales exigen una reproducción temprana por lo que la incidencia del embarazo en adolescentes se puede observar en mayor número en los sectores rurales, poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria (OPS, 2008).

Los adolescentes mexicanos de ambos sexos son un grupo poblacional donde las desigualdades en salud sexual y reproductiva son más evidentes. Estas desigualdades los sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad a embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, al mismo tiempo que al inicio de la ingesta de drogas; las cifras de embarazos, ITS y el consumo de drogas en jóvenes de 15 a 19 años, proporcionan un panorama de inequidades, principalmente en los sectores de educación y salud, que dan como resultado una disminución de las opciones para desarrollar sus capacidades y con

ello el acceso a oportunidades económicas, políticas, culturales y sociales (OPS, 2008).

Por lo tanto y acorde a la magnitud de los problemas de salud producto de estas desigualdades y sus repercusiones futuras, la OMS recomienda a todos los Países que presenten estadísticas similares a las antes descritas, utilizar estrategias que se apoyen en el marco de determinantes sociales de salud, tomando en cuenta que este marco describe la interacción de factores del contexto externo que ven al fenómeno como probabilístico y no mecanicista; así como que también se enfoca en la red de relaciones biológicas y sociales existente en el sistema del cual forman parte los individuos, (Rosen 1985:81 referido por Arellano, 2008).

Reconociendo que los problemas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes en México van en aumento, es inminente la necesidad de realizar trabajos de investigación que permitan conocer qué factores del entorno social interactúan en esta población y dan como resultado la práctica de conductas sexuales de riesgo y uso de drogas en los jóvenes de los distintos estratos socioeconómicos y las diferentes zonas (rurales y urbanas), lo que permitirá a las autoridades el diseño de políticas, educativas y de salud, acordes a las necesidades específicas y con un enfoque hacia el ejercicio de una sexualidad libre de riesgos, al mismo tiempo de la promoción de una vida libre de adicciones (Potenziani, 2007, OPS, 2008).

Por lo antes expuesto y tomando en cuenta la definición de problemas prioritarios de Salud Pública a trabajar que emitió la OMS, sobre las conductas sexuales y el uso de drogas surgen las siguientes preguntas de investigación:
¿Cuáles son las conductas sexuales y el uso de drogas que presentan los adolescentes escolarizados de Nuevo León?

¿Cuál es la relación entre las conductas sexuales y el uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales, entre los adolescentes escolarizados de Nuevo León, con el acceso a los servicios de salud y la educación?

¿Son factores determinantes el acceso a los servicios de salud y la educación) para la presencia de desigualdad de oportunidades en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes escolarizados en el nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León?

OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Determinar la presencia de conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales en la población adolescente escolarizada del nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León.

Objetivos Específicos:

- 1.- Analizar si existe relación entre el uso de drogas y la práctica de conductas sexuales de riesgo.
- 2.-Analizar si existente relación entre los factores determinantes acceso a los servicios de salud y educación y la práctica de conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas.
- 4.- Establecer asociaciones ente los distintos factores determinantes y las conductas sexuales y uso de drogas.
- 5.- Establecer el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes escolarizados en el nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, por género, edad, nivel de escolaridad y nivel de marginalización.
- 6.- Identificar el uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales entre los adolescentes escolarizados de Nuevo León.

7.- Establecer diferencias de conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas entre los adolescentes de acuerdo al género, edad, nivel de escolaridad y nivel de marginación.

8.- Determinar si el acceso a los servicios de salud y a la educación son determinantes para la práctica de conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales.

Marco Teórico-Referencial

Tanto las conductas sexuales de riesgo como el uso de drogas han sido estudiados desde los enfoques de diversas teorías y modelos, entre las que se encuentran la teoría de acción-razonada, el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994), El modelo de creencias de salud (Becker, 1974), el modelo transteórico del cambio (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997) , Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor (1977).

METODOLOGÍA

De acuerdo a los objetivos y variables de estudios se decide utilizar un estudio de tipo mixto; cuantitativo, en su primera fase el cual permitió medir mediante la aplicación de encuestas estructuradas, la obtención de la información y una segunda parte de forma cualitativa, donde se seleccionarán algunos casos de interés específicos, en los cuales se profundizará más mediante entrevistas a profundidad que ayuden a explicar las variables de interés y cualitativo en una segunda fase.

Tipo de estudio:

El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, predictivo, transversal, según Polit y Hungle (2002), se describen las variables de interés y el

levantamiento de datos se hizo en un solo corte de tiempo; es de tipo predictivo porque se busca el efecto de una variable sobre la otra, correlacional porque se determino la relación que existe entre la variables de interés , en todo esta primera etape el método de investigación que se utilizó fue el cuantitativo debido a que se partió de la utilización de un instrumento medible por escalas previamente establecidas.

Población, Muestra y Muestreo:

La población de interés la constituyen los adolescentes de ambos sexos que asistieron a escuelas de nivel medio públicas, situadas en el estado de Nuevo León tanto de las zonas urbanas como de las rurales.

La muestra fue seleccionada mediante el método probabilístico, tomando como base el total del los adolescentes registrados como alumnos regulares en las diferentes escuelas adscritas a la Secretaría de Educación del Estado de Nuevo León y la Universidad Autónoma de Nuevo León; el número total de los participantes fue de 2216..

Instrumento:

El instrumento utilizado fue la encuesta sobre salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior, para hombres y mujeres, diseñados por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (2006) y con actualización en el 2013, que cuenta con diseño para varones y mujeres.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se describen a continuación, en primer lugar los datos sociodemográficos que identifican a los 2216 estudiantes de educación media y media superior del Estado de Nuevo León que conformaron la muestra. Se utilizan las medidas de tendencia central para la descripción de la población y del fenómeno de interés, a continuación se establecen las comparaciones entre las variables de estudio y los integrantes de la muestra y como punto final la estadística inferencial donde se buscó la predicción y el efecto de las variables independientes sobre las variables dependientes y las terceras variables, mediadores y moderadoras, que pueden afectar la variable dependiente al mismo tiempo que modifica la fuerza de la relación entre las variables (Baron & Kenny, 1986).

Datos sociodemográficos de la población de estudio:

La edad de los estudiantes oscila entre 12 y 19 años de edad presentando una media de 15.24 y una moda de 16, la desviación estándar reflejada fue de 1.61 años; 245 estudiantes reportan ser sexualmente activos, la edad de su primera relación sexual se encuentra entre 11 y 18 años con una media de 15.21 una moda de 15 y desviación estándar de 1.28. La mayoría de ellos (as) (62%) señalan que su relación fue por amor y con su novio (a) y el 3% reconoce que hubo alcohol y drogas de por medio. El 70% de los varones y el 36% de las mujeres afirma haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual: como razón principal para el no uso refieren que no planeaban tener relaciones sexuales. El 56% indican haber tenido más de una relación sexual y el número de parejas con las que se han sostenido relaciones sexuales en el presente año muestra un rango de 1 a 6 con una media de 2; el 4.9% señalan haber tenido relaciones con personas de su mismo sexo. El embarazo como resultados de las relaciones sexuales se reporta en nueve adolescentes entre los 13 y los 17 años, con una media de 14.

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

La muestra se integró con adolescentes que asisten al nivel medio y medio superior en escuelas públicas del Estado de Nuevo León, 53% de varones y el resto del sexo femenino. Los 5 niveles de marginación estuvieron representados, dado las características del estado de Nuevo León, el mayor porcentaje se concentró en el nivel de baja marginalidad con un 42.7%, mientras que el más bajo porcentaje fue en el nivel de alta marginación con un 5.2% , 42.6% de estudiantes de nivel de educación medio y 57.4% del nivel medio superior, el 14.5% de la muestra además de estudiar trabajan; de los estudiantes que trabajan el 74.9% es para ayudarse en sus gastos personales, 30.4% para apoyar con los gastos familiares y el 27.5% para pagar su escuela (Ver tabla No.1).

Tabla 1

Datos Demográficos de la Población de Estudio

| Variable | fr. | % |
|------------------------------|------|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 1178 | 53.2 |
| Femenino | 1038 | 47.8 |
| Nivel de Marginalidad | | |
| Muy alto | 103 | 4.6 |
| Alto | 89 | 4.0 |
| Medio | 205 | 9.3 |
| Bajo | 730 | 33.9 |
| Muy Bajo | 1079 | 48.9 |
| Grado Escolar | | |
| 1ero. Secundaria | 79 | 3.6 |
| 2do. Secundaria | 371 | 16.7 |
| 3ero. Secundaria | 520 | 23.5 |
| 1ero. año | 864 | 39.0 |
| Preparatoria | 363 | 16.4 |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| | | | |
|---------------------|-----|------|--------|
| 2do. | año | 19 | 0.9 |
| preparatoria | | | |
| 3er. | año | | |
| preparatoria | | | |
| Trabajo | | | |
| Si | | 323 | 14.6 |
| No | | 1892 | 85.3 |
| Razón para trabajar | | | |
| Ayuda en gastos | | 99 | 30.4 |
| del hogar | | | |
| Gastos personales | | 242 | 74.9 |
| Gastos escolares | | 89 | 27.5 |
| Otros gastos | | 76 | 23.9 |
| fuentes: | | | n=2216 |

En las tablas No. 2 y 3 se puede observar que el 98.1% de los estudiantes reportan que sus padres se encuentran vivos, pero resulta importante destacar que un 2.8% expresan no saber, así como que el 16% de los padres y el 5% de las madres no viven en el hogar; 20% de las familias son de tipo extensas, el 5% son compuestas y el 63% son nucleares; el mayor porcentaje (30.8%) de las madres cuentan con un nivel medio de educación, solamente un 11.8% de ellas se sitúan en el nivel superior y el resto se distribuye entre el analfabetismo y el nivel básico; entre los padres el nivel medio presentó un 26.8% y solamente el 15.0% cuentan con escolaridad de nivel medio superior.

El 21.8% de los integrantes de la muestra tienen acceso a algún servicio de salud (público o privado), de ellos el 31.4% refiere que los centros de salud a los que pueden acudir si necesitan el servicio están muy retirados de su hogar.

Tabla 2

Datos Demográficos de los Padres de los Adolescentes.

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| Variable | fr. | % |
|----------------------------------|------|------|
| Esta viva tú mamá | | |
| Si | 2174 | 98.1 |
| No | 30 | 1.4 |
| No se | 12 | 0.5 |
| Nivel de escolaridad de la madre | | |
| Primaria | 332 | 15.0 |
| Secundaria | 682 | 30.8 |
| Preparatoria | 311 | 14.0 |
| Técnico | 90 | 4.1 |
| Licenciatura | 262 | 11.8 |
| No se | 539 | 24.3 |
| Está vivo tú Padre | | |
| Si | 2066 | 93.2 |
| No | 95 | 4.3 |
| No se | 51 | 2.3 |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| | | |
|--------------------------------|-----|------|
| Nivel de escolaridad del padre | | |
| | 263 | 11.9 |
| Primaria | 593 | 26.8 |
| Secundaria | 335 | 15.1 |
| Preparatoria | 66 | 3.0 |
| Técnico | 333 | 15.0 |
| Licenciatura | 626 | 28.2 |
| No se | | |

Tabla 3

Tipo de Familia de los Adolescentes participantes en el estudio.

| Variable | fr. | % |
|----------------------------------|------|------|
| Tu padre vive en tu hogar | | |
| Si | 1817 | 82.0 |
| No | 354 | 16.0 |
| No respondieron | 44 | 2.0 |
| Tú madres vive en tu casa | | |
| Si | 2083 | 94.0 |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

No 110 5.0

No respondieron 22 1.0

Tipo de familia

Mono parentales 265 12.0

Nuclear 1396 63.0

Extendida 443 20.0

Compuesta 110 5.0

La jefatura del hogar se ejerce por ambos padres o por los padres y abuelos(43%), mientras que un 36.3% reporta al padre como jefe de familia y tan solo un 3.9% recae en las madres, en el resto de la población reconocen como jefe del hogar a otro miembro de la familia; el nivel de escolaridad más frecuente entre los jefes de familia fue el medio con un 28.2%. La toma de decisiones en el hogar es una actividad que en un 72.7% la ejerce el padre de familia, solamente el 17.6% indica que es la madre que lleva a cabo esta función; la responsabilidad del trabajo del hogar forma parte del rol de la madre en un 36.2%, mientras que el padre solo es identificado en 1.9% y el resto se reparte entre los hijos y otros familiares; el rol de proveedor económico con un 80.4% es responsabilidad del padre (ver tabla No.4).

Tabla 4

Liderazgo y toma de decisiones familiares.

| Variable | fr. | % |
|-----------------|-----|------|
| Jefe de familia | | |
| Padre | 805 | 36.3 |
| Madre | 86 | 3.9 |
| Abuelos | 151 | 7.0 |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| | | |
|--|------|------|
| | 24 | 1.1 |
| Hermanos/hermanas | 57 | 2.6 |
| Otras personas | 43 | 2.0 |
| Dos respuestas (padre y madre; padres y abuelos) | 1021 | 47.0 |
| No respuesta. | | |
| Nivel de estudios del jefe de familia | | |
| Sin estudios | 5 | 0.2 |
| Primaria | 295 | 13.3 |
| Secundaria | 596 | 26.9 |
| Preparatoria | 280 | 12.6 |
| Técnico | 68 | 3.1 |
| Profesional | 268 | 12.1 |
| Maestría / | 35 | 1.6 |
| Doctorado | 647 | 29.2 |
| No respuesta. | | |
| Toma de decisiones | | |
| Padre | 1611 | 72.7 |
| Madre | 391 | 17.6 |
| Abuelos | 65 | 3.0 |
| | 22 | 1.0 |
| Hermanos/hermanas | 1 | 0.0 |
| Padrastro | 8 | 0.5 |
| Otros (tíos, tías) | 2 | 0.1 |
| Todos en la familia, | 6 | 0.3 |
| ninguno | | |
| No respuesta | | |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Responsable de los
quehaceres del hogar

| | | |
|-------------------|------|------|
| Padre | 43 | 1.9 |
| Madre | 803 | 36.2 |
| Abuelas y abuelos | 38 | 1.7 |
| | 29 | 1.3 |
| Hermanos/hermanas | 1249 | 56.4 |
| A mi | 51 | 2.3 |
| Otros | | |

Responsable de los
gastos económicos de
tú familia

| | | |
|----------------------------|------|------|
| A mi | 45 | 2.0 |
| Padre | 1782 | 80.4 |
| Madre | 308 | 13.9 |
| Hermanos (as). | 16 | 0.7 |
| Abuelos (as). | 36 | 1.6 |
| Tíos y otros familiares | 25 | 1.1 |

Fuente: n=2216

Consumo de alcohol y otras drogas.

El 46.38% de los 2216 adolescentes integrantes de la muestra reportan haber consumir bebidas alcohólicas, la edad de inicio en la ingesta es entre los 8 y 16 años una media de 13, moda de 14 y desviación estándar de 2.2 años; el número de copas que consumieron en la última vez oscila entre 1 y 48 presentando una media de 4.

El 28.18% de los escolares que son sexualmente activos consumen alcohol antes o durante las relaciones sexuales siendo la cerveza la bebida reportada con

un mayor porcentaje. Un 9.25% admite consumir o haber consumido drogas antes o durante las relaciones sexuales, la de mayor consumo fue la marihuana (65.77%), seguida de los inhalantes y la cocaína.

Las razones más frecuente para el consumo de alcohol y drogas antes o durante las relaciones sexuales son por orden de importancia: el ser más potentes, aumentar la satisfacción, ayudar a desinhibirse y porque mis amigos lo hacen.

Conocimientos sobre la biología de la reproducción.

La edad que los adolescentes reportan recibieron la última información sobre biología de la reproducción y sexualidad, oscilo ente 9 y 19 años, presentan un media de 13 moda de 12 desviación estándar de 1.74 años; también indican que la mejor edad para recibir la educación sobre estos temas seria entre los 5 y los 30 años con una moda de 12 y una DS..205. Los tópicos de los cuales se les ha brindado información son la menstruación en un 79.4%, sobre métodos anticonceptivos 74.6% y sobre infecciones de transmisión sexual un 77%.

Al cuestionarles sobre en el nivel escolar en el cual se les impartió la educación sexual y reproductiva el porcentaje más alto fue para el nivel medio con un 38.9%, que corresponde aproximadamente a la edad de entre 13 y 15 años, enseguida del nivel básico correspondiente a una edad entre 6 y 12 años con un 22.4%; es importante enfatizar que el 23.0% de la muestra mencionan no se les han impartido estos temas en ninguno de los niveles a los que han asistido.

La persona que brindo el conocimiento en su mayoría fue el maestro o maestra de la escuela con un 41.4%, el personal de salud, conformado por médicos (as), enfermeras, psicólogos (as) y trabajadores (as) sociales se reporta con un 36.7%. El 39 % de los adolescentes mencionan haber obtenido información sobre los tópicos antes mencionados fuera de la escuela, de esta parte de la muestra, se reconoce a la madre con un 12.8% como la persona de la cual

obtuvieron este conocimiento, el padre solo figura con un 6.3%, estos datos se pueden observar en la tabla 5.

Los adolescentes manifiestan que la mejor forma de recibir la educación sexual y reproductiva es en grupos de hombres y mujeres juntos con un 56%, cabe destacar que el 21% reporta que no importa si es en grupos aislados por género o no pero que se imparta y 0.4% mencionan que no se debe de hablar de estos tópicos.

Tabla 5

Educación sexual y reproductiva de los estudiantes

| Variables | | |
|--|-----|------|
| fr | | % |
| Nivel de escolaridad donde se recibió la educación sexual y reproductiva | | |
| Primaria | 497 | 22.4 |
| Secundaria | 862 | 38.9 |
| Preparatoria | 347 | 20.3 |
| No se recibió en ningún nivel | 510 | 23.0 |
| Quien fue la persona que impartió las clases de salud sexual y reproductiva en la escuela? | | |
| Maestro / maestra | 918 | 14.9 |
| Médicos (as) | 212 | 26 |
| Psicólogos (as) | 364 | 16.4 |
| Trabajadores (as) Sociales | 146 | 6.6 |
| Enfermeros (as) | 90 | 4.1 |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| | | |
|---|--------|------|
| Otros | 38 | 1.7 |
| Nadie | 448 | 202 |
| Has recibido educación sexual y reproductiva fuera de la escuela? | | |
| Si | 865 | 39.0 |
| No | 1337 | 60.3 |
| No respuesta | 14 | 0.6 |
| Quién fue la persona de la que se te impartió la educación sexual y reproductiva fuera de la escuela. | | |
| Padre | 140 | 6.3 |
| Madre | 284 | 12.8 |
| Padre y Madre | 94 | 4.2 |
| Hermana/hermano | 12 | 0.5 |
| Otro familiar | 25 | 1.1 |
| Médico | 111 | 5.0 |
| Amigos (as). | 54 | 2.4 |
| Novio/ novia | 5 | 0.2 |
| Personal de una iglesia | 4 | 0.2 |
| Varias respuestas | 116 | 5.2 |
| Fuente: | n=2216 | |

La evaluación de los conocimientos sobre la reproducción y sexualidad se puede apreciar en la tabla 6, en ella se identifica que solamente el 9.8% de la población de estudio contestaron correctamente la pregunta cuando es más probable que una mujer se embarace, el 88.3% manifiesta no saber; en la pregunta sobre si una mujer puede quedar embarazada en la primera relación sexual si no usa anticonceptivos el 47.6% contesto correctamente que sí; en relación con la interrogante de que si han escuchado hablar sobre la masturbación, se les cuestiona si la masturbación es una forma normal de conducta sexual en las

personas de todas las edades a lo que el 39% contesta que sí, el 44.7% no saben; el 27.8 de la muestra manifiestan no saber si están de acuerdo con que la mujer se masturbe y el 31.6 contestaron afirmativamente.

