

EJE 4

# SALUD



## **Predicción del Índice de Masa Corporal del Hijo por Variables Maternas.**

José Moral de la Rubia<sup>139</sup>  
Rosario Edith Ortiz Félix<sup>140</sup>  
Yolanda Flores Peña

### **Resumen**

Existe gran interés en estudiar las causas del sobrepeso y obesidad infantiles por su aumento en las últimas décadas. Aunque existen múltiples investigaciones, la combinación del efecto de la imagen materna de la silueta del hijo y las estrategias maternas de crianza sobre el índice de masa corporal (IMC) del hijo no está estudiada. La presente investigación que tiene como objetivo predecir el IMC del hijo en función de variables maternas de imagen de la silueta del hijo, estrategias de crianza, IMC y características sociodemográficas. Se empleó un muestreo probabilístico de las madres y alumnos de 4 escuelas nuevoleonenses (2 de nivel pre-escolar y 2 de primaria). Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, la escala de estrategias parentales de alimentación y actividad y la escala de dibujos esquemáticos a 537 madres. Se les midió altura y peso a madres e hijos para calcular sus índices de masa corporal. Los datos se analizaron por correlaciones y análisis de senderos. Se especificó un modelo estructural en el cual el IMC del hijo fue predicho por el IMC de la madre, las estrategias parentales de control y disciplina y la ocupación materna (ser ama de casa). En este modelo la estrategia de control se especificó correlacionada con la estrategia de disciplina y ser ama de casa. El modelo, estimado por Máxima Verosimilitud, tuvo un buen ajuste a los datos ( $\chi^2[15, N = 537] = 16.678, p = .338, NFI = .977, CFI = .998$  y  $RMSEA = .031$ ). Se concluye que el modelo refleja que las amas de casa desde las estrategias de control tienen un efecto positivo en el IMC de sus hijos en contraposición a las mujeres que trabajan largas jornadas fuera del hogar. De las correlacionales entre las variables exógenas del modelo, se tiene que el efecto incrementador sobre el IMC del hijo se acentúa sobre todo en madres laboralmente activas, con más ingreso y sin parejas, que es un sector poblacional poco considerado en las intervenciones en sobrepeso y obesidad infantiles.

**Palabras clave:** IMC, imagen corporal, crianza, madre, hijo.

---

<sup>139</sup> Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Dr. Carlos Canseco 110. Col. Mitras Centro. CP. 64460. Monterrey, Nuevo León, México.

<sup>140</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Av. Gonzalitos No. 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México. CP. 64460.

## **Introducción**

El sobrepeso y la obesidad en la infancia son considerados como problemas de salud pública de gran relevancia (Organización Mundial de Salud [OMS], 2015). Se definen como enfermedades crónicas caracterizadas por el incremento excesivo y no correspondiente a la edad del peso en relación con la altura. Comités de expertos de distintos países han recomendado el uso del índice de masa corporal (IMC) como el indicador de elección para evaluar el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Esta recomendación se debe a que el IMC permite identificar correctamente a los individuos con mayor adiposidad y que la mayor adiposidad se asocia fuertemente con factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas en la infancia y en la adolescencia (Kaufer & Toussaint, 2008). Un elemento señalado como importante para la prevención del sobrepeso y obesidad infantiles es la imagen materna de la silueta del hijo (Caprio et al., 2008); sin embargo, es un factor complejo debido a que depende del contexto cultural. La percepción del propio peso por la madre y el deseado para sus hijos influirán en las estrategias de crianza que ésta adopte. En un estudio en población estadounidense se observó que las madres latinas tendían a preferir un tamaño corporal esbelto para ellas, pero más robusto (saludable desde sus creencias) para sus hijos. Las madres blancas no latinas deseaban un tamaño corporal esbelto para ellas y sus hijos, lo que se reflejó en un menor promedio de IMC de sus hijos. Caprio et al. (2008) sugerían que esta diferencia de IMC podría atribuirse a que madres blancas no latinas se alarman y toman medidas tempranas ante la subida de peso de sus hijos.

Si la imagen materna de la silueta del hijo refleja su verdadero IMC se podría hablar de una percepción objetiva y confiable; por el contrario, si lo sobrestima o subestima se trataría de una percepción distorsionada. En un principio esta distorsión en la percepción podría ser un factor de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad en la infancia y, probablemente, esté mediado por las estrategias maternas de crianza.

El incremento del sobrepeso y la obesidad en niños, que se ha convertido gradualmente en una epidemia, se estudia como resultado del efecto de múltiples factores, entre los cuales se encuentran los biológicos, como la herencia, sociodemográficos, como la escolaridad y estatus socioeconómico, y las estrategias de crianza (Kröller & Warschburger, 2009; Rooney, Mathiason, & Schauburger, 2011; Yeow, Bee, Bee, & Mohd, 2013).

La literatura especializada refiere que la obesidad de los padres es un factor determinante del sobrepeso y la obesidad en su descendencia por determinantes hereditarios o genéticos (Li, Law, Conte, & Power, 2009); sin embargo, este problema también es atribuible a los factores ambientales. En la asociación entre el IMC de padres e hijos contribuye el entorno compartido,

como el nivel socioeconómico, la dieta, los niveles de actividad física y otros factores de estilo de vida (Kivimaki et al., 2007).

Respecto a los factores sociodemográficos, los estudios sugieren que el ingreso económico familiar tiene un gran impacto en el estado del peso del niño. En países desarrollados los estratos socioeconómicos más bajos tienen los porcentajes de sobrepeso y obesidad más altos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010). Aunque un estudio encontró que el riesgo de sobrepeso y obesidad es mayor en países desarrollados que en países subdesarrollados, este riesgo está claramente asociado con la pobreza en ambos tipos de países (Wells, Marphatia, Cole, & McCoy, 2012).

Otro factor sociodemográfico importante es la escolaridad materna. Se ha documentado que las madres con mayor escolaridad tienden a tener hijos con menor riesgo de obesidad (Lamerz et al., 2005). Además, se ha observado que, cuando las madres tienen baja escolaridad, los hijos presentan mayor IMC (Manios, Moschonis, Grammatikaki, Anastasiadou, & Liarigkovinos, 2010). Por otra parte, se ha encontrado que el hecho de que la madre trabaje fuera del hogar se asocia con un mayor riesgo de obesidad infantil (Cawley, & Liu, 2012). Hay evidencia sugestiva de que la disminución en el tiempo que pasan las madres con sus hijos repercute directamente en las estrategias maternas de alimentación saludable y en la supervisión de conductas sedentarias (Gwozdz et al., 2013).

Un factor familiar al cual los investigadores están concediendo un especial importancia son las estrategias de crianza. Durante la primera infancia, la familia y principalmente los padres utilizan estrategias de alimentación como una forma de influir en los hábitos alimenticios saludables de sus hijos. La literatura muestra que estrategias, como el control materno, aumentan la posibilidad de presentar obesidad infantil (Larios, Ayala, Arredondo, Baquero, & Elder, 2009); sin embargo, otros estudios sugieren que el control materno tiene efectos positivos en la reducción de peso de un niño, en la ingesta de alimentos poco saludables y en el aumento del consumo de alimentos sanos, aunque mediado por mayores niveles educativos y de ingreso económico de los padres (Kröller & Warschburger, 2008, 2009; Lehto, Ray, & Roos, 2012; Orrell et al., 2007).

Debido al aumento del sobrepeso y obesidad infantiles en las últimas décadas, se está concediendo gran importancia al estudio de los factores lo provocan. Debe señalarse que, aunque existen múltiples investigaciones, aún persisten contradicciones y la combinación del efecto de la imagen materna de la silueta del hijo y las estrategias de crianza sobre el IMC del hijo no está estudiada.

Retomando estos vacíos de conocimiento, este estudio tiene como objetivo predecir el IMC del hijo por medio de las variables maternas de imagen de la silueta del hijo, factores biológicos (IMC), sociodemográficos (escolaridad,

edad, ocupación y estado civil e ingreso económico familiar) y estrategias de crianza (monitoreo y límites en alimentación, monitoreo y límites en sedentarismo, disciplina en alimentación y control en alimentación).

Se espera que: a) la imagen materna de la silueta del hijo sea el predictor con mayor peso del IMC del hijo (Caprio et al., 2008), b) los factores sociodemográficos y estrategias de crianza tengan un efecto significativo al predecir el IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo, c) el ingreso económico y la escolaridad tengan los efectos mayores sobre el IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo entre las variables sociodemográficas (Wells et al., 2012), y el control entre las estrategias de crianza maternas (Larios et al., 2009), y d) el IMC de la madre (factor biológico) sea un predictor directo del IMC del hijo (Li et al., 2009).

Caben cuatro posibles relaciones entre el IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo: a) el IMC del hijo podría determinar la imagen materna, y ésta tener un efecto sobre el IMC del hijo; b) el IMC del hijo podría determinar la imagen materna, y ésta carecer de un efecto sobre el IMC del hijo; c) la imagen materna podría ser independiente del IMC del hijo, y ésta tener un efecto sobre el IMC del hijo; y d) el IMC materno y la imagen materna podrían ser independientes. Las dos primeras opciones reflejan situaciones de percepción más objetiva. La primera con un papel de la imagen materna efectivo (modelo no recursivo) y la segunda con un papel de la imagen materna no efectivo (modelo recursivo). La tercera opción reflejaría situaciones de distorsión basadas en la imposición del deseo de la madre. La cuarta opción podría reflejar situaciones de negligencia materna. Se espera que la primera o segunda opción de percepción objetiva sean situaciones más frecuentes en una muestra de población general. La tercera o cuarta opción podrían ser situaciones más frecuentes en hijos con trastornos alimentarios o muestras clínicas (Haycraft & Blisset, 2010).

### ***Método***

El presente estudio cuantitativo tuvo un diseño ex post facto transversal.

### ***Participantes***

Se empleó un muestreo probabilístico. La población de estudio se conformó por madres e hijos que cursaban en instituciones de educación pública en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Se seleccionaron al azar 4 escuelas (2 de nivel pre-escolar y 2 de primaria) en las cuales se encontraban inscritos 754 estudiantes. Se requirió un tamaño de muestra de 537 participantes, para estimar una prevalencia de 34% (prevalencia de sobrepeso-obesidad para estudiantes de ambos sexos de 3 a 11 años) (Gutiérrez et al., 2012) con un intervalo de confianza del 95% y un error de estimación del 2%.

Los criterios de inclusión para las madres fueron: otorgar el consentimiento informado, ser capaz de leer y escribir, así como permitir que se realizaran las mediciones antropométricas a ellas y a sus hijos. Como criterio de inclusión para los hijos se estableció que el menor permitiera que se le realizaran las mediciones antropométricas. Como criterio de exclusión se fijó que la madre refiriera que su hijo padecía alguna enfermedad que pudiera afectar su crecimiento y desarrollo, como diabetes, enfermedad renal o cardíaca.

Las madres tuvieron una media de edad de 34.5 años y una escolaridad en años de 12.40. El 53.3% de las madres fueron amas de casa y 46.7% trabajan fuera del hogar. El 83.8% de las participantes vivían con su pareja y 16.2% vivían solas con sus hijos. Con respecto al estatus de peso de acuerdo a los criterios de la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA (Secretaría de Salud, 2000), se encontró que el 38.5% de las madres presentaron pre-obesidad y el 27.3% algún grado de obesidad. La media de edad de los hijos fue de 7.26 años. El 50.7% de los hijos pertenecieron al sexo femenino y 49.3% al sexo masculino. El estado nutricional de acuerdo a los criterios de la OMS (Onis et al., 2007), fue 3.2% bajo peso, 59.6% peso normal y 37.2% sobrepeso-obesidad.

### **Instrumentos**

Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

Cédula de datos sociodemográficos. La cédula incluye datos maternos como edad, escolaridad en años, ocupación, estado civil e ingreso económico familiar. Del hijo se solicitó información sobre su fecha y lugar de nacimiento, edad y sexo.

Escala de Estrategias Parentales de Alimentación y Actividad (EPAA; Flores, Moral, Ortiz, Cárdenas, & Ávila, 2015). La escala consta de 29 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert (de 1 "*nunca*" a 5 "*siempre*") y consistencia interna alta ( $\alpha = .87$ ). Posee cuatro factores de primer orden: monitoreo y límites de alimentación con 11 indicadores ( $\alpha = .85$ ), monitoreo y límites de actividad con 6 indicadores ( $\alpha = .75$ ), control en alimentación con 8 indicadores ( $\alpha = .81$ ), y disciplina en alimentación con cuatro indicadores ( $\alpha = .80$ ). Este modelo tuvo un ajuste adecuado a los datos por mínimos cuadrados libres de escala:  $\chi^2/gl = 4.38$ , GFI = .92, AGFI = .91, NFI = .88 y RFI = .86 (Flores et al., 2015).

Escala de dibujos esquemáticos (Eckstein et al., 2006). Este instrumento se utilizó para evaluar la imagen materna de la silueta del hijo. La prueba consiste en mostrar a las madres una serie de siete imágenes y solicitar que encierren en un círculo la imagen que de acuerdo a su percepción representa la silueta de su hijo. La escala cuenta con series de 7 imágenes específicas para niños y niñas y para 4 grupos de edad. Mayor puntuación refleja mayor percepción materna de volumen corporal en el hijo.

Como medida antropométrica se usó el IMC para madres e hijos. Se calculó mediante el cociente:  $\text{peso}/\text{talla}^2 = \text{kgrs.}/\text{m}^2$ . Se midió la talla con el estadiómetro SECA 214 y el peso con la báscula Seca 813 con capacidad para 200 kilogramos y una precisión de 0.1 gr.

### **Procedimiento**

Previo a la recolección de la muestra, se estableció contacto con los directores de las escuelas y se les solicitó autorización. Posteriormente, mediante los alumnos se invitó por grupos escolares a las madres a una reunión informativa en la cual se expusieron los objetivos del estudio y los procedimientos a realizar. En el aula en la cual se proporcionó la información, se solicitó a aquellas madres que sí deseaban participar la firma del consentimiento entregado en hoja impresa según las normas de la Secretaría de Salud (1987). A continuación se procedió a la aplicación de la cédula de datos sociodemográficos, la escala EPAA y la escala de dibujos esquemáticos, siendo contestados por escrito por las participantes. Finalmente, cuando las participantes entregaban los cuestionarios, se tomaron las mediciones antropométricas en la misma aula. Los cuestionarios fueron entregados y las mediciones fueron hechas por una investigadora y dos auxiliares de investigación. Las madres que no acudieron a la reunión programada se localizaron mediante visita domiciliaria (máximo dos visitas). Las mediciones de los hijos se realizaron una vez que la madre autorizó la participación del menor y de acuerdo a lo indicado por las autoridades del plantel educativo respecto al lugar, día y hora.

La presente investigación contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL y se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud (1987).

### **Análisis de datos**

Se calcularon las correlaciones de las variables sociodemográficas y estrategias de crianza con imagen materna de la silueta del hijo y el IMC del hijo, así como la correlación entre estas dos últimas variables. Con las variables numéricas se usó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson ( $r$ ); y con las dicotómicas, el coeficiente de correlación biserial-puntual ( $r_{bp}$ ). Los valores de  $r$  y  $r_{bp} < 10$  se consideraron correlaciones triviales, de .10 a .29 bajas, de .30 a .49 medianas, de .50 a .69 altas, de .70 a .89 muy altas y  $\geq .90$  unitarias (Ellis, 2010). Se especificaron dos modelos de análisis de senderos (recursivo y no recursivo). La curtosis multivariada de Mardia estandarizada fue mayor que 2, pero menor que 10, lo que reflejó ligera desviación de la normalidad multivariada. Por este motivo se optó por estimar la función de discrepancia y los parámetros por máxima verosimilitud (ML), al conservar este método robustez ante el ligero incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada en comparación con otros métodos,

como mínimos cuadrados generalizados (Hoogland & Boomsma, 1996). Además, se acudió a procedimientos de muestreo repetitivo que no requieren de normalidad multivariada; de este modo, las estimaciones de parámetros fueron contempladas con la prueba de percentiles corregidos de sesgo (PCS), y el contraste global del ajuste con la prueba de Bollen-Stine, con la extracción de 2000 muestras en ambos casos (Byrne, 2010). Al contar los modelos con variables dicotómicas que fuerzan el supuesto de variables numéricas continuas, las estimaciones también se realizaron por el método de los mínimos cuadrados libres de escala (SLS), que es menos preciso que ML, pero sí admite variables ordinales y dicotómicas (Byrne, 2010).

Se contemplaron ocho índices de ajuste con ML: prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad ( $\chi^2/gl$ ), índice de bondad de ajuste (GFI) de Jöreskog-Sörbom y su modalidad corregida (AGFI), índice normado (NFI) y comparativo de ajuste (CFI) de Bentler-Bonett, error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de Steiger-Lind y residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) de Jöreskog-Sörbom. Se estipularon como valores de buen ajuste:  $p \geq .05$  para el estadístico  $\chi^2$  y  $p$  de Bollen-Stine,  $\chi^2/gl \leq 2$ , GFI y CFI  $\geq .95$ , AGFI y NFI  $\geq .90$  y RMSEA y SRMR  $\leq .05$ . Con SLS se contemplaron los mismos índices, excepto CFI y RMSEA, que este no pueden ser estimados por este método; y, en su lugar, se reportó el índice relativo de ajuste (RFI), que refleja buen ajuste con valores  $\geq .90$  (Byrne, 2010; Moral, 2006). La parsimonia se estimó por la razón de parsimonia (RP) de James-Mulaik-Brett (cociente entre los grados de libertad del modelo especificado y los del modelo independiente). Valores de RP  $< .25$  se consideraron parsimonia baja, de  $.25$  a  $.49$  media, de  $.50$  a  $.74$  alta y  $\geq .75$  muy alta (Mulaik et al., 1989).

La bondad de ajuste entre los modelos se comparó por la prueba de la diferencia de los estadísticos chi-cuadrado. Para el cálculo de la potencia de los contrastes, se empleó como hipótesis nula el valor medio de la RMSEA del modelo independiente y como hipótesis alternativa el valor medio de la RMSEA del modelo especificado (Preacher & Coffman, 2006).

## **Resultados**

### ***Correlaciones con IMC e imagen materna de la silueta del hijo***

Mayor IMC del hijo correlacionó, de forma directa, con escolaridad y edad de la madre, ingreso económico familiar, IMC de la madre y disciplina en alimentación; de forma inversa, con control en alimentación y no ser ama de casa. La mayor imagen materna de la silueta del hijo correlacionó, de forma directa, con escolaridad de la madre, ingreso económico familiar, IMC de la madre; y, de forma inversa, con control en alimentación y se asoció con no vivir con la pareja. Todas las correlaciones fueron bajas (véase Tabla 1). La correlación entre el IMC de la madre y la imagen materna de la silueta del hijo,

al parcializar el IMC del hijo, dejó de ser estadísticamente significativa ( $r_p = -.078$ ,  $p = .072$ ).

Tabla 1  
Correlaciones con IMC del hijo e imagen materna de la silueta del hijo

Variables	IMC del hijo		IMSH	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Escolaridad materna	.114 <sup>a</sup>	.008	.103 <sup>a</sup>	.017
Edad materna en años	.131 <sup>a</sup>	.002	.067 <sup>a</sup>	.119
Ingreso económico	.140 <sup>a</sup>	.001	.091 <sup>a</sup>	.035
Ser ama de casa	-.143 <sup>b</sup>	.001	-.046 <sup>b</sup>	.286
Vivir con su pareja	-.040 <sup>b</sup>	.354	-.092 <sup>b</sup>	.033
IMC de la madre	.181 <sup>a</sup>	< .001	.089 <sup>a</sup>	.038
Monitoreo y límites de alimentación	.034 <sup>a</sup>	.435	.009 <sup>a</sup>	.843
Monitoreo y límites de actividad física	-.035 <sup>a</sup>	.413	-.052 <sup>a</sup>	.228
Disciplina en alimentación	.106 <sup>a</sup>	.014	.059 <sup>a</sup>	.172
Control en alimentación	-.308 <sup>a</sup>	< .001	-.246 <sup>a</sup>	< .001

Notas. a. Correlación producto-momento de Pearson, b. Correlación biserial-puntual. Ser ama de casa: 1 = no y 2 = sí. Vivir con su pareja: 1 = no y 2 = sí. IMSH = imagen materna de la silueta del hijo.

### **Especificación y contraste del modelo estructural**

Se especificó un modelo recursivo (de imagen materna objetiva sin influencia efectiva de esta imagen sobre el IMC del hijo) en el que el IMC del hijo predice la imagen materna de la silueta del hijo, pero no viceversa. Con base en las correlaciones significativas y expectativas, la escolaridad materna, ingreso económico familiar y control en alimentación (variables exógenas) se contemplaron como predictores directos de IMC del hijo y de la imagen materna de la silueta del hijo (variables endógenas). La edad de la madre, ser ama de casa y disciplinar en alimentación (variables exógenas) fueron predictores exclusivamente de IMC del hijo. Vivir con la pareja (variable exógena) fue predictor únicamente de la imagen materna de la silueta del hijo (véase Figura 1).

Una vez estimados los parámetros, los pesos estructurales de la escolaridad materna sobre las dos variables endógenas no fueron significativos por ML y PCS. Tampoco los pesos estructurales del ingreso económico familiar, IMC de la madre y control en alimentación sobre la imagen materna de la silueta del hijo fueron significativos por ML y PCS (véase Figura 1).