Tabla 6

Conocimiento de sexualidad y reproducción

| Variables | fr. | % |
|--|------------|-------------|
| Cuál es la fecha en que una mujer tiene más probabilidad de embarazarse | | |
| Una semana antes de la menstruación | 434 | 19.7 |
| Durante la menstruación | 259 | 11.7 |
| Una semana después de la menstruación. | 249 | 11.3 |
| Dos semanas después de la menstruación. | 216 | 9.8 |
| Cualquier fecha es igual | 175 | 7.9 |
| No se | 883 | 20.7 |
| Tú has oído hablar sobre la masturbación? | | |
| Si | 1847 | 83.7 |
| No | 357 | 15.7 |
| No sé | 12 | 0.5 |
| Si tú respuesta fue si a la pregunta anterior, es normal la masturbación es normal a cualquier edad? | | |
| Si | 863 | 39.0 |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| | | |
|---|-------------|-------------|
| No | 360 | 16.3 |
| No sé y no contestó | 983 | 44.7 |
| Estás de acuerdo con que la mujer se masturbe? | | |
| Si | 573 | 26.0 |
| No | 613 | 27.8 |
| No se y no contesto | 1020 | 46.2 |
| Estás de acuerdo con que el hombre se masturbe? | | |
| Si | 698 | 31.6 |
| No | 481 | 21.8 |
| No sé, no contestó | 937 | 46.5 |
| Si la mujer no usa anticonceptivos puede quedar embarazada en su primera relación sexual. | | |
| Si | 1050 | 47.6 |
| No | 98 | 4.4 |
| No sé y no contestó | 1158 | 52.0 |

Fuente: n=2216

Para poder aplicar la estadística comparativa e inferencial se decidió construir un índice con las variables correspondientes a conocimientos sobre sexualidad y reproducción, transformando las respuestas a correctas e incorrectas, presentando una valor mínimo de 0 correspondiente a ninguna correcta y valor máximo de 100 donde el adolescente contesto correctamente todas las preguntas, la media presentada por la población de estudio fue de 63.93, moda de 66.7 y desviación estándar de 17.7; valores que apoyan lo reportado en la tabla 6 donde

se observa que solamente 9.8% de los estudiantes saben cuál es la fecha correcta en que una mujer tiene más probabilidades de embarazarse.

Conductas Sexuales de Riesgo

En la tabla 7 se puede observar la intención de la práctica de conductas sexuales de riesgo entre la población de estudio, el 46% están de acuerdo con tener relaciones antes del matrimonio, solamente el 15.4% señala que no tendrían relaciones sexuales por cuestiones religiosas, 39.7% por no traicionar la confianza de sus padres, los principios morales solo detendrían al 35.8%, el temor al contagio al 42.1%, la posibilidad de embarazo al 47.6y lo que diga la gente solo al 9.12%.

Tabla 7

Intención de práctica de conducta sexual de riesgo

| Variable | fr | % |
|--|------|-------------|
| Estás de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio. | | |
| Si | 1014 | 46.0 |
| No | 1178 | 53.4 |
| No respondieron | 24 | 0.6 |

Las cuestiones religiosas, te detendrían para la práctica de

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

relaciones sexuales.

Si

No 340 15.4

No respondieron 807 **36.6**

1069 **52.0**

El traicionar la confianza de tus
padres, te detendrían para la
práctica de relaciones sexuales.

Si

No 835 37.9

No respondieron 312 14.1

1069 **49.0**

Los principios morales, te
detendrían para la práctica de
relaciones sexuales.

Si

No 789 35.8

No respondieron 357 16.2

1070 **51.9**

El temor al contagio de
enfermedades, te detendrían
para la práctica de relaciones
sexuales.

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Si

No 928 42.1

No respondieron 219 9.9

1062 **49.0**

La posibilidad de embarazo, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.

Si

No 1050 47.6

No respondieron 98 4.4

1068 **49.0**

Lo que diga la gente, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.

Si

No 194 8.8

No respondieron 949 43.0

1073 **51.8**

Fuente:

n=2216

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajzen, I. (1991). La teoría del comportamiento planificado. *Comportamiento Organizacional y Recursos Humanos Procesos de Decisión*, 50, 179-211.
- Alvarez, L.(2009). Los determinantes de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (17), 69-79 Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Arrellano, O., Escudero, J. y Carmona, A.(2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social* (www.medicinasocial.info). vo 3, (4), 324.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BID (2011). Banco Internacional de Desarrollo. El fracaso educativo: Embarazo para no ir a clases. Recuperado Abril 2013. <http://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2011-12-05/embarazos-en-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe,9721.html>.
- Calafat, A, Juan M, Becoña, E., Mantes, A, y Ramón A. (2009). Sexualidad de riesgo y consume de drogas en el conte: Una perspectiva de género.
- Califano, J. (2009). Sexo, amor y drogas juntos en chicos. G:\SEXO Y DROGAS\Terra - Sexo, alcohol y drogas juntos en chicos - Sexualidad - Mujer.mht.
- Carpi, A y Brea, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de Acción Planeada. R.E.M.E. *Revista Electrónica de Motivación Emoción*, 4 (7).

Carpi A, Brea A. (2008). La Predicción de la Conducta a través de los Constructos que Integran la Teoría de Acción Planeada. Rev Electrónica Motivación y Emoción 4(7). Disponible en:

<http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html> .

Castrejón , J (1983) El sistema educativo en México. Perfil Educativo (2).

Castro, M (2008). Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas Recuperado Mayo 2011.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/umbr/n18/v1n18a10.pdf>,

Checa, S (2005). Implicaciones del género en la construcción sexual adolescente. Anales de la educación común, 3er siglo.año 1, (1-2).

Coleman, J. (1994). Foundations of social theory. Boston, MA: Harvard University Press.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). (2009). Determinantes Sociales de Salud:Valores, enfoque y perspectivas.

<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursos/cursosesp/unidad1B.html>.

CONAPO. Comunicado de Prensa (2007). Los jóvenes alta prioridad para la política de población: CONAPO. 27 (07).

Espada, J, Quiles, M, Méndez F (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. Papeles del Psicólogo, mayo-agosto, 24, (085) 29-36. Madrid, España.

Da Silva,M., Rumbao, F., Benitez, G, García, R.y Rodríguez,T.(2001). Consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino. Revista de la Facultad de Medicina, 24 (2), 135-139 Caracas,Venezuela.

Elzo, J. (2005). Valores identidades de los jóvenes. Una aproximación empírica. Recuperado septiembre 2007 .

http://www.jordipujol.cat/files/articles/Javier_Elzo.pdf

Florenzano, Ramón (1992). La familia como factor de riesgo. Revista Creces,

Gallegos, E, Villarruel, A, Loveland-Cherry, C Ronis, D y Zhou, Y (2008) Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. Salud Pública de México, 50 (1).

Germán, M. Drogas y medio ambiente.

http://www.idea.unal.edu.co/public/docs/drogas_medio_ambiente.pdf.

Gómez, E (2002) Equidad, género y salud retos para la acción. Revista Panam Salud pública/Pan am/Public Health 11 (5/6).

Goncalves, S., Castella, J., Carlotto, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre adolescentes. Interamericana Journal of Psychology, 41, (002), 161-166 Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Latinoamericanistas.

Gonclaves, S; Catella, J (2003) "Comportamientos de riesgo entre jóvenes: el síndrome de la conducta problema, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. CUBA Santiago (101).

González, M. (2007) educación para la salud. Factores determinantes de la salud, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_es.htm, .

INEGI, 2013. Estadísticas a propósito del día de la madre, datos de Nuevo León.

INJUVE (2005). La experiencia de la vida: aprendizaje y riesgos. La experiencia y las prácticas sexuales. Capítulo VI, parte tercera. En Informe 2004 Juventud en España 384-422. Extraído el 1 de abril de 2006 <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=879845487>.

Juárez y Gayet, (2005). Salud sexual y reproductiva en México, Un nuevo análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de población, (45), 177-219.

Kumate, J (2002) Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos , Recuperado el Febrero de 2012 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602pers.pdf>

López-Amorós M; Schiaffino, A; Moncada, A. y Pérez,G (2010), Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad, Gac Sanit, 24 (5) Barcelona .

López, P, Bravo E.,Benítez, C.,Cepero, L. (2011). “Caracterización de la conducta sexual reproductiva en féminas de la enseñanza secundaria” Medi Sur Revista Científica.

Marin, M, Reyes,D (2003). Intervenciones promocionales sobre anticonceptivos en adolescentes del Instituto básico de Puerto José, Técnico de Salud Pública, 10, Comunidad de Madrid.

Megías, I., Rodríguez, E., Méndez, S., y Pallares, J. (2005). Jóvenes y sexo: el estereotipo que obliga y el rito que identifica. Madrid: Injuve y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Ministerio de Sanidad y Consumo (2004), Los Determinantes Sociales de la Salud “Los Hechos Probados”. OMS Europa.

Morgan, M; Carrizo, H y García, A (2005). Hablemos de sexualidad en la escuela, contenidos básicos; 17 CONAPO.

Oficina de Naciones Unidas contras las Drogas y el Delito (ONUDD) (2005), Informe Mundial de Drogas.

Olarra, V (2000). “Un enfoque de la prevención escolar en Argentina” Adolescencia y drogadicción I.II .

OMS Organización Mundial de la Salud, (2003) en el “Technical Report Series 915

OMS. (2005) Acción sobre los factores determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores.

OMS, (2010) Maltrato infantil, nota descriptiva No. 150,

OMS. (2010). Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres.

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.(2000)
Promoción de la Salud. Recomendaciones para la acción.
- Palacios, R; Bravo, y Andrade, P (2007). Consumo de Alcohol y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes. *Psychology International*, Vol. 18-4.
- Paramo, M (2011).Factores de Riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de Contenido a través de un grupo de discusión. *SciElo, Ter psicol* 29 (1).
- Plan Iberoamericano de Cooperación e Integración de la Juventud, 2009-2015. Madrid, (2008).
- Puex, N. (2003). “Las formas de violencia en los tiempos de crisis: una villa miseria en el conurbano bonaerense”. En Isla, A y Miguez, D (comps). *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: FLACSO/editorial de la Ciencia. 35-70.
- Ramón, A. (2009) “Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género” . *Redalyc*, 21 (2), 227-233.
- Reyes, B (2009) Informe regional en Delicias, desigualdad social e injusticias sobre el verdadero enemigo de la democracia. Gobierno del Estado de Chihuahua. <http://www.puentelibre.com.mx>. recuperado mayo 2011.
- Rossini, G. (2003). “Vagos, pibes chorros y transformaciones de la sociabilidad en tres barrios periféricos de la Ciudad Entrerriana”. En Isla, A y Miguez, D (comps). *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: FLACSO/editorial de la Ciencia. 71-113.
- Rodríguez, R; Muñoz,M, Vega, T, Resendiz, J, Gutiérrez, G; García, M. (2011). Conducta sexual en estudiantes universitarios: determinante de una salud mental. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* . www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo

Salud Pública de México, (2003) La salud de adolescentes en cifras, Salud pública México, 45 (1) Cuernavaca .

SEGOB. Plan Nacional de Salud 2007-2012.

Potenziani, J., Abreu, F. Infecciones de transmisión sexual en población de alto riesgo: adolescentes y adultos jóvenes. G:\seualdad sida\inf.tras.sex.alto riesgo.mht.

Suazo, M. Adolescencia y sexualidad (2009). Revista Rexpuesta. G:\sexualdad sida\soauzo 2009.mht.

Villaseñor,A.,Caballero,R., Hidalgo,A., Santos, J. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA como predictores del uso de condón en adolescentes. Salud Pública de México, 45 (1) , 73-80 (suplemento), Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca México.

Villatoro, J; Medina-Mora, M; Rojano, C, Fleiz, C; Bermúdez, P; Castro, P; y Juárez, F (2002) ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la En cuesta de Estudiantes. Medición otoño del 2000, Salud Mental,25 (1) 43-54.

UNICEF (2011). Recuperado Mayo 2013.

<http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf><http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>

Wilkinson, R y Marmot, M. (2003). Los determinantes sociales de la salud, Los hechos Probados . OMS/ WHO. Europa

**EXPECTATIVAS EN LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE
ADOLESCENTES VARONES ESCOLARIZADOS DE ESCUELAS PÚBLICAS
DE EDUCACIÓN MEDIA Y MEDIA SUPERIOR DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN.**

Dante Octavio Isau Garza Fabela¹¹

David De Jesús Reyes¹²

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir las expectativas en los comportamientos sexuales de adolescentes varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León. Se realizó un estudio cuantitativo transversal, de tipo descriptivo en base a la encuesta sobre salud reproductiva de los alumnos en escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León 2013, con una muestra representativa de 1178 adolescentes varones de 12 a 19 años a nivel estatal. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows. Los resultados revelan que los comportamientos que los varones tienen expectativas tradicionales en torno a la sexualidad, así mismo éstas expectativas se ven ligadas a un proceso cultural en donde se puede identificar un modelo hegemónico de masculinidad, el cual de llevarse a cabo puede tener implicaciones negativas en la salud, tal como la exposición a adquirir una ITS o la consecuencia de un embarazo no deseado.

Palabras clave: masculinidad, sexualidad, expectativas, comportamiento sexual.

¹¹ Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano dante.garzafeb@uanl.edu.mx

¹² Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano dejesusreyes@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la sexualidad en la sociedad mexicana está marcada por valores y principios de una sociedad patriarcal, basada en condiciones y estereotipos para cada sexo, en donde las mujeres son las que están a cargo de la crianza de los hijos, alimentar, apoyar y estar al pendiente de su pareja, así como mantener el bienestar y la salud de la familia; mientras que el hombre es visto como protector, proveedor del hogar entre otras actividades (Rivas y Rodríguez, 2008). En el ámbito de la sexualidad estos factores se ven estrechamente vinculados de igual manera, en donde el varón está constituido por ideales y normas sociales (Gutmann, 2000).

Es así que desde el nacimiento del individuo a partir del sexo biológico se estructura su identidad, la cual hace que se asigne un significado y esquema al *deber ser* con funciones sociales masculinas y femeninas predeterminadas, basada en las creencias de la sociedad. Dichos ideales prevalecen en éste *deber ser* del hombre y la mujer, en donde las categorías son construidas por un nivel ideológico en el que una determinada sociedad considera lo que es “femenino” o “masculino” como resultado de la cultura que las personas adoptan e incorporan, mediante la cual se ven reflejados papeles, prácticas y comportamientos (Cruz, 2011; Charry y Torres, 2005).

En base a la revisión de diversos estudios se asume que el comportamiento sexual y las prácticas sexuales de los adolescentes no son estáticos, ya que existe una diversidad de factores como lo es la familia, padres, grupos de pares, instituciones educativas, consumo de drogas, etc. que pueden llegar a influir en dicho comportamiento, el cual es atribuido al sexo del cual surgen las denominadas diferencias de género, por lo que desde éste paradigma es que el comportamiento es manifestado por medio de estereotipos de determinado sexo (García et al, 2010), así mismo el género no está determinado por el sexo y tampoco es determinante de la sexualidad, ya que intervienen una serie de procesos socioculturales (Scott, 2000). Es así que comprender la diferencias de

género de los cuerpos sexuados se ha convertido en uno de los campos de mayor debate en las ciencias sociales (Lamas, 2000).

En el caso de los varones la cultura que los rige se ve ligada a normas sociales en las cuales se ven obligados a no dejar pasar oportunidades y creer siempre o en la mayoría de las veces que deben ser satisfechos sexualmente (Gogna, 1998), tener múltiples parejas sexuales, actividades ligadas a correr riesgos y cuestiones de placer, ideales que se integran en un modelo binario de feminidad y masculinidad, el cual sirve como guía para complementar las características que el varón debe poseer, apareciendo un modelo-idea, en donde los atributos se convierten en actitudes que fomentan el autocontrol de sentimientos y emociones, es decir, cualquier actividad ligada a cuestiones femeninas debe ser rechazada, creando un esquema figurativo que contiene ideas e imágenes, mediante el cual se crean ideologizaciones, en las que se trata de imponer un conjunto de criterios como si fueran absolutos (Seidler, 2001), entre dichos comportamientos prevalecen el debut sexual, tener múltiples parejas sexuales, actividades ligadas a correr riesgos y cuestiones de placer, las cuales forman parte de un comportamiento socialmente aceptado y valorado por los varones para obtener un estatus ante ellos y la sociedad misma (De Jesús, 2011).

En este sentido, el comportamiento sexual es el campo en el cual los adolescentes reafirman su identidad (De Jesús, 2011), por lo tanto, uno de los factores que se deben de analizar en la actualidad son las construcciones sociales en base al comportamiento sexual, es decir, la doble moral por la cual se rige la sociedad en donde exige un comportamiento específico para el hombre y otro para la mujer (Jiménez y Tena, 2001).

En México y América Latina existe un modelo hegemónico de masculinidad, el cual parte de un proceso cultural, construido por la sociedad, en donde el varón debe ser dominante y subordinar a la mujer al igual que a otros hombres que no se adaptan al mismo modelo de masculinidad, considerado éste como un conjunto de

atributos, valores, funciones y conductas que en determinada cultura suponen son esenciales para el varón (De Keijzer, 1997).

Según Fuller (2003) la masculinidad se divide en dos aspectos fundamentales para el proceso de identidad en el varón, la primera hace referencia a lo natural (la virilidad) y el otro aspecto es lo social (la hombría). En este primer aspecto de la masculinidad se vincula a los órganos sexuales y la fuerza física, en donde el sujeto debe demostrar su fuerza física, tener control sobre sus emociones y probar que es sexualmente activo. En el segundo aspecto que corresponde a la hombría, la cual es un estatus que el varón debe de alcanzar para “convertirse en hombre”, aunque esto es un proceso que se va estimulando desde la infancia es en la etapa de la adolescencia donde se adquiere y demuestran estos atributos.

En la adolescencia el inicio sexual aparece como una manera de obtener un estatus, el cual es derivado del modelo de masculinidad, en donde la búsqueda de ser reconocido como hombre “socialmente aceptado” tiende a expresarse mediante creencias, ideas, estereotipos y discursos subjetivos del contexto que los rodea (Stern et al, 2003).

En algunos contextos, uno de los eventos más importantes que marcan la vida de un individuo es la primera relación sexual, ya que el tener una relación sexual en la etapa de la adolescencia es prácticamente una obligación, de otra manera el adolescente es menospreciado por su grupo de pares, haciéndolo sentir excluido al no haber tenido dicha experiencia, lo cual vincula al inicio sexual como un objetivo de muchos jóvenes para sentirse parte de un grupo y obtener un estatus entre ellos (Welti, 2007).

En el contexto internacional ésta situación también prevalece, diversas encuestas aplicadas entre 1998 y el año 2000 en América Latina y el Caribe mostraron que el 41.3% en el caso de Bolivia y el 73.9% en Jamaica, los adolescentes se han

iniciado sexualmente, lo cual se ve ligado a prácticas sexuales de riesgo¹³ (Olavarría y Madrid, 2005). En el contexto Colombiano el 74% de los adolescentes mostro tener una percepción baja en cuanto al riesgo de prácticas sexuales (Mejía, 2000), así mismo, un estudio cubano también mostró que el 76.2% de estas prácticas sexuales se realizan debido al ideal machista que prevalece en los adolescentes (Rodríguez et al, 2006).

Por su parte datos a nivel nacional que revela la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) en cuanto a los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, mostró que para el año 2000 el 22.3% había tenido dicha práctica, para los siguientes años de la misma encuesta 2005 y 2010 se tuvo un aumento en cuanto a esas cifras, ya que paso de 27.2% en 2005 a 33.6% en 2010, lo cual permite ver que en la última década se dio un aumento del 10.3% en cuanto a los adolescentes que han tenido relaciones sexuales (IMJ, 2011), dato alarmante ya que muchos de los problemas inherentes están vinculados a un inicio de la actividad sexual a temprana edad. En sí, la mayoría de estos casos ocurren sin la correcta orientación y protección de ellos, entre los principales riesgos que se pueden presentar en esta población en cuanto a la salud sexual y reproductiva son el inicio no elegido, desprotegido y/o involuntario de su vida sexual, embarazos no planeados o no deseados y adquirir alguna infección de transmisión sexual, cuya manifestación más grave es el VIH/Sida (UNFPA, 2010).

Para el caso de Nuevo León los adolescentes varones que han iniciado una vida sexual las cifras también van en aumento, ya que datos mostrados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2006 muestra un porcentaje de 16.1% y aumentado a 29.3% para el año 2012 (INSP, 2013).

¹³ Se denomina práctica sexual de riesgo a cualquier característica y/o exposición que tenga el individuo en una situación de vulnerabilidad en la que esté inmerso en relación a los embarazos no deseados, maternidad y paternidad adolescentes, infecciones de transmisión sexual (ITS) y al VIH/SIDA.

Para otra parte el grupo de jóvenes varones de 15 a 29 años de edad en cuanto al número de parejas sexuales en base a la ENJ 2000 muestra en promedio 2.1 parejas sexuales, para el año 2005 tiende a descender pasando a 1.9, prevaleciendo para el año 2010 el mismo porcentaje. Dentro de los datos relevantes en cuanto a estas cifras es que durante el año 2010 se muestra una reducción en el porcentaje de parejas sexuales, sin embargo, el 12.2% del grupo de edad de 15 a 19 años reportó tener más de 3 parejas sexuales en el último año, a diferencia del 74% del grupo de 25 a 29 años de edad, los cuales solo tuvieron una pareja sexual (IMJ, 2011).

Otro de los comportamientos sexuales que se presentan en torno a la sexualidad de los varones adolescentes es el uso y no uso de métodos anticonceptivos, ya que cifras de la ENSANUT 2012 a nivel estatal muestran que el 92.4% de esta población afirma conocer o haber escuchado algún método anticonceptivo, datos de la misma encuesta revelan que en 2006 el 51.8% no utilizó método anticonceptivo durante la primera relación sexual y en 2012 el 18% no utilizó método anticonceptivo, lo cual muestra una disminución favorable. Así mismo se muestra un aumento en cuanto al uso de métodos anticonceptivos pasando de 43.1% en 2006 al 81.2% en 2012 (INSP, 2013).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un conjunto de infecciones que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual, en donde la principal causa mediante la cual se llega a adquirir dichas infecciones es mediante las relaciones sexuales, debido a que las ITS no tratadas tienen repercusiones importantes en la salud reproductiva (OMS, 2011).

En México las ITS se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad (SSA, 2003), siendo éste un problema creciente de salud pública, el cual ha focalizado la atención al VIH ya que representa predominio en adolescentes y jóvenes (Caballero, Conde, Villaseñor, 2006). Según el boletín de epidemiología 2010, realizado por la Secretaría de Salud, la cual indica que el aumento de ITS es debido a la falta de

uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales, dichas relaciones se ven vinculadas a un inicio de relaciones sexuales a temprana edad y conductas sexuales de riesgo, en las que los adolescentes carecen del uso de métodos anticonceptivos, lo cual conlleva al aumento de la morbilidad en la población adolescente. Otras investigaciones en México han determinado que existe una relación entre el menor uso de métodos anticonceptivos y variables como menor edad de inicio y menor escolaridad (Stern y Reartes, 2012).

Es así, que la población adolescente que ha tenido relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales, incrementa su posibilidad de tener un embarazo a temprana edad y/o adquirir una ITS, en el mayor de los riesgos VIH/SIDA. Tales asimetrías siguen prevaleciendo en cuanto a los comportamientos y prácticas sexuales (González et al, 2005), los cuales se desarrollan y se pueden percatar mediante un modelo de masculinidad, tomando como base los estereotipos del ideal que se tiene sobre la mujer desde la perspectiva del varón, ya que prevalece una imagen referente a la mujer “tradicional”; la cual está exenta de todo deseo y placer sexual, siendo distinguida para las relaciones formales, es decir, merecedora de consolidar una relación de pareja y posteriormente ser esposa y madre de sus hijos, por otro lado, prevalece el ideal de la mujer que es admisible al deseo, el erotismo y con la cual se puede acceder a tener relaciones sexuales rápidamente (De Jesús, 2011).

Ante esto, el uso del preservativo en los varones va a depender de la pareja con la que se tiene relaciones sexuales, esto debido a que existen y predominan factores que están vinculados a que los varones usen o no métodos anticonceptivos, en este caso en particular se liga al valor y significado que le brindan a la mujer, es decir, la mujer vista como una figura de riesgo o una mujer ideal para el matrimonio. Es así, que la mujer que constituye la figura de riesgo es con quien se tiende a utilizar algún método anticonceptivo, ya que dentro del ideal del varón es quien lo puede llegar a contagiar de una ITS y puede llegar a ser un riesgo para su salud, por otro lado, existe la mujer con la que se estereotipa dentro

del ideal de pareja con la cual se podría llegar a establecer una relación formal, es así que ante esta perspectiva se deslinda el uso de métodos anticonceptivos, exentando la percepción del riesgo de cualquier tipo de contagio y/o enfermedad, ya que lo que se desea es la reproducción para fortalecer la relación (De Jesús y Menkes, 2014; Stern et al 2003).

Es así que los adolescentes adoptan el proceso social de convertirse en hombre demostrando mediante comportamientos lo que se considera masculino (Lomas, 2004), tal como lo menciona Parsons (1996) al decir que, la división de los roles está ligada en base al sexo, pero más allá de lo biológico, se demuestra mediante comportamientos, sentimientos y actitudes que se tienen que demostrar y tienden a considerarse propios para el hombre o la mujer.

Por lo tanto la educación sexual que reciben los adolescentes en las instituciones educativas forma parte del análisis de éste estudio, en donde se incluye a la población escolarizada en los cuales diversos sujetos intervienen en el contexto del adolescente proporcionando información en materia de sexualidad, en donde el género en las escuelas se formula en base a las construcciones sociales, es decir, las imágenes externas que se generan y se ven reflejados en la conducta de las relaciones sociales (Chattopadhyay,2004). Para este estudio se tomo a los adolescentes escolarizados debido a que la educación sexual en el escenario escolar juega un papel significativo en la adquisición de información por parte de los adolescentes, y además de conocer si la información brindada en las instituciones educativas se ve reflejada en las conductas sexuales de éstos.

Ante lo expuesto surgen las siguientes interrogantes:

Preguntas de investigación

¿Cómo son las características del comportamiento sexual de varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León en cuanto al ideal de pareja?

¿Cuáles son las expectativas en el comportamiento sexual que tienen los varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León en cuanto al inicio sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, expectativas de vida en pareja?

OBJETIVO GENERAL

Describir las expectativas en cuanto al comportamiento sexual en los adolescentes varones escolarizados de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la base de datos de la encuesta sobre salud reproductiva de los alumnos de educación media y media superior del Estado de Nuevo León.

Describir las características del comportamiento sexual de varones en relación a las expectativas para el inicio sexual, virginidad, masturbación, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, sexualidad y uso de métodos anticonceptivos y expectativas de vida en pareja.

Comparar las conductas sexuales en los adolescentes de acuerdo al nivel de escolaridad.

Identificar si la cultura tradicional “Machista” prevalece en cuanto a estas conductas.

Identificar si los comportamientos sexuales se apegan a los estereotipos tradicionales de género.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo transversal, de tipo descriptivo en base a la encuesta sobre salud reproductiva de los alumnos en escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León (ESREEEMMSNL) 2013, diseñada por el Centro Regional de Investigaciones multidisciplinarias en 2006 y actualizada en 2013, para ser implementada en Nuevo León. La muestra total de (N=2306) entre hombres y mujeres, de los cuales al discriminar a las mujeres quedo un total de 1210 casos de varones, así mismo se elimino a los varones mayores de 19 años de edad, obteniendo como dato final 1178 casos de adolescentes varones que oscilan entre los 12 a 19 años de edad.

La ESREEEMMSNL permite conocer una estimación de las condiciones de salud de la población escolarizada de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León, así como la utilización de servicios de salud. El instrumento se divide en 11 constructos los cuales incluye: Características generales, conocimiento sobre la biología de la reproducción y sexualidad, conocimiento de infecciones de transmisión sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, fecundidad, hábitos de salud, acceso a los servicios de salud, violencia intrafamiliar, expectativas de vida y situación de pareja y características de la vivienda, las cuales servirán para analizar los resultados encontrados, en relación al objeto de estudio a tratar.

En este trabajo se reportan únicamente algunos datos que evalúan las variables en cuanto al *conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, expectativas del inicio sexual y expectativas de vida en pareja.*

Para el análisis de los datos y el procesamiento estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 20.0 para Windows.

RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan estarán divididos en subtemas, como se mencionó en el párrafo anterior, en donde las secciones descritas serán: *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, expectativas del inicio sexual, sexualidad y uso de métodos anticonceptivos y expectativas de vida en pareja.*

Población de estudio

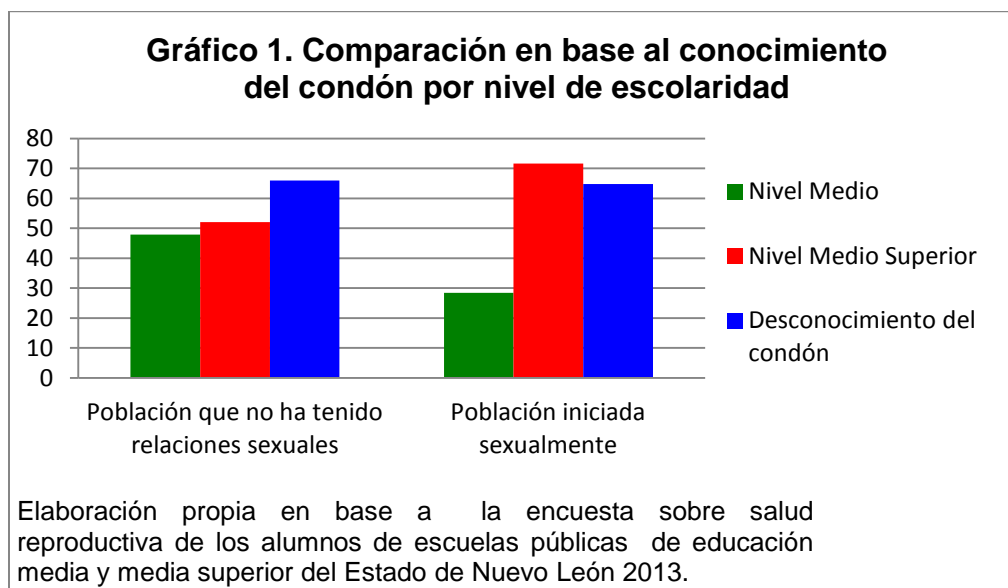
Se analizó a una población total de 1178 estudiantes varones de escuelas públicas del Estado de Nuevo León, las instituciones educativas pertenecen al área metropolitana de la ciudad de Monterrey y municipios foráneos. Del total de varones el 57.6% es de nivel preparatoria y el 42.4% de nivel secundaria, de los cuales el 82.4% pertenece a un estrato socioeconómico muy bajo, el 79.9% no se dedica a realizar alguna actividad laboral y el 32.2% pertenece a una familia extensa; las edades de los adolescentes encuestados oscilan entre los 12 y 19 años de edad, de los cuales el 29.2% ya se ha iniciado sexualmente (N=344), de los cuales el 81.7% pertenece a un estrato muy bajo, el 35.7% está compuesto por una familia nuclear, así mismo el 19.2% no vive con su padre y el 71.8% no realiza alguna actividad laboral, en comparación del 70.8% (N=844) que aún no se ha iniciado sexualmente, el 52.1% pertenece al nivel preparatoria y el 47.9% al nivel secundaria, de los cuales el 82.7% pertenece a un estrato muy bajo, el 30.8% pertenece a una familia extensa, el 28.6% ya tiene un hijo(a), así mismo el 18.4% no vive con su padre y el 83.1% no realiza alguna actividad laboral.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ha sido unas de las interrogantes que se han llegado a presentar en torno al comportamiento sexual, ya que diversas encuestas a nivel nacional como estatal revelan porcentajes casi

universales en base al conocimiento de métodos anticonceptivos en la población adolescente, empero a esta situación; existe una brecha entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en las prácticas sexuales (Llopis, 2001; Stern y Menkes, 2008), esto se ve reflejado en el aumento de embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otras consecuencias, las cuales son resultado de la falta de uso de métodos anticonceptivos en este grupo poblacional.

Los resultados generales que muestra la ESSRAEEMMSNL revela que de 1178 estudiantes el 65.7% de la población total adolescente menciona no conocer o haber oído de los condones o preservativos masculinos, de dicho porcentaje el 57.6% pertenece a nivel preparatoria y el 42.4% a nivel secundaria.



En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos el 66% dice no conocer o haber escuchado hablar sobre los condones, a pesar de que el 77.6% menciona haber recibido una clase de educación sexual, la cual el 52.9% menciona haberla recibido durante el periodo de secundaria, así mismo el 85.5% menciona haber obtenido información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), pero dicha información no es brindada por el núcleo familiar del adolescente y/o algún profesional en salud pública, ya que los datos revelan que el 70% de dicha

información es proporcionada por profesores, el 48.3% menciona que recibió la información por medio de libros y/o folletos, el 37.7% por medio de internet y un 13.9% recibió la información por medio de amigos ; en comparación con la población que ha tenido relaciones sexuales (N=334) en donde el 71.6% pertenece al nivel preparatoria y el 28.4% a nivel secundaria de los cuales el 64.8% menciona no conocer o haber escuchado hablar del condón, a pesar de que el 77.8% menciona haber recibido una clase de educación sexual en la escuela, el 48.6% menciona que tuvieron la última platica en el nivel secundaria, así mismo el 86.4% mencionar haber recibido información de ITS, en donde el 59.9% menciona recibir la información por parte de sus profesores, el 45.6% por medio de libros y folletos, el 40.8% por medio de internet y el 40.1% menciona que la información es brindada por su madre, obteniendo un porcentaje más elevado que la información brindada por los padres la cual representó el 36.2% y el 23.7% recibe información por parte de sus amigos; así mismo quienes presentan mayor desconocimiento en cuánto a métodos anticonceptivos fueron el 90.3% del segundo año de preparatoria y el 100% del tercer año de preparatoria.

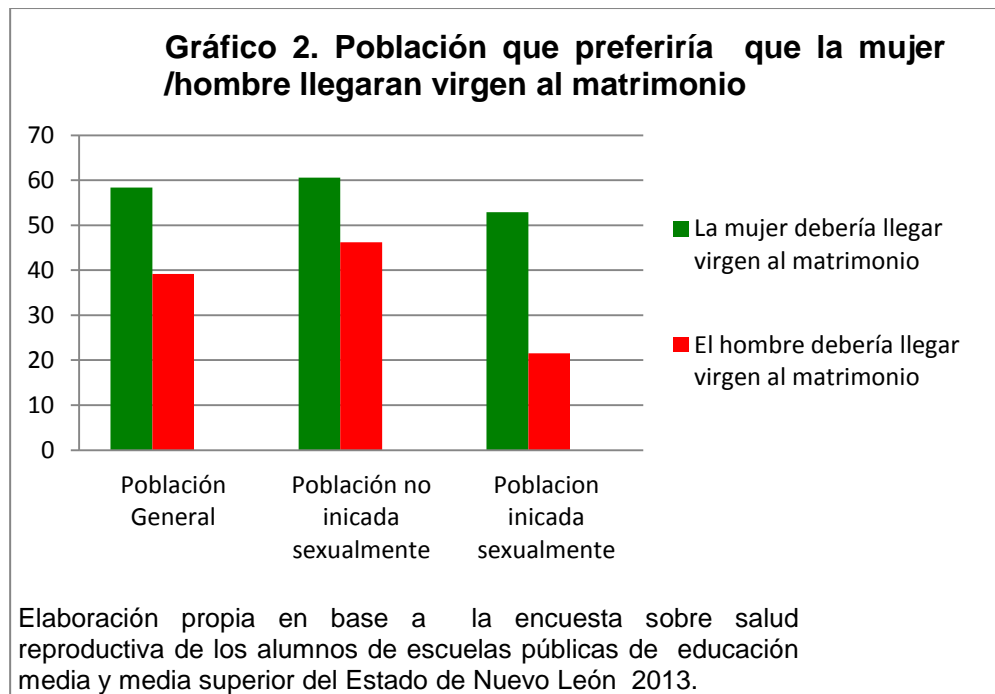
Expectativas del inicio sexual

Dentro de los eventos más importantes que marcan la vida de un individuo es la primera relación sexual, ya que ésta llega a ser un objetivo para muchos y principalmente en la etapa de la adolescencia es que se convierte en una obligación (Welti, 2007).

De la población total el 60.8% considera que el hombre no debería de llegar virgen al matrimonio, es decir, sin experiencia sexual, en comparación del 58.4% de la población la cual menciona que la mujer debería llegar virgen al matrimonio. El 57.2% de la población de educación media considera que el hombre debería tener experiencia sexual antes del matrimonio, así mismo el 63.4% de la población de educación media superior considera que el hombre no debe llegar virgen al matrimonio, prevaleciendo un ideal “tradicional” en ambas situaciones, en donde

el 58.9% de educación media y el 57.7% de educación media superior consideran que la mujer debería llegar virgen al matrimonio, es decir, sin experiencia sexual.

La siguiente grafica muestra una representación del ideal en torno a la expectativa de que la mujer y el hombre tengan experiencia sexual antes del matrimonio.



De la población que no ha tenido relaciones sexuales ante ésta expectativa el 53.8% menciona que el hombre no debería llegar virgen al matrimonio, mientras que para el caso de las mujeres el 60.6% dice que la mujer debería llegar virgen al matrimonio, es decir, sin experiencia sexual. Así mismo, comparando por grado de estudio se pueden mostrar tales asimetrías, ya que para el caso del hombre el 60% de la población de primer año de secundaria considera que si debería de llegar virgen al matrimonio, en comparación con el 53.9% del primer año de preparatoria que no está de acuerdo en que el hombre llegue al matrimonio sin experiencia sexual.

Para el caso de las mujeres sucede una situación similar debido a que el 68% de la población del primer año de secundaria preferiría que la mujer llegara virgen al matrimonio, en comparación del 66.7% del tercer año de preparatoria los cuales consideran que la mujer debería llegar al matrimonio con experiencia sexual.

En datos desagregados por grado de escolaridad se puede mostrar un incremento en cuanto a la aceptación por parte de la población de estudio, ya que los porcentajes van en aumento tomando como base el grado escolar, en donde el 38.9% del primer año de secundaria está de acuerdo en que las mujeres se masturben, el 57.9% del primer año de preparatoria también muestra aceptación hacia este comportamiento por parte de las mujeres, al igual que el 64% del segundo año de preparatoria, situación que también prevalece para el caso de los hombres en donde el 42.4% del tercer año de secundaria, el 69.3% del primer año de preparatoria y el 77% del segundo año de preparatoria es donde se puede observar un incremento en cuanto a dicho comportamiento por grado escolar.

En base a la población que ya ha tenido relaciones sexuales los resultados son muy similares, ya que el 75.3% de educación media considera que el hombre debe tener experiencia sexual antes del matrimonio, al igual que el 79.8% de educación media, mientras que para el caso de la mujer, el 55.9% de educación media considera que debería de llegar virgen al matrimonio en comparación del 51.7% de educación media superior.