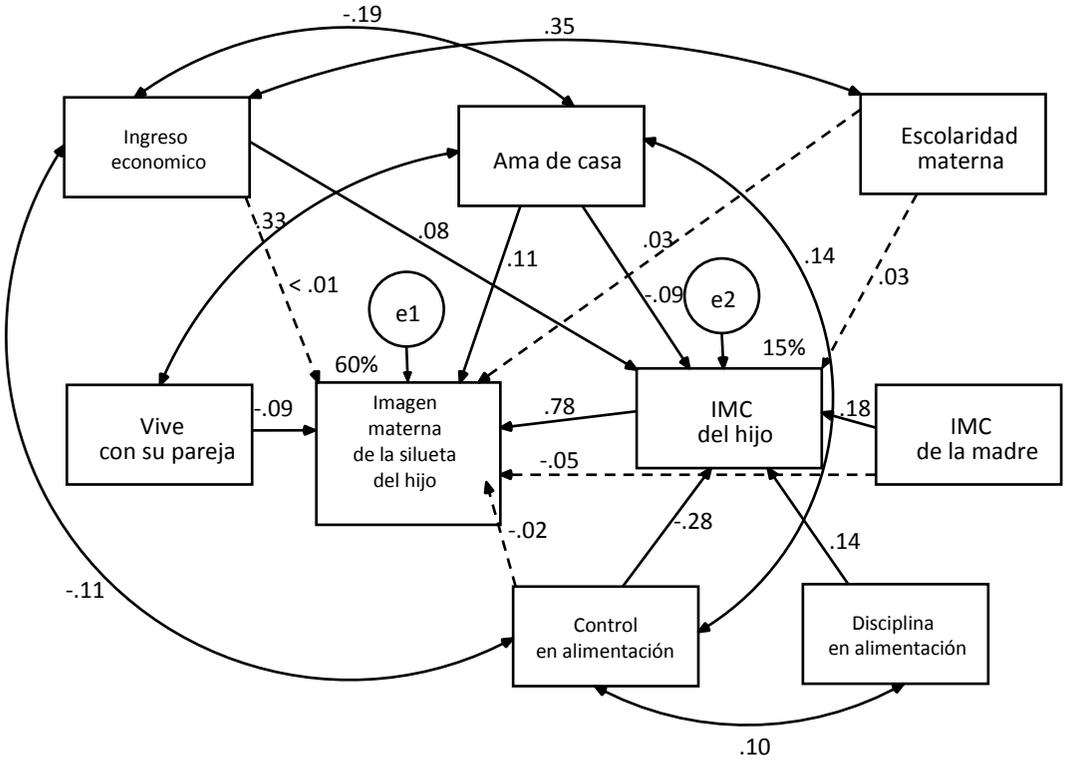


Figura 1. Primer modelo recursivo estandarizado del IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo estimado por Máxima Verosimilitud.

Se estimó un segundo modelo recursivo, eliminando las 5 vías no significativas. Se especificaron 5 correlaciones de las 15 posibles entre las 6 variables exógenas: ser ama de casa correlacionó con ingreso económico familiar, vivir con la pareja y control en alimentación; y control en alimentación correlacionó con disciplina en alimentación e ingreso económico familiar. El valor estandarizado de la curtosis de Mardia fue 7.55. Este segundo modelo presentó todos sus parámetros significativos por ML y PCS. Explicó el 59% de la imagen materna de la silueta del hijo y 16% del IMC del hijo (véase Figura 2). Mostró índices de buen ajuste por ML:  $\chi^2[15, N = 537] = 16.678, p = .338, p$  de Bollen-Stine ( $p = 619/2000 = .310$ ),  $\chi^2/gf = 1.112, GFI = .993, AGFI = .982, NFI = .977, CFI = .998, RMSEA = .031$  y  $SRMR = .027$ . Su parsimonia fue alta (RP = .536) y la potencia fue igual que 1.

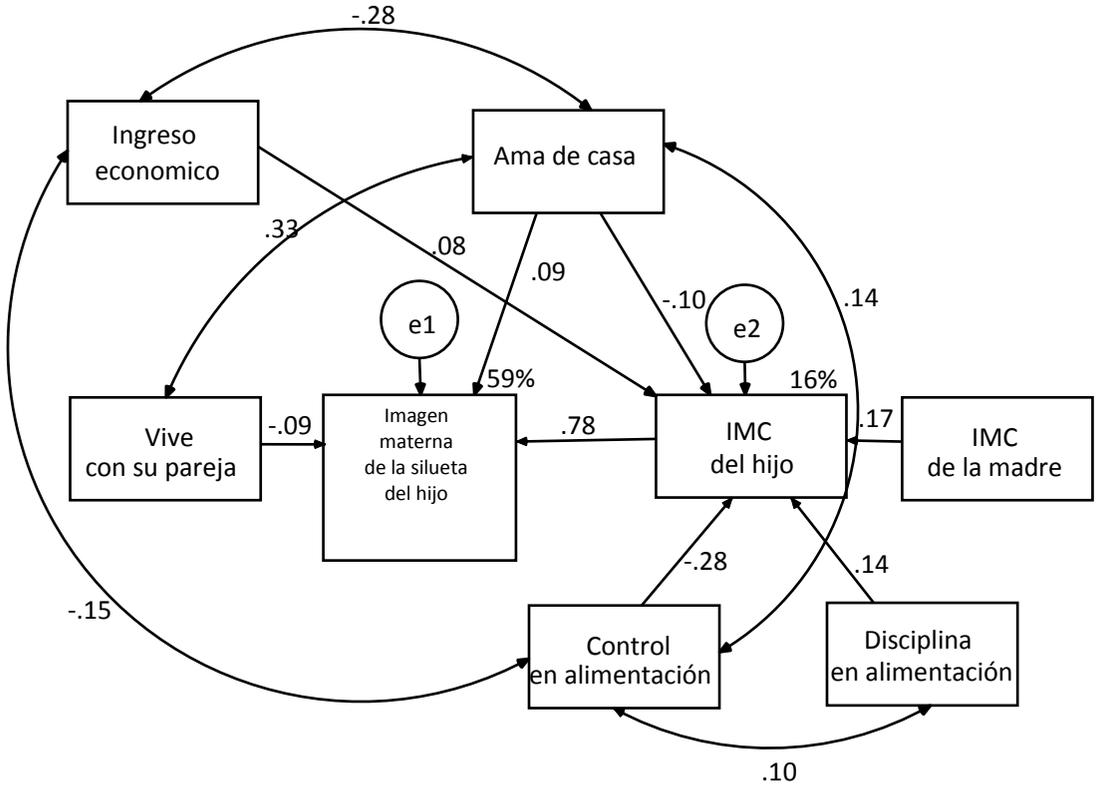


Figura 2. Segundo modelo recursivo estandarizado del IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo estimado por Máxima Verosimilitud.

Para contrastar el ajuste de un modelo no recursivo (de imagen materna objetiva con influencia sobre el IMC del hijo) en comparación con el modelo recursivo anterior, únicamente se añadió la predicción del IMC del hijo por la imagen materna de la silueta del hijo. En este tercer modelo el efecto de la imagen materna de la silueta del hijo sobre el IMC del hijo no fue significativo:  $B = 0.284$ ,  $EE = 0.321$ ,  $CR = 0.885$ ,  $p = .376$  por ML y  $\beta = .117$ , IC 95%: [-0.242, .368],  $p = .470$  por PCS (véase Figura 3). El valor del estadístico chi-cuadrado de este modelo reflejó buen ajuste por ML ( $\chi^2[14, N = 537] = 18.754$ ,  $p = .174$ ) con una bondad de ajuste equivalente al modelo recursivo anterior ( $\Delta\chi^2[1] = 2.081$ ,  $p = .149$ ). Los demás índices reflejaron buen ajuste ( $p$  de Bollen-Stine =  $543/2000 = .272$ ,  $\chi^2/gf = 1.145$ , GFI = .993, AGFI = .982, NFI = .978, CFI = .997, RMSEA = .016 y SRMR = .028).

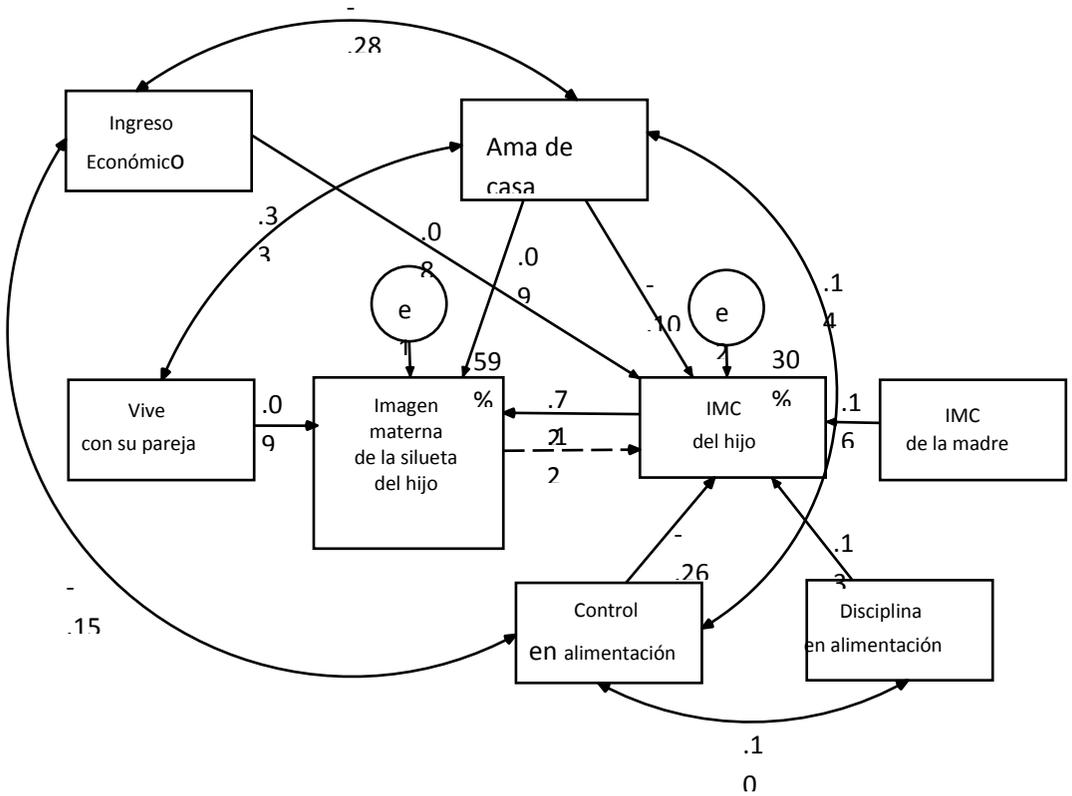


Figura 3. Modelo no recursivo estandarizado del IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo estimado por Máxima Verosimilitud.

Al realizar el contraste por SLS, los índices de ajuste del segundo modelo recursivo fueron buenos ( $\chi^2[15, N = 537] = 12.913, p = .609, p$  de Bollen-Stine  $= 608/2000 = .304, \chi^2/gl = 0.861, GFI = .995, AGFI = .989, NFI = .978, RFI = .959$  y  $SRMR = .026$ ), así como los del modelo no recursivo: ( $\chi^2[14, N = 537] = 12.797, p = .543, p$  de Bollen-Stine  $= 562/2000 = .281, \chi^2/gl = 0.927, GFI = .995, AGFI = .988, NFI = .978, RFI = .957$  y  $SRMR = .026$ ), teniendo ambos modelos una bondad de ajuste equivalente ( $\Delta\chi^2[1, N = 537] = 0.116, p = .733$ ). Debido a que el método SLS no estima la significación de parámetros, se aplicó el procedimiento de muestreo repetitivo de PCS con la extracción de 2000 muestras. En el modelo recursivo todos los parámetros fueron significativos. En el modelo no recursivo todos los parámetros fueron significativos, excepto el coeficiente de determinación de la imagen materna objetiva sobre el IMC del hijo (coeficiente sin estandarizar:  $B = 0.245, 95\% IC: -1.820, 0.787, p = .772$ , y coeficiente estandarizado:  $\beta = .101, 95\% IC: -.724, .325, p = .741$ ), lo que concuerda totalmente con el resultado por ML.

## **Discusión**

En primer lugar se discute la relación del IMC materno y las variables sociodemográficas con el IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo, se sigue con la discusión de la relación de las variables de estrategias de crianza con el IMC del hijo y la imagen materna de la silueta del hijo, y finalmente se ahonda en la relación entre estas dos últimas variables.

### **Relación del IMC materno y variables sociodemográficas con IMC del hijo e imagen materna de la silueta del hijo**

Como se esperaba el IMC de la madre correlacionó con el IMC del hijo. Esta expectativa se basa en la existencia de un determinante biológico en el peso del hijo, así como en un medio-ambiente compartido por madre e hijo que influye en el IMC de ambos (Li et al., 2009); no obstante, la correlación fue baja. Probablemente la combinación de IMC materno y paterno tuviese un mayor efecto como determinante biológico. En una investigación realizada en Grecia (Manios et al., 2010), la razón de probabilidad del IMC paterno fue mayor (OR = 1.15, IC 95%: 1.10, 1.20) que la del IMC materno (OR = 1.03, IC 95%: 1.01, 1.07) como factor de riesgo de obesidad en el hijo, lo que es congruente con la correlación y coeficientes  $\beta$  bajos observados en los modelos de este estudio.

La correlación del IMC de la madre también fue significativa con la imagen materna de la silueta del hijo; sin embargo, esta correlación está mediada por el IMC del hijo, así pierde su significación estadística al parcializar el mismo, y no tiene un coeficiente  $\beta$  significativo en el modelo predictivo, siendo una de las vías eliminadas. Concordante con una muestra de población general, estos datos reflejan que la percepción se ajusta a la realidad y el IMC materno no tiene un efecto distorsionador sobre la imagen que la madre tiene de la silueta de su hijo, como también reportan otros estudios (Kröller & Warschburger, 2009; Lara, Flores, Alatorre Sosa, & Cerda, 2011). Tal vez, en una muestra clínica, sí se podría haber hallado una distorsión materna en la percepción de la imagen corporal del hijo (Haycraft & Blisset, 2010).

Mayor escolaridad materna correlacionó con mayor IMC del hijo y mayor imagen materna de la silueta del hijo. Las madres con menor escolaridad tienen hijos más esbeltos y los perciben más delgados que aquéllas con alta escolaridad. En contraste con el resultado del presente estudio, la literatura sugiere que una mayor escolaridad materna resulta ser un factor protector contra manifestaciones del sobrepeso y la obesidad en la infancia. En un estudio en Corea, las madres clasificadas en el grupo de baja escolaridad tenían casi el triple de riesgo de que sus hijos tuvieron sobrepeso u obesidad en comparación con las madres clasificadas en el grupo de alta escolaridad (OR = 2.67, 95% CI: 1.21, 5.89) (Young-Gyu, Jae-Heon, Kyung, & Chi-Hyun, 2009). La literatura también sugiere que las madres con baja escolaridad son más propensas a subestimar el IMC de sus hijos (Manios et al., 2010). Los

datos del presente estudio contradicen estas expectativas, lo que puede ser un rasgo particular de la población estudiada y que se relaciona con el hecho de que un mayor porcentaje de madres con escolaridad alta trabajan fuera del hogar, viven solas con sus hijos y tienen mayor ingreso económico familiar frente a un mayor porcentaje de mujeres con baja escolaridad que son amas de casa, viven con su pareja y tienen menor ingreso económico familiar.

Debe señalarse que la escolaridad presentó una correlación moderada con ingreso económico familiar cuando sus correlaciones fueron bajas que con IMC e imagen materna de la silueta del hijo; así, al parcializar el efecto del ingreso en las correlaciones de la escolaridad con el IMC del hijo y con la imagen materna de la silueta del hijo, éstas dejaron de ser estadísticamente significativas, lo que provocó que los coeficientes  $\beta$  de la escolaridad en el modelo predictivo no fueran significativos en ninguna de estas dos variables. Por lo tanto, el ingreso económico familiar es lo que toma importancia, restándosele a la escolaridad materna. Precisamente, en el estudio coreano antes mencionado (Young-Gyu, Jae-Heon, Kyung, Chi-Hyun, 2009), la razón de probabilidad de la baja escolaridad materna se incrementó sobre todo en las familias de estatus socioeconómico bajo, pasando a sextuplicar la probabilidad de sobrepeso-obesidad en comparación con las familias de estatus socioeconómico alto (OR = 6.14, 95% CI: 1.94, 19.46).

Al igual que la escolaridad el ingreso económico familiar correlacionó tanto con el IMC del hijo como con la imagen materna de la silueta del hijo con valores bajos. Las mujeres con menor ingreso económico familiar tienen hijos con menor IMC y perciben que sus hijos son más esbeltos. Este resultado del IMC difiere del reportado por el Sistema de Vigilancia Estadounidense de la nutrición pediátrica. En Estados Unidos de América, uno de cada siete niños en edad preescolar de familias con bajos ingresos es obeso (CDC, 2010). Esta baja correlación positiva encontrada parece ser un rasgo particular de la población estudiada en la cual ingreso económico familiar alto aparece en madres sin pareja, que trabajan y tienen más escolaridad frente a un ingreso económico familiar bajo, en madres con pareja, que son amas de casa y tienen baja escolaridad.

En el modelo el coeficiente de determinación del ingreso económico familiar sobre la imagen materna de la silueta del hijo no fue significativo, por lo que se eliminó. Probablemente la variable ama de casa le restó peso, ya que las amas de casa tienden a tener menor ingreso que las que no lo son en este estudio. Precisamente al parcializar el efecto de ser ama de casa en la correlación entre ingreso e imagen materna de la silueta del hijo, ésta dejó de ser significativa.

La ocupación materna (definida como ser ama de casa: 1= no y 2 sí) tuvo correlación significativa con IMC del hijo. Conforme a la expectativa, las mujeres que son amas de casa tienen hijos con menor IMC. Esto puede

reflejar la tendencia de las amas de casa a comprar comida saludable al tener el tiempo para cocinarla y lograr que sus hijos la coman; por el contrario, la tendencia de madres que no son amas de casa es a llevar comida hecha o de preparación rápida más apetitiva y con mayor densidad energética, lo que supone más costo económico, pero menos inversión de tiempo. El ser ama de casa no tuvo una correlación significativa con la imagen materna de la silueta del hijo, pero sí resultó un predictor con un coeficiente  $\beta$  significativo, al ser introducido en el modelo predictivo desde las sugerencias de los índices de modificación. Debe considerarse que la correlación entre ser ama de casa e imagen materna de la silueta del hijo, al parcializar el IMC del hijo, cambia el signo (de negativo a positivo) y se pasa a ser estadísticamente significativa.

Otras investigaciones también encontraron que la ocupación laboral materna se asocia con un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en los hijos, encontrándose que las mujeres laboralmente activas dedican mucho menos tiempo para cocinar, comer y jugar con sus hijos, siendo más propensos a comprar alimentos preparados (Gwozdz et al., 2013); además, hay evidencia sugestiva de que la disminución en el tiempo que pasan las madres con sus hijos es compensada insuficientemente por los padres (Cawley & Liu, 2012). También podría ser atribuido a que los hijos pasen más tiempo atendidos por otras personas, cuya calidad de cuidado sea menor; o que los niños, sin supervisión de los padres, sean más propensos a quedarse en casa viendo televisión, jugando videojuegos y pasando menos tiempo en actividades recreativas activas (Gwozdz et al., 2013).

Las amas de casa parecen preocuparse más de que sus hijos tengan sobrepeso u obesidad, así presionan más para que el hijo coma lo que se le sirve (control en alimentación), probablemente alimentos saludables (con baja densidad energética y alta en nutrientes y fibra), como frijoles, arroz, nopales, jitomate, lechuga, huevo, etc. Lo que concuerda con otro estudio en el que se observa que la percepción y preocupación materna por el peso del hijo influyen en las estrategias de alimentación; en el caso de peso bajo del hijo, la madre tiende a presionar para que éste coma y gane peso; por el contrario, en el caso de obesidad del hijo, la madre restringiría la dieta y recompensaría por comer saludable (Flores et al., 2015).

La edad de la madre presentó correlación con el IMC del hijo. Las mujeres mayores tienden a tener los hijos con mayor IMC, lo que concuerda con un estudio realizado en Grecia (Manios et al, 2010), donde se observó mayor riesgo de obesidad infantil en los padres con edad e IMC mayores. La correlación entre la edad de la madre e IMC del hijo podría ser debida a que sus hijos son los niños más mayores de la muestra, y de ahí que sean los más altos y pesados y con mayor IMC. Se observa que las madres con mayor edad tienen los hijos de mayor edad, siendo la correlación entre edad de las madres y los hijos moderada, además la correlación entre edad materna e IMC del hijo, al parcializar la edad del hijo, dejó de ser estadísticamente

significativa. Ambos datos apoyan claramente la atribución del efecto de la edad materna al sesgo introducido por la edad y fase evolutiva de sus hijos en edades de pre-escolar y primaria.

Debe mencionarse que el presente modelo es independiente de la edad del hijo, pues no es una variable contemplada. Si la edad del hijo se introdujese como predictor de su IMC no cambian la significación y signo de los coeficientes  $\beta$  de las variables, salvo el del ingreso económico que deja de ser significativo.

El estado civil (definido como vivir con la pareja: 1 = no y 2 = sí) sólo correlacionó con imagen materna de la silueta del hijo. Las mujeres que no viven con su pareja perciben a sus hijos más robustos que aquéllas que sí. Si se considera que el modelo de percepción objetiva es el más adecuado a los datos (significación de parámetros e índices de ajuste), y que la imagen materna tiene una correlación alta y directa con el IMC del hijo, esto indica que mujeres que no viven con su pareja se enfrentan a mayores problemas de sobrepeso y obesidad en sus hijos. Aquéllas que no viven con su pareja son laboralmente activas y esto conduce al argumento anterior dado al hablar de la ocupación de la mujer en relación con la falta de tiempo para mantener de una alimentación de calidad con sus hijos. El tamaño del efecto del estado civil fue pequeño. Debe señalarse que otros estudios hablan de independencia entre el estado civil y la adecuación de la percepción materna del peso del hijo (Boutelle, Fulkerson, Neumark-Sztainer, & Story, 2004; Hager et al, 2012).

### ***Relación de las estrategias de crianza con el IMC del hijo e imagen materna de la silueta del hijo***

De las 4 estrategias parentales, el control de la alimentación correlacionó tanto con el IMC del hijo como con la imagen materna de la silueta del hijo; además la disciplina en alimentación correlacionó con IMC del hijo, quedando en el modelo ambas estrategias correlacionadas entre sí y como variables predictoras del IMC del hijo, pero con signos opuestos. Las madres que controlan más la alimentación (lo que se sirve) y castiga menos tienen hijos con menor IMC; por el contrario, las madres que controlan menos y disciplinan más tienen hijos con mayor IMC.

Las correlaciones del control en alimentación con las variables sociodemográficas indican que éste es más eficiente en amas de casa y madres con menor ingreso económico familiar, como ya se señalado en párrafos previos.

El efecto de los estilos parentales parece ser muy reducido sobre el IMC del hijo, pero esto coincide con las investigaciones en el campo de estudio (Flores et al., 2010; Larios et al., 2009; Vaughn, Tabak, Bryant, & Ward, 2013). El autorreporte en términos generales (grado de acuerdo) de lo que se hace

(usualmente) para alimentar a los hijos está poco relacionado con la variable antropométrica del IMC probablemente porque se requiere de una exactitud inalcanzable con este tipo de instrumento de autorreporte.

### ***Relación entre IMC del hijo e imagen materna de la silueta del hijo***

El modelo predictivo claramente apoya la hipótesis de que el IMC del hijo determina la imagen materna de la silueta del hijo, no teniendo la imagen materna de la silueta del hijo efecto sobre el IMC, esto es, apoya un modelo de percepción materna objetiva, teniendo este modelo buen ajuste a los datos tanto por el método ML como por el método SLS que admite variables ordinales y dicotómicas. Además la afirmación de percepción objetiva viene reforzada por la correlación significativa, directa y alta entre IMC del hijo e imagen materna de la silueta del hijo. La talla y el peso del hijo determina la imagen que se hace de la madre de su hijo, siendo este proceso perceptivo independiente del IMC de la madre.

Al ser el planteamiento de análisis distinto, los presentes datos no contradicen los resultados de investigaciones anteriores en las cuales se define una variable diferencial ente el IMC del hijo y la percepción materna o variable de distorsión perceptiva, y en las cuales se observa un efecto negativo de la distorsión materna sobre el IMC del hijo (Hirschler et al., 2006). Los presentes datos muestran que el modelo de imagen objetiva sin efecto de esta imagen sobre el IMC del hijo es el que tiene mejor ajuste en una muestra no clínica de población general.

### ***Limitaciones, conclusiones y sugerencias***

Se reclutó una muestra probabilística de madres con niños en pre-escolar y primaria de 4 escuelas de Monterrey, así los datos y conclusiones derivadas deben generalizarse como estimaciones paramétricas sólo para las madres e hijos de las 4 escuelas estudiadas. Deben considerarse como hipótesis en poblaciones afines. Los presentes datos sobre estilos parentales corresponden a instrumentos de autoinforme, por lo que pudiesen diferir de los obtenidos con escalas de auto-observación o procedimientos observacionales (cámaras ocultas). En el modelo se introdujeron dos variables dicotómicas, lo que resta precisión a la estimación por ML y de ahí que se complementó los datos repitiendo los análisis por el método SLS y muestreo repetitivo, los cuales arrojaron resultados equivalentes.

En esta población de madres de niños de pre-escolar y primaria, mayor IMC del hijo es predicho por menor control de la alimentación del hijo por parte de la madre (menor control de que el hijo coma lo que se le sirve y en las horas de comida o colación), mayor disciplina en alimentación (castigar más por incumplir ciertas reglas para evitar la ganancia de peso), mayor peso de la madre (carga hereditaria y modelo de alimentación) y por el hecho de que la madre trabaje a tiempo completo fuera del hogar y tenga mayor ingreso

económico familiar (menor tiempo para cocinar comida saludable, mayor disposición de dinero para comer comida preparada y salir a comer). La imagen materna de la silueta del hijo es predicho por el IMC del hijo (percepción objetiva) y fue independiente del IMC de la madre. Las madres que trabajan fuera del hogar, que no viven con la pareja y que tienen más ingreso económico perciben a sus hijos más robustos en relación con un mayor IMC en el hijo, esto último probablemente debido a la tendencia a llevar comida chatarra y tener menos tiempo para controlar una alimentación más saludable en sus hijos.

En futuros estudios se sugiere considerar que el efecto directo de la edad de la madre sobre el IMC del hijo sea consecuencia de la mayor edad y etapa evolutiva más avanzada del hijo en edades de pre-escolar y primaria. Las intervenciones usualmente están diseñadas con la idea de que el sobrepeso y la obesidad infantiles están ligados a la falta de recursos económicos y educativos de las madres, pero en la población estudiada se debe prestar atención a las madres que trabajan muchas horas fuera del hogar, sin pareja, con poco tiempo para encargarse del control de una alimentación saludable y que probablemente lleven a comer a sus hijos a sitios de la preferencia de estos, especializados en comida apetitiva, densa en calorías y poco saludable.

## Referencias

- Boutelle, K., Fulkerson, J. A., Neumark-Sztainer, D., & Story M. (2004). Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: Are they accurate? *Obesity Research*, 12, 1754-1757. doi:10.1038/oby.2004.217
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS* (2a. ed.). New York, NY: Routledge.
- Caprio, S., Daniels, S. R., Drewnowski, A., Kaufman, F. R., Palinkas, L. A., Rosenbloom, A. L., & Schwimmer, J. B. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Diabetes Care*, 31, 2211-2221. doi:10.2337/dc08-9024
- Cawley, J., & Liu, F. (2012). Maternal employment and childhood obesity: a search for mechanisms in time use data. *Economics and Human Biology*, 10, 352-364. doi:10.3386/w13600
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2010*. Recuperado de [http://wwwn.cdc.gov/nchs/nhanes/search/nhanes09\\_10.aspx](http://wwwn.cdc.gov/nchs/nhanes/search/nhanes09_10.aspx).
- Eckstein, K. C., Mikhail, L. M., Ariza, A. J., Thomson, J. S., Millard, S. C., Binns, H. J., & Pediatric Practice Research Group (2006). Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117, 681-690.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: An introduction to statistical power, meta-analysis and the interpretation of research results*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Flores, Y., Moral, J., Ortiz, R. E., Cárdenas, V., & Ávila, H. (2015). Propiedades psicométricas de la escala estrategias parentales para alimentación y actividad en madres mexicanas. *Revista Psicología y Salud*, 25(1), 43-55.

- Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero, M., & Hernández, M. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gwozdz, W., Sousa-Poza, A., Reisch, L. A., Ahrens, W., Eiben, G. M., Fernández-Alvira, J., Hadjigeorgiou, C., De Henauw, S., Kovács, E., Lauria, F., Veidebaum, T., Williams, G., & Bammann K. (2013). Maternal employment and childhood obesity—a European perspective. *Journal of Health Economics*, 32, 728-742. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.04.003
- Hager, E. R., Candelaria, M., Latta, L.W., Hurley, K. M., Wang, Y., Caulfield, L. E., & Black, M. M. (2012). Maternal perceptions of toddler body size – accuracy and satisfaction differ by toddler weight status. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166, 417-422. doi:10.1001/archpediatrics.2011.1900
- Haycraft, E., & Blisset, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54, 221-224. doi:10.1016/j.appet.2009.11.009
- Hirschler, V., González, C., Cemente, G., Talgham, S., Petticchio, H., & Jadzinsky, M. (2006) ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104, 221-226.
- Hoogland, J. Y., & Boomsma, A. (1998). Robustness studies in covariance structure modeling. An overview and a meta-analysis. *Sociological Methods & Research*, 26, 329-367. doi:10.1177/0049124198026003003
- Kaufer, M., & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 502-518.
- Kivimaki, M., Lawlor, D. A., Smith, G. D., Elovainio, M., Jokela, M., Keltikangas-Järvinen, L., Viikari, J. S., & Raitakari, O. T. (2007). Substantial intergenerational increases in body mass index are not explained by the fetal over nutrition hypothesis: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *American Journal Clinical Nutrition*, 86, 1509-1514.
- Kröller, K., & Warschburger, P. (2008). The association between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite*, 51, 166-172. doi:10.1016/j.appet.2008.01.012
- Kröller, K., & Warschburger, P. (2009). ISS: Ein Instrument zur erfassung elterlicher steuerungsstrategien in der essensituation. *Diagnostica*, 55, 135-143. doi:10.1026/0012-1924.55.3.135
- Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C., Bruning, N., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. *International Journal of Obesity*, 29, 373-380. doi:10.1038/sj.ijo.0802914
- Lara, B., Flores, Y., Alatorre, M. A., Sosa, R., & Cerda, R. M. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *Salud Pública de México*, 53(3), 258-263.
- Larios, S. E., Ayala, G. X., Arredondo, E. M., Baquero, B., & Elder, J. P. (2009). Development and validation of a scale to measure Latino parenting strategies related to children's obesigenic behaviors. The parenting strategies for eating and activity scale (PEAS). *Appetite*, 52,

- 166-172. doi: 10.1016/j.appet.2008.09.011
- Lehto, R., Ray, C., & Roos, E. (2012). Longitudinal associations between family characteristics and measures of childhood obesity. *International Journal of Public Health, 57*, 495-503. doi:10.1007/s00038-011-0281-5
- Li, L., Law, C., Conte, R., & Power, C. (2009). Intergenerational influences on childhood body mass index: the effect of parental body mass index trajectories. *American Journal Clinica Nutricion, 89*, 551-557. doi:10.3945/ajcn.2008.26759.
- Manios, E. I., Moschonis, G., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A., & Liariqkovinos, T. (2010). Determinants of childhood obesity and association with maternal perceptions of their children's weight status: The "GENESIS" study. *American Dietetic Association, 110*, 1527-1531. doi:10.1016/j.jada.2010.07.004
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M. T. González (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). Ciudad de México: Trillas.
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin, 105*, 430-445. doi:10.1037/0033-2909.105.3.430
- Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of World Health Organ, 85*, 660-667.
- Organización Mundial de Salud (OMS, 2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Orrell, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2007) "Just three more bites": An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite, 48*, 37-45. doi:10.1016/j.appet.2006.06.006
- Preacher, K. J., & Coffman, D. L. (2006). *Computing power and minimum sample size for RMSEA*. Extraído de <http://quantpsy.org/rmsear/rmsear.htm>
- Rooney, B. L., Mathiason, M. A., & Schauburger, C. W. (2011). Predictors of obesity in childhood, adolescence, and adulthood in a birth cohort. *Maternal Child Health Journal, 15*, 1166-1175. doi: 10.1007/s10995-010-0689-1
- Secretaría de Salud (1987, 6 de enero). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación, 768-776*.
- Secretaría de Salud (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1, para el manejo integral de la obesidad. *Revista Médica del IMSS, 38*, 397-403.
- Vaughn, A. E., Tabak, R. G., Bryant, M. J., & Ward, D. S. (2013). Measuring parent food practices: a systematic review of existing measures and examination of instruments. *International Journal of Behavior, Nutrition and Physical Activity, 10*(1), 61. doi:10.1186/1479-5868-10-61
- Wells, J. C. K., Marphatia, A. A., Cole, T. J., & McCoy, D. (2012). Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: understanding the female excess. *Social Science Medical, 75*, 482-

490. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.029

Yeow, A. N., Bee, B. S., Bee, K. P., & Mohd, N. I. (2013). Multifactorial influences of childhood obesity. *Current Obesity Reports*, 2, 10-22. doi:10.1007/s13679-012-0042-7

Young-Gyu, C., Jae-Heon, K., Kyung-A, K., & Chi-Hyun, S. (2009). The relationship between low maternal education level and children's overweight in the Korean society. *Obesity Research & Clinical Practice*, 3(3), 133-140. doi:10.1016/j.orcp.2009.03.002.

## **“La educación en los derechos de los pacientes como ámbito de intervención social en el sector salud”.**

Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos<sup>141</sup>  
Silvia Vázquez González<sup>142</sup>

### **Resumen**

Se requiere consolidar una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, la intervención del trabajador social es fundamental, debe establecer la confianza y comunicación abierta con los pacientes, colaborando en procesos de difusión, promoción y educación sobre sus derechos, para que éstos y sus familiares tengan el conocimiento, los ejerzan y se integren en procesos de toma de decisiones en pro de su salud.

El dominio del conocimiento sobre los derechos humanos y específicamente de los derechos de los pacientes, así como su difusión corresponde al personal de salud, por lo cual en esta comunicación se presenta el análisis del conocimiento y la participación del personal de salud sobre los derechos de los pacientes, en una institución hospitalaria en Cd. Victoria, Tamaulipas; el objetivo es conocer si los profesionales del trabajo social lo incluyen en sus funciones y qué tanto reconocen que su intervención, coadyuva a promover el cumplimiento de los mismos en su unidad médica.

El método utilizado es cuantitativo, con la aplicación de un instrumento con preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple; 100 cuestionarios a personal de la institución, en los diferentes turnos. Para la captura y análisis de datos se utilizó el Excel.

Se encontró que el 53% de los entrevistados es del sexo femenino, del total el 65% oscila entre los 20-40 años de edad; 26% son enfermeras, médicos y paramédicos coincide en 13%, 9% son trabajadoras sociales y 1% de psicología; el 42% corresponden al turno matutino; el 82% manifestó conocer acerca de la existencia de un apartado sobre los derechos de los pacientes; el 86% expresó identificar por lo menos uno de los derechos; sin embargo el 81% consideró necesario mejorar la atención sobre el tema de los derechos de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE.-** Derechos, programa, educación, intervención social, sector salud.

---

<sup>141</sup> Lic. En TS, Maestra en Salud Pública Profesora investigadora de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el desarrollo humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

<sup>142</sup> Lic. En TS, ME, Doctora en Ciencias Sociales e Intervención por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla España, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Profesora investigadora de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el desarrollo humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

## **ABSTRACT**

It is required to consolidate a culture that promotes social participation and co-responsibility in health care, the social worker intervention is fundamental, should establish trust and open communication with patients, collaborating on processes of dissemination, promotion and education on their rights, so that they and their families have the knowledge, exercise them and are integrated into processes of decision-making for health. The domain knowledge on human rights and the rights of patients, as well as their dissemination corresponds to health personnel, specifically so in this communication presents analysis of knowledge and the participation of health personnel on the rights of patients in an hospital institution on Cd. Victoria, Tamaulipas; the objective is to know if social work practitioners include it in its functions and how much recognize that their intervention, helps promote compliance with them in its medical unit. The method is quantitative, with the application of an instrument with closed, dichotomous questions and multiple choice; 100 questionnaires to staff of the institution, in the different shifts. The Excel.Se was used for the capture and analysis of data found that 53% of respondents is of the female sex, total 65% ranges between 20-40 years of age; 26% are nurses, physicians and paramedics coincides in 13%, 9% are social workers and 1% of psychology; 42% correspond to the morning shift; 82% said to know about the existence of a section on the rights of patients; 86% said to identify at least one of the rights; However 81 percent considered it necessary to improve the attention to the issue of the rights of patients

**KEYWORDS.** Rights, program, education, social intervention, health sector.

## ***Revisión de la literatura***

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, que entró en vigor en el año de 1976, reconoce que los derechos se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana.

La dignidad depende de la capacidad de realizar actos libres y responsables, pero también parte del reconocimiento y respeto del otro, es necesario reflexionar sobre la responsabilidad que tiene el personal de salud, no sólo de la difusión de los derechos, sino además de ser los principales promotores y defensores, comprometidos con el pleno ejercicio de los mismos; fomentando una cultura laboral, en donde los pacientes tengan la oportunidad de estar bien informados, la capacidad de ser autogestivos y la libertad de tomar decisiones con plena conciencia, respecto a su salud; con la finalidad de promover la calidad en el servicio ,enfocada a lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Es motivo de este estudio, reflexionar sobre la intervención del Trabajador Social en la educación de los derechos de los pacientes: ¿Qué piensan estos

profesionales al respecto?, ¿Cuál es su participación?, ¿Cuál es la respuesta del personal de salud?.

Es importante partir del análisis sobre la conceptualización de los derechos humanos o universales y algunos aspectos en el devenir histórico, como sustento de los derechos de los pacientes.

La palabra derecho encuentra sus orígenes en el latín *directum*, que significa derecho, recto, justo. Derecho, entonces, significa no apartarse de lo recto, alude a todo aquello que sea justo en sí mismo. (Mendoza y Cabello, 2013)

Para Margarita Herrera (2003), los derechos humanos son “todos aquellos principios y normas filosóficas, aspiraciones de justicia, juicios de valor, exigencias éticas, políticas y culturales, morales, religiosas, etc., en fin todo aquello que es necesario para que el hombre viva y conviva con dignidad”.

La Organización de las Naciones Unidas (2013), afirma que los derechos humanos son garantías esenciales para que podamos vivir como seres humanos. Sin ellos no podemos cultivar ni ejercer plenamente nuestras cualidades, nuestra inteligencia, talento y espiritualidad.

La OMS considera que los derechos humanos se caracterizan porque se centran en la dignidad del ser humano. Al hablar de dignidad se hace referencia a que las personas tengan la capacidad para realizar actos libres y responsables, así como la capacidad para reconocer y aceptar al otro, en la construcción de una autonomía y un trato equitativo.

En todas estas acepciones sobre los derechos humanos, predomina un aspecto fundamental, la centralidad sobre la dignidad de la persona, que le permita lograr su desarrollo como ser humano, mediante el ejercicio de su libertad, autonomía y responsabilidad; a través de un trato con igualdad, sin distinciones de ninguna especie.

En la historia de estos derechos, desde la perspectiva internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos es la piedra angular, fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en diciembre de 1948, aspirando a que todas las personas de los diferentes países promuevan mediante la enseñanza y educación, el respeto a estos derechos. En su artículo 1 señala: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Más adelante, en el artículo 25 se expresa lo relacionado con el derecho a tener un nivel de vida adecuado... y la asistencia médica.

Existe un aspecto significativo que es necesario señalar, que para hacer cumplir los derechos humanos constan por lo menos, nueve tratados internacionales, tales como: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus

Familiares; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas. En nuestro País, un marco Constitucional en cuanto a los derechos humanos se señala en el capítulo sobre los Derechos Humanos y sus Garantías, en el artículo 1º. refiere:

“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”.

Así mismo el artículo 4º. en el párrafo cuatro afirma “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.”

Es importante señalar que en el Título 1º, artículo 1º. de la Ley General de Salud a la letra dice:

La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público y de interés social”. En el artículo 2º. se reconoce como una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y en su artículo 3º. La Educación para la Salud.

En el mismo tenor, con respecto al surgimiento de los derechos de los pacientes, Tena y col. (2002) afirman que entre los antecedentes más remotos de los derechos de los pacientes se encuentran los plasmados en el Código de Hamurabi (1750 a.C.), descubierto en 1902 en Irán; en donde se sancionaba al médico cuando ocasionaba daño a su paciente.

Otro documento que revela como norma moral el respeto al ser humano enfermo, es el Juramento Hipocrático, en donde el médico manifiesta que en relación a su atención, la curación de los enfermos será bajo su mejor juicio, evitando cualquier daño y alejándolo de todo inconveniente.

Posteriormente la Ley de Aquilea hace énfasis en la culpa gravis o gravedad de la culpa, como base de muchas legislaciones, considerando sancionar al galeno que ocasione algún daño. De la misma manera, en la Edad Media, el Juramento de Asaf, sirvió para regir la conducta de los médicos judíos. En el año de 1946 se proclamó el Código de Nüremberg, en donde a través de un decálogo de principios, se establece el respeto a la dignidad humana.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2012), en su artículo 39 establece las facultades de la Secretaría de Salud para planear, desarrollar, establecer, evaluar y vigilar que el derecho de protección a la salud se haga efectivo.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y el Programa Nacional de Salud destacan el esfuerzo por hacer explícitos los derechos de los pacientes, considerando la importancia de su respeto, con la finalidad de fomentar una cultura de servicio orientada a tener un sistema de salud que responda a las necesidades y expectativas de los mexicanos.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (2009), desarrolla el contenido respecto a los requisitos de los prestadores del servicio de salud para brindar una atención de calidad.

El Código de Bioética para el Personal de Salud (2002), representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, por medio de este instrumento, la Comisión Nacional de Bioética busca facilitar el cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud.

La Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes (2001), es un decálogo que destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, a su dignidad y autonomía.

Es necesario conocer el concepto del término "intervención social", para adentrarnos en el ámbito de responsabilidad profesional del trabajador social, en este campo específico de salud:

Con respecto a la intervención social , Tello y Galeana (2010) en Flores y García (2013) , la definen como "... el conjunto de procesos y acciones articuladas con direccionalidad para enfrentar situaciones sociales reales, problemáticas y complejas de los individuos, grupos y comunidades y colectivos sociales que demandan la determinación de caminos viables que contribuyan a elevar su calidad de vida y hacer valer sus derechos sociales, a partir de potenciar condiciones, servicios y recursos existentes en los propios sujetos y en su entorno, caracterizados esencialmente por la disparidad y desigualdad social".

El profesionalista del trabajo social inmerso en las instituciones de salud, desarrolla su acción profesional, mediante la intervención social, ya que el conocimiento que tiene sobre los usuarios de los servicios de salud, adquirido a través de la investigación, le permite identificar sus necesidades y las situaciones problema; con la finalidad de establecer acciones viables y procesos que atiendan la vulnerabilidad de las personas, a través de la protección de sus derechos, para impactar sobre su bienestar.

Por su parte Escartín (1998), afirma que la intervención "es una acción específica del trabajador social en relación a los sistemas o procesos humanos para producir cambios".