Otro comportamiento analizado es el número de compañeras sexuales, ya que de la población iniciada sexualmente el 28.3% menciona haber tenido 2 compañeras sexuales, el 27.8% 1 pareja sexual y el 18.9% dice haber tenido 3 parejas sexuales en el último año, así mismo el 6.1% dice haber tenido 4 compañeras sexuales y el 5% 5 compañeras sexuales.

Los significados atribuidos a la sexualidad son desarrollados socialmente, en base a determinada cultura, en donde la mujer debe estar deslindada del placer erótico, es decir, presentarse como ignorante ante el conocimiento de la práctica

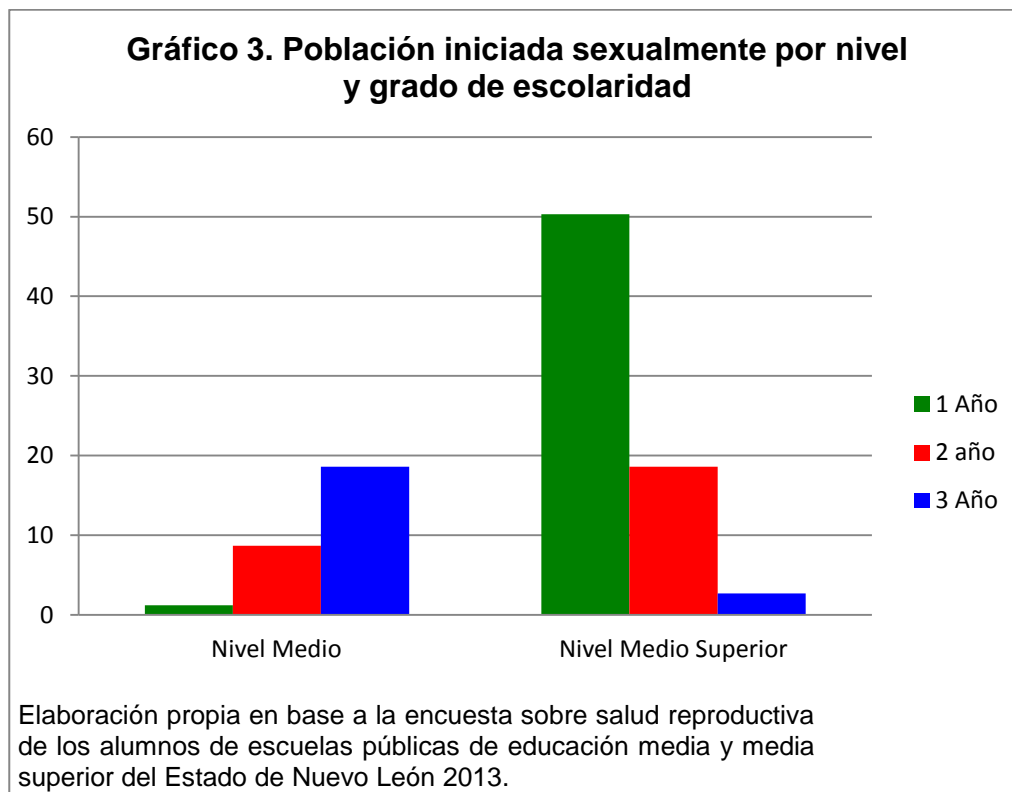
sexual, el cual representa un indicador de la virginidad la cual genera un estatus y es valorada en determinados contextos, ya que si no cumple con estos “requisitos” puede llegar a ser excluida, es decir, puede poner en riesgo la posibilidad de contraer matrimonio (Amuchástegui, 2001) basado en un estereotipo tradicional, es así como al varón se le atribuyen este tipo de comportamientos, en los cuales en el contexto Mexicano tiende a tener mayor número de parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad y un porcentaje elevado no utiliza condón de manera frecuente en las relaciones sexuales (Campo et al 2006; Piña y Urquidi, 2006; Pulido et al, 2011; Quinceano et al 2007; Uribe et al 2011).

Sexualidad y uso de métodos anticonceptivos

La sexualidad es uno de los principales campos mediante el cual los adolescentes reafirman su identidad (De Jesús, 2011); mediante la cual se atribuyen y experimentan determinadas relaciones sexuales, las cuales conllevan significados, mismos que se ven reflejadas en sus comportamientos y asociados al contexto en el que viven (Solís y García, 2011).

En este sentido el 51.4% de la población que no ha tenido relaciones sexuales (N=844) está de acuerdo en que las parejas tengan relaciones sexuales antes del matrimonio, porcentaje menor en comparación del 76.8% de la población que ya ha tenido relaciones sexuales los cuales le brindan mayor importancia a este tipo de comportamiento.

La siguiente grafica muestra una representación de la población ya se ha iniciado sexualmente en relación a su nivel y grado de escolaridad.



Ante esto se cuestionó a la población que menciona haber tenido relaciones sexuales para saber si es que habían tenido más de una relación sexual; en donde el 47.5% del tercer año de secundaria, el 56.4% del primer año de preparatoria y el 66.7% de los varones de tercer año de preparatoria mencionaron haber tenido más de una relación sexual, ante los resultados obtenidos se puede observar un aumento porcentual en cuánto al grado escolar y la incidencia de haber tenido más de una relación sexual.

Para el grupo poblacional que ya ha tenido relaciones sexuales las edades donde prevalece una mayor incidencia de haber tenido relaciones sexuales es en el periodo de los 13 a 15 años, en donde el 13.2% de los varones que han tenido relaciones sexuales tienen 13 años de edad, el 28.5% tiene 14 años y el 35.6% en el grupo de 15 años de edad. Así mismo el 60% de los varones que ha tenido relaciones sexuales tuvieron su primer relación sexual con su novia, el 27.3% con su amiga y el 3.1% menciona haber tenido su primer relación sexual con su vecina.

Expectativa del uso del condón

El uso del condón más allá del conocimiento conlleva un significado, es decir, existe un dualismo en base al sujeto con el cual se tienen las relaciones sexuales, ya que se idealizan las condiciones para el uso del mismo, por una parte puede llegar a presentarse como protección para prevenir alguna enfermedad y/o ITS, mientras que al tener relaciones sexuales con una pareja “estable” se puede llegar a interpretar como método de planificación familiar (Arias y Rodríguez, 1998), por lo cual es importante conocer la posible conducta asumida en la población adolescente.

De la población general el 97.8% menciona que llegaría a usar condón al tener una relación sexual. Por otro lado, el 96.6% de la población que no ha tenido relaciones sexuales menciona que si llegaría a utilizar el condón al tener una relación sexual, ante esto los datos muestran que casi la totalidad de la población que no ha tenido relaciones sexuales llegaría a usar condón al tener una relación sexual; empero a esta situación y ante la expectativa del uso del condón en los varones que no han tenido relaciones sexuales los datos muestran otros resultados ya que el 37.5% del primer año de secundaria menciona que siempre llegaría a usar condón al tener relaciones sexuales con su novia, en comparación con el 70% del segundo año de preparatoria que menciona que siempre lo llegaría a utilizar al tener relaciones sexuales con su novia, el 52% del tercer año de secundaria menciona que solo algunas veces llegarían a utilizar condón al tener relaciones sexuales con su esposa o compañera, el 44% del segundo año de preparatoria menciona que nunca usaría condón al tener relaciones sexuales con su prometida; para la situación de tener relaciones sexuales con una desconocida el 82.6% del primer año de preparatoria menciona que siempre utilizaría condón al tener relaciones sexuales con una desconocida, así mismo el 71.3% del primer año de preparatoria mencionan que siempre llegaría a usar condón al tener relaciones sexuales con una amiga y el 33.3% del segundo año

de preparatoria menciona que nunca utilizaría condón al tener una relación sexual con una prostituta.

En comparación con los varones que si han tendido relaciones sexuales, el 98.9% de la población que ya ha tenido relaciones sexuales menciona que si utilizarían el condón al tener una relación sexual, sin embargo, el 100% de los adolescentes de primer año de secundaria que ya tuvieron relaciones sexuales afirmó que nunca llegaría a usar condón al tener relaciones sexuales con su novia, el 30.8% de los varones de primer año de preparatoria mencionan que nunca usarían condón con su prometida, así mismo el 100% de segundo de preparatoria siempre llegaría a usar condón al tener relaciones sexuales con una amiga. Para el caso de tener relaciones sexuales se muestra un aumento por grado escolar, ya que el 100% de los estudiantes de primer año de secundaria mencionan que no usaría condón con su vecina, mientras que el 70.7% del primer año de preparatoria esperaría usar condón con su vecina, es así que en el contexto de los encuentros ocasionales, el condón es visto como un protector de enfermedades o ITS, así mismo, el porcentaje puede variar dependiendo de la concepción que se tiene en base al sujeto de estudio y la percepción que él mismo tenga, ya que para algunos sujetos el uso del condón en una relación de pareja estable puede llegar a significar un método de planificación familiar, es así, que con determinados sujetos la percepción al riesgo es mayor, por lo cual el uso del condón en las relaciones sexuales lo hacen u optan por protegerse de dicho riesgo y/o contagio.

Población iniciada sexualmente ¿Por qué no utilizaron condón?

Los adolescentes varones que han tendido relaciones sexuales mencionan que la razón principal por la que no utilizaron un método anticonceptivo la primera vez es que porque el 41.7% no planeaba tener relaciones sexuales, 11.5% no sabía donde conseguir métodos anticonceptivos y el 9.4% no está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos.

Así mismo el 50% de los varones de primer año de secundaria no sabía donde conseguir los métodos anticonceptivos y el 46.9% de primer año de preparatoria no tenía planeado tener relaciones sexuales, en donde la “espontaneidad” del evento es un factor para las relaciones sexuales desprotegidas, tal como sucede en otros contextos. Otro comportamiento que se ve ligado a este tipo de conductas es el ideal que se tiene torno a la pareja, ya que el 50% de segundo año de secundaria que ya había tenido relaciones sexuales menciona que no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual debido a que confía en su pareja y el 50% del mismo grado considera que su pareja se encuentra sana, por lo cual no ve la necesidad de protegerse.

En cambio tomando como base la última relación sexual para los adolescentes varones ya iniciados sexualmente, existe una interrogante en saber porque no utilizaron algún método anticonceptivo; por lo cual las razones principales por las que la población adolescente no utilizaron el condón fueron debido a que el 100% de tercer año de preparatoria argumentaba que “no se siente igual”; el 35.7% del tercer año de secundaria mencionó que no utilizó condón “porque no quiso”, así mismo el 33.3% de segundo año de preparatoria consideró que “no era importante utilizarlo” ya que se encuentran en una relación estable y el 7.7.% del tercer año de secundaria menciona que no utilizaron métodos anticonceptivos ya que deseaban que su pareja quedará embarazada.

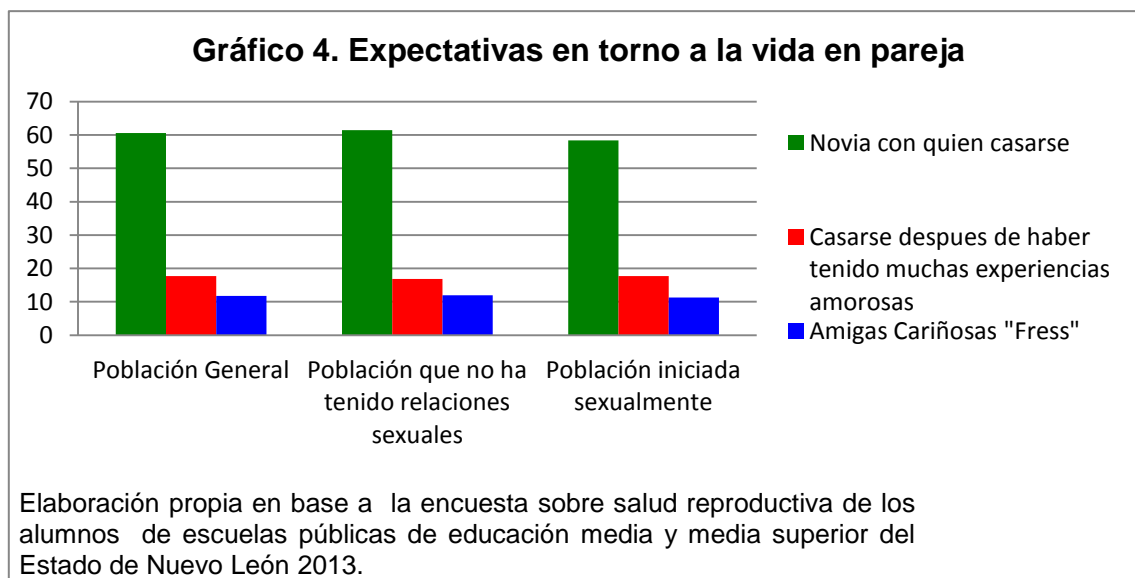
Por lo cual el uso del condón va a depender del valor y significado que le brinden a la mujer, la cual se puede ligar como una figura de riesgo, es decir, con la cual se tiende a utilizar métodos anticonceptivos por temor a alguna enfermedad/ITS ó donde la mujer es estereotipada como el ideal de pareja, la cual se deslinda del uso de métodos anticonceptivos, exentando la percepción del riesgo de contagio de alguna ITS o embarazo no deseado, ya que en algunas ocasiones lo que se desea es la reproducción para fortalecer la relación (De Jesús y Menkes, 2014, Stern et al 2003).

Expectativas de vida en pareja

Al hablar de expectativas de vida se hace referencia en base a lo que los adolescentes varones preferirían antes de llegar a la unión en pareja, es decir, constituye los roles y/o acciones que probablemente realice una persona en donde los resultados que se podrían llegar a presentar abarcan desde un comportamiento tradicional hasta un comportamiento moderno, dependiendo de los sujetos de análisis.

En base a las expectativas de vida en pareja de los individuos de la población general los resultados obtenidos muestran que el 60.6% de los adolescentes varones preferiría una novia con quien casarse, el 17.1% preferiría casarse después de haber tenido muchas experiencias amorosas y el 11.8% preferiría tener puras amigas cariñosas (relaciones sin compromiso o "frees").

Tal como la muestra la siguiente grafica en torno al ideal de la vida de pareja



Para el grupo poblacional que no ha tenido relaciones sexuales se muestra que el 61.4% preferiría una novia con quien casarse, el 16.9% casarse con alguien después de haber tenido muchas experiencias amorosas, 12% tener puras amigas

cariñosas (relaciones sin compromiso o “frees”), así mismo los resultados revelados para el grupo de adolescentes que ya ha tenido relaciones sexuales son muy similares, ya que el 58.4% preferiría una novia con quien casarse, el 17.7% casarse con alguien después de haber tenido muchas experiencias amorosas y el 11.3% puras amigas cariñosas (relaciones sin compromiso o “frees”), ante esto se puede constatar que no existe una elevada diferencia porcentual en cuanto al ideal de pareja de la población que no ha tenido relaciones sexuales en comparación de los que ya se iniciaron sexualmente, pero desagregando los datos por grado de estudios se puede apreciar que el 23% de los estudiantes de segundo año de preparatoria que han tenido relaciones sexuales preferiría casarse con alguien después de haber tenido muchas experiencias amorosas, el 12.9% de los alumnos de tercer año de secundaria preferiría tener puras amigas cariñosas (relaciones sin compromiso o “frees”), en comparación del 100% de los de primero de secundaria que prefieren una novia con quien casarse, por lo cual los datos son muy variables en base al nivel de escolaridad y grado de estudio.

Así mismo se cuestionó sobre el tipo de vida en pareja con la que estaban más de acuerdo en donde el 54% de la población general mencionó que la forma de vida “ideal” debería de ser el matrimonio por la iglesia y el civil, el 23.3% el matrimonio solo por la iglesia, el 11.8% el matrimonio por el civil y el 8.1% unión libre, mientras que un 2.3% menciono que cada quien debería de vivir en su casa.

De la población que menciona no haber tenido relaciones sexuales el 56.2% menciona que preferiría casare por la iglesia y el civil, en comparación del 48.3% de los varones que ya tuvieron relaciones sexuales, así mismo de los varones que no han tenido relaciones sexuales el 24% preferiría casarse solo por la iglesia en comparación del 22.6% de los ya iniciados sexualmente, ante esto el 11.9% de los varones que han tenido relaciones sexuales preferiría vivir en unión libre mientras que solo el 6.7% de los no iniciados preferiría ésta forma de vida.

Dichos datos se corroboran al mostrarlos por grado de estudio, ya que el 22.7% de los varones iniciados sexualmente de segundo año de secundaria preferiría el matrimonio por la iglesia y el civil, en comparación con el 65.6% del segundo año de preparatoria no han tenido relaciones sexuales, así mismo el 44.% de los varones que ya han tenido relaciones sexuales de tercer año de preparatoria preferiría la vida en unión libre, mientras que el 66.7% del tercer año de preparatoria que no ha tenido relaciones sexuales preferiría casarse por la iglesia y el civil, es así que se puede percibir de un ideal más tradicional en cuanto a la forma de vida en pareja por parte de la población que no ha tenido relaciones sexuales.

CONCLUSIONES

Los resultados analizados muestran que aún persisten comportamientos patriarcales en la población adolescente, ya que prevalecen conductas, prácticas sociales, creencias y expectativas tradicionales en base a la sexualidad.

En cuanto el uso o no de métodos anticonceptivos es que existe una asimetría primeramente en cuanto el uso de métodos anticonceptivos, ya que diversas encuestas revelan un porcentaje elevado de conocimiento de métodos anticonceptivos, sin embargo la tasa de ITS sigue ascendiendo, lo cual se ve ligado a una expectativa generada en el modelo masculino en torno a la mujer, ya que primeramente el hombre *debería* tener experiencia sexual antes del matrimonio para saber “qué hacer con su pareja”, mientras que la mujer no debe ser vinculada al placer erótico y debe presentarse como ignorante ante esta actividad o placer sexual; basado en un discurso dominante, la sexualidad masculina es percibida como una exigencia de satisfacción y constituyendo a la mujer como objeto de este proceso, así mismo la virginidad en la mujer desde la perspectiva de los varones genera una gran importancia como un elemento de estatus social (Amuchástegui, 2001).

En base al análisis de los resultados se muestra que el 60.6% de para los varones que no han tenido relaciones sexuales preferirían una mujer virgen, en comparación del 52.9% de los varones que ya se iniciaron sexualmente y preferirían que la mujer fuera virgen.

En cuanto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos el 65.7% de la población total menciona no conocer los condones, así mismo de la población que ya tuvo relaciones sexuales se muestra que el 64.8% de esta población no conoce el condón, donde el nivel medio superior obtuvo mayor desconocimiento que el nivel medio, así mismo el 77.8% menciona haber recibido una clase de educación sexual, dato que no se ve reflejado en el conocimiento de los métodos anticonceptivos; ante esto, se muestra que la información sobre educación sexual en su mayoría es brindada por profesores y no por profesionales de salud pública, de los cuales el 40.8% de los adolescentes menciona obtener la información por medio de internet.

Otro comportamiento que se analizó fue la importancia de las relaciones sexuales premaritales en donde el 76% de la población ya iniciada sexualmente mostró mayor aceptación en comparación con los que no han tenido relaciones sexuales, así mismo para los adolescentes que ya han tendido relaciones sexuales se pudo apreciar que el uso de condón en las relaciones sexuales tiende a variar de acuerdo al sujeto con el que se esperaría llegar a tener sexo, ya que el grado escolar es un variable importante debido a que en algunos casos ha mayor grado de estudios se mostró una mayor percepción de riesgo en cuanto al sujeto sexuado, ante esto, es que siguen prevaleciendo imágenes en torno a la mujer como ideal tradicional o figura de contagio de alguna enfermedad, sin embargo, un factor que cobra relevancia es la espontaneidad de los eventos sexuales, ya que el 41.7% de la población ya iniciada mencionó que no planeaba tener relaciones sexuales.