Es entonces fundamental la intervención del trabajador social en la educación de los derechos de los pacientes, entendiendo que la educación en derechos humanos ha sido definida como "el conjunto de actividades de capacitación, difusión e información encaminadas a crear una cultura universal en materia de derechos humanos, actividades que se realizan transmitiendo conocimientos y moldeando actitudes."

“Un trabajador social no puede mejorar una situación social o resolver un problema en cualquiera de sus instancias (con individuos, con grupos o en comunidades), sino conociendo cuáles son los derechos fundamentales de esos individuos o grupos”. (Mendoza y Cabello, 2013)

El Manual de Estándares para la Certificación de Hospitales (2012) hace énfasis en que los establecimientos de atención médica trabajan para establecer la confianza y comunicación abierta con los pacientes y así comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales. Los resultados en la atención al paciente mejoran cuando los pacientes, y en su caso sus familiares, participan en las decisiones y procesos de atención de un modo que se adecua a sus expectativas culturales.

A fin de promover el cumplimiento de los derechos de los pacientes dentro de un establecimiento de atención médica, se comienza por definir dichos derechos y luego se educa a los pacientes y al personal sobre los mismos.

Para que una institución médica logre participar en un proceso de certificación de hospitales, es imprescindible que cumpla con una serie de metas y estándares, conformados a través de procesos que aseguren brindar servicios con buena calidad, en la atención médica y seguridad del paciente; uno de esos estándares, conocido como “Derechos de los pacientes y su familia”, con sus siglas en inglés PFR, requiere ser implementado, tanto en los trabajadores de la institución hospitalaria, como en la población usuaria de sus servicios.

Para atender la demanda de esa institución hospitalaria de tercer nivel, en Cd. Victoria, Tam., México, y contribuir en el cumplimiento del estándar PFR, con el firme propósito de obtener la certificación del hospital, se realizó la intervención social con personal de Trabajo Social, adscrito a la Institución, y con los estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social.

### **Método**

Mediante la colaboración de un grupo de estudiantes que cursan la Licenciatura en Trabajo Social en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, que deben realizar la Práctica Pre-Profesional en una institución de la comunidad, durante el octavo y noveno periodo, siendo asignados en el Hospital de tercer nivel, en donde se llevó a cabo la intervención; de manera inicial, mediante la primera fase se realizó una investigación de tipo cuantitativa, utilizando una encuesta con preguntas cerradas y abiertas, teniendo respuestas de opción múltiple y breves, con diversas variables como: folio, fecha, profesión, turno, identificar si conocen los derechos de los pacientes, las formas de difusión de los derechos, si consideran que es responsabilidad de su profesión, si se ha violado alguno de los derechos y si se ponen en práctica.

De un universo de 540 trabajadores, se aplicó a 100 empleados, de los diferentes turnos y profesiones, como trabajadores sociales, médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, entre otros.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo el viernes 12 de Septiembre del 2014, cubriéndose los turnos vespertino y nocturno; posteriormente el lunes 15 de septiembre, del mismo año, se aplicó la encuesta al turno matutino; concluyendo el día Martes 16 con el turno fin de semana y días festivos. Para la captura y análisis de datos se utilizó el Programa Excel.

Posteriormente, durante la segunda fase de la intervención, se realizó la planeación y desarrollo de un Programa de un Curso de los Derechos de los Pacientes, denominado “Los Derechos de los Pacientes: más que una cuestión de actitud y calidad”, dirigido de forma intencional al personal de la institución, se utilizó la “intervención directa”, es la que tiene lugar entre el trabajador social y su cliente, persona a persona, es decir, donde hay una relación presencial. (Escartín, 1998)

Así mismo se puede afirmar que fue una intervención participativa, ya que como afirman Flores y García (2013), las perspectivas participativas proponen que tanto el conocimiento científico (propio de los agentes externos) como el conocimiento popular (de grupos comunitarios o colectivos con los que se trabaja) sean igualmente relevantes en los procesos concretos de acción social que se emprendan. El diálogo en el que se imparten los diferentes conocimientos permite elaborar una comprensión de la forma de vida de las personas con las que se trabaja y, al mismo tiempo, producir procesos de concientización en el que estas personas se den cuenta de las relaciones de opresión que sostienen estas situaciones; y a su vez, funciona como movilizador de las acciones de transformación.

Con la finalidad de atender la necesidad del personal de salud, de la institución hospitalaria, en relación a fortalecer el conocimiento sobre los derechos de los pacientes, se llevó a cabo el Curso denominado “Los Derechos de los Pacientes: más que una cuestión de actitud y calidad”, dirigido al personal de fin de semana, dentro del programa de Educación Continua, durante el periodo comprendido del 21 de Febrero al 11 de Abril de 2015, en el auditorio del mismo hospital, con duración de dos horas por sesión; teniendo como objetivos generales “Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios que se brindan a los pacientes y sus familias” y “Reforzar la capacitación en el personal sobre el tema de los derechos de los pacientes”; y como objetivos específicos: Promover el cumplimiento de los derechos de los pacientes; sensibilizar y capacitar al personal sobre la importancia de comprender y aceptar las creencias y valores de los pacientes; así como promover que el personal permita que la familia del paciente se involucre, en lo que respecta a las decisiones sobre la atención del mismo.

La temática del curso fue muy variada, abordando tópicos como:

- I. Los derechos universales de la persona y los derechos de los pacientes
- II. Los derechos de los pacientes y la importancia de su seguridad en las Instituciones de Salud

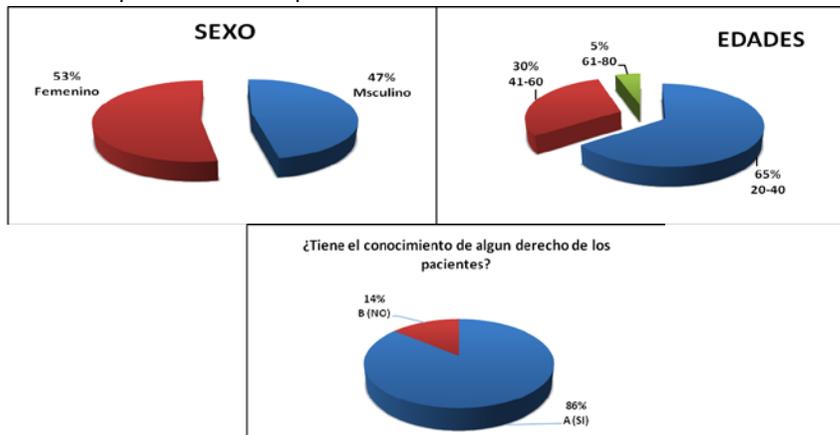
- III. La importancia de la comunicación y la confidencialidad en la atención de los pacientes
- IV. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado
- V. El proceso de atención de quejas y la resolución de conflictos en la atención de pacientes intrahospitalariamente
- VI. Los derechos de los pacientes en la etapa terminal
- VII. Respeto a la toma de decisiones del paciente o su familia, en relación a su atención y tratamiento
- VIII. La importancia de la participación de los pacientes en estudios e investigaciones de tipo clínico
- IX. Actuación de la Institución en la procuración y donación de órganos y tejidos
- X. Testimonio de un paciente del proceso de atención intrahospitalariamente

Las estudiantes de la práctica pre-profesional, tuvieron bajo su responsabilidad la organización y coordinación del curso; así como la gestión tanto de los recursos materiales que se necesitaban, así como la de los recursos humanos. Recibieron en todo momento el apoyo de Enseñanza y de la Subdirección de Atención al Usuario, otorgándoles las facilidades para realizar su intervención; así mismo, fueron quienes tuvieron a su cargo la supervisión del grupo y de las acciones realizadas.

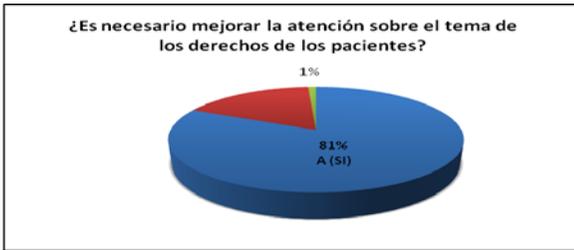
### Resultados

En la fase de investigación se encontró que el 53% de los entrevistados es del sexo femenino, del total el 65% oscila entre los 20-40 años de edad; 26% son enfermeras, médicos y paramédicos coincide en 13%, 9% son trabajadoras sociales y 1% de psicología; el 42% corresponden al turno matutino; el 82% manifestó conocer acerca de la existencia de un apartado sobre los derechos de los pacientes.

El 86% expresó identificar por lo menos uno de los derechos.



El 81% consideró necesario mejorar la atención sobre el tema de los derechos de los pacientes, el 8% comentó que no; y el 1% omitió la respuesta.



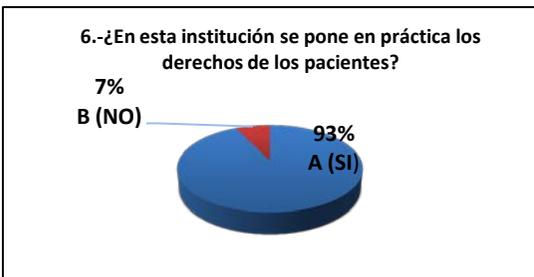
84% menciona que si existe la difusión de los derechos de los pacientes en la institución, mientras el 3% contestó que no existe y el 13% restante omitió la pregunta.

Con respecto a los medios de difusión, el 36% considera que el tríptico es el más importante por el cual se difunden los derechos de los pacientes; el 32% respondió que las mampara o carteles; mientras que el 20% consideró que el spot televisivo; en cuanto el 8% eligieron “otros” (como mesas de debate, separadores, videos entre los más mencionados) y el 4% omitió la respuesta.

El 93 % contestó que en el hospital si se ponen en práctica los derechos de los pacientes y el 7% opinó que no.

El 48% expresó que es excelente la atención que se brinda en relación a los derechos de los pacientes; mientras que el 47% dice que es buena; el 4% contesto regular, y sólo el 1% expone que es deficiente.

En relación al respeto sobre los derechos de los pacientes, el 70 % comentó que nunca se han violado los derechos; el 29 % dice que a veces y un 1% dice que siempre.

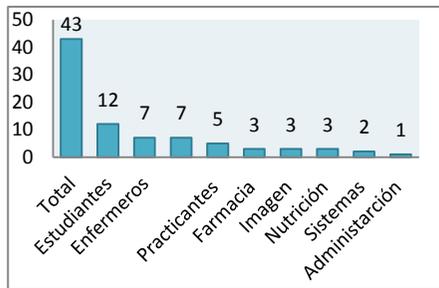
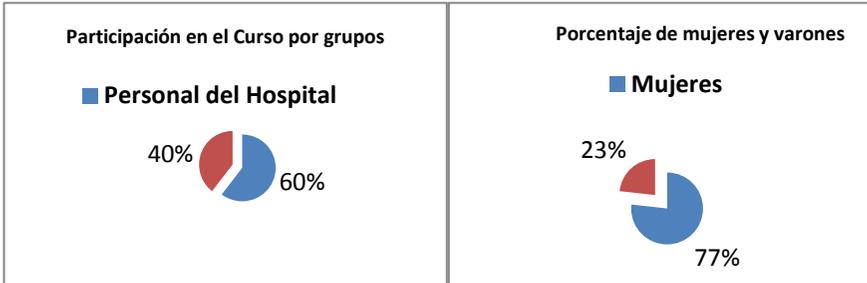


Resultados del desarrollo del Programa del Curso “Los Derechos de los Pacientes: más que una cuestión de actitud y calidad”:

Se inscribieron 43 personas al Curso, de los cuales 40% son estudiantes y 60% empleados del hospital. De estos 7 (27%) corresponde a trabajadoras sociales y enfermeras; 3 (11.5%) son personal de farmacia, imagen y nutrición; 2 (7.5%) de sistemas y 1 (4%) del área administrativa.

Con respecto al sexo, 77% son mujeres y 23% son varones.

Se tuvo la participación de 11 ponentes, entre los que se pueden mencionar a:



el Visitador Adjunto de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos en el Estado de Tamaulipas; el Subdirector de Atención Hospitalaria; el Jefe de división del Área de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional; la coordinadora de los Procesos de Acreditación y Certificación del Hospital; la Titular del Área de Quejas y Responsabilidades del Órgano Interno del Control; la Gestora de Calidad; el Coordinador de Cuidados Paliativos; el Tanatólogo de la institución; el Presidente del Comité de Ética e Investigación; el Procurador de Órganos y Tejidos; la Subdirectora de Atención al Usuario; y un Usuario de la Institución, como invitado especial.

De manera alterna, con la finalidad de contribuir en la capacitación del personal adscrito al hospital, distribuido en las áreas, del lunes a viernes, se inició el mismo curso, en donde están inscritos aproximadamente cien trabajadores; este se imparte una vez al mes, en sesión de una hora, teniendo como cierre, el mes de diciembre; los resultados se tendrán posteriormente.

Otras acciones en pro de los derechos de los pacientes, que se programaron como parte de la intervención social consisten en: Promoción de los derechos en las diferentes salas del hospital, a través de la colocación de carteles alusivos al tema; diseño y elaboración del tríptico con los derechos de los pacientes; incluir en la entrevista que realiza el personal de trabajo social al ingreso hospitalario del paciente, la orientación sobre el tema en particular, buscando crear la conciencia sobre la importancia y el respeto de los mismos ; así como la entrega formal de un tríptico con la información al respecto; las pláticas a los usuarios de los servicios, en las salas de espera de consulta externa, admisión hospitalaria, admisión médica continua, hemodiálisis, banco de sangre y oncología, a través de la exposición verbal del personal de trabajo social y la utilización de un rotafolios.

### ***Discusión***

Para los profesionales del Trabajo Social resulta imperativo conocer los derechos fundamentales de las personas, con la finalidad de que éstos sean utilizados de manera instrumental e inclusive operativamente como herramientas técnicas de intervención. (Mendoza y Cabello, 2013)

Es preponderante la necesidad de que el trabajador social tome plena conciencia de su responsabilidad en ser el principal promotor de los derechos de los pacientes, tanto a nivel general, dentro de la sociedad, como de manera específica, en las instituciones en las que se brinda la atención médica; porque es a través de su intervención, que tiene la oportunidad de organizar y coordinar los esfuerzos de los profesionales en general, en favor de quienes presentan una vulnerabilidad en salud.

En la actualidad, los vertiginosos cambios que nos toca vivir, obligan al profesional del Trabajo Social a cuestionar los valores imperantes en nuestra sociedad, requerimos de una sociedad más humana y justa en la que se respeten los derechos fundamentales. (Mendoza y Cabello, 2013)

Uno de los campos tradicionales, en el que interviene el profesional del trabajo social, es salud, en donde es imprescindible, que los profesionistas que tienen bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de los servicios de salud, brinden un trato digno, sensible, con calidad; siempre en pro del bienestar de la población, por lo que el trabajador social debe actuar a favor de la justicia social.

La intervención social requiere siempre de un conocimiento “de lo jurídico”, ya que una actuación profesional sin esta plataforma de acción resultaría incompleta. (Mendoza y Cabello, 2013).

### ***Conclusiones***

La actividad profesional de los trabajadores sociales es significativa para alcanzar los objetivos y metas que se tengan planteados, en cualquiera de los ámbitos de intervención, de manera particular en el sector salud; en donde a través de la intervención social se logra impactar en un programa que permite

la promoción, difusión y educación de los derechos de los pacientes, lo que redundará en que los profesionales de la salud, otorguen un servicio con calidad y calidez, a la población con mayor vulnerabilidad.

El que los profesionales de la salud cuenten con el conocimiento acerca de los derechos de los pacientes, no asegura que el personal esté consciente y acepte como su responsabilidad la promoción y difusión de los derechos; sin embargo, se puede considerar como un elemento que coadyuva a su sensibilización para brindar una atención que satisfaga las expectativas de los usuarios y que promueve que los pacientes o sus familiares tomen sus decisiones, de manera informada, con respecto a su atención.

### **Referencias bibliográficas**

#### **Libros:**

Escartín Caparrós Ma. José (1998). *Manual de Trabajo Social*. España: Editorial Aguaclara.

Flores Santacruz Julieta y García Rivas Socorro (2012). *Intervención Individualizada*. México: Yecolti Editorial.

Mendoza Cárdenas Héctor y Cabello Garza Martha L. (2013). *Derecho y Trabajo Social*. México: Clave Editorial

#### **Revistas:**

Chertorivsky Woldenberg Salomón (2012). *Manual de estándares para la Certificación de Hospitales*. México: Consejo de Salubridad General

Ruíz de Chávez Manuel (2013). *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. México: Secretaría de Salud.

#### **Sitios de internet:**

Ley General de Salud (2014). *Diario Oficial de la Federación* publicado el 4 de Junio de 2014. México. Disponible en: <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2014/10/LEY-GENERAL-DE-SALUD-%C3%9Altima-reforma-publicada-DOF-04-06-2014.pdf> (Recuperado el 15/05/2015)

Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos (2013). *Diario Oficial de la Federación* publicado el 19 de julio de 2013. México. Disponible en: [http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Mexico/MX\\_Constitucion.pdf](http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Mexico/MX_Constitucion.pdf) (Recuperado el 15/05/2015)

Salas Gámez (2012) .La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio a la salud en México. Una lucha por el respeto a los derechos

humanos de los pacientes. Revista Epikeia-Derecho y Política No. 19. México. Disponible en: [http://epikeia.leon.uia.mx/old/numeros/19/epikeia19-derechos\\_humanos\\_del\\_paciente.pdf](http://epikeia.leon.uia.mx/old/numeros/19/epikeia19-derechos_humanos_del_paciente.pdf) (Recuperado el 18/05/2015)

Código de Núremberg. México. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf> (Recuperado el 18/05/2015)

Declaración universal de los derechos humanos. Disponible en:

<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexessp.pdf> (Recuperado el 18/05/2015).

## **“Alimentos y sentimientos”. Una evaluación cualitativa.**

Janneth Rosales Cervantes<sup>143</sup>  
Bertha Rodríguez Ruelas<sup>144</sup>

### **Resumen**

En este trabajo, se presentan los resultados de una evaluación cualitativa realizada dentro del proyecto de intervención social “Reorientando las prácticas alimentarias positivas en la familia” donde participaron las familias de ocho mujeres con obesidad mórbida que acudían para su tratamiento a un grupo de Ayuda Mutua en el Municipio de San Nicolás de los Garza N.L. Particularmente, para conocer lo que se refiere al consumo de alimentos de las ocho mujeres y la asociación que existe con los sentimientos, y así proponer nuevas formas de intervención social en los problemas concernientes al consumo de alimentos como lo pueden ser el sobrepeso y la obesidad.

Para la evaluación se utilizó el instrumento “Diario de consumo” diseñado a partir de un Recordatorio de 24 horas, técnica que según Ferrari (2013) permite recolectar información de la ingesta reciente lo más detallada posible, de forma descriptiva, con limitación en el tamaño de las porciones exactas. Además, menciona que los datos del recordatorio de 24 horas no son útiles para generalizar ya que sólo representan la ingesta de una persona. Específicamente, para esta evaluación se modificó el Recordatorio de 24 horas original, agregando las preguntas: ¿Por qué me lo comí? y ¿Cómo me sentí? refiriéndose al consumo de cierto platillo o alimento antes mencionado. Para garantizar su validez, las modificaciones realizadas se sometieron a juicio por medio de expertos para asegurar su pertinencia en la evaluación.

Las preguntas utilizadas sirvieron para conocer los sentimientos que se le otorgan a los alimentos y que como mencionan Maza y Quintal (2012) son factores en la toma de decisiones ya que son reguladoras del funcionamiento mental y pueden ejercer influencia en la producción de ira, placer, tristeza, entre otros. Más allá, las autoras mencionan que el no tener control sobre las emociones es lo que conduce a tener conductas de riesgo como en este caso excesos en la alimentación.

**Palabras clave:** problema social, malnutrición, obesidad, familia, programa social.

---

<sup>143</sup> Estudiante de posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL

<sup>144</sup> Docente de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL

## **Abstract**

In this paper, the results of a qualitative study involving 8 families with female morbid obesity are shown. Named “family reorientation of food consumption habits”, it involves females attending a support group located in San Nicolas de los Garza, Nuevo León, México. The purpose of said group was to establish a relation between emotional state and food intake, providing new ways to approach social interventions relating: food consumption, overweight and obesity.

The instrument used, a food journal, has its base on Ferrari’s (2013) twenty four hour reminder technique. It allows the recording of recent food intakes favoring the description of the item and portion taken. The journal includes new questions: Why did I ate it?, and how did it made me feel?, refereeing to the intake of a specific meal. To validate those questions, the instrument was submitted to peer review.

Maza and Quintal (2012) state that decisions can be influenced by the individuals’ emotional state, such as anger, sadness, pleasure, among other. The authors also state that lack of emotional control/awareness leads to risky behavior, such as overeating.

Key words: social problems, malnutrition, obesity, family, social program.

## **Introducción**

La alimentación es una necesidad básica del individuo, es por ello que las distintas instancias a nivel mundial, nacional y estatal recomiendan desarrollar acciones encaminadas a prevenir una malnutrición en la población. Lo anterior, por medio de información, capacitación o asesoramiento apropiado que los ayude a tomar sus propias decisiones respecto a su alimentación y logren el bienestar de salud máximo al cual tiene derecho todo individuo. Sin dejar de lado, que México se encuentra entre los primeros lugares a nivel mundial en sobrepeso y obesidad y, como cita Muñoz (2010) en su estudio a Martell quien declara que dicho aumento no sólo afecta económicamente a la sociedad sino que *“Los costos de la epidemia no son sólo de carácter económico, se convierten a la vez en problemas humanos, sociales y culturales, de gran peso para la vida familiar, comunitaria y social”* (p.62).