En base a las expectativas de vida los datos fueron muy similares al comparar la población ya iniciada y la que no ha tenido relaciones sexuales, ya que más del

58% para ambos casos preferiría una novia con quien casarse, pero fueron los varones ya iniciados sexualmente los que mostraron un porcentaje mayor en cuanto a la expectativa de casarse después de haber tenido muchas experiencias amorosas.

Éstas expectativas se ven ligadas a un proceso cultural en donde se puede identificar un modelo hegemónico de masculinidad; en el cuál el *deber ser* hombre implica un rol socialmente construido influyendo en su comportamiento sexual, mediante atributos, valores, funciones y conductas, entre las cuáles prevalecen ser un sujeto hipersexual, tener múltiples parejas sexuales y practicas ligadas a correr riesgos.

Es así, que los hombres tienen roles sociales y culturalmente construidos en torno a la sexualidad (Gutmann, 2000), ante esto, la inestabilidad masculina y el deseo de demostrar y afirmar ser hombre es que hace que se genere una presión social por tener relaciones sexuales (Seidler, 1995), por lo cual, la búsqueda sexual no solo se convierte en una cuestión de placer, sino de confirmar la masculinidad (Horowitz y Kaufman, 1989).

Ante el documento expuesto anteriormente es que surge las propuestas de llegar a generar políticas y programas enfocados a la intervención con varones, debido a que uno de los ejes centrales es garantizar la igualdad de género, asociado a la participación de dicha población, así como la inclusión del hombre en la participación de procesos y/o programas que garanticen su bienestar social.

Así mismo se deberían generar estrategias en base a las normativas antes mencionadas debido a que hacen falta campañas de prevención y atención en materia de salud sexual y reproductiva que permitan garantizar dicha cobertura en el caso de los varones, así como centros de atención, por lo cual este documento queda a contemplar la formulación de una política más equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México experiencias y significados*. México: Edamex y Population Council.

Arias R. y Rodríguez M. (1998). A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México. En Lerner S. (Edit.) *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía. pp. 319-339.

Caballero, J., Conde, C., y Villaseñor, A. (Edit.) (2006). *ITS y VIH/SIDA en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México*. México: Consejo Estatal del SIDA, Jalisco e Instituto Nacional de Salud Pública.

Campo, C., Becerra, L., Cedeño, M., Uribe, G., Villa, L., Vargas, A., y Enchandia, C. (2006). Conducta sexual y anticonceptiva en estudiantes de medicina. *Revista colombiana de psiquiatría*, 3 (XXXV), pp. 327-339.

Charry, C. y Torres, J. (2005). Masculinidad sexualidad y salud reproductiva en los jóvenes de la ciudad de México. En Montesino, R. (Coord.). *Masculinidades Emergentes*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa/ Miguel Ángel Porrúa pp. 107-145.

Chattopadhyay, Tamo. Role of men and boys in promoting gender equality: advocacy brief / Asia-Pacific. Programme of Education for All (APPEAL), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Bangkok: UNESCO Bangkok, 2004.

Cruz, S. (2011) “¿Masculinidades hegemónicas y emergentes? El caso del feminicidio en Ciudad Juárez “. En *Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras, IV Coloquio*

Internacional sobre varones y masculinidades Montevideo, 2011. Uruguay: Universidad de la República pp.115-123.

De Jesús, D. (2011). *Adolescencias escindidas: sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbanos-marginales de Nuevo León.* México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

De Jesús, D. y Menkes, K. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones de dos contextos de México. *Papeles de población*, Enero-Marzo, pp. 73-97.

De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón, E. (Coord). *Género y salud en el Sureste de México.* Villahermosa: Ecosur y UJaD. pp. 197-219

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes.* México: UNFPA. Recuperado 9 de junio de 2014 de http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

Fuller, N. (2003). Adolescencia y riesgo: reflexiones desde la antropología y los estudios de género. En Olavarría, J. (Edit.). *Varones adolescentes: Género, identidades y sexualidades en América Latina.* Chile: FLACSO. pp. 71-83.

García. E, Menéndez, E., García, P., y Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, Vol. 22 (4). pp 606-212.

Gogna, M. (1998). Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Supl. 1), S81-85.

González, C., Rojas, R., Hernández, M. y Olaiz, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA, 2000. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 47 (3), pp. 209-218.

Gutmann, M. (2000). *Ser hombre de verdad en la ciudad de México: ni macho ni mandilón*. México: El Colegio de México.

Lamas, M. (Comp.) (2000). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Genero/Miguel Ángel Porrúa.

Horowitz, G. y Kaufman, M. (1989). "Sexualidad masculina: hacia una teoría de liberación" En Kaufman, M. *Hombres: placer, poder y cambio*. República Dominicana: Centro de Investigación para la acción femenina (CIPAF) pp. 65-99.

Instituto Mexicano de la Juventud (2011). *Encuesta Nacional de la Juventud 2010*. México: Instituto Mexicano de la Juventud.

Instituto Nacional de Salud Pública (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 resultados por entidad federativa. Nuevo León*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Jiménez, L. y Tena, O. (2001). "Notas sobre la negociación coital", en Figueroa, J. *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León/ Miguel Ángel Porrúa. pp. 56-65.

Llopis, A. (2001). Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En Buil, C., Lete, I., Ros, R., De Pablo JL. (Coord.). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. Zaragoza: Editorial Wyeth-Lederle. pp. 705-732.

Lomas, C. (Comp.) (2003). *¿Todos los hombres son iguales? Identidades masculinas y cambios sociales*. Barcelona: Paidós.

Mejía I. (2000). *Dinámicas ritmos y significados de la sexualidad juvenil*. Colombia: Programa La Casa CESO/Universidad de los Andes.

Olavarría, J. y Madrid, S. (2005). *Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y El Caribe*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Parsons, T. (1976). *El sistema social*. España: Biblioteca de la Revista de Occidente.

Organización Mundial para la Salud (2011). Nota descriptiva No. 110, Agosto de 2011. Recuperado 9 junio 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Piña, L. y Urquidi, T. (2006). Determinantes psicológicos del uso del condón en estudiantes de educación superior. *Enseñanza e investigación en psicología*, 02 (11), pp. 333-345.

Pulido, M., Carazo, V., Orta, G., Coronel, M. y Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1 (13), pp. 11-27.

Rivas, A, y Rodríguez, M. (2008). *Mujeres y hombres en conflicto. Trabajo, familia y desigualdades de género*. Madrid: Ediciones HOAC.

Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*.

Scott, J. (2000). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Programa Universitario de Estudios de Género/ Miguel Ángel Porrúa. pp. 265-302.

Secretaría de salud. Norma oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Diario oficial de la federación, Septiembre 19, 2003.

Seidler, V. (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. México, *Debate Feminista*. Año 6, Vol.11 (abril).

Seidler, V. (2001). "Masculinidad, discurso y vida emocional" En Figueroa, J. y Nava, R. (Edit.). *Memorias del seminario-taller Identidad Masculina, Sexualidad y Salud Reproductiva*, México: Programa Salud Reproductiva y Sociedad/El Colegio de México, pp. 7-24.

Solís, M. y García, I. (2011) Percepción y vivencias de la sexualidad de los estudiantes universitarios. En Marquet, A. (Coord.) *Hegemonía y desestabilización: diez reflexiones en el campo de la cultura y la sexualidad*. México: Ediciones EÓN/ Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual. pp. 135- 150.

Stefano, V., Quinceano, M., Gaviria, A., Soto, A., Gil, L. y Ballester, A. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 001 (25), pp. 39-50.

Stern C., Fuentes C., Lozano L., Reysoo F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: Un estudio de caso con adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*. Vol. 45. pp. 34-43

Stern, C. y Menkes, K. (2008). Embarazo adolescente y estratificación social, En Lerner, S. y Szasz, I. (Coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, T. 1, México: El Colegio de México, pp.347-395.

Stern, C., y Reartes, D. (2012). "Estado del conocimiento sobre la calidad del uso del condón entre la gente joven de México". En Stern, C. *El problema del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*. México: El Colegio de México. pp. 363-381.

Uribe, J., Zacarías, X., Amador, G., y Villarreal, L. (2011). Razones asociadas al debut sexual y variables predictoras del uso del condón en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial en extenso. pp. 92-925

Welti, C. (2007) Inicio de la vida sexual y reproductiva. En Chávez, A., Uribe, P., y Palma, Y. (Comp). *La Salud Reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México: Secretaria de Salud, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias /UNAM. pp.65-84

**PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD: “ADULTO MAYOR EN
MOVIMIENTO (AMEM)**

Rosa María Cruz Castruita¹⁴

RESUMEN

Introducción: Actualmente es ampliamente reconocido el rol que juegan la actividad física y el ejercicio en la promoción de la salud y reducir el declive funcional que acompaña al envejecimiento.

Objetivo: describir un programa piloto de actividad física para mejorar las capacidades físicas y psicológicas de los adultos mayores.

Material y Métodos: el programa de actividad física tuvo una duración de tres meses con sesiones de 50 minutos dos veces a la semana. Cada sesión se enfocó a desarrollar una capacidad física (fuerza, resistencia, flexibilidad y velocidad), divididas en tres partes (calentamiento, parte principal y vuelta a la calma), se desarrolló una dinámica de juego y se asignó una temática a cada sesión. Al final de la sesión se proporcionó un refrigerio a los participantes. Las sesiones fueron implementadas por estudiantes de Licenciatura en Ciencias del Ejercicio. Al inicio y final del programa se realizó una valoración del estado de salud de cada participante mediante las siguientes escalas: ansiedad y depresión Goldberg, actividades de la vida diaria, marcha y equilibrio, así como: peso, talla, IMC, glucosa capilar y presión arterial. El muestreo fue no aleatorio por conveniencia. El tamaño de la muestra fue de 28 adultos mayores, ambos sexos.

¹⁴ Facultad de Organización Deportiva, Universidad Autónoma de Nuevo León, castruita_81@hotmail.com

Resultados: de los 28 participantes 24 (85.7%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 76.29 años (rango 63-89). Un 67.9% de los participantes realiza actividad física. La principal actividad reportada fue el taichí 11 (39.3%). La mayoría de los adultos mayores se clasificó en obesidad (50%).

Conclusiones: El programa de actividad física AMEM puede servir como guía para capacitar y aplicar programas de actividad física en la comunidad con mayor impacto, ayudando a mejorar el nivel de AF y salud de los AM.

Palabras clave: adulto mayor, actividad física, salud, envejecimiento y capacidad física.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se reconoce que la población está envejeciendo y esto puede tener un impacto significativo a nivel económico y social (McNaughton, Crawford, Ball & Salmon, 2012). Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que para el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2000 millones de personas de la tercera edad. En México se estima un incremento de 50.6% en la población de adultos mayores (AM) entre el año 2000 y 2050. Para Nuevo León se espera en el año 2030 un ascenso del 15.7% de AM con una tasa de dependencia que superará la media nacional (Ceballos, 2012; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011, 2013; Porras-Juárez, Grajales-Alonso, Hernández-Cruz, Alonso-Castillo & Tenahua-Quitl, 2010; Shamah-Levy, Cuevas-Nasu, Mundo-Rosas, Morales-Ruàn, Cervantes-Turrubiates & Villalpando-Hernández, 2008).

El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejoría del estado de salud, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan la calidad de vida (Araújo,

Pereira & Martin, 2009; Shamah-Levy, et al., 2008). En el ámbito nacional las estadísticas reflejan que en el grupo de 60 a 69 años de edad un 23.6 % de los hombres y un 43.7 % de las mujeres presentan obesidad y más de una cuarta parte (26.9%) algún grado de discapacidad. La osteoporosis afecta la vida activa de más de la mitad de las mujeres de 50 años de edad y de los hombres de 70 y más años (Bartl & Frisch, 2009; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012; Ortíz-Hernández & Ramos-Ibáñez, 2010).

En el área de la promoción de la salud, los estilos de vida juegan un papel crucial como estrategias para promover y mejorar la salud de la población de todas las edades (Javanainen-Levonen, Rintala & Poskiparta, 2007). Se estima que un 80% de los problemas de salud asociados al envejecimiento y enfermedades crónicas pueden prevenirse o posponerse en el nivel primario de atención a través de cambios en los estilos de vida implementados en el grupo de 55 a 65 años (Rosenkranz, Duncan, Rosenkranz & Kolt, 2013; McNaughton, et al., 2012).

La actividad física (AF) es uno de los estilos de vida más importantes para los adultos mayores por los múltiples beneficios a nivel físico, psicológico y social (American College of Sports Medicine, 2010; Chaudhury & Shelton, 2010; Moreno-Murcia, Huéscar & Cervelló, 2012). A pesar del impacto positivo que la AF tiene sobre la salud, los datos indican que declina con la edad. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ([ENSANUT], 2012) de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, muestran que aproximadamente el 81.8% de las actividades reportadas por los adultos mayores durante el día son sedentarias e inactivas (dormir, estar sentado frente a una pantalla, transporte inactivo). Estos datos son importantes si se considera el poco tiempo dedicado a actividades físicas moderadas o vigorosas y el excesivo tiempo de actividades sedentarias, lo que sugiere una considerable contribución de la inactividad física al aumento de la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas observado en México en los últimos años (INSP, 2012).

El arraigar un estilo de vida activo y mantenerlo durante la vida es complejo por los múltiples factores involucrados en dicha conducta, entre estos factores se encuentra el social, económico y las facetas culturales de la sociedad. Existe evidencia que demuestra que los procesos a lo largo de la vida, como cambios en la situación laboral, tienen implicaciones en la práctica de AF (Berger, Der, Mutrie & Hannah, 2005; Chaudhury & Shelton, 2010).

La evidencia revisada hasta este momento con el propósito de implementar programas de intervención para mejorar la actividad física en la población AM concluye que impartir clases de actividad física guiadas por maestros y con recordatorios de asistir a la sesión vía telefónica o cara a cara permite incrementar los niveles de actividad física y el nivel de autonomía, incluyendo la participación en ejercicio de fuerza, actividad física vigorosa y caminata, así como una reducción en el tiempo gastado en actividades sedentarias al final de la intervención, pero el seguimiento posterior a las intervenciones muestra un descenso en los niveles de AF (Burke et al., 2012; Guimarães, Quintão, Marques, Ali & Martin, 2008; Sherrington et al., 2012 Valerio, Vilela, da Silva & Ramos, 2012). Así mismo, las investigaciones sobre el impacto de las conductas sedentarias en la salud y factores de riesgo para enfermedades, se han expandido rápidamente comparados con los estudios enfocados sobre la influencia de la AF y el tiempo que gasta el adulto mayor en dicha conducta para obtener resultados de salud deseados (Rosenkranz et al., 2013; Vidarte, Vèlez, Sandoval & Alfonso, 2011).

Los resultados de las investigaciones ponen de manifiesto que la AF es una herramienta primordial para promover la salud y prevenir o tratar enfermedades físicas y mentales (Persson, Brosson, Hansson, Troein & Strandberg, 2013). Por tanto el propósito del presente estudio es describir un programa piloto de AF para mejorar las capacidades físicas y psicológicas de los adultos mayores adscritos a

una institución pública y explorar los resultados preliminares de las características de la muestra.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

El estudio consiste en describir las características del programa piloto de actividad física AMEM y explorar los resultados preliminares de las cualidades de la muestra de adultos mayores que formaron parte del estudio piloto. En un futuro se pretende aplicar el programa como parte de un estudio experimental.

Población, muestreo y muestra

Para la prueba piloto del programa AMEM se llevó a cabo un estudio de tipo preexperimental en el DIF No. 2, durante 3 meses, con dos mediciones pretest y postest (Burns & Grove, 2004; García, 2009).

La población de interés para el estudio se constituyó por adultos mayores de 59 años, de ambos sexos, aparentemente sanos. El tamaño de la muestra de 28 adultos mayores se determinó usando el muestreo por conveniencia, tomando como marco muestral el total de adultos mayores que asisten al DIF No. 2.

Procedimiento para el Diseño del programa de actividad física y salud “Adulto mayor en movimiento (AMEM)”

El procedimiento para el diseño del programa AMEM se realizó en cuatro etapas.

En la primera etapa: se realizó una revisión detallada del contenido temático del programa “Directrices metodológicas y beneficios de la práctica de actividad física en población adulto mayor” para realizar la estructura de las sesiones de actividad

física. Después se seleccionaron los ejercicios y capacidades a desarrollar en el programa de actividad física. Quedando de esta manera el primer bosquejo del plan clase, lineamientos de la sesión de actividad física y ejercicios a implementar de acuerdo a los objetivos de la sesión (desarrollar las capacidades de fuerza, resistencia, flexibilidad y velocidad).

En la segunda etapa se valoraron las características demográficas y estado de salud de una población similar a la población blanco del programa de actividad física para ajustar los ejercicios de acuerdo a las características, necesidades y capacidades de los adultos mayores. Además se consultó a expertos en el área del entrenamiento deportivo, salud y actividad física para el adulto mayor. Con base en lo anterior se realizaron modificaciones en el plan clase de las sesiones de actividad física del programa AMEM.

Durante la tercera etapa se llevó a cabo la selección y entrenamiento de los maestros encargados de implementar las sesiones de actividad física en la prueba piloto con el fin de unificar el protocolo de intervención y realizar modificaciones. Además se llevaron a cabo ensayos en las instalaciones de una universidad pública de cada una de las sesiones de actividad física previa implementación en la prueba piloto.

En la cuarta y última etapa se llevó a cabo una prueba piloto con 28 adultos mayores de ambos sexos, que asisten a un centro comunitario del DIF el cual no será considerado para la selección de la muestra en el estudio de intervención. El objetivo de la prueba piloto fue determinar si los ejercicios seleccionados en cada una de las sesiones son apropiadas para los adultos mayores, se dirigen a desarrollar las capacidades de fuerza, resistencia, flexibilidad y velocidad, se adaptan a las condiciones de espacio de los centros del DIF, fomentan la participación y son agradables para los mayores de 60 años.

Proceso de implementación del programa AMEM

Previo al inicio del programa se llevó a cabo una bienvenida como preámbulo al programa para invitar a participar a los AM y dar a conocer el calendario de fechas y horario de las sesiones. El programa se implementó de marzo a mayo del 2014, a través de sesiones de actividad física de moderada intensidad, con una duración de 100 minutos a la semana (sesiones de cincuenta minutos dos veces a la semana) procurando mantener una frecuencia cardiaca de 100 a 120 latidos por minuto, lo que equivale a realizar ejercicios de baja a moderada intensidad para este grupo de edad. Cada sesión se enfocó a desarrollar una capacidad física de fuerza, resistencia, flexibilidad y velocidad, a través de juegos y ejercicios programados de acuerdo a las recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud (OMS, 2014). Las sesiones se dividen en tres partes: 10 minutos de calentamiento (general y específico), 30 minutos de parte principal (la mayoría de los ejercicios se enfocaron a desarrollarla capacidad asignada, pero sin dejar de lado otras capacidades) y 10 minutos de vuelta a la calma. Durante la sesión de actividad física se implementó una dinámica de juego, ubicada al inicio, intermedio o final de la sesión dependiendo de las características y aplicabilidad de la misma, además se asignó una temática a cada sesión de acuerdo a los gustos de los adultos mayores (pregunta realizada durante la valoración del estado de salud). La música en cada sesión fue seleccionada acorde a la temática. Al final de cada sesión se destinaron 15 minutos para un refrigerio saludable y la convivencia de los maestros y adultos mayores. Posterior a la última sesión programada se realizó una clausura para cerrar las actividades del programa y entregar las constancias de participación.