El presente trabajo, describe los resultados de una evaluación cualitativa realizada como diagnóstico para el proyecto de intervención social “Reorientando las prácticas alimentarias positivas en la familia”. Tomando en

cuenta a ocho mujeres con obesidad mórbida<sup>145</sup> que acudían a un grupo de Ayuda Mutua para su tratamiento. Cada una de ellas perteneciente a las ocho familias que formaron parte del proyecto. Los resultados de la presente evaluación, pretenden dar luz para nuevas formas de intervención en el campo de la nutrición, que no se enfoquen en la clínica del problema, sino que de acuerdo al trabajo de las ciencias sociales se visualice su contexto.

Además, el proceso de alimentación se conforma de acciones, mismas que para efectos de este trabajo se definieron como “prácticas alimentarias” que pueden ser de ayuda para resolver el problema la malnutrición enfocado sobre todo al sobrepeso y la obesidad, aludiéndolos no sólo a un trastorno del equilibrio entre ingesta y gasto de energía, sino relacionarlo con factores: genéticos, ambientales y psicológicos (Cervera, Clapés y Rigolfas, 2004). Es decir, no se puede pretender que el individuo realice las funciones de forma mecánica sin tomar en cuenta sus propias percepciones, sentimientos o conocimientos sobre la alimentación.

### ***Aspectos sociales del problema***

A través del tiempo la alimentación ha sufrido una transición acelerada que va en forma paralela con la globalización y que incluye factores económicos, demográficos, culturales y de conocimientos, asociados a la selección de los alimentos (Márquez, Hunot, Macedo, Bernal y Vizmanos, 2011). Dichos factores se convierten según Carballeda (2002), en los escenarios o contextos que actualmente se encuentran atravesados por la denominada crisis de la modernidad.

Igualmente, los escenarios o contextos constituyen una sociedad, definida por la cotidianidad del individuo y que es determinante para la creación de los lazos sociales, mismos que repercuten en la identidad de sus integrantes de acuerdo a la presencia del otro. Implica también una serie de relaciones a través de las historias de vida de los propios individuos, su parentesco o su amistad, para la organización del espacio y los recursos como formas de reproducción del grupo, que en este caso conlleva la alimentación (Carballeda, 2002).

Entonces, y como lo menciona Mills (1961) es importante partir de la historia y la biografía del individuo y relacionarlas dentro de la sociedad, para entender los procesos de alimentación. Pero, no sólo ver al individuo como una pieza del rompecabezas, sino de escuchar su discurso y así comprender cómo toma de la sociedad las experiencias vividas para replicar sus decisiones en cuestión de alimentación.

---

<sup>145</sup> Obesidad mórbida: tipificación de la obesidad en función del Índice de masa corporal según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) <http://www.seedo.es/>.

## **Metodología**

Particularmente, en este documento se describe la metodología utilizada para llevar a cabo una evaluación cualitativa como parte del diagnóstico del proyecto “Reorientando las prácticas alimentarias positivas en la familia”. Utilizando un instrumento de elaboración propia llamado “Diario de consumo”, su elaboración y validación, la selección de las mujeres participantes y el análisis de la información obtenida.

### **Diario de consumo**

El Diario de consumo (DC) se elaboró a partir de la técnica de Recordatorio de 24 horas, utilizado comúnmente en las consultas de nutrición. Técnica que según Ferrari (2013) permite recolectar información de la ingesta reciente lo más detallada posible, de forma descriptiva, con limitación en el tamaño de las porciones exactas. Además, menciona que los datos del recordatorio de 24 horas no son útiles para generalizar ya que sólo representan la ingesta de una persona.

Específicamente, para esta evaluación se modificó el Recordatorio de 24 horas original, agregando las preguntas: ¿Por qué me lo comí? y ¿Cómo me sentí después de comerlo? refiriéndose al consumo de cierto platillo o alimento antes mencionado. Para garantizar su validez, las modificaciones realizadas se sometieron a juicio por medio de tres expertos tanto en nutrición como ciencias sociales para asegurar su pertinencia en la evaluación.

El formato del DC (Ver figura 1), está diseñado para que la persona por sí misma rellene cada uno de los recuadros sin embargo, es necesario que el responsable explique algunos requerimientos al inicio de la aplicación. Dichos requerimientos incluyen: 1) Colocar en el primer recuadro del día la fecha en la que están rellinando el DC (es importante incluir el día: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado o domingo); 2) En el recuadro de alimento debe colocar el platillo completo es decir, la preparación y la bebida; 3) Luego, en la pregunta ¿Por qué me lo comí? debe especificar la razón por la cual eligió ese alimento; 4) Y por último, describir con una palabra ¿Cómo me sentí después de comerlo?, hablando de dicho platillo en su conjunto.

En el caso que se haya consumido un solo alimento no una preparación, también se deberá contestar a las preguntas. Y aunque, el tiempo destinado para rellenar el DC no fue limitado, en su mayoría las mujeres lo entregaron en un tiempo máximo de treinta minutos.

Diario de consumo de alimentos de:

Día	Alimento	¿Por qué me lo comí?	¿Cómo me sentí después de comerlo?

Figura 1  
Diario de consumo

Continuando, con la

evaluación del DC, se utilizó la técnica cualitativa, ya que era necesario evaluar de alguna forma cada una de las respuestas plasmadas por las ocho mujeres participantes y así poder reflejar el aspecto social que afecta su proceso de alimentación. Por lo tanto, la forma de hacerlo era con ayuda de una evaluación que de acuerdo a Flick (2007), tuviera relevancia para el estudio de las relaciones sociales orientada a analizar casos concretos en tiempo y espacio a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos.

Es importante destacar, que no se tomaron en cuenta cantidades ni medidas de los platillos o alimentos plasmados. Por lo tanto, no se trató de una evaluación de la ingesta de alimentos de las ocho mujeres, sino de los sentimientos que les genera el consumo de ciertos alimentos. Finalmente, las respuestas obtenidas del DC se analizaron por medio del software MAXQDA versión 2011 mediante la creación de categorías y subcategorías que organizaran la información recabada.

### **Selección de las mujeres participantes**

Para la selección de las mujeres que participarían en la evaluación de diagnóstico del proyecto “Reorientando las prácticas alimentarias positivas en la familia” se usó el Método de Voluntarios que es común en la investigación cualitativa. Dicho método se puede emplear durante o después de conocer a la población, así como ajustar la cantidad de participantes en cualquier momento y no busca generalizar los resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Fue así, que se invitó de forma verbal a todas las mujeres con

obesidad mórbida que acudían al grupo de Ayuda Mutua antes mencionado durante el periodo de abril 2013 a abril 2014 para su tratamiento. Al final, sólo ocho de las diez mujeres invitadas aceptaron participar en el presente proyecto para la intervención con su familia (Ver Tabla 1).

**Tabla 1 Mujeres participantes**

No.	Edad	Peso kg	Ocupación
1	52	109.9	Hogar
2	54	130.5	Hogar
3	65	93.2	Hogar
4	50	98	Hogar
5	28	116.4	Empleada
6	62	102.2	Hogar
7	47	99.2	Hogar
8	38	137.9	Modista

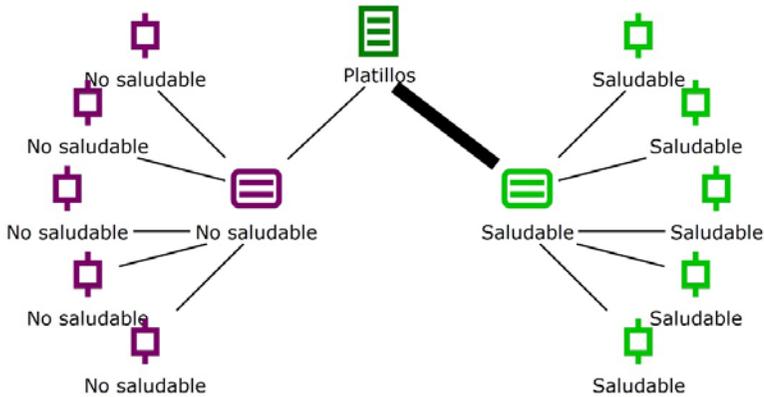
De las características a destacar, se puede observar que en su mayoría son mujeres que se dedican al hogar, siendo sólo dos las que realizan actividades de trabajo o por su cuenta y las edades que predominan son entre los 50 y 60 años de edad. Luego, el peso de las ocho mujeres indica una obesidad mórbida, que era uno de los requisitos para pertenecer al grupo de Ayuda Mutua, además de radicar en su totalidad en el municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León. Específicamente en las colonias: Hacienda los Morales, La Talavera, Jardines de Anáhuac, Las Puentes 14° Sector, Ciudad Ideal, Anáhuac La Escondida, Iturbide y Pedregal de Santo Domingo.

### **Análisis de los resultados**

Para el análisis de los resultados, se formaron categorías de acuerdo a las respuestas obtenidas, una para el tipo de sentimiento ya sea positivo o negativo y otra para la clasificación de los alimentos en saludables o no saludable. Cada una de ellas se describe a continuación:

En primer lugar (figura2), en la categoría de *platillos* que se refiere al alimento o preparación que consumieron, se pueden distinguir dos tipos:

Figura 2 Mapa de platillos



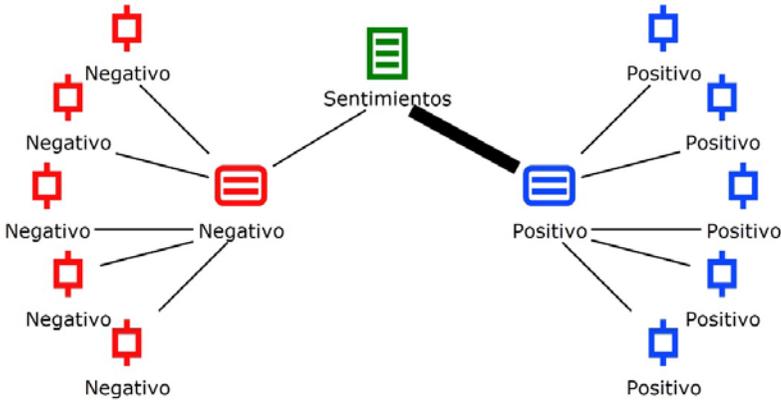
**No saludable** (color morado) que incluía preparaciones o alimentos como: chicharrón de puerco, tacos a vapor con frijoles, piña colada, espagueti con chorizo, refresco, galletas, barbacoa y paleta de leche. Dichos alimentos o platillos fueron considerados en esta categoría de acuerdo al aporte de calorías en forma de azúcares o grasas.

**Saludable** (color verde) en el que se incluían: quesadillas con panela, frutas, verduras, carnes de pollo, pescado o res a la plancha, yogurt, arroz, ensaladas, barras de granola, jamón de pavo, tortillas, frijoles, entre otros. En este caso, se tomó en cuenta que el platillo o preparación en su conjunto tuviera un balance entre los distintos grupos de alimentos y su aporte calórico en azúcares o grasas no fuera excesivo.

Como se puede observar nuevamente en la figura 2, los platillos de tipo *saludable* fueron una constante en las respuestas de las mujeres por lo tanto la saturación hacia ese lado es mayor (línea gruesa). Situación que puede deberse a que dichas mujeres tenían un conocimiento previo sobre la alimentación y ya se encontraban en algún plan alimenticio para mejorar su condición de obesidad mórbida.

En segundo lugar (figura 3), se encuentra la categoría referente a los *sentimientos* que les genera el consumo de cierto alimento y en ese aspecto se encontró:

**Figura 3 Mapa de sentimientos**



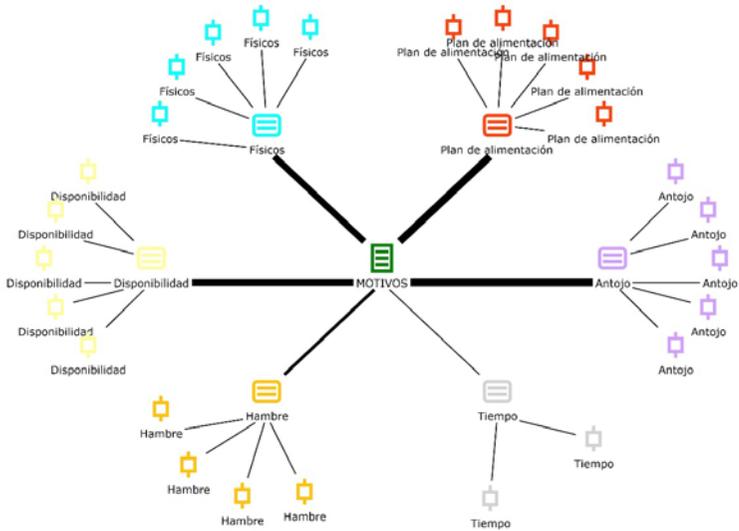
**Negativo** (color rojo) sentimientos como: culpa, sentirse mal, arrepentimiento, incomodidad, hambre, sentir que no se debió haber comido más de cierto alimento y remordimiento.

**Positivo** (color azul) dentro del cual se encontraron sentimientos de: felicidad, repetidamente el sentirse bien o muy bien y satisfacción.

De manera similar, en esta categoría las respuestas tuvieron una saturación en el lado positivo (ver figura 3) lo que tiene relación en que la mayor parte de los platillos fueron saludables. Por lo tanto, era de esperarse que las respuestas acerca de sus sentimientos generaran una satisfacción por estar consumiendo alimentos o preparaciones que para ellas son *Saludables*.

En tercer lugar, se analizó otra categoría formada gracias a la pregunta ¿Por qué me lo comí? y se pueden observar en la figura 4, los motivos por los cuales seleccionaron y consumieron cada alimento o platillo mencionado.

**Figura 4 Mapa de motivos**



Los motivos por los cuales las mujeres seleccionan el alimento y lo consumen son variados, pero se observa que la saturación en sus respuestas es mayor en la subcategoría de *antojo* (color lila), situación que contrasta con el consumo de alimentos mayormente *saludables*. Dentro de las respuestas que se obtuvieron y que se clasificaron como *antojo* se encuentran las siguientes: tenía ganas, por antojo, por chiflada y gusga, porque me gusta. Seguido por la subcategoría del motivo *plan de alimentación* (color rojo) donde sus respuestas fueron: que era lo que indicaba el plan o lo que estaba permitido. Luego, hubo quienes mencionaron tener motivos *físicos* (color azul) para seleccionar cierto platillo o alimento y su respuesta fue: que era lo que aceptaba su estómago en ese momento.

Continuando con los motivos, la *disponibilidad* (color amarillo) fue otra condicionante para la selección y consumo de alimentos y entre las respuestas destacan que: era lo que tenían, eso hice de comer, es lo que dieron o me lo regalaron. Casi para finalizar, el *hambre* (color naranja) fue una de las repuestas menos mencionadas en los motivos para la selección y consumo de alimentos. Por lo tanto y retomando a Contreras (2002) los diversos usos de los alimentos en la sociedad parten desde la necesidad por una parte de

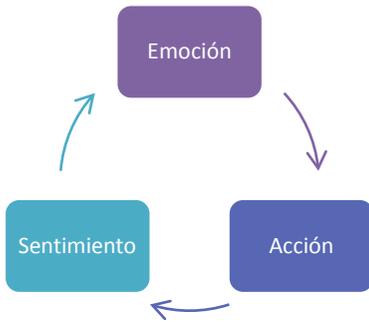
satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo, como ideal meramente nutricional o biológico. Mientras que, por otra parte se trata de lograr relaciones personales y de negocios, expresar amor y cariño, hacer distinción a un grupo, hacer frente a stress psicológico o emocional, significar estatus social, recompensar o castigar, ejercer poder político y económico, entre otros, que son representaciones de lo social.

Y por último, el motivo del *tiempo* (color gris) no fue de gran importancia para las mujeres que respondieron al DC, ya que sólo dos de ellas comentaron al respecto: por ser rápido y porque era tarde. Situación que, si se toma en cuenta que la mayoría de las mujeres se dedica al hogar no tendría por qué ser diferente. Como se puede ver, el motivo es una forma condicionante del consumo de alimentos y en su mayoría no dependen de una condición física como el hambre.

De acuerdo a los resultados anteriores y como lo mencionan Maza y Quintal (2012), los factores emocionales influyen en la toma de decisiones, tanto algunas complejas como otras más simples en el caso de la alimentación. Las autoras destacan que la emoción sucede antes que la acción es decir, del comportamiento, por eso la importancia de trabajar desde las emociones. También mencionan que las emociones suceden con tanta rapidez que en ocasiones es difícil pensar o elegir antes de realizar una acción.

Ejemplificando lo que las autoras mencionan, se pudiera visualizar de la siguiente manera (figura 5) y se podría llamar círculo vicioso de las emociones ya que una emoción genera una acción y esta a su vez genera un sentimiento.

**Figura 5 Círculo vicioso de las emociones**



Fuente: Elaboración propia

Emociones como el estar feliz o triste que lleven a comer o dejar de comer (acción), para luego sentirse mal o culpable. Las emociones se adaptan biológicamente para la supervivencia y revelan las prioridades de las personas para la acción (Maza y Quintal 2012). Por ello es importante, el autoconocimiento de las emociones, el control sobre ellas y el saber cuáles tienen relación con la alimentación de cada persona en particular. En ese aspecto las autoras recomiendan cinco técnicas que todo profesional de la nutrición debería aplicar primero en sí mismo para luego proporcionar educación nutricional a sus pacientes:

1. Conciencia emocional
2. Autoevaluación precisa
3. Autodominio
4. Automotivación
5. Empatía

En pocas palabras, el trabajo que desempeñe un profesional de la salud con enfoque social o que se mantenga en contacto con el profesional en trabajo social, hará posible el manejo multidisciplinario que se requiere para prevenir y/o tratar el sobrepeso y la obesidad. Un profesional que analice al individuo desde su contexto y con todas las implicaciones sociales que lo forman a lo largo de su vida y que las acciones no se conviertan en un paliativo al problema que atañe hoy en día a la sociedad. Es pertinente entonces, que cada Política Pública sea encaminada hacia una nueva forma de intervención social.

### **Conclusión**

De acuerdo al análisis de la información recabada y los resultados obtenidos se puede determinar que la alimentación en tiempos actuales no cumple sólo un papel biológico para el mantenimiento de la vida. Sino que, se le otorgan una serie de significados culturales, políticos, afectivos, psicológicos, entre otros, que no pueden pasar desapercibidos para los profesionales de la nutrición. Es necesaria una nueva forma de intervención de la nutrición que genere cambios positivos y que se apoye de manera integral en todos los aspectos que forman al individuo como: su contexto, su historia, sus creencias o conocimientos y como se observa ahora en sus emociones y sentimientos.

Como propuesta de intervención social y luego de realizada la presente evaluación cualitativa, se llevó a cabo el proyecto “Reorientando las prácticas alimentarias positivas en la familia” basado en el paradigma hermenéutico que se define como teoría y práctica de la interpretación. Específicamente dentro del paradigma hermenéutico se encuentra la Etnometodología que fue desarrollada por Garfinkel en el año de 1967. Esta teoría estudia la forma en que las personas enfrentan situaciones de la vida diaria y tiene como meta aclarar cómo se crea la vida cotidiana de una construcción social. Asimismo, la teoría considera que las personas poseen competencias prácticas, lingüísticas y de interacción que se pueden observar y registrar. Sobre todo, trata de apartar las propias creencias e ideas y enfocarse solamente en la forma en que un grupo maneja, resuelve o reproduce su estructura social (Álvarez-Gayou, 2003).

Por lo anterior, y dado que se trabajó sobre las prácticas alimentarias de la familia, se consideró pertinente una intervención social de acuerdo a los criterios del modelo “Centrado en la Tarea” que está diseñado para ayudar en

la resolución de dificultades que experimentan las personas en interacción con sus situaciones sociales. Igualmente, efectivo en el trabajo de grupo o familia por periodos de 6 a 12 sesiones en donde se establecen las tareas y plazos para su cumplimiento de forma cooperativa. (Viscarret, 2007).

### **Recomendaciones**

El instrumento de evaluación cualitativa "Diario de Consumo", es útil para conocer la ingesta diaria de una persona no sólo en tipo o cantidad de alimentos sino que también puede ayudar a comprender el contexto en el que se lleva la alimentación del individuo. Es por eso, que después de haber utilizado el instrumento se pueden proponer las siguientes recomendaciones:

1. El profesional o responsable del proyecto sea el encargado de rellenar el instrumento tratando de extraer la mayor cantidad posible de información sobre los alimentos consumidos el día anterior.
2. El profesional o responsable puede utilizar ejemplos de las cantidades o tipos de preparaciones de los alimentos con ayuda de medidas caseras, sus manos o réplicas de alimentos.
3. El profesional o responsable debe diferenciar si son sentimientos físicos o emocionales los que genera el consumo de cierto alimento.
4. Agregar notas al final dónde se pueda indicar algún si hubo algún acontecimiento importante el día descrito.

### **Limitaciones**

1. No se pueden generalizar los resultados obtenidos.
2. Los tipos de alimentos, medidas y preparaciones no son exactas.
3. Se pueden confundir los síntomas físicos con sentimientos.
4. Su análisis depende del juicio del responsable del proyecto y sus objetivos.
5. Sólo refleja la ingesta y sentimientos de un día anterior por lo que no representa el común de esa persona.

### **Referencias**

- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Carballeda, A. (2002) *La invención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Cervera, P., Clapés, J., y Rigolfas, R. (2004). *Alimentación y Dietoterapia*. España: McGraw Hill Interamericana.