Personal encargado de implementar el programa de actividad física

Las sesiones de actividad física fueron implementadas por equipos de 5 a 7 estudiantes de 4to. Semestre de la Licenciatura en Ciencias del Ejercicio de la

Facultad de Organización Deportiva de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que cursaban la unidad de aprendizaje de Actividad Física y Salud para el Adulto Mayor. Cada miembro del equipo tenía asignadas sus actividades y tiempo de participación frente al grupo, las cuales fueron distribuidas e implementadas previamente durante el ensayo en clase. En cada sesión de actividad física los estudiantes fueron supervisados por una Doctora en Ciencias de Enfermería responsable de la unidad de aprendizaje. Así mismo, se contaba con un botiquín para brindar primeros auxilios en caso de presentar alguna complicación durante la sesión de actividad física. No se presentó tal situación.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión a tomar en cuenta fueron: adultos mayores orientados en tiempo, espacio, corroborado por preguntas simples que se incluyen en el cuestionario de Pfeiffer, que pueden hablar y escuchar con claridad y que aceptaron participar y responder a los cuestionarios que se aplicaron para la valoración del estado de salud y necesidades del adulto mayor previo a la elaboración del programa de actividad física y que refirieron no tener contraindicado realizar actividad física por un médico.

Técnicas e instrumentos de recolección de Datos

Para llevar a cabo el estudio se gestionó la autorización de la encargada del DIF para tener acceso a las instalaciones, invitar a los adultos a participar, solicitar un aula para aplicar los cuestionarios y el espacio para implementar el programa.

Los datos de la valoración del estado de salud y sus necesidades fueron recolectados en una ocasión a través de entrevista directa con el adulto mayor, utilizando cuatro cuestionarios de lápiz y papel y una cedula de datos de identificación. Asimismo se realizaron mediciones de peso, talla, IMC, frecuencia

cardiaca y respiratoria, presión arterial, glucosa capilar y valoración de la marcha y equilibrio.

En la primera visita se explicó a los adultos mayores la investigación a realizar y se aplicó cuestionario de Pfeiffer para realizar la valoración del estado cognitivo del adulto mayor. A quienes cumplían con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado se les invitaba a asistir a la bienvenida del programa de actividad física para valorar el estado de salud.

Instrumentos

La escala de marcha y equilibrio TINETTI tiene como propósito detectar el riesgo de caídas en ancianos. La escala está dividida en subescala de marcha y subescala de equilibrio. En la subescala de marcha se evalúa la iniciación de la marcha, la longitud y altura del paso, la simetría del paso, la fluidez del paso, la trayectoria, el tronco y postura al caminar. El puntaje máximo total que se puede obtener es de 12 puntos. La subescala de equilibrio evalúa el equilibrio del adulto en bipedestación con los ojos abiertos, el equilibrio con los ojos cerrados, al dar una vuelta de 360° y al sentarse. El puntaje máximo que se puede obtener es de 16 puntos. El puntaje total de las dos subescalas es de 28. A mayor puntuación menor riesgo de caídas.

Para medir el estado de salud nutricional se utilizó el Nutritional Screening Initiative. El cuestionario tiene como propósito detectar el riesgo de malnutrición en adultos mayores. Es autoadministrado y consta de 10 preguntas con respuesta dicotómica Sí y No. Cada respuesta tiene un valor numérico que puede oscilar entre 0 y 3, dependiendo del reactivo. El valor obtenido se puede clasificar en tres categorías: bueno, riesgo nutricional moderado y riesgo nutricional alto.

Para medir el grado de dependencia del adulto mayor se utilizó el índice de Barthel –Escala de actividades de la vida diaria. La escala valora las actividades de la vida diaria de lavarse-baño, arreglarse-aseo, vestirse, comer, usar el retrete, trasladarse, deambular, escalones, micción y deposiciones. La máxima puntuación que se puede obtener son 100 puntos (90 en caso de sillas de ruedas). El puntaje obtenido se clasifica dentro de cuatro categorías: dependencia total <20, dependencia grave 20-35, dependencia moderada de 40 a 55 y dependencia leve >60 puntos. La validación de la escala en español mostró una fiabilidad interobservador de 0.84 – 0.97 y una consistencia interna de 0.86 -0.92.

Para valorar el área mental se aplicó el cuestionario de PFFEIFER-SPMSQ-Valoración mental área cognitiva. El propósito del cuestionario es valorar el grado de deterioro cognitivo. El cuestionario consta de 10 ítems, que puntúan cuatro parámetros: la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la orientación, la información para hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo. Se permite un error de más si el entrevistado no tiene educación primaria, y un error de menos, si el entrevistado tiene estudios superiores. Se puntúan los errores. El punto de corte son 5 o más errores, de 0 a 3 errores es funcionamiento intelectual normal, de 4 a 7 errores es funcionamiento intelectual deficitario y de 8 a 10 errores déficit intelectual severo. La escala ha sido traducida y validada al español, obteniendo una sensibilidad que varía, desde el 100% hasta el 68 %. Su especificidad es de un 90 a un 96%, para un punto de corte de 5.

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg es un instrumento para detectar la ansiedad y depresión. Durante la aplicación de la escala se interroga al adulto sobre si ha presentado en las últimas dos semanas síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se

obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la subescala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. El instrumento está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos. La escala global tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 % (Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat, 2006).

Para obtener los datos de identificación y los hábitos de actividad física se usó el Cuestionario sobre estilos de vida y hábitos de vida saludables. El cuestionario tiene como propósito medir la salud y actividad física de los adultos mayores. El cuestionario fue desarrollado para población mexicana, las preguntas hacen referencia a aspectos nutricionales, de educación, renta, historia deportiva y satisfacción personal, así como a datos personales. El cuestionario se divide en dos partes, una sobre datos personales y otra sobre información general que consta de 20 preguntas (Ceballos, 2012).

Análisis de datos

Los resultados de la prueba piloto se analizaron con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 18.0. Se usó estadística descriptiva para conocer las características demográficas de la muestra (García, 2009).

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó a lo establecido en el Título Segundo, Capítulo I, III y V sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1987).

Resultados preliminares de los participantes de la prueba piloto

Características demográficas de los adultos mayores

De los 28 participantes 24 (85.7%) fueron mujeres y 4 (14.3%) hombres. La edad promedio fue de 76.29 años ($DE = 7.53$, rango 63-89). Predomina el estado civil de soltero y casado en un 17.9 % ($f = 5$). La mayoría de los adultos no trabaja fuera del hogar 17 (60.7%) y el resto labora fuera del hogar 11 (39.3%). De los adultos mayores que trabajan fuera del hogar la ocupación que predomina fue la de empleados de tipo administrativo ($f = 8$, 28.6%). Un mayor número de adultos mayores cuenta con estudios primarios 10 (35.7%) seguido por estudios universitarios ($f = 8$, 28.6%). La mayoría ($f = 18$, 64.3%) de los AM no viven solos. Al preguntarse con quién vive un 39.3% ($f = 11$) refirió vivir con un hijo.

Estadística descriptiva de la práctica de actividad física

En la tabla 1 se puede observar que la mayoría de los adultos mayores realizan actualmente actividad física ($f = 19$, 67.9%) de manera organizada. El tipo de actividad física que reportaron practicar la mayoría de los adultos mayores fue Taichí ($f = 11$, 39.3%). De aquellos que practicaban actividad física el promedio de horas dedicadas es de 3 ($DE = 1.82$, rango 1-4). Al cuestionarse a los participantes sobre el tiempo que dedican a estar sentados se encontró que la mayoría permanece más de tres horas diarias.

Tabla 1

Descripción de la práctica de actividad física de los adultos mayores

| Variable | f | % |
|---|----|------|
| Actividad física (n = 28) | | |
| Sí | 19 | 67.9 |
| No | 9 | 32.1 |
| Tipo de actividad física (n = 19) | | |
| Natación | 2 | 7.1 |
| Yoga | 7 | 25.0 |
| Taichí | 11 | 39.3 |
| Tiempo dedicado a caminar | | |
| Menos de na hora | 22 | 78.6 |
| Entre una hora | 5 | 17.9 |
| Entre dos y tres horas | 1 | 3.6 |
| Tiempo dedicado a tareas del hogar | | |
| Menos de na hora | 8 | 28.6 |
| Entre una hora | 2 | 7.1 |
| Entre dos y tres horas | 10 | 35.7 |
| Más de tres horas | 8 | 28.6 |
| Tiempo dedicado a estar sentado | | |
| Menos de na hora | 5 | 17.9 |
| Entre una hora | 2 | 7.1 |
| Entre dos y tres horas | 8 | 28.6 |
| Más de tres horas | 13 | 46.4 |

Nota: n =28

Información sobre patologías

El 64.3 % (f= 18) de los AM refirió tener diagnosticada alguna enfermedad. La

principal enfermedad reportada por los participantes fue hipertensión ($f= 4$; 14.3 %) seguida por diabetes en un 10.7% ($f= 3$).

Consumo de alcohol y tabaco

Al preguntar a los participantes sobre sus hábitos se encontró que la mayoría de los AM no fuma o consume bebidas alcohólicas (96.4% y 85.7%, respectivamente).

Estadística descriptiva del IMC

En la tabla 2 se puede observar que la mayoría de los AM presenta obesidad.

Tabla 2

Descripción de la clasificación del IMC

| Variable | <i>f</i> | % |
|-------------|----------|------|
| Peso normal | 7 | 25.0 |
| Sobrepeso | 7 | 25.0 |
| Obesidad | 14 | 50.0 |

Nota: n = 28

Evaluación del diseño del programa de actividad física AMEM

Con base a los resultados obtenidos de la prueba piloto se revisará el plan de entrega de la intervención y sus componentes, en esta fase es necesario realizar una revisión profunda y realizar las modificaciones necesarias. Con el fin de mejorar el contenido, la presentación del programa y ver lo que funcionó y lo que no, se realizó una retroalimentación al término de cada una de las sesiones tanto

con los participantes como con los maestros. También se evaluará el material, los ejercicios, los recursos y las características de la sesión esto con el fin de obtener información detallada sobre pertinencia del programa. Con base al análisis de esta fase se integraran los cambios pertinentes al programa de actividad física.

CONCLUSIONES

El envejecimiento acelerado de la población a nivel mundial represente un reto importante para el sector salud, como resultado de las demandas de una población envejecida que conllevan a adoptar cambios para mantener la salud, capacidad funcional y bienestar de los mayores de 60 años. La actividad física es una conducta saludable que juega un papel crucial como estrategia para promover y mejorar la salud de los AM y evitar o retrasar la discapacidad que afecta su vida activa. El programa de actividad física y salud AMEM ofrece una herramienta clave enfocada a las necesidades de los adultos mayores independientes por las siguientes razones:

Los resultados de la intervención proporcionarán datos importantes sobre la factibilidad de llevar a cabo sesiones de actividad física de bajo costo dirigidas a los adultos mayores para promover e incrementar la actividad física de la comunidad. El proyecto fue diseñado para evaluar la efectividad de las sesiones estructuradas con ejercicios específicos para la población AM, con el fin de fortalecer las capacidades de fuerza, resistencia, velocidad y flexibilidad, incluyendo dinámicas de juego y una temática para cada sesión de acuerdo a los gustos de los adultos mayores, lo que permitirá incrementar la disposición, compromiso y el gusto hacia la práctica de actividad física y arraigar la conducta como un hábito que perdure a lo largo de la vida. Una característica importante del programa es que los maestros son jóvenes que se están preparando en el área de la actividad física lo que permite fortalecer el lazo intergeneracional, fomentar en nuestros jóvenes el respeto, empatía y el valor hacia los adultos mayores.

También permite dar a conocer a los jóvenes la oportunidad de trabajo que en un futuro no muy lejano representaran los AM y sus necesidades de salud. Este último punto impactará no solo en la formación de los futuros profesionistas, sino también a nivel económico en México contando con más personal capacitado para la atención preventiva de la población mayor de 60 años. Para los adultos mayores el contar con instructores jóvenes capacitados, fortalecerá su sentimiento de aceptación y optimismo por la vida.

Los resultados de la prueba piloto permiten concluir que la mayoría de los adultos mayores que participaron en el estudio realizan actividad física, esto puede deberse al hecho de que en el DIF imparten una vez a la semana clases de yoga, acondicionamiento físico y taichí. Esta última actividad fue la que refirieron realizar con mayor frecuencia. A pesar de presentar un porcentaje alto de actividad física en la muestra se observa un mayor número de AM clasificados en obesidad, dato que pone de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar clases adecuadas a las necesidades de los adultos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS (2014) para el grupo de 60 y más con beneficios en el estado de salud a corto, mediano y largo plazo.

El programa de actividad física AMEM puede servir como guía para capacitar y aplicar programas de actividad física en la comunidad con mayor impacto, que minimicen las barreras percibidas por los AM para la práctica de actividad física.

Esta información concuerda con el INSP (2012) que consideran importante desarrollar y fomentar acciones acordes a las necesidades de los AM orientadas a fomentar cambios al entorno que promuevan estilos de vida saludables, aumentando los momentos activos y disminuyendo el tiempo de sedentarismo, especialmente en los momentos de ocio, pero también como parte de la rutina diaria. Estas acciones deben incluir el hogar y la comunidad, y deben contar con el apoyo tanto del Gobierno como de la sociedad civil para aumentar la disponibilidad

de espacios seguros y accesibles haciendo más sencillo que las personas puedan realizar o incrementar su actividad física.

Recomendaciones

Se recomienda realizar un estudio de intervención en una muestra mayor, asignada aleatoriamente y en población que realiza y no realiza AF para poder generalizar los resultados del estudio, además usar una medición objetiva de la actividad física que permita identificarse el nivel de actividad física y discriminar a los adultos mayores que practican y no practican.

Agradecimientos

La autora agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo brindado a Consolidación Institucional de Grupos de Investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araùjo, N., Pereira, J. C. & Martin, E. H. (2009). Evaluation of the levels of physical activity, functional autonomy and quality of life of elderly women members of the family health program, *Fitness Performance*, 8(5), 315-321.
2. Bartl, R. & Frisch, B. (2009). *Osteoporosis. Diagnosis, prevention, therapy* (2a. ed.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
3. Berger, U., Der, G., Mutrie, N. & Hannah, M. K. (2005). The impact of retirement on physical activity. *Ageing and Society*, 25, 181-195.

4. Burke, L., Lee, A. H., Pusalich, M., Jancey, J., Kerr, D. & Howat, P. (2012). Effects of a physical activity and nutrition program for seniors on body mass index and waist-to-hip ratio: A randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 54, 397-401.
5. Burns, N. & Grove, S. K. (2004). *Investigación en enfermería* (3a. ed.). España, Elsevier.
6. Ceballos, O. (2012). *Actividad física en el adulto mayor*. México, D. F.: Manual Moderno.
7. Chaudhury, M. & Shelton, N. (2010). Physical activity among 60-69 year-olds in England: Knowledge, perception, behaviour and risk factors. *Ageing & Society*, 30, 1343-1355.
8. García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. México, D. F.: Manual Moderno.
9. Generalitat Valenciana Conselleria De Sanitat. (2006). *Escala e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria*. Valencia: Gráficas Mari Montañana.
10. Guimarães, A. C., Quintão, C. A., Marques, A. L., Ali, S. & Martin, E. H. (2008). Effects of a program of physical activity on the autonomy level of elderly participants in the program of the family health. *Colégio Brasileiro de Actividad Física, Saúde e Esporte*, 7(1), 5 – 9.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Distribución por edad y sexo. Población total por grupo quinquenal de edad según sexo, 1950 a 2010*. Recuperado el 5 de mayo de 2014 de

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Estadística a propósito del día mundial de la población*. Datos de Nuevo León. Recuperado el 5 de mayo de 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion19.pdf>

13. Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

14. McNaughton, S. A., Crawford, D., Ball, K. & Salmon, J. (2012). Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: The wellbeing, eating and exercise for a long life (WELL) study. *BioMed Central Health and Quality of Life Outcomes*, 10(109), 1-7.

15. [Organización Mundial de la Salud. \(2014\). Estrategia mundial: meta general. Recuperado el 14 de mayo de 2014 de http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/)

16. Ortiz-Hernández, L. & Ramos-Ibáñez, N. (2010). Sociodemographic factors associated with physical activity in Mexican adults. *Public Health Nutrition*, 13(7), 1131-1138.

17. Persson, G., Brosson, A., Troein, M. & Strandberg, E. L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BioMedCentral Family Practice*, 14(128), 3-8.

18. Porrás-Juárez, C., Grajales-Alonso, I., Hernández-Cruz, M. C., Alonso-Castillo, M. M. & Tenahua-Quitl, I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 127-132.
19. Rosenkranz, R. R., Duncan, M. J., Rosenkranz, S. K. & Kolt, G. S. (2013). Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in the 45 and up study. *BioMed Central Public Health*, 13(1071), 1-12.
20. Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Recuperado el 29 de noviembre de 2009, de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/.../rlgsmis.html
21. Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosa, V., Morales-Ruàn, C., Cervantes-Turrubiates, L. & Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 50(5), 383-389.
22. Sherrington, et al. (2012). Home exercise improved balance but increased falls in older community-dwelling people after hospital stays: An RCT. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, supp. 34-126.
23. Valerio, M., Vilela, F., da Silva, L. & Ramos, I. (2012). Intervention to increase older adults' physical activity: Results of the epidoso Project, Brazil. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, supp. 34-126.
24. Vidarte, J. A., Vèlez, C., Sandoval, C. & Alfonso, M. L. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218.

**INFRAPESO VS. OBESIDAD: DOS DESORDENES ALIMENTICIOS
PRESENTES EN LA CULTURA ALIMENTARIA DE NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE
EDAD, DE LA CIUDAD DE SALTILLO, COAHUILA**

Lucero Vanessa Valdez Sepúlveda¹⁵

Reyna Alicia Arriaga Bueno¹⁶

Martha Arredondo Velázquez¹⁷

José Cruz Herrera Ibarra¹⁸

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es resultado de la tesis de investigación para alcanzar el grado de Licenciado en Trabajo Social. En ésta se analizó la influencia de la cultura alimentaria y su vinculación con la presencia de desordenes alimenticios del infrapeso y la obesidad a temprana edad.

Se consultaron los antecedentes del tema, para posteriormente explicar cuál es la situación que se vive en la actualidad con respecto a la prevalencia de infrapeso y obesidad a nivel mundial, nacional y local, así como los intereses personales y profesionales que motivaron a consultar sobre ambos desordenes alimenticios.

La fundamentación teórica se sustentó sobre las variables, cultura alimenticia, desordenes alimenticios, infrapeso y obesidad, las cuales permitieron conocer más detalladamente sobre lo que se deseaba investigar.

¹⁵ Alumna egresada del nivel de Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila. lucy_vavase@hotmail.com

¹⁶ Catedrático Docente de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila, y directora del presente trabajo de investigación. arriagab@hotmail.com

¹⁷ Catedrático Docente de tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila, y asesora del presente trabajo de investigación. m_arredon@hotmail.com

¹⁸ Catedrático Docente de tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila, y asesor del presente trabajo de investigación. jche_profe51@hotmail.com

Así como la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, la cual se adoptó como sustento de investigación.

La metodología mediante la cual se desarrollo la presente investigación tiene un enfoque cuantitativo en donde se busco realizar un análisis estadístico, en base a las categorías planteadas, la población con la que se trabajo fueron alumnos de educación primaria en edad de 8 a 12 años, de la escuela General Eulalio Gutiérrez Treviño, de la Ciudad de Saltillo, Coahuila.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Es evidente el papel de la alimentación en la historia de la humanidad e innegable su función e importancia, sin embargo el concepto ha sufrido variaciones que han tenido que ver con aspectos históricos, sociales, económicos y culturales (González, 2012:28).