- Contreras, J. (2002). *Alimentación y cultura Necesidades, gustos y costumbres*. México, Distrito Federal: Alfaomega Grupo Editor.
- Ferrari, A. (2013). Artículos de revisión y actualización. *Estimación de la ingesta por Recordatorio de 24 horas*. Disponible en <http://www.scielo.org>. (Recuperado el 23/02/15).
- Flick, U., (2007) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México, Distrito Federal: Mc Graw Hill.
- Márquez, F., Hunot, C., Macedo, G., Bernal, M. y Vizmanos, B. (2011) *Impacto de la transición alimentaria en el mundo. "Del hambre a la saciedad"* Cap 11: Contribuciones filosóficas, psicológicas, socioantropológicas y biológicas" Coord. López Espinoza y Martínez Moreno. Guadalajara: UDG.
- Maza, L. y Quintal R. (2012). *Educación en alimentación y nutrición*. Capítulo 3. Inteligencia emocional: una estrategia para la educación en nutrición. México, Distrito Federal: Inter sistemas editores y Distribuidora intersistemas.
- Muñoz, J. M. (2010). *Políticas Alimentarias de México: una crítica de la evolución de la desnutrición a la obesidad*. En M. L. Cabello Garza, & S. Garay Villegas, *Obesidad y prácticas alimentarias: Impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria* (págs. 61-82). Nuevo León: UANL.
- Viscarret, J. (2012). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza.

## **Actitudes socioculturales y percepción de la imagen corporal y la obesidad en universitarios.**

Edith Guadalupe Coronado Sánchez<sup>146</sup>  
María Natividad Ávila Ortiz<sup>147</sup>

### **Resumen**

La presión social, familiar y profesional, una inadecuada internalización y los medios masivos de comunicación donde continuamente se exhibe un ideal de delgadez, es a lo que están expuestos diariamente los estudiantes y son las causas principales que promueven una posible distorsión de la percepción que tienen sobre su cuerpo. Existen pocos estudios en México sobre la relación que existe entre las actitudes socioculturales (internalización, presión social y familiar) y la percepción de la imagen corporal en adultos jóvenes. Las mujeres tienden a ser más vulnerables a los cambios en los estereotipos de las modas vigentes, por ende tienen una predisposición mayor sobre los hombres al subestimar y/o sobrestimar su imagen corporal. El tener una percepción adecuada de la imagen corporal es un paso importante para la lucha contra la malnutrición ya sea por deficiencia (desnutrición) o por exceso (obesidad). El **objetivo** de la investigación es evaluar la relación entre las actitudes socioculturales y la percepción de la imagen corporal y la obesidad en jóvenes universitarios de la FaSPyN y FaEn de la UANL. El **método** a utilizar es mixto (cuantitativo-cualitativo) para obtener una perspectiva a profundidad. En la parte cuantitativa se utilizará un instrumento que contiene siluetas para la autopercepción de la imagen corporal la cual se contrastará con su Índice de Masa Corporal (IMC) y un instrumento autoadministrable (SATAQ-4) que cuenta con las tres dimensiones a medir; mediante la parte cualitativa se realizarán entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** La mayoría de los estudiantes presentaron un IMC normal solo con excepción de los estudiantes de género masculino en la Facultad de Enfermería los cuales había más diversidad de diagnósticos, en su mayoría con sobrepeso y obesidad. La internalización muscular/atléctica generó una mayoría de preferencia por parte de ambas facultades así como también aseguraron que la presión mayor ejercida para obtener un cuerpo deseado es por parte de los medios de comunicación.

**Palabras clave:** imagen corporal, adultos jóvenes, percepción, actitudes socioculturales

---

<sup>146</sup> Estudiante de la Maestría en Ciencias en Salud Pública del Posgrado de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>147</sup> Profesora-Ivestigadora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México

## **Introducción**

En la actualidad, se le da una gran importancia a la belleza física, el poseer un cuerpo delgado se ha convertido en una exigencia de la vida diaria, no solo por el bienestar personal sino por que engloba factores que pueden llegar a afectar la vida de las personas.

En cada cultura e inclusive historia de la humanidad existen estándares únicos sobre la imagen corporal, estos incluyen belleza, forma y decoración del cuerpo como consecuencia de diferentes factores socioculturales, biológicos y ambientales; sin embargo, no todos los factores impactan de igual manera en la mayoría de la población, de modo que se deben tener en cuenta variables tales como la edad, el sexo, el estado nutricional y la actividad física (Fedullo, Hernández & Sánchez, 2015).

La percepción de la imagen corporal puede verse afectada por los cánones de belleza que con el paso del tiempo se vuelven más rigurosos. El tratar de obtener una aprobación por parte de la sociedad ha llevado a las personas a tratar de alcanzar el ideal de perfección física que se fomenta día con día, pudiendo afectar su salud.

Una población susceptible a estos riesgos pueden ser los universitarios. El cambio de la adolescencia a una vida adulta conlleva responsabilidades y preocupaciones que antes no tenían. La influencia de los medios de comunicación, de la población e inclusive de la ciencia y tecnología tienen como resultado la idealización de un cuerpo modelo al que hombres y mujeres quieren obtener.

Aceves, García y González (2011) señalan que las personas con autopercepción de sobrepeso tienen mayor riesgo de baja autoestima y depresión que los individuos con percepción de la imagen corporal normal o de bajo peso.

México es uno de los países a la cabeza que presenta obesidad en niños y adultos. Aún así no se sabe con exactitud que hacen las personas para evitar esta enfermedad fuera de tratamientos adecuados para cada individuo para revertirla. La constante presión que ejerce la sociedad en el ámbito estético por presentar un físico ideal, hace que parezca irónico obtenerlo rápidamente.

La etapa universitaria, donde las edades oscilan entre adolescentes que acaban de convertirse en adulto jóvenes, es aquella donde los estudiantes adoptan nuevas identidades que se van modificando conforme a los distintos pensamientos con los que conviven diariamente. El querer sentirse adaptado y aceptado por los demás, hace modificaciones a los estilos de vida de las personas.

Es de vital importancia conocer que tan alta es la prevalencia de los hombres y de las mujeres que consideran la importancia de un cuerpo idóneo marcado por la sociedad actual. El saber que tanto influye en su vida personal y profesional. El conocer como consideran en estos tiempos la enfermedad de la obesidad y sus posibles consecuencias, no solo por cultura general sino para aprender a lidiar con ella.

La percepción corporal adecuada en los adultos podría detener grandes problemas de padecimientos relacionados con la imagen corporal. El darse cuenta de la gravedad de un sobrepeso u obesidad, ayudaría a prevenir enfermedades crónico-degenerativas a nivel metabólico y nutricional así como también ayudaría a mantener el autoestima y nivel emocional.

Por tal motivo, esta investigación pretende evaluar la relación entre las actitudes socioculturales y la percepción de la imagen corporal y la obesidad en jóvenes universitarios de la FaSPyN y FaEn de la UANL. No obstante, a lo largo del texto sólo se describen algunos datos preliminares que dieron origen a partir de la prueba piloto, con la información obtenida se pretendió dar respuesta algunos objetivos específico, tales como: Determinar la prevalencia de obesidad, la percepción sobrestimada y subestimada en estudiantes e identificar la influencia de la internalización, presión social y los medios de comunicación en estudiantes. Así como comparar el grado de percepción que tienen los estudiantes de género masculino y femenino de FaSPyN y FaEn.

### **Metodología**

Esta investigación se llevará a cabo a partir de un diseño transversal, descriptivo y comparativo con una metodología mixta (cualitativo-cuantitativo). La metodología o enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989).

En relación a la metodología cualitativa se pretende producir datos sobre el lenguaje y los sistemas de creencias de la población en estudio. Su énfasis se centrará en la obtención de datos textuales abiertos, en las propias palabras y frases de los universitarios, particularmente para obtener información del contexto de conducta y de los sistemas que influyen el comportamiento (Moreno, 2000). Por lo tanto, con la investigación cualitativa se pretende arrojar resultados interesantes relacionadas con salud, ir a la causa de los problemas y desde ahí plantearse, con la finalidad de incidir y disminuir los efectos de alguna problemática actual como es la obesidad (Fernández, 2006).

En la investigación, la fenomenología en particular la desarrollada por Husserl, será el método que proporcionará las bases para describir y comprender el significado y la esencia del fenómeno estudiado. Al mismo tiempo, ayudará a entender este problema desde las percepciones del propio actor, cuáles son los motivos, las creencias, la conducta humana, lo que dicen, hacen y qué es lo que se encuentra detrás de estas acciones, ya que esta perspectiva se centra en la experiencia personal y es flexible en su estructura para comprobar la multiplicidad de las experiencias cotidianas (Rodríguez, Gil & García 1999; Husserl, 1998).

El utilizar la fenomenología se basó en que es el método más adecuado cuando no hay razones para dudar de la bondad y veracidad de la información y el investigador no ha vivido ni le es nada fácil formarse ideas y conceptos adecuados sobre el fenómeno que estudia por estar muy alejado de su propia vida. Asimismo, ayudará a formar un conocimiento específico, natural, de sentido común y práctico de las percepciones y sentimientos de los universitarios los cuales se constituyen a partir de sus experiencias, conocimientos, modelos de pensamiento e información, que recibimos y transmitimos por la tradición, la educación y la comunicación social (Martínez, 2006). Además, de acuerdo a Sanabria (2001), la fenomenología comprende al hombre en su mundo a partir de sus opiniones, ideas y sentimientos, trata de descubrir como es que el otro ve, siente y piensa sobre los acontecimientos vividos.

La investigación fenomenológica, que forma parte de un planteamiento cualitativo, consiste en la descripción de las experiencias individuales, en términos fenomenológicos, a partir de la manera particular en que las viven. La contribución más importante de este tipo de investigación consiste en explorar la significación profunda de un fenómeno a través de las percepciones que las personas transmiten (Tejada, 1997).

El estudio se realizará en el periodo de mayo del 2014 a junio del 2016, en el cual participan estudiantes de licenciatura de 18 a 24 años de la Facultad de Salud Pública y Nutrición y de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Para recolectar los datos se hará uso de las Instalaciones de la Facultad de Salud Pública y Nutrición e instalaciones de la Facultad de Enfermería.

### ***Participantes***

Los criterios de selección de la población estudio tanto en la parte cuantitativa como cualitativa, son que los estudiantes que participan sean alumnos inscritos en la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) y a la Facultad de Enfermería (FaEn). Tener entre 18 y 24 años y que a través de un consentimiento informado autoricen su participación en el estudio.

Los criterios de exclusión son: a) Estudiantes que no pertenezcan a la Facultad de Salud Pública y Nutrición y la Facultad de Enfermería, b) Ser menor o mayor a la edad establecida, c) Estudiantes en etapa de embarazo, d) No contar con la autorización del consentimiento informado por escrito. Los criterios de eliminación son: información recopilada incompleta y que exista rechazo y/o abandono por parte de los estudiantes que participen en el estudio

### ***Técnica muestral***

#### ***Método cuantitativo***

Muestreo probabilístico, mediante la utilización de software Epidat. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Fistera y se calculó con base en la hipótesis “El 60% de los estudiantes de la FaSPyN presentan influencia de la internalización, presión social y medios de comunicación en comparación al 50% de los estudiantes de la FaEn”, con un nivel de confianza de 95% y poder estadístico de 80%, dando un total de una muestra de 305 universitarios. Con base en la segunda hipótesis “El 40% de estudiantes en la FaSPyN y FaEn sobrestiman su peso actual”, nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, indica una muestra total de 369 estudiantes de cada facultad.

#### ***Método cualitativo***

Muestreo no probabilístico, intencional y homogéneo por medio de saturación de datos. El muestreo intencional conlleva a la elección de los sujetos que el investigador considera reúnen las características típicas para la investigación, de manera que puedan aportar la información necesaria al efecto.

En el muestreo homogéneo los sujetos a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien, comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar las situaciones, procesos o episodios en un grupo social. El muestreo final se conoce cuando los casos que van adicionándose no aportan información o datos novedosos, aún cuando se agreguen más (Tejeda, 1997).

Para la metodología cualitativa el tamaño de muestra se elegirá conforme el transcurso de la recolección de datos y las características de las personas que participen. También, se llevará a cabo una saturación de datos, es decir, al momento que la información suministrada pueda interpretar y describir de manera eficaz el fenómeno de estudio y los estudiantes ya no produzcan información nueva se dará por concluido el tamaño de muestra (Hernández, 2014; Izcara, 2014).

## **Procedimiento**

Para la metodología cualitativa se realizarán entrevistas semiestructurada, la cual constará de una guía que ayudará a conocer la percepción de la imagen corporal, de la obesidad y del profesional de la salud con el propósito de profundizar en las respuestas y tener un estudio más amplio. Es importante señalar que en estos momentos se está detallando las preguntas necesarias para abarcar los temas. Al terminó del instrumento se procederá a realizar una entrevista como prueba piloto.

Para el método cuantitativo se empleó un cuestionario autoaplicable que consta de tres dimensiones:

Datos personales: en esta sección se incluyen los datos sociodemográficos del estudiante; Facultad a la que pertenece, edad, género, matrícula, semestre, procedencia, financiamiento de estudios, ingreso económico mensual y con quién habita. La segunda dimensión es el cuestionario de Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4), cuenta con 22 ítems con escala de Likert con un valor asignado que va desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5).

La tercera dimensión son 18 figuras anatómicas de hombres y mujeres con escala del 1 al 9 respectivamente (1 bajo peso; 2 y 3 peso normal; 4 y 5 sobrepeso; y 6, 7, 8 y 9 obesidad) en las cuales, los estudiantes seleccionarán de acuerdo a su percepción: figura que los representa, figura que quisieran tener, figura que representa un bajo peso, figura que representa un peso normal, figura que representa sobrepeso y figura que representa obesidad. También se procederá a diagnosticar su estado nutricio por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), por lo cual se le tomará la estatura a cada estudiante (m<sup>2</sup>) así como su peso (kg).

Cabe aclarar que los datos que a continuación se describirán en la sección de resultados, son datos preliminares de la fase cuantitativa que se obtuvieron a través de la prueba piloto.

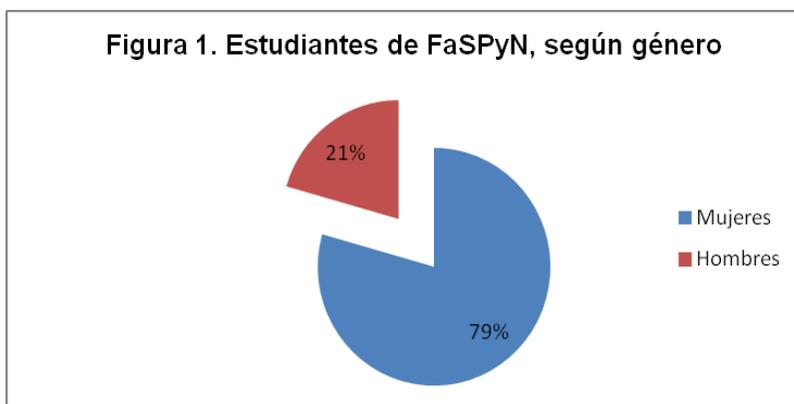
## **Resultados**

La prueba piloto realizado en las Facultades de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) así como también en la Facultad de Enfermería (FaEn) de la UANL, obtuvo una muestra de 62 personas de las cuales varían de 18 a 24 años de edad.

En la FaSPyN, se obtuvo una muestra de 34 estudiantes. El 50% de la población estudiantil tiene 20 años. El promedio de edad es de 20.22 años con una desviación estándar de  $\pm 1.17$ . Concluyendo que las edades oscilan entre los 19.05 años a 21.39. Con un rango de edad de 6 años (Ver tabla 1). El porcentaje de mujeres en la Facultad de Nutrición fue mayor al de hombres (Figura 1).

Tabla 1. Edad según género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

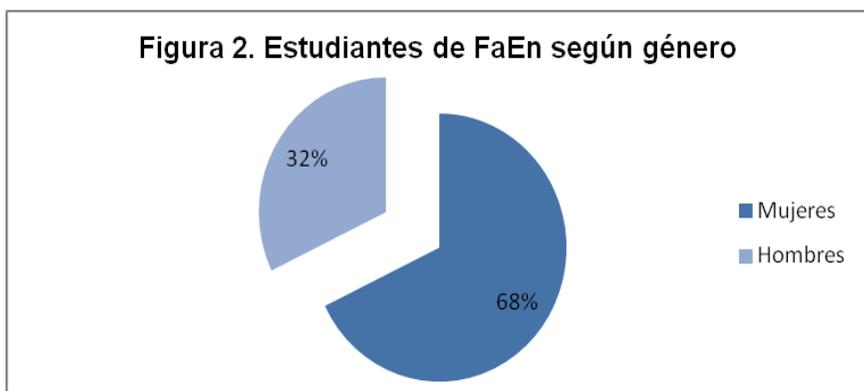
Edad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
18	2	5.88	0	0.00	2	5.88
19	4	11.76	1	2.94	5	14.71
20	14	41.18	3	8.82	17	50.00
21	4	11.76	2	5.88	6	17.65
22	2	5.88	1	2.94	3	8.82
23	0	0.00	0	0.00	0	0.00
24	1	2.94	0	0.00	1	2.94
Total general	27	79.41	7	20.59	34	100.00
Fuente: Encuesta directa						N=34



En la Facultad de Enfermería, se obtuvo una muestra de 28 estudiantes de los cuales la mayoría eran mujeres (Figura 2). Se calculó que el 42.86% de los universitarios tiene 20 años. Por lo tanto, el promedio de edad es de 20.82 años con una desviación estándar de  $\pm 1.38$ . De esta manera, se concluye que las edades oscilan entre los 19.44 años a 22.2. Con un rango de edad de 5 años (Ver tabla 2).

Tabla 2. Edad según género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
18	0	0.00	0	0.00	0	0.00
19	2	7.14	1	3.57	3	10.71
20	8	28.57	4	14.29	12	42.86
21	3	10.71	3	10.71	6	21.43
22	3	10.71	0	0.00	3	10.71
23	1	3.57	1	3.57	2	7.14
24	2	7.14	0	0.00	2	7.14
Total general	19	67.86	9	32.14	28	100.00
Fuente: Encuesta directa						N=28



Con un 88.24%, los estudiantes de la FaSPyN refirieron financiar sus estudios con ayuda de sus padres u otras personas [Ver tabla 3], al igual que en la FaEn con un 71.43% (Ver tabla 4).

Tabla 3. Financiamiento de estudios de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015		
	N	%
Trabajo	2	5.88
Ayuda de padres u otras personas	30	88.24
Becas	2	5.88
Otros medios	0	0.00
Total general	34	100.00
Fuente: Encuesta directa		N=34

Tabla 4. Financiamiento de estudios de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015		
	N	%
Trabajo	6	21.43
Ayuda de padres u otras personas	20	71.43
Becas	1	3.57
Otros medios	0	0.00
Total general	28	100.00
Fuente: Encuesta directa		N=28

Del total de los alumnos (mujeres y hombres) de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, al obtener mediante su peso y estatura el diagnóstico de su IMC, se obtuvo que la mayoría de ellos (73.53%), se encuentran dentro del rango normal (Figura 3).

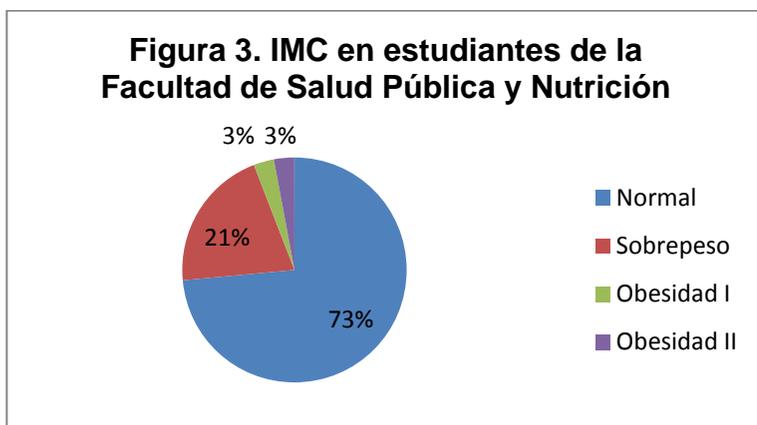
De las 27 (79.41%) mujeres encuestadas en la FaSpyN, en base a su Índice de Masa Corporal (IMC), 21 (61.76%) presentaron un diagnóstico de normalidad, 5 (14.71%) de sobrepeso y solo 1 (2.94%) de obesidad grado I.

En cuanto al género masculino, de los cuales fueron encuestados 7 (20.59%) hombres, se obtuvo que 4 de ellos (11.76%) presenta un IMC normal, 2 (5.98%) tiene sobrepeso y solo 1 (2.94%) presenta obesidad grado II (Ver tabla 5).

Tabla 5. Índice de Masa Corporal por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

Estado nutricio	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo Peso	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Normal	21	61.76	4	11.76	25	73.53
Sobrepeso	5	14.71	2	5.88	7	20.59
Obesidad I	1	2.94	0	0.00	1	2.94
Obesidad II	0	0.00	1	2.94	1	2.94
Obesidad Mórbida	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	27	79.41	7	20.59	34	100.00

Fuente: Encuesta directa



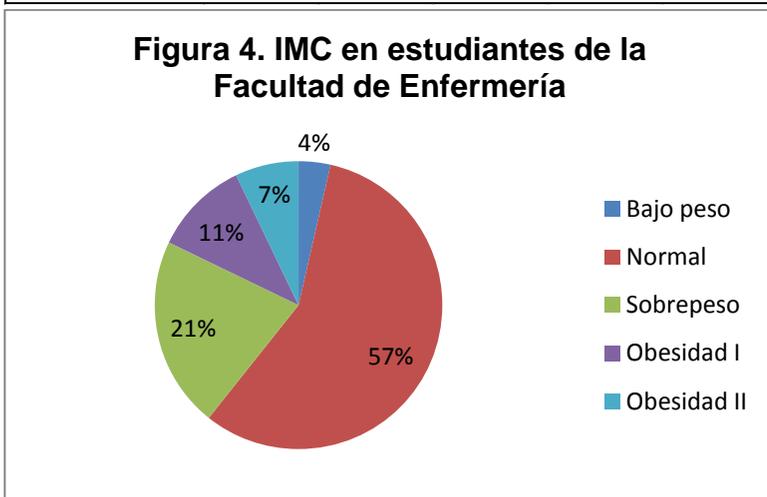
En la Facultad de Enfermería se presentó una mayor diversidad de diagnósticos de IMC en contraste con los obtenidos en la Facultad de Nutrición. El 57% de la población presentó normalidad mientras que dentro de los diagnósticos de sobrepeso y obesidad se obtuvo un 39% (Figura 4).