Curnnie (1987:404) señala que la alimentación es diferente en cada lugar, sin embargo, la cultura alimentaria tiene un papel importante, ya que se le conoce como el resultado del comportamiento de los grupos sociales, donde se vinculan factores económicos, sociales e históricos, debido a que algunas conductas influyen más que otras y repercuten positiva o negativamente en el nivel de salud de la persona.

La obesidad es conocida desde la era paleolítica, de manera que es un error creer que apareció en los siglos XX y XXI, si bien es en esta época cuando se vuelve un problema de salud pública mundial y se inicia el interés científico por ella (Villaseñor, 2007:12).

Basilio (2000:191) señala que en la antigua Grecia, Hipócrates reconoció que las personas que tienen una tendencia natural a la gordura, suelen morir antes que las delgadas.

La etapa en la que el hombre nómada se alimentaba con los escasos recursos que la caza, la pesca y la recolección le proporcionaban, representó para la alimentación de los humanos un época de la lucha por la supervivencia, es durante esta época donde se tiene conocimiento de los primeros pobladores que morían por la falta de alimento (Vizmanos, 2007:34).

En la edad moderna 1453 D.C. a 1789 la obesidad se vinculó con la pereza y la glotonería; se hace hincapié a que la obesidad es una enfermedad que afecta a toda la sociedad, sin importar el nivel socioeconómico (Bray, 1990:21).

Por su parte Bray (1990:22) señala que en la edad contemporánea es donde surge la propuesta de la figura delgada como estereotipo ideal del ser humano.

Naturaleza del problema

En 1988 se realizó la primera encuesta de nutrición en México, poniendo en evidencia el estado nutricional de la mayoría de la población; encontrando desnutrición aguda, tanto en niños como en mujeres. Otro ejemplo se muestra con la segunda encuesta nacional de nutrición recabada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 1999), donde se descubre una verdadera epidemia de obesidad en México. Sin embargo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) reveló que el sobrepeso y la obesidad continuaban su aumento en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, con lo que se colocaron entre los problemas de salud pública más importantes del país. (ENSANUT, 2012:136).

La International Obesity Task Force (IOTF) señala que en el 2009 México era considerado el segundo lugar a nivel mundial en contar con un gran número de personas con este padecimiento. Sin embargo en el 2010 el ex presidente de la República Felipe Calderón Hinojosa manifestó que “México ocupaba el primer lugar en obesidad infantil, contando con 4 millones y medio de niños entre los 5 y 11 años de edad” (Padilla, 2009:12).

Esta prevalencia, en el ámbito nacional en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad.

Los estados del noreste de México se encuentran muy por encima del promedio nacional, resultados de la ENSANUT (2006), reportan que a nivel nacional el estado de Coahuila ocupa el primer lugar en obesidad contando con un 10.1% de niños de 5 a 11 años de edad con obesidad, mientras que el promedio nacional es de 9.05%.

En la actualidad la obesidad se ha convertido en una epidemia, la cual necesita ser atendida urgentemente, ya que se está convirtiendo en la principal causa de muerte en México.

Al hablar de desnutrición, en el contexto nacional se observa una clara y significativa disminución de las diferentes formas de desnutrición a lo largo de casi un cuarto de siglo de monitoreo de las encuestas de nutrición.

En el noreste de México los porcentajes de prevalencia de baja talla en los niños de 5 a 11 años se encuentran relativamente bajos, en comparación con el promedio nacional.

Datos proporcionados por la ENSANUT (2006) informan que el estado de Coahuila cuenta un 1.9% de desnutrición, tomando en cuenta que el promedio nacional es de 9.9%.

Justificación

El infrapeso y la obesidad son dos problemáticas multifactoriales que corresponden un desafío en materia de salud pública, ya que ambas enfermedades traen consigo una amplia gama de padecimientos los cuales están ocasionando el crecimiento acelerado de la tasa de enfermedades crónicas degenerativas.

Para el trabajo social es importante reforzar estrategias de comunicación y difusión, para el viraje hacia la prevención y atención, y en este sentido, hacer énfasis en estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida y prevenir

enfermedades crónicas, es un factor que contribuirá positivamente en la cobertura y calidad de los programas y servicios de alimentación y nutrición. Lo primordial es incidir en las nuevas generaciones ya que ellas son los adultos del mañana.

Objetivo general de investigación

Analizar la relación entre la cultura alimentaria y los desordenes alimenticios del infrapeso y la obesidad, presentes en niños (as) de 8 a 12 años de edad que cursan la educación primaria en la Escuela General Eulalio Gutiérrez Treviño, de la ciudad de Saltillo, Coahuila. A fin de proponer alternativas desde el trabajo social.

Objetivos particulares u operativos

-Identificar a los niños que sufren desordenes alimenticios de la Escuela Primaria General Eulalio Gutiérrez Treviño, de la ciudad de Saltillo, Coahuila.

-Conocer la alimentación de los niños que presentan infrapeso u obesidad y la percepción que éstos tienen de su problema alimenticio.

-Determinar las causas que originan el desorden alimenticio, en base a las categorías planteadas, cultura alimenticia, desordenes alimenticios, infrapeso y obesidad

-Comparar las características del infrapeso y la obesidad, desde la cultura alimenticia, desordenes alimenticios, infrapeso y obesidad.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- **Niñez**

La Convención sobre los derechos del niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990 señala que “se entiende por niño todo ser humano menor a 18 años de edad,

salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2005:1)

Según Higashuda (2000:191) la niñez es entendida como la etapa de la vida que comienza desde el nacimiento y termina en la adolescencia. En esta etapa es donde se sufren los cambios más notables de los que pasa el ser humano.

- **Alimentación**

El cuerpo se mantiene con lo que se come, por lo tanto se debe comer de manera saludable para tener un cuerpo saludable.

Según Pérez (2009:393) comer es una necesidad vital, el qué, cuándo y con quién comer son aspectos que forman parte de un sistema lleno de significados, las maneras de vivir y de comer son diferentes lo que da lugar a una gran diversidad cultural.

- **Cultura alimentaria**

La cultura es aprendida y compartida, las cosas que aprenden los hombres se deben principalmente a los grupos en que nacen y viven.

La cultura alimentaria se conoce como el resultado del comportamiento de los grupos sociales, donde se vinculan factores económicos, sociales e históricos (Calanche, 2009:33).

- **Desordenes alimenticios**

Según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2011), define a los desordenes alimenticios como una enfermedad que causa graves perturbaciones en una dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso.

- **Infrapeso**

El infrapeso es estar por debajo del peso ideal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define de acuerdo a la tabla de Índice de Masa Corporal (IMC), si el IMC se encuentra por debajo de los 18.5 indica un problema de infrapeso.

- **Obesidad**

La obesidad es una enfermedad, que se caracteriza por un exceso de grasa en el cuerpo y por el aumento de peso. Esta enfermedad generalmente se inicia en la infancia y en la adolescencia, es crónica y en su desarrollo, confluyen múltiples factores (Azcona, 2005:18).

- **Intervención del trabajo social**

El trabajo social debe desarrollar estrategias que promuevan la acumulación teórico -metodológica, que a mediano y a largo plazo construyan un saber y un hacer, que establezca con precisión el tipo de especialización desde el cual se interviene en las situaciones críticas (Kisnerman, 1998:170).

Los profesionistas de trabajo social deben de enfrentar nuevos retos de nutrición infantil, donde fomenten el consumo de dietas saludables y la ejecución de actividades físicas, así como promover la adquisición de buenos hábitos alimenticios los cuales son necesarios para llevar a cabo estilos de vida saludable.

A su vez demanda la elaboración de diseñar programas multidisciplinarios donde se tenga como objetivo valorar el estado nutricional de la población, de igual manera debe de promover la creación y el diseño de políticas sociales enfocadas a erradicar con estas prevalencias.

- **Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura**

Las pautas de comportamiento pueden aprenderse por propia experiencia (aprendizaje directo) y mediante la observación de la conducta de otras personas (aprendizaje vicario). Esta teoría considera que la conducta de otras personas

tiene una gran influencia en el aprendizaje, en la formación de constructos y en la propia conducta.

El comportamiento humano es el conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura y valores de la persona, en dicho comportamiento se aprenden modelos de conductas los cuales se aprenden a través de la observación.

Se adoptó esta teoría, partiendo de que el comportamiento se aprende por experiencia propia y mediante la observación de la conducta de otras personas, lo cual permitió conocer como los patrones de conducta afectan la alimentación de un niño provocando en él un desorden alimenticio.

METODOLOGÍA

La metodología mediante la cual se desarrollo la presente investigación es de corte cuantitativo, ya que se buscó recolectar información, para posteriormente realizar un análisis estadístico de la relación entre las variables que se deseaban consultar.

Presenta un alcance exploratorio, descriptivo, ya que se exploró como está el problema en el área de estudio y por medio de los estadísticos se describió como se presenta.

El diseño del estudio de la investigación es no experimental, no se manipuló ninguna variable, los resultados se obtuvieron en un contexto natural.

Es de tipo transeccional debido a que se recolectaron los datos en un sólo momento y por sus características transeccionales es de tipo exploratorio.

La población universo a la cual iba dirigida la investigación fueron aproximadamente 220 alumnos de 8 a 12 años de edad, los cuales cursan 3°,4°, 5° y 6° grado de primaria.

La población muestra con la que se trabajó fueron 83 niños (as), los cuales se encuentran cursando la educación primaria en los grados de tercero, cuarto,

quinto y sexto en la Escuela Primaria General Eulalio Gutiérrez Treviño, la cual se encuentra ubicada en el centro de la ciudad de Saltillo, Coahuila

Los cuales tuvieran las siguientes características:

- Alumnos de la Primaria General Eulalio Gutiérrez Treviño.
- Niños de 8 a 12 años de edad
- Que presenten un peso mayor o menor de acuerdo al

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2$$

Recolección de la información

La recolección de la información se realizó mediante un instrumento de medición, el cual se les entrego a 83 niños que presentaran características de infrapeso u obesidad.

El instrumento consistió en un total de 47 preguntas, de la cuales 11 fueron abiertas, 21 nominales, 5 de intervalo, 1 de razón y 9 de escala likert.

Dicho instrumento tenía como objetivo conocer cómo es la alimentación en niños de 8 a 12 años para posteriormente analizar la influencia que tiene la cultura alimentaria en los desordenes alimenticios del infrapeso y la obesidad.

Prueba Piloto

Previamente, antes de la aplicación, se realizó una prueba piloto, para determinar si el instrumento que se utilizaría para la recolección de la información era el correcto, esto permitió confirmar la capacidad del instrumento para medir las variables de estudio.

Validación y confiabilidad

El instrumento se realizó en base los objetivos y preguntas de investigación planteados, para su validación y confiabilidad se efectuó la aplicación de prueba piloto, lo que permitió revisar cada una de las variables, así como la información o resultados importantes que pudieran aportar para el análisis de los mismos.

Procesamiento de la información

Posteriormente la información obtenida de las encuestas aplicadas, se analizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 15.0. En el cual se capturaron las encuestas en una base de datos para después analizar los resultados obtenidos a través de la elaboración de gráficas.

I. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron con la investigación indican que de los 83 alumnos encuestados el 49.4% son mujeres y el 50.6% son hombres, con una frecuencia de 41 niñas y 42 niños lo cual nos indica que fue un estudio que se aplicó en parte proporcional tanto a hombres como a mujeres, las edades de estos alumnos tienen una tendencia de 11 años de edad.

En promedio el peso de los niños encuestados se encuentra entre los 23 kg y los 41 kg, y sus estaturas oscilan entre 1.23 mts. y 1.56 mts. de altura

De acuerdo con los parámetros ya establecidos de medición, se puede observar en la tabla No.1 que el peso de 64 niños sobre pasa el ideal de acuerdo a su edad y 19 alumnos son los que se encuentran debajo de su peso ideal. Es preocupante ya que aunque no padezcan obesidad o alguna delgadez severa, se encuentran en un rango en el que es importante prestar atención para que en un futuro no se convierta en una obesidad o infrapeso y resulte un problema de salud.

Tabla No.1

Peso ideal por edades- Frecuencia de infrapeso y obesidad

| FRECUENCIA DE NIÑAS CON INFRAPES | FRECUENCIA DE NIÑAS CON | PESO IDEAL NIÑAS | EDAD | PESO IDEAL | FRECUENCIA DE NIÑOS CON | FRECUENCIA DE NIÑOS CON OBESIDAD |
|----------------------------------|-------------------------|------------------|------|------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

PUBLICACIÓN ANUAL DE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

| O | OBESIDAD | | | NIÑO S | INFRAPES O | |
|---|----------|------------|------------|------------|---------------|---|
| 4 | 5 | 24.2 kg | 8 Años | 24.5 kg | 2 | 5 |
| 1 | 9 | 26.8 kg | 9 Años | 27.0 kg | 1 | 4 |
| 2 | 4 | 30.4 kg | 10 Años | 30.0 kg | 3 | 8 |
| 1 | 8 | 34.7 kg | 11 Años | 33.1 kg | 2 | 9 |
| 2 | 5 | 40.5 kg | 12 Años | 36.1 kg | 1 | 7 |

Cultura alimentaria

La cultura alimentaria se conoce como el resultado del comportamiento de los grupos sociales, vinculado a factores económicos, sociales e históricos (Calanche, 2009:32).

Para conocer cómo es la cultura alimentaria de los niños a los que se investigó, en el instrumento que se aplicó se tomaron en cuenta los factores que son necesarios para conocer dicho comportamiento.

A. Familia

La familia es un aspecto importante en la vida de un niño ya que es en esta en donde convive la mayor parte del tiempo y se le inculcan los valores morales que le servirán a lo largo de toda su vida.

En el instrumento que se aplicó, se incluyeron algunas preguntas sobre la familia, los resultados que se obtuvieron indican que el 59% de las familias de los niños que contestaron dicho instrumento son familias que tienen en promedio de 4 a 5 integrantes.

B. Salud

La salud constituye un proceso de equilibrio en el que interaccionan múltiples factores, y es definido por la OMS (2004) como el estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo, por tal motivo se les pregunto a los alumnos que si contaban con algún servicio médico a lo cual 73.5% de los encuestados contesto que si, ya sea IMSS, ISSSTE o Seguro Popular, en el cual son atendidos durante el proceso salud-enfermedad y sólo 66 alumnos que corresponden a 79.6% de los encuestados acuden periódicamente al doctor.

C. Nivel económico

La alimentación y la economía siempre han ido de la mano, debido a que la mayoría de las veces depende de ella el consumo de ciertos alimentos.

Considerando que las profesiones de los padres de familia es algo fundamental para conocer el tipo de ingreso que se genera dentro de las familia y, consecuentemente, es utilizado para cubrir gastos como la alimentación de los niños, se les cuestionó sobre las profesiones de sus padres, las cuales varían; se pueden encontrar desde electricistas, contadores, operarios, taxistas, secretarias, abogados, maestros, entre otros, un dato interesante es que, en su totalidad, los padres cuentan con algún trabajo; ya sea que genere recursos propios o contratados por alguna empresa o institución.

El 44.6% de las madres de los alumnos encuestados se desempeñan como amas de casa y se dedican al cuidado y atención de los hijos y del hogar, además de encargarse de la alimentación de sus hijos, ya que es quien se encarga de realizar las compras necesarias de los alimentos que proporciona a su familia.

D. Hábitos alimenticios

Para Vázquez, Cabello y Montemayor (2010:100) la comida desempeña un importante rol en la cultura, trasciende en la vida personal y contribuye a la identidad de un colectivo, en el alimento está presente un elemento material pero también un significado influido por el agente social y el contexto cultural.

El acto de comer ha sido un acto eminentemente social, por lo cual al cuestionarle a los alumnos sobre cuantas comidas realizaban al día, 50% de ellos respondió que 3, debido a que sus padres les han inculcado a no saltarse ninguna comida, sin embargo 13.3% sólo come 2 veces al día; debido a que no les da hambre por largos periodos o por las mañanas no cuentan con el hábito de desayunar o almorzar antes de ir a la escuela o realizar otra actividad.

La familia como ámbito de socialización incide en el desarrollo de patrones culturales y alimentarios de los niños, de ahí que la formación de hábitos alimentarios también está asociado con la convivencia familiar.

Sólo en el 71.1% de estos hogares, se acostumbra a que todos los integrantes de la familia se reúnan a comer a la misma hora, mientras que en un 27.7% no lo hacen debido a que no tienen un horario establecido.

Es importante que el ambiente o área ofrezca las condiciones óptimas para una correcta alimentación, ya que en ocasiones se ven influenciadas por múltiples factores que alteran o modifican la manera de comer del niño, los alumnos encuestados respondieron que es en el comedor o en la cocina el lugar donde generalmente acostumbran a comer (véase Tabla No.2).

Tabla No.2.

Lugar donde consumen alimentos

¿En tu casa en qué lugar consumes tus alimentos?

| | Frecuencia | Porcentajes |
|------------------|------------|-------------|
| Comedor | 48 | 57.8% |
| Sala | 9 | 10.8% |
| Recamara | 5 | 6.0% |
| Cocina | 17 | 20.5% |
| Valores Perdidos | 4 | 4.8% |
| TOTAL | 83 | 100% |

El tiempo dedicado a las comidas debe oscilar entre los 20 y 30 minutos, en sus horarios respectivos, diferenciando las horas de las comidas de otras rutinas del día, así los niños aprenden a darle su tiempo y espacio a las diferentes actividades diarias. La comida debe mantenerse como el evento principal, en el que no se incluyan otras actividades (Alvarado, y otros, S/F:14). Sin embargo no es así en la práctica, pues de los alumnos entrevistados 47% respondió que les gusta comer viendo la televisión, lo cual es peligroso ya que es mayor la influencia de la publicidad, teniendo como objetivo estimular el deseo y la necesidad de consumir. Véase gráfica No.1 de las principales actividades que realizan los niños durante la comida.

Gráfica No.1

Actividades que se realizan en conjunto con la comida

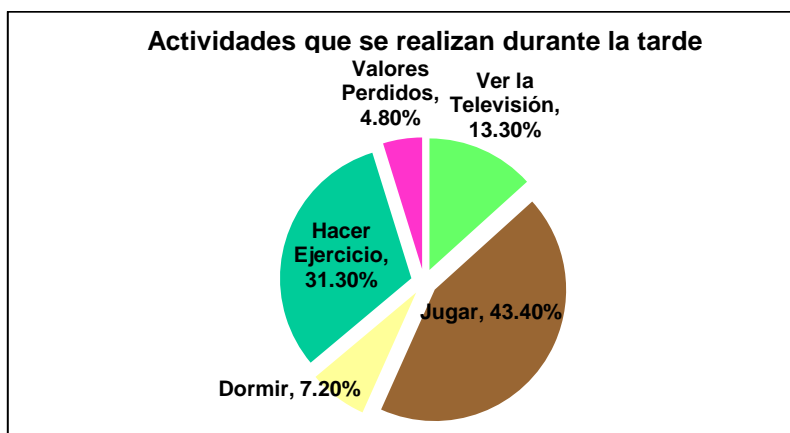


E. Uso del tiempo libre

El hábito de hacer ejercicio es esencial ya que el practicar alguna actividad física es de gran ayuda para el sano crecimiento del menor, además de llevar una vida lo menos sedentaria. Las nuevas formas de entretenimiento y distracción en los menores, han propiciado la inactividad física, en tal sentido se denota que los alumnos encuestados dedican de 1 a 2 horas a ver la televisión, y de igual manera el mismo tiempo para estar en internet o jugar videojuegos, con esto se muestra que los alumnos pasan de 3 a 4 horas sentados, al cuestionarles sobre qué actividades realizan durante la tarde comentaron que les gusta ver la televisión pero prefieren hacer otro tipo de actividad como jugar o hacer ejercicio como se muestra en la gráfica No.2.

Gráfica No.2

Sedentarismo



El ejercicio regular y vigoroso puede ayudar a un niño a gastar la energía necesaria para recompensar su consumo diario de alimentos. Es deseable por lo tanto, que los padres participen, junto con sus hijos, en actividades que propicien actividad física (Murillo, S/F:2).

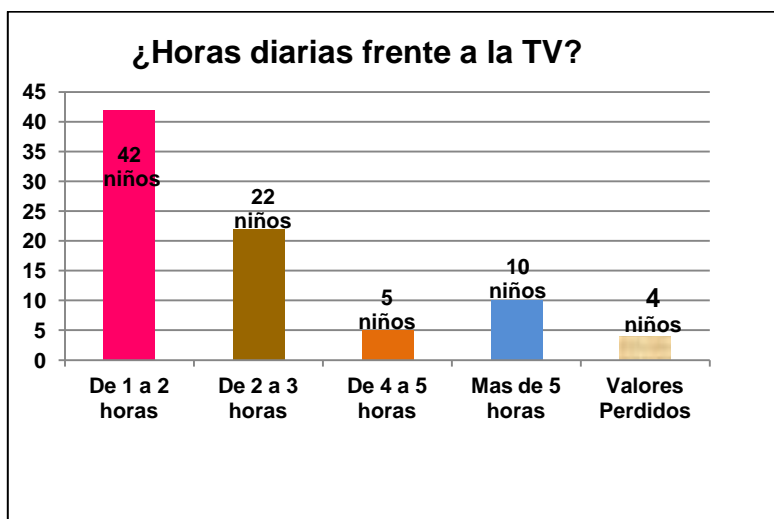
F. Medios de comunicación

Los niños se volvieron sedentarios frente a la adquisición de hábitos que no son los esenciales para una adecuada alimentación, uno de los principales factores es el uso de videojuegos o a la pantalla de televisión con el agravante de que esta no ha dejado de bombardearlos con anuncios de comida basura (Duran, 2010: 8).

A pesar de que la mayoría de los alumnos pasan de 1 a 2 horas viendo la televisión (véase gráfica No.3), se observa que el 62.7% de ellos no compra los anuncios que se muestran en técnicas publicitarias ya que estas tienen como finalidad estimular el deseo o apetito de los menores.

Gráfica No.3

Horas frente a la TV



Desordenes alimenticios

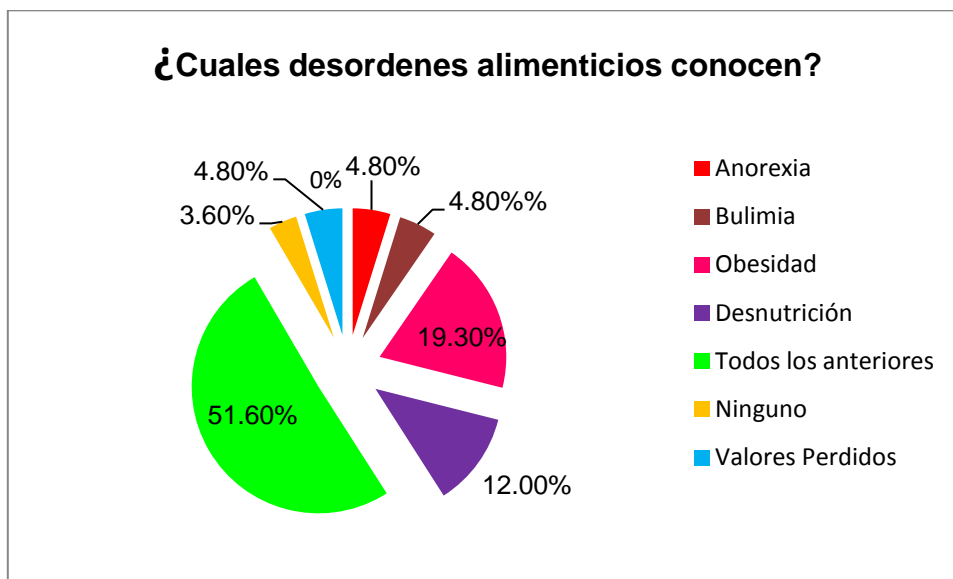
Para conocer el concepto que los niños tenían, los desordenes que identificaban y conocer más a fondo cómo es su alimentación, se les cuestiono sobre este tema.

A. Definición/Tipos

Durante la edad infantil es mucho más limitada la capacidad para controlar cambios metabólicos relacionados con la alimentación y la nutrición se les preguntó a los niños, que si sabían que eran los desordenes alimenticios a lo que algunos respondieron que son enfermedades que son causadas por comer en exceso, o que se presentan por una mala alimentación, y un 50.6% conoce desordenes alimenticios como la obesidad, la desnutrición, la anorexia y bulimia (véase gráfica No.4).

Gráfica No.4

Desordenes alimenticios que conocen los niños



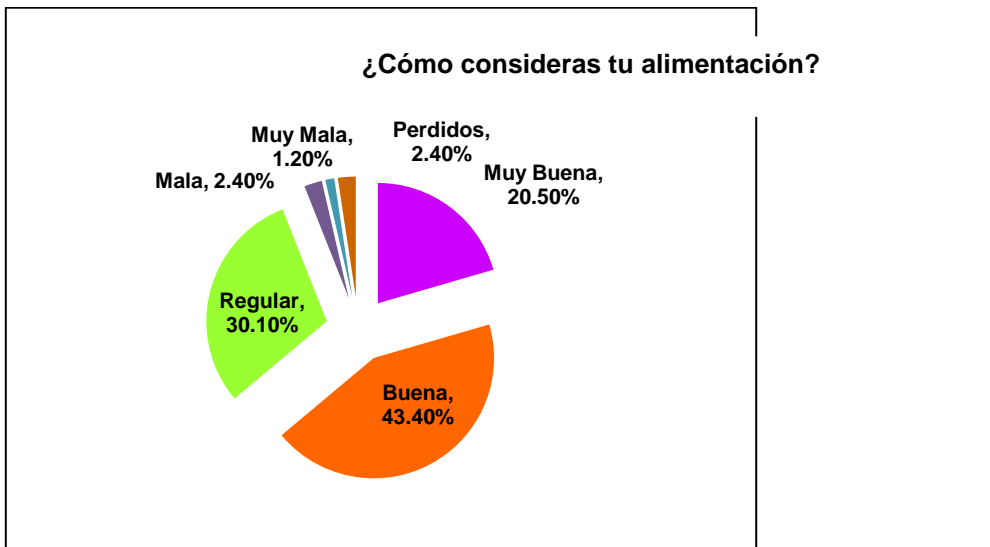
B. Alimentación

Según Latebun (2008, p.291) la persona que padece algún desorden en su alimentación basa en la comida una característica significativa al que la persona otorga un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos. Se les pregunto a los niños sobre como consideraban su alimentación;

43.4% contestó que buena, mientras que 2.4% considera que tiene una alimentación mala, como se muestra en la gráfica No.5.

Gráfica No.5

Como consideras tu alimentación



De los niños encuestados casi la mitad consideran que tienen una alimentación buena debido a que consumen los alimentos necesarios para una buena alimentación, como lo son frutas, verduras, cereales y carne que con frecuencia acostumbran comer para tener una alimentación balanceada.

Es importante señalar que solo 88% de los hogares de los alumnos encuestados si se acostumbra a elaborar dentro de casa las tres comidas principales: desayuno/ almuerzo, comida y cena, y son las madres de familia las que las realizan, de aquí que su papel en la elaboración de los alimentos se vuelva fundamental, pues de ellas dependerán en gran medida los hábitos alimenticios que adquieran sus hijos.

1.1. Infrapeso

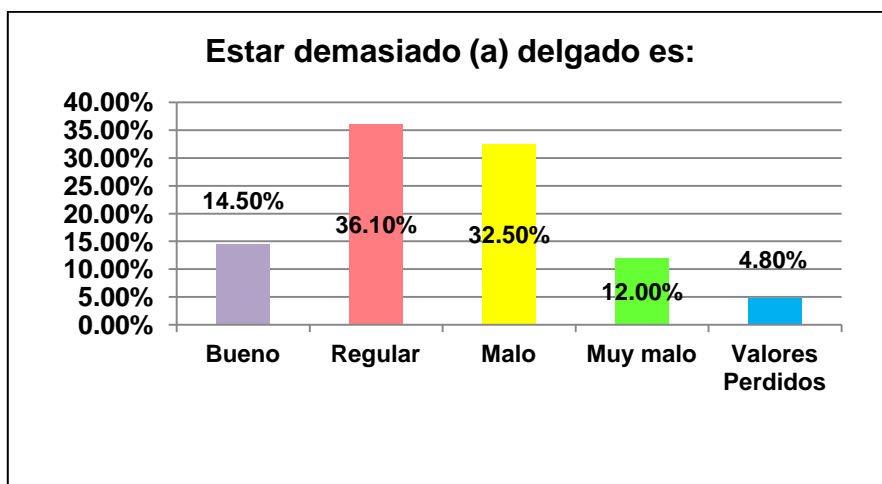
Para identificar el concepto que los niños tenían sobre el infrapeso (delgadez severa) se les preguntó sobre la desnutrición para que los alumnos se sintieran más familiarizados con el concepto, de igual manera se les cuestionó sobre si conocían las causas y consecuencias que trae consigo el padecer dicha enfermedad.

Definición/Causa/Consecuencias

Al preguntarles a los alumnos sobre cuáles desordenes alimenticios conocían algunos respondieron que la desnutrición, definiéndola como una enfermedad que se presenta por no comer adecuadamente y sólo 30 niños, que equivale 36.1% de los alumnos encuestados, comentan que estar demasiado delgado no es bueno ni malo, mientras que 32.5% considera que es malo (véase gráfica No.6) y que una de las principales causas para que se presente una desnutrición se debe a que las personas no se alimentan con los nutrientes esenciales para una correcta alimentación, considerando que 77% si conoce las consecuencias que trae consigo padecer dicho desorden alimenticio.

Gráfica No.6

Percepción de estar demasiado (a) delgado (a)



1.2. Obesidad

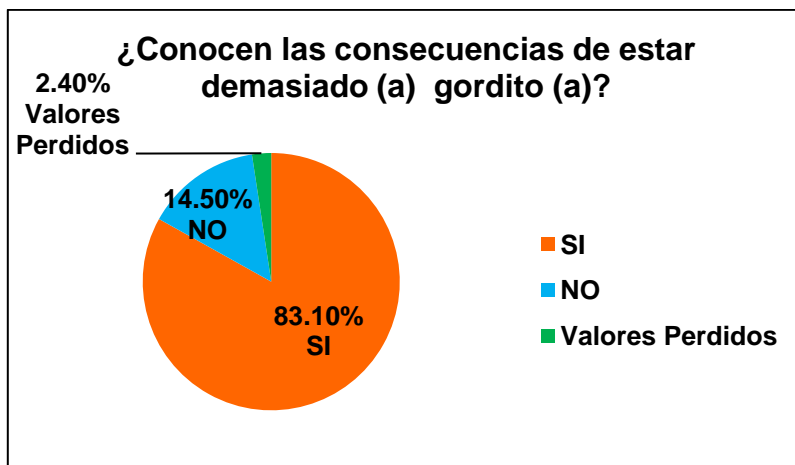
Para saber el concepto que los niños conocen sobre la obesidad se les cuestionó sobre si conocían de esta enfermedad, así como las causas y consecuencias que trae consigo el padecer dicha enfermedad.

Definición/Causa/Consecuencias

Otro de los desordenes alimenticios que los alumnos definieron es el de obesidad considerándolo como una enfermedad por comer en exceso, 72.3% piensa que el estar demasiado gordito es muy malo y su gordura se debe principalmente a que comen en exceso, mientras que solo 83.1% conoce las consecuencias de padecer dicha enfermedad (véase gráfica No.7).

Gráfica No.7

Consecuencias de la obesidad



La investigación permitió realizar un análisis más profundo sobre como es la alimentación de los niños de 8 a 12 años de edad que presentan infrapeso u obesidad.

Se pudo rescatar la percepción que los niños tienen sobre su nutrición y algunos aspectos importantes en base al proceso de su alimentación.

Se conoció como la cultura alimentaria, incluyendo factores sociales, históricos, económicos y familiares influyen directamente en que se presenten desordenes alimenticios, causados principalmente por no llevar una alimentación adecuada.

Ya que la mayoría de las veces un proceso tan complejo como es el de la alimentación, se ve afectado por la adquisición de malos hábitos alimenticios que se van adquiriendo a lo largo de la vida, provocando desordenes alimenticios, como lo son el infrapeso y la obesidad.

CONCLUSIONES

En la actualidad la obesidad se ha convertido en una epidemia, siendo la principal causa de muerte en México, ocupando este país el segundo lugar con mayor número de personas adultas obesas, y el primero en obesidad infantil.

Los problemas de salud pública derivados de la alimentación inadecuada ocupan en México, uno de los primeros lugares.

La alimentación es un proceso complejo que trasciende la necesidad puramente biológica y que se ve influenciado por toda una serie de factores sociales, culturales, geográficos, religiosos o afectivos, que influyen en el desarrollo tanto físico como psíquico del individuo.

Por tal motivo se considera que el presente trabajo permite definir que la cultura alimentaria tiene gran influencia en que se presenten a temprana edad desordenes alimenticios como el infrapeso y la obesidad, debido al comportamiento que tienen los grupos sociales vinculando factores sociales, económicos, históricos y familiares, relacionados con la alimentación.

El paso del tiempo y las nuevas formas de vida, han sido el resultado de la modificación de hábitos alimenticios, los cuales en la mayoría de las veces resultan inapropiados para llevar una vida saludable.

Existen factores importantes que determinan el consumo de un alimento y la manera de cómo consumirlo. En definitiva, un proceso tan normal y cotidiano como es el de alimentarse se transforma en un conjunto de procesos que van mucho más lejos de la finalidad primaria de nutrirse y describen una multiplicidad de formas de vivir.

A su vez la investigación permitió conocer cómo es la alimentación de los niños que presentan infrapeso u obesidad y la percepción que ellos tienen sobre su problema alimenticio, ya que durante la infancia los niños en edad escolar tienen una necesidad continua de alimentos nutritivos y saludables.

También se pudo determinar cuáles son las causas que originan un desorden alimenticio, entre las principales causas que generan un desorden en la alimentación se encontraron los factores socio-ambientales y personales, debido a que en la actualidad los responsables de la alimentación en el núcleo familiar buscan productos y técnicas que ahorren tiempo en las preparaciones de los platos y en la limpieza de la cocina.

Sin embargo con la investigación también se logró conocer las características del infrapeso y la obesidad, para posteriormente comparar la relación entre ambos desordenes, aunque los dos tienen diferentes significados que van desde el comer en exceso como es el caso de la obesidad, y el infrapeso se conoce como la pérdida anormal de peso; tienen sus diferentes grados de complicación pero a su vez tiene una estrecha relación ya que son ocasionados por una inadecuada alimentación, por la adquisición de estilos de vida inapropiados lo que impide contar con un estado de salud óptimo.

La teoría que se adoptó para la investigación, es la teoría del aprendizaje social la cual considera que la conducta de otras personas tiene una gran influencia en el aprendizaje, en la formación de constructos y en la propia conducta.

Partiendo de que el comportamiento se aprende por experiencia propia y mediante la observación de la conducta de otras personas, se permitió conocer como las formas de actuar en base a la cultura alimentaria en relación a un

determinado grupo social afectan la alimentación de un niño provocando en él un desorden alimenticio (infrapeso y obesidad). En base a este enfoque encontramos que las conductas alimentarias de los niños, son reflejo de lo aprendido a través de su familia, amistades e influencias de los medios de comunicación.

Por tal motivo le compete al trabajo social diseñar estrategias de intervención efectivas encaminadas al control y prevención de estas enfermedades, donde el interés permanente contribuyan al fomento de una conciencia crítica y participativa, en donde sean las tareas y los proyectos sociales los que desplieguen las herramientas que permitan la investigación multidisciplinaria de dicha problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado I., Montenegro L., García O., (S/F.); Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludable; p.p.12-14.

-Azcona C, Romero A, Bastero P y Santamaría E.; *¿Qué es la obesidad y cómo la evaluamos?*; p.18; citado en; González, Madrazo Miguel Ángel; (2012); Para Entender la Obesidad; Primera Edición; Coahuila México; Ed. Universidad Autónoma de Coahuila; p.166

-Basilio E., (2000); Obesidad: La epidemia del siglo XXI; Primera Edición; Ediciones Díaz de Santos; p.191.

-Bray,, (1990); Obesity: Historica development of scientific and cultural ideas; Int. J. Obes Relato Metab Disord; p.p.21-22.

-Cabello G.M., (2010); *Obesidad y Prácticas Alimentarias: Impacto a la salud desde una visión multidisciplinaria*; Primera Edición; Monterrey México; Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León; p.261

-Calanche M.J., (2009); *La cultura de los alimentos*; Primera Edición; México; Ed. Mc Graw Hill; p.p.32-35.

-Curnnie, H.R.; (1987); *Biblioteca de Nutrición*; Tomo 2; Compañía Editorial Continental S. A. de C. V.; Quinta reimpresión; p.404.

-Duran H.M., (2010); *México primer lugar en obesidad*; México; En línea: <http://www.rnw.nl/español/article/mexico-primer-lugar-mundial-en-obesidad>; [Consulta 20 de Octubre 2010]; p.8.

-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; (2006); En línea: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.; [Consulta: 7 de Mayo 2012].

-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; (2012); En línea: ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf ; [Consulta: 16 de Octubre 2013]; p.200

-Fondo de las Naciones de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); (2005); En línea: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.hym>; [Consulta: 10 de Junio 2012].

-González M.M., (2012); *“Para Entender la Obesidad”*; Primera Edición; Coahuila México; Ed. Universidad Autónoma de Coahuila; p. 166

-Higashuda B.H., (2000); Ciencias de la Salud; Ed. Mc Graw Hill; México; p. 191.

-Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); En línea: <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/promocion-de-estilos-de-vida-saludables.html> ; [Consulta: 3 de Abril 2012].

-International Obesity Task Force (IOTF); En línea: www.iaso.org/iotf/obesity/ ; [Consulta 13 de Febrero 2012].

-Kisnerman N.,(1998); Pensar el Trabajo Social: Una Introducción desde el construccionismo; Primera Edición; Argentina; Ed. LUMEN-Hvmanitas; p. 270

-Latebun J. (2008); Trastornos Alimenticios; Segunda Edición; Argentina; Ed. Hvmanitas; p.291.

-Organización Mundial de la Salud; (2004); Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; En línea: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategysapanishweb.pdf>. ; [Consulta: 10 de Junio 2012]

-Padilla G.J., (2009); Diplomado en Nutrición Clínica y Obesidad; “Epidemiología de la Obesidad”; Saltillo, Coahuila; 07 de Agosto 2009; p.12.

-Pérez E.J., (2009); Crecimiento y desarrollo del ser humano; Ed. LUMEN-Hvmanitas; p.393.

-Vázquez G.S.; Cabello G. M. y Montemayor R.E., *La obesidad infantil: más que una cuestión de alimentación*; p.100; citado en: Cabello G.M. y Garay V. S.,

(2010); *Obesidad y Prácticas Alimentarias: Impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*; Primera Edición; Monterrey, México; Ed. UANL; 261 pp.

-Villaseñor, N.D., (2007); *Epidemiología de la Obesidad*; Vol. 140; México; Ed. Gac Med.; p.12.

-Vizmanos, M. M., (2007); *Ciencias de la Vida: vida y nutrición*; Quinta Edición; Siglo XXI Editores; p.34.