Del total de mujeres (19), 12 (42.86%) presentaron un IMC normal, 4 (14.29%) sobrepeso, 1 (3.57%) obesidad grado I y 2 (7.14%) presentó obesidad grado II.

En el género masculino, de los cuales se obtuvieron 9 (32.14%) hombres, se obtuvo un resultado donde 4 de ellos (14.29%) presenta un IMC normal, 2 (7.14%) tienen sobrepeso junto con 2 (7.14%) que presentan obesidad grado I y solo 1 (3.57%) presenta bajo peso (Ver tabla 6).

Tabla 6. Índice de Masa Corporal por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

Estado nutricional	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	0	0.00	1	3.57	1	3.57
Normal	12	42.86	4	14.29	16	57.14
Sobrepeso	4	14.29	2	7.14	6	21.43
Obesidad I	1	3.57	2	7.14	3	10.71
Obesidad II	2	7.14	0	0.00	2	7.14
Obesidad Mórbida	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	19	67.86	9	32.14	28	100.00
Fuente: Encuesta directa						N=28



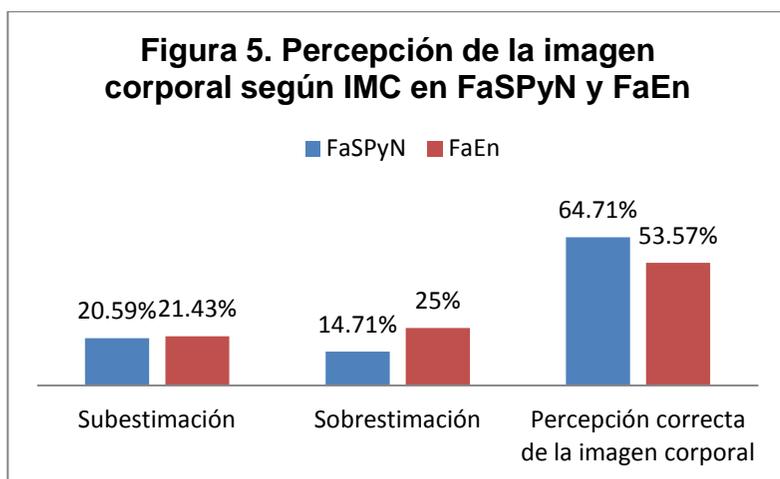
El 64.71% de la comunidad FaSPyN tiene una percepción correcta acerca de su estado nutricional. El 20.59% de los alumnos tiende a subestimar su peso y solo el 14.71% de ellos lo sobrestima. (Ver tabla 7). Por otra parte el 53.57% de los alumnos de la Facultad de Enfermería tiene una percepción correcta acerca de su estado nutricional. El 25% de los alumnos tiende a sobrestimar su peso y el 21.42% de ellos lo subestima (Ver tabla 8).

La FaEn tiene más tendencia que la FaSPyN a no tener una correcta apreciación de su imagen corporal.

Tabla 7. Subestimación y sobrestimación por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Subestimación del estado nutricional	4	11.76	3	8.82	7	20.59
Sobrestimación del estado nutricional	4	11.76	1	2.94	5	14.71
Percepción correcta del estado nutricional	19	55.88	3	8.82	22	64.71
Total general	27	79.41	7	20.59	34	100.00
Fuente: Encuesta directa						N=34

	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Subestimación del estado nutricional	2	7.14	4	14.29	6	21.43
Sobrestimación del estado nutricional	4	14.29	3	10.71	7	25.00
Percepción correcta del estado nutricional	13	46.43	2	7.14	15	53.57
Total general	19	67.86	9	32.14	28	100.00
Fuente: Encuesta directa						N=28



El 97% de los alumnos de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) respondieron acertadamente a la silueta propuesta para indicar bajo peso.

El 82.35% de los estudiantes de FaSPyN respondieron correctamente a las figuras que representan un peso normal. Solo el 55.88% ubicó las siluetas correspondientes al sobrepeso, mientras que un 85.29% mencionó que las siluetas de obesidad oscilaban entre la 5 y la 7 (Ver tabla 9).

Siluetas	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	27	79.41	6	17.65	33	97.06
Peso Normal	26	76.47	2	5.88	28	82.35
Sobrepeso	19	55.88	0	0.00	19	55.88
Obesidad	23	67.65	6	17.65	29	85.29
Fuente: Encuesta directa						N=34

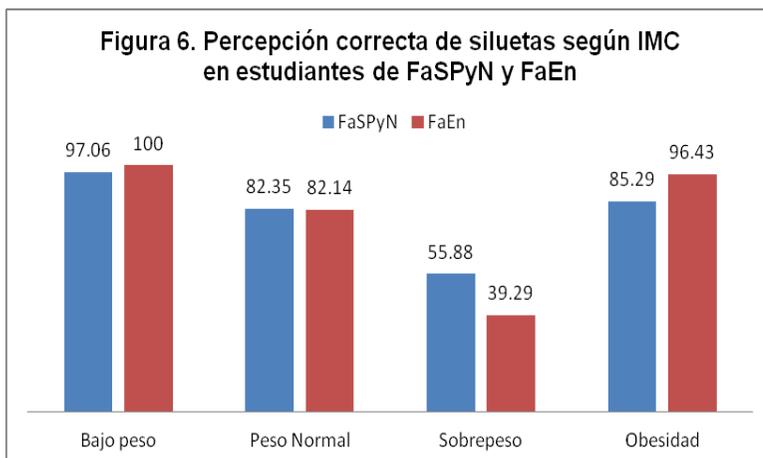
El 100% de los estudiantes manifestó que la silueta 1 era la de bajo peso. En cuanto a las personas que apreciaron correctamente las siluetas destinadas a un peso normal tuvo un 82.14%, mientras que con un 96.43% correspondió a la acertada elección de las siluetas de obesidad.

El sobrepeso expresado por parte de los estudiantes, fue en un 39.29% correcto. Al parecer los alumnos de ambas facultades tienen problema en distinguir este diagnóstico nutricional (Ver tabla 10).

Tabla 10. Percepción adecuada de estado nutricio por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería

Siluetas	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	19	67.86	9	32.14	28	100.00
Peso Normal	17	60.71	6	21.43	23	82.14
Sobrepeso	9	32.14	2	7.14	11	39.29
Obesidad	19	67.86	8	28.57	27	96.43
Fuente: Encuesta directa						N=28

Los alumnos de las dos Facultades tienen similitudes en apreciación de las siluetas propuestas con su correcto diagnóstico. Sin embargo, la menos acertada en ambas, fue el correspondiente al sobrepeso (Figura 6).



Con un 53%, las mujeres estudiantes de la Facultad de Nutrición tienen una internalización delgada/baja en comparación con el 46.74% presentado por las estudiantes de la Facultad de Enfermería. (Figura 7). Mientras que por el lado masculino ocurre de distinta manera, el 49.78% manifestado por los

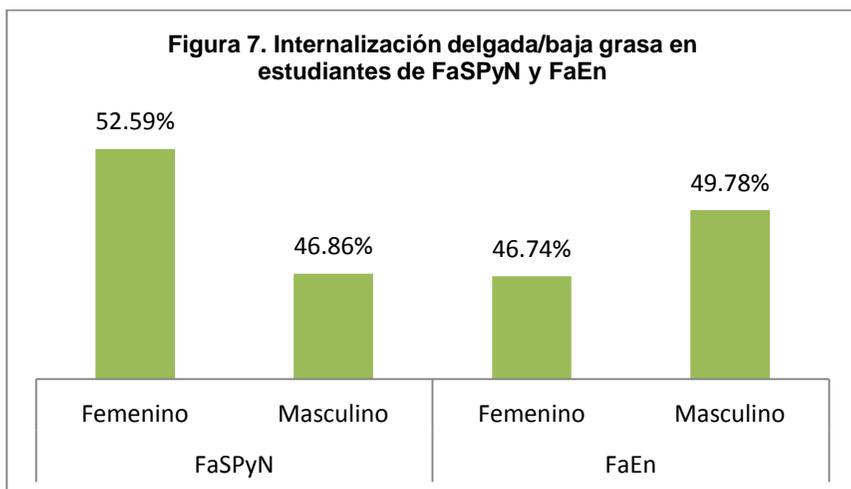
hombres de FaEn tiene una internalización delgada/baja la cual difiere muy poco (46.86%) de los estudiantes de la FaSPyN (Ver tablas 11 y 12).

Tabla 11. Internalización delgada/baja grasa por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Yo quiero que mi cuerpo luzca muy delgado	77	11.41	17	9.71
Yo quiero que mi cuerpo luzca como si tuviera menos grasa	48	7.11	12	6.86
Yo pienso mucho en estar delgado/a	74	10.96	20	11.43
Quiero que mi cuerpo luzca con muy poca grasa corporal	87	12.89	15	8.57
Yo pienso mucho en tener muy poca grasa corporal	69	10.22	18	10.29
Internalización delgada/ baja grasa	355	52.59	82	46.86
Puntaje máximo	675	100.00	175	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=34

Tabla 12. Internalización delgada/baja grasa por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Yo quiero que mi cuerpo luzca muy delgado	51	10.74	22	9.78
Yo quiero que mi cuerpo luzca como si tuviera menos grasa	36	7.58	14	6.22
Yo pienso mucho en estar delgado/a	49	10.32	27	12.00
Quiero que mi cuerpo luzca con muy poca grasa corporal	43	9.05	23	10.22
Yo pienso mucho en tener muy poca grasa corporal	43	9.05	26	11.56
Internalización delgada/ baja grasa	222	46.74	112	49.78
Puntaje máximo	475	100.00	225	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=28



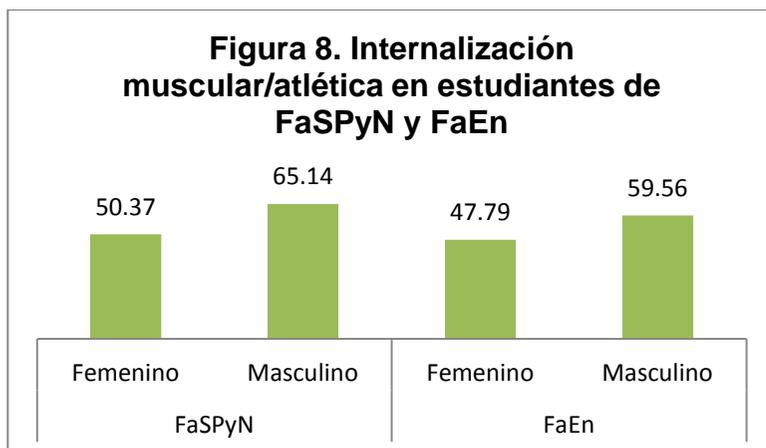
En cuanto a la internalización muscular/atlética, el género masculino presenta resultados mayores al género femenino (Figura 8). Los estudiantes de nutrición presentan un 65.14% mientras que los estudiantes de enfermería un 59.56%. Por su parte, las mujeres un 50.37% (FaSPyN) y acercándose con un 47.79% las estudiantes de FaEn (Ver tablas 13 y 14).

Tabla 13. Internalización muscular/atlética por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Es importante para mí lucir un cuerpo atlético	89	13.19	25	14.29
Yo pienso mucho en tener un cuerpo musculoso	62	9.19	24	13.71
Paso mucho tiempo haciendo actividades para verme más atlético	60	8.89	24	13.71
Yo pienso mucho en tener un cuerpo atlético	76	11.26	23	13.14
Paso mucho tiempo haciendo actividades para verme más musculoso/a	53	7.85	18	10.29
Internalización muscular/atlética	340	50.37	114	65.14
Puntaje máximo	675	100.00	175	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=34

Tabla 14. Internalización muscular/atlética por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Es importante para mí lucir un cuerpo atlético	57	12.00	32	14.22
Yo pienso mucho en tener un cuerpo musculoso	40	8.42	25	11.11
Paso mucho tiempo haciendo actividades para verme más atlético	43	9.05	26	11.56
Yo pienso mucho en tener un cuerpo atlético	52	10.95	27	12.00
Paso mucho tiempo haciendo actividades para verme más musculoso/a	35	7.37	24	10.67
Internalización muscular/atlética	227	47.79	134	59.56
Puntaje máximo	475	100.00	225	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=28



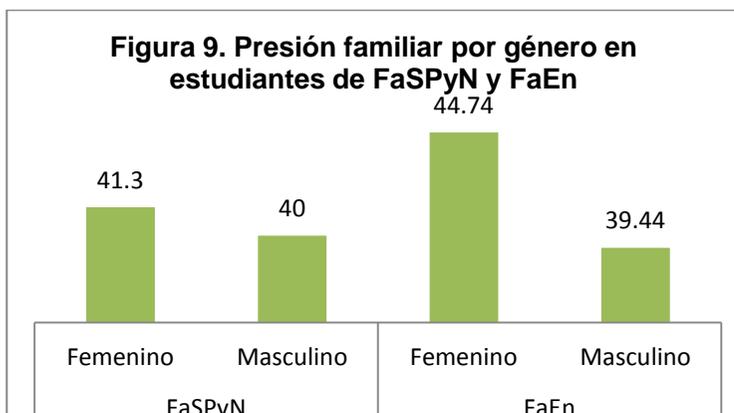
Con el resultado más alto, sobre la presión que ejerce la familia se encuentran las mujeres de la Facultad de Enfermería al arrojar un porcentaje de 44.74% (Figura 9). Las mujeres en el área de Nutrición dieron como resultado un 41.3%. Mientras que los hombres tuvieron una menor cantidad, 40% en FaSPyN y un 39.44% en FaEn (Ver tablas 15 y 16).

Tabla 15. Presión familiar por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Siento presión de mi familia para estar más delgado/a	48	8.89	11	7.86
Siento presión de mi familia para mejorar mi apariencia física	55	10.19	12	8.57
Mi familia me alienta a disminuir mi nivel de grasa corporal	53	9.81	15	10.71
Mi familia me alienta a estar en mejor forma	67	12.41	18	12.86
Presión familiar	223	41.30	56	40.00
Puntaje máximo	540	100.00	140	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=34

Tabla 16. Presión familiar por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Siento presión de mi familia para estar más delgado/a	38	10.00	16	8.89
Siento presión de mi familia para mejorar mi apariencia física	42	11.05	18	10.00
Mi familia me alienta a disminuir mi nivel de grasa corporal	43	11.32	18	10.00
Mi familia me alienta a estar en mejor forma	47	12.37	19	10.56
Presión familiar	170	44.74	71	39.44
Puntaje máximo	380	100.00	180	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=28



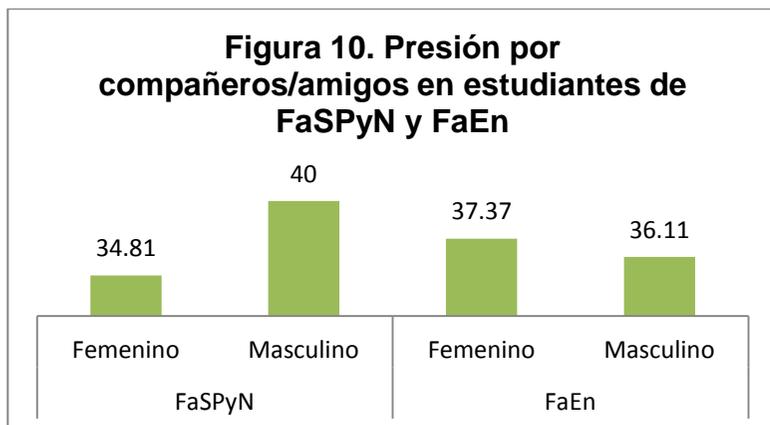
Los resultados más bajos en cuanto a algún tipo de presión sociocultural sobre la imagen corporal, fueron los que ejercen la presión de los compañeros/amigos (Figura 10), ya que no sobrepasaba del 40% y lo obtuvo el género masculino de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (Ver tablas 17 y 18).

Tabla 17. Presión por compañeros/amigos por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Mis compañeros/amigos me alientan a adelgazar	46	8.52	15	10.71
Siento presión de mis compañeros/amigos para mejorar mi apariencia física	41	7.59	13	9.29
Siento presión de mis compañeros/amigos para estar en mejor forma	50	9.26	15	10.71
Siento presión de mis compañeros/amigos para reducir mi nivel de grasa corporal	51	9.44	13	9.29
Presión por compañeros/amigos	188	34.81	56	40.00
Puntaje máximo	540	100.00	140	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=34

Tabla 18. Presión por compañeros/amigos por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Mis compañeros/amigos me alientan a adelgazar	35	9.21	16	8.89
Siento presión de mis compañeros/amigos para mejorar mi apariencia física	35	9.21	15	8.33
Siento presión de mis compañeros/amigos para estar en mejor forma	35	9.21	18	10.00
Siento presión de mis compañeros/amigos para reducir mi nivel de grasa corporal	37	9.74	16	8.89
Presión por compañeros/amigos	142	37.37	65	36.11
Puntaje máximo	380	100.00	180	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=28



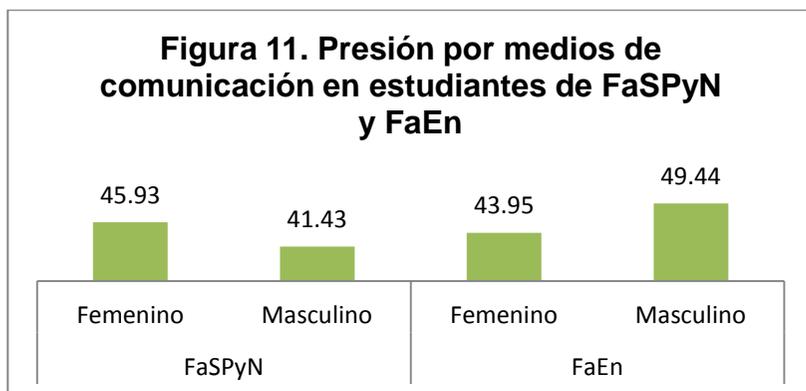
Casi acercándose al 50%, la población estudiantil masculina de la Facultad de Enfermería (49.44%) dijo sentirse presionada por los medios de comunicación (Figura 11). Por el contrario, la población femenina en la FaSPyN obtuvo un 45.93% siendo estos dos grupos los que arrojaron mayores porcentajes (Ver tablas 19 y 20).

Tabla 19. Presión por medio de comunicación por género de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Siento presión por de los medios de comunicación para estar en mejor forma	62	11.48	14	10.00
Siento presión de los medios de comunicación para estar más delgado/a	59	10.93	15	10.71
Siento presión de los medios de comunicación para mejorar mi apariencia	66	12.22	16	11.43
Siento presión de los medios de comunicación para reducir mi nivel de grasa corporal	61	11.30	13	9.29
Presión por medios de comunicación	248	45.93	58	41.43
Puntaje máximo	540	100.00	140	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=34

Tabla 20. Presión por medios de comunicación por género de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, 2015.

	Femenino		Masculino	
	Puntaje	%	Puntaje	%
Siento presión por de los medios de comunicación para estar en mejor forma	45	11.84	20	11.11
Siento presión de los medios de comunicación para estar más delgado/a	38	10.00	22	12.22
Siento presión de los medios de comunicación para mejorar mi apariencia	43	11.32	25	13.89
Siento presión de los medios de comunicación para reducir mi nivel de grasa corporal	41	10.79	22	12.22
Presión por medios de comunicación	167	43.95	89	49.44
Puntaje máximo	380	100.00	180	100.00
Fuente: Encuesta directa				N=28



### CONCLUSIÓN

En ambas facultades persiste un diagnóstico de IMC normal. Sin embargo, apenas y se acerca a la mitad del total de alumnos lo cual nos quiere decir que existen personas en otras clasificaciones de IMC, la mayoría en un sobrepeso u obesidad.

Existe una sobrestimación y subestimación del peso corporal en las dos facultades, más en la FaEn que en la FaSPyN aunque en mayoría de porcentaje se obtuvo una buena apreciación personal de su anatomía.

La Facultad de Enfermería arrojó más diversidad de personas con sobrepeso y obesidad mientras que la Facultad de Salud Pública y Nutrición parece mantenerse en cuanto al diagnóstico de normalidad de los estudiantes en ambos géneros.

En ambas facultades se puede percibir que tienen la idea clara de lo que es un bajo peso. Existe confusión en ambas cuando se trató de ubicar la silueta con un diagnóstico de sobrepeso.

Los estudiantes en ambos géneros tienen una internalización muscular/atléctica compartida, ya no solo buscan adelgazar sino ganar músculo en su anatomía. La influencia de los medios de comunicación parece ser la más marcada en sus vidas, cada día en cualquier sintonía podemos ver o escuchar los constantes anuncios por obtener un cuerpo delgado así como también la venta de múltiples aparatos de ejercicio que ayudan a fortalecer el cuerpo.

Para los alumnos es importante contar con una imagen corporal aceptable para ellos mismos, la cual debido a sus formaciones académicas puede ser de utilidad en su futuro profesional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aceves P., J.L, García V., S. y González P., A. (2011). Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 128-132.
- Fedullo, K., Hernández, K. & Sánchez, A., (2015) Imagen corporal en jóvenes universitarios. *Revista Psicología y Salud*, 25(1), 25.29.
- Fernández, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política. *Forum Qualitative Social Research*, 7(4), Art 38. Recuperado el 20 de mayo de 2008, de <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-38-s.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Husserl, E. (1998). *Edmund Husserl. Invitación a la fenomenología*. México: Paidós
- Izcará, D. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. México. Ediciones Coyoacán.

- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: trillas.
- Moreno, D. (2000). La Investigación Cualitativa en Salud. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 1(2). Recuperado el 19 de mayo de 2008, de [http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/i/2/ensayos/investigacion\\_cualitativa.html](http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/i/2/ensayos/investigacion_cualitativa.html)
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación*. Granada: Aljibe.
- Tejada, J. (1997). *El proceso de investigación científica*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

## **Patrones de alimentación, trastornos de conducta alimentaria y rendimiento académico en estudiantes de FASPyN Y FTSyDH.**

Isela Alejandra Espinoza Barroso<sup>148</sup>  
María Natividad Ávila Ortiz<sup>149</sup>

### **RESUMEN**

Actualmente México se enfrenta a una doble carga de malnutrición, el consumo insuficiente o excesivo de alimentos. Adicionalmente, el acceso a la universidad supone un cambio importante en los estudiantes, como la modificación del estilo de vida, con repercusión negativa en patrones de alimentación; y en consecuencia, aumento en el riesgo de presentar Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Por ello, el **objetivo** general de este estudio es evaluar los patrones de alimentación y su relación con el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y el rendimiento académico, de estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) y la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano (FTSyDH) de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El **método** es mixto. En la parte cualitativa se realizarán entrevistas semiestructuradas; en la cuantitativa se solicitaron datos sociodemográficos, patrones de alimentación, rendimiento académico y se aplicó el EAT-26 (Eating Attitudes Test). La muestra se conformó de 60 estudiantes, 30 de FaSPyN y 30 de FTSyDH. Los **resultados** son preliminares, obtenidos de la prueba piloto y se enfocan sólo a uno de los objetivos específicos de la investigación, encontrando que el promedio de edad fue de 19.35 años con una desviación estándar de  $\pm 1.2$ . Predominaron mujeres con el 85% y 15% hombres. El 3.3% de los estudiantes de FaSPyN presentó riesgo de TCA mientras que FTSyDH no presentó. La FTSyDH mostró mayor índices de sobrepeso y obesidad 47 % en comparación con la FaSPyN con 20.5%. Sobre el rendimiento académico el 41.4% de FaSPyN presentó alto rendimiento. **Conclusión.** Los estudiantes de nutrición presentan mayores índices de peso corporal normal y susceptibilidad en TCA, tal vez porque poseen los conocimientos sobre la información nutricional de los alimentos, además esta profesión está en constante preocupación por la apariencia física y el buen estado de forma.

**Palabras clave:** patrones de alimentación, estudiantes, trastornos de conducta alimentaria.

---

<sup>148</sup> Estudiante de la Maestría en Ciencias en Salud Pública del Posgrado de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>149</sup> Profesora-Investigadora de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

## **INTRODUCCIÓN**

Hoy en día México se enfrenta a una doble carga de malnutrición, el consumo insuficiente o excesivo de alimentos. Una mala nutrición puede suceder en cualquiera de las etapas de la vida, presentando como causas varios factores. En los estudiantes universitarios se caracteriza por la falta de tiempo, los medios de comunicación, el estrés, el no ser residente local entre otras, disminuyendo su desempeño académico, la reducción de la inmunidad, aumentando la vulnerabilidad a las enfermedades, alterando el desarrollo físico y mental, y reduciendo la productividad (Deliens et al., 2013).

Entre las enfermedades que aumentan por la mala nutrición son los trastornos de conducta alimentaria, los cuales se caracterizan por el hecho de que la persona se prohíba la comida o en el otro extremo de consumir comida en exceso en tiempos cortos. Es por ello, que es importante que las personas sigan una alimentación adecuada (Sáenz, González & Díaz, 2011; Portela, da Costa, Mora, & Raich, 2012; De Young, Lavender, Crosby, Wonderlich, Engel, Mitchell, Crow & Le Grange, 2014).

Los trastornos de conducta alimentaria han sido ampliamente estudiados en escolares y estudiantes de secundaria, pero de manera escasa en estudiantes universitarios. El acceso a la universidad supone un cambio importante en el individuo, que puede repercutir en su estilo de vida, lo que convierte a este subgrupo poblacional en vulnerable desde el punto de vista nutricional (Deliens, Clarys, De Bourdeaudhuij, & Deforche, 2014).

Los estudiantes en el área de la salud, especialmente la de nutrición, presentan mayor susceptibilidad al desarrollo de esta enfermedad con una prevalencia del 35%, debido a que poseen los conocimientos sobre la información nutricional de los alimentos, además esta profesión está en constante preocupación por la apariencia física y el buen estado de forma. Este contexto, combinado con el conocimiento de los alimentos adquiridos en el curso de Nutrición, hace que el grupo merezca atención debido a un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación (Silva, de Jesus, Kirchoff, & Aguiar, 2012).

La mala calidad de la dieta que llevan los estudiantes se asocia con una disminución de la asistencia y la atención en clases. Un estudio público que los estudiantes que llevan una alimentación saludable reflejan mejor rendimiento académico (Ogunsile, 2012).

En los países occidentales industrializados los trastornos de conducta alimentaria entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes presentan una prevalencia que fluctúa entre 1% y 8%, siendo más frecuente la bulimia nerviosa que la anorexia nerviosa (Unikel, & Caballero, 2010).

Alrededor del 50% de todos los pacientes con anorexia logran recuperarse, mientras que hasta un 20% mueren de complicaciones de la enfermedad. En

cuanto a la bulimia nerviosa, la tasa de recuperación es ligeramente superior. En México la prevalencia de los trastornos alimentarios fue de 1.8% de bulimia nerviosa en mujeres y de 0.8% en hombres de 18 a 65 años (Unikel, & Caballero, 2010).

El acceso a la universidad supone un cambio importante en los estudiantes, como la modificación de estilo de vida, con repercusión negativa de patrones de alimentación; y en consecuencia, aumento de riesgo de su prevalencia. Sin embargo, son escasas las investigaciones en este campo de estudio. Los trastornos de conducta alimentaria son de difícil tratamiento y conllevan daños a la salud ya que predisponen a la desnutrición y obesidad; a la mala calidad de vida, al menor rendimiento académico y a altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Deliens et al, 2014).

Es por ello, que en este estudio se pretende describir los patrones de alimentación y comparar el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y el estado nutricional, de estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición y la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Cabe aclarar que los resultados que se presentarán en el documento sólo describen resultados preliminares de uno de los objetivos específicos de la investigación, el cual se desprende del objetivo general que consiste en evaluar la relación de los patrones de alimentación y la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en el rendimiento académico, de estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición y la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

## **METODOLOGÍA**

Para la presente investigación se tiene previsto emplear una metodología mixta "puro" que consiste en tener el mismo estatus la metodología cuantitativa y la metodología cualitativa para obtener mayor información que complementa los resultados y favorezca la creación de perspectivas más amplias para el estudio, asimismo, incrementar su validez y credibilidad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Izcarra, 2014).

La metodología cuantitativa se realizará por medio de un diseño no experimental, eligiendo la clasificación de diseño transversal para adquirir la frecuencia e interrelación de las variables, además los datos se recolectarán en un momento de tiempo determinado.

Tanto en la metodología cuantitativa como en la cualitativa cuentan con las mismas unidades de observación: Estudiantes de licenciatura entre 18 y 24 años de las Facultades de Salud Pública y Nutrición y Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Los criterios de inclusión de la investigación son:

- **Estudiantes a partir del segundo semestre que estén inscritos en la Facultad de Salud Pública y Nutrición o en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.**
- Estudiantes inscritos en las facultades anteriores que presenten edades entre 18 a 24 años.

**Criterios de exclusión:**

- Semestre anterior cursado en otra universidad (intercambio).
- Estudiantes de posgrado.
- Estudiantes que descansaron un semestre.

**Criterios de Eliminación:**

En las dos metodologías se contarán con los mismos criterios de eliminación:

- Cuestionarios que no estén contestados correctamente o incompletos.

Para la metodología cualitativa se pretende desarrollar información descriptiva y consiste en comprender los fenómenos desde las perspectivas de las personas en su entorno. Este método es humanista, flexible, naturalista e interpretativo, en el cual, el investigador es un instrumento durante el proceso (Hernández, 2014; Izcará, D.2014).

El método cualitativo que se utilizará será el fenomenológico con el que se busca obtener información de los estudiantes de como experimentan, viven y perciben el tema de estudio. Además este abordaje posibilitará la obtención de una imagen realista y fiel de las personas entrevistadas, identificando pautas de pensamiento y abordando un número limitado de casos bajo una perspectiva integral permitiendo el acceso a sus esferas privadas (Denzin y Lincoln, 2003; Husserl, 1998).

**MUESTRA CUALITATIVA**

Los participantes serán elegidos a través de un muestreo intencional. La técnica que se utilizará para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, la cual generó una gran cantidad de datos descriptivos a través de las mismas palabras de los participantes en el estudio. Hoyos y Vargas (1997), afirman que la entrevista se utiliza para obtener la mayor cantidad de tópicos sobre la experiencia vital de un individuo, sus concepciones, creencias, percepciones, prácticas, hábitos y costumbres; sirve para obtener el mayor conocimiento posible sobre el entrevistado.

La muestra para la presente investigación utilizará el criterio de saturación basado en lo señalado por Álvarez-Gayou (2003), 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.

Como prueba piloto en la parte cualitativa sólo se realizó una entrevista semiestructurada, en la FaSPyN, tuvo una duración de 30 minutos, la cual dio pauta para hacer modificaciones a la guía de la entrevista semiestructurada.

### **MUESTRA CUANTITATIVA**

**La muestra se obtuvo mediante un muestreo aleatorio sistemático que consiste, en enumerar a los salones y seleccionarlos al azar. Se utilizará el programa EPIDAT.**

**El Cálculo de tamaño de muestra se realizó con base a la primera hipótesis establecida:**

- “El 20% de los estudiantes de FaSPyN presentan trastornos de conducta alimentaria en comparación al 10% de FTSyDH”, con un nivel de confianza de 95%, un poder estadístico de 80%. Se requiere un tamaño de muestra de 157 estudiantes para FaSPyN y 157 estudiantes para FTSyDH.

Se utilizó el programa Fistera para el cálculo del tamaño de muestra de los estudiantes universitarios.

### **PROCEDIMIENTO**

Para obtener datos de la prueba piloto se determinó realizar una muestra de 30 estudiantes de cada facultad, teniendo como muestra total 60 estudiantes de sexo indistinto. El trabajo de campo se efectuó en la Facultad de Salud Pública y Nutrición y en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León a través de un cuestionario que solicitaba datos sociodemográficos, sobre patrones de alimentación, rendimiento académico y se empleó el instrumento EAT 26. Cuando los estudiantes terminaban de contestar el cuestionario, se realizaban mediciones de peso y talla, esto con la finalidad de obtener su índice de masa corporal.

Se debe recalcar que las autoras de este texto están conscientes que la falta de representatividad y que sólo son resultados de la prueba piloto limita el alcance de las conclusiones vertidas en estas páginas. Sin embargo, se espera que este estudio sea terminado en su totalidad y que las reflexiones difundidas en estas páginas sean un aliciente para seguir investigando sobre los patrones de alimentación y trastornos de conducta alimentaria en universitarios.

### **RESULTADOS**

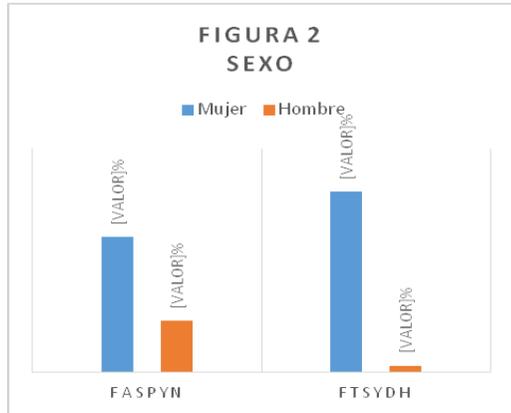
Se aplicaron 84 cuestionarios, 41 de FaSPyN y 43 FTSyDH. De esos cuestionarios se eliminaron 11 debido a que no estaban contestados correctamente o estaban incompletos, otros 13 cuestionarios fueron

descartados, ya que los estudiantes eran menores de edad. En total, el grupo de estudios fue de 60 estudiantes universitarios, 30 pertenecieron a FaSPyN y la otra mitad a FTSyDH. El promedio de edad para la población fue 19.35 años con una desviación estándar de  $\pm 1.2$ . En cuanto al sexo, el 85% fueron mujeres y 15% hombres. Referente al semestre en el que se encuentran 50% son de segundo, 28% de cuarto y el resto de sexto semestre. Del total de los estudiantes 95% son locales y el resto son estudiantes foráneos (Tabla 1).

<b>Tabla 1</b>		
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		
FACULTAD		
	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>FaSPy N</b>	30	50
<b>RTSyDH</b>	30	50
SEMESTRE		
<b>Segundo</b>	30	50
<b>Cuarto</b>	17	28
<b>Sexto</b>	13	21.7
SEXO		
<b>Femenino</b>	9	15%
<b>Masculino</b>	51	85%
EDAD		
18	19	31.7
19	13	21.7
20	20	33.3
21	6	10
23	2	3.3
PROCEDENCIA		
<b>Local</b>	57	95
<b>Foráneo</b>	3	5

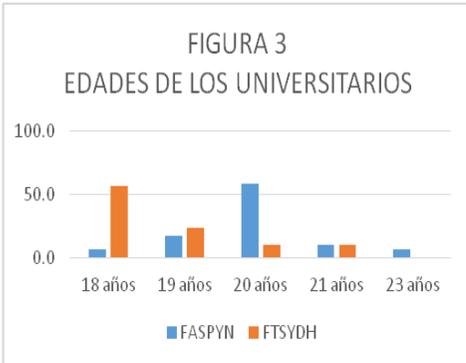
En la FaSPyN el 72% de los alumnos son mujeres mientras que el 28 % son hombres. En la FTSyDH el 97% de los estudiantes son mujeres y el 3 % son hombres.

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Mujer	22	72.4	29	96.7
Hombre	8	27.6	1	3.3

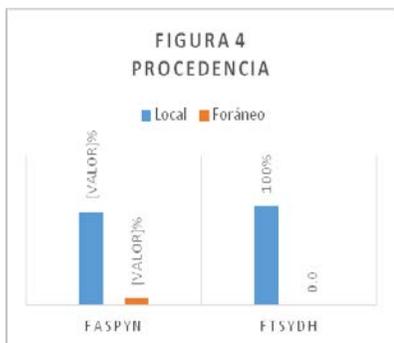


Con respecto a las edades, en la FaSPyN la edad de 20 años predomina con 58.6%, mientras que en la FTSyDH predomina la edad de 18 años con 57%.

Se observó que el 93 % de los alumnos de la FaSPyN residen en el municipio de monterrey o en el área metropolitana. En la FTSyDH todos los alumnos son procedentes del municipio monterrey o de su área metropolitana.



	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
18 años	2	6.9	17	56.7
19 años	5	17.2	7	23.3
20 años	18	58.6	3	10.0
21 años	3	10.3	3	10.0
23 años	2	6.9	0	0.0



	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Local	28	93.1	30	100
Foráneo	2	6.9	0	0

La facultad que presentó mayor porcentaje de estudiantes con peso normal fue la FaSPyN con 76 % mientras que la FTSyDH sólo cuenta con 43% de estudiantes en peso normal, también se observó que esta facultad cuenta con un alto porcentaje de alumnos con obesidad (27%), sobrepeso (20%) y bajo peso 10%.



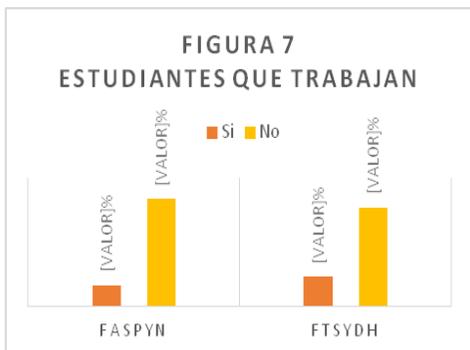
	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Bajo peso	1	3.44	3	10
Peso normal	23	75.8	13	43
Sobrepeso	4	13.7	6	20
Obesidad	2	6.8	8	27

En la FaSPyN el 63.3% de los alumnos acuden en turno matutino y el 36.7 % en turno vespertino, mientras que en la FTSyDH tienen una distribución equitativa.

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Matutino	19	63.3	15	50
Vespertino	11	36.7	15	50



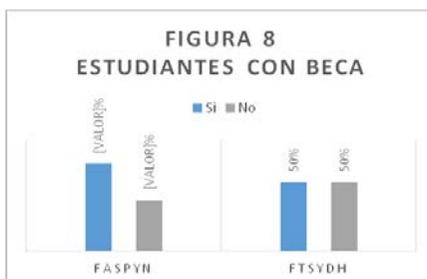
Sólo el 16.7 % de los alumnos de la FaSPyN tienen un empleo además de acudir a la universidad. En la FTSyDH 23.3% se encuentran en esta situación.



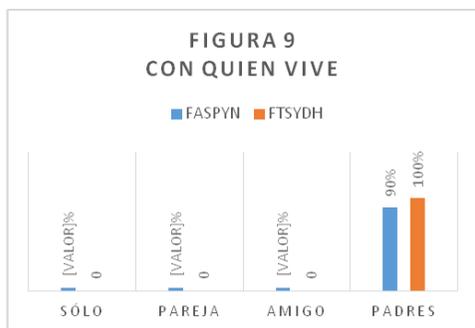
	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Si	5	16.7	7	23.3
No	25	83.3	23	76.7

El 63.3 % de los alumnos de la FaSPyN cuentan con beca y la mitad de los alumnos de la FTSyDH tienen beca.

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Si	19	63.3	15	50
No	11	36.7	15	50



La mayor parte de los alumnos (90%) de la FaSPyN vive con sus padres y la totalidad de los alumnos de la FTSyDH vive con sus padres.



**TABLA 9  
CON QUIEN VIVE**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Sólo	1	3.3	0	0
Pareja	1	3.3	0	0
Amigo	1	3.3	0	0
Padres	27	90	30	100

Sólo el 26.7% de los alumnos de la FaSPyN pertenecen a un grupo deportivo y en la FTSyDH tan sólo 13.3 % está en un grupo deportivo.



**TABLA 10  
PERTENECE A EQUIPO DEPORTIVO**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Sí	9	30	4	13.3
No	21	70	26	86.7

En la FaSPyN la mitad de los alumnos dedica más de 3 horas a estudiar fuera de la escuela, el 40% dedica una o 2 horas y solo el 6.7% no lo hace. En cambio en la FTSyDH el 3.3 % estudia más de 3 horas fuera de la escuela, la gran mayoría (80%) estudia una o dos horas y el 17.6 no lo hace.

**TABLA 11  
HORAS DE ESTUDIO FUERA DE CLASES**

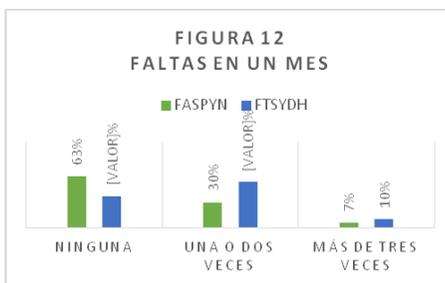
	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Ninguna	3	10	5	16.7
Una o dos hr	12	40	24	80
Más de 3 hrs.	15	50	1	3.3



En la FASPYN el 60 % de los alumnos acuden a clases durante todo el mes, el 30 % falta una o dos veces y el 6.7 % más de 3 veces. En la FTSYDH el 36.7 % de los alumnos acuden a clases todos los días durante el mes, el 53.3 % falta una o dos veces y el 10 % más de 3 veces.

**TABLA 12  
FALTAS EN UN MES**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Ninguna	19	63	11	36.7
Una o dos veces	9	30	16	53.3
Más de tres veces	2	7	3	10



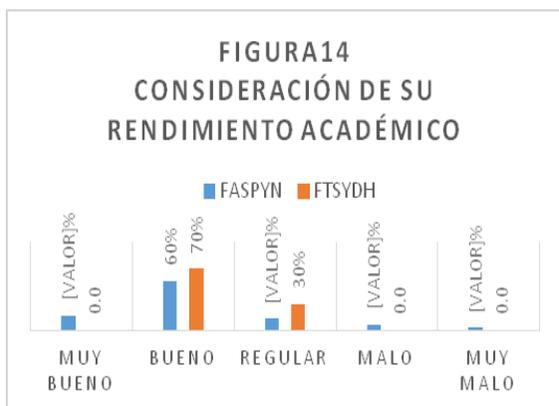
El 33.3 % de los alumnos de la FaSPyN han desacreditado una materia alguna vez durante su carrera y tan sólo el 13.3 % de los alumnos de la FTSyDH lo han hecho.



**TABLA 13  
DESACREDITADO ALGUNA MATERIA**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Si	10	34	4	13.3
No	20	66	26	86.7

De acuerdo a la consideración del alumno de su rendimiento académico el 57% en FaSPyN considera que es bueno y en FTSyDH el 70%. Ahora bien, el 16.7% en la primera facultad consideran su rendimiento es muy bueno mientras que en FTSyDH ningún alumno considera ser muy bueno.



**TABLA 14  
CONSIDERACIÓN DE RENDIMIENTO**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Muy bueno	5	16.7	11	0
Bueno	18	60	16	70
Regular	4	13.3	3	30
Malo	2	6.7	0	0
Muy malo	1	3.3	0	0

El 13% de los estudiantes de FaSPyN considera su rendimiento académico peor a comparación al de sus compañeros. El 77% de FTSyDH indica tener igual rendimiento que los demás y FaSPyN el 53%.



TABLA 15  
COMPARACIÓN DE RENDIMIENTO / COPAÑEROS

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Mejor	9	30	7	23.3
Igual	16	53.3	23	76.7
Peor	5	16.6	0	0

El 57% de los estudiantes encuestados en FaSPyN realizan siempre tres tiempos de comida en cambio, con el mismo porcentaje en FTSyDH realizan los tres tiempos de comida pero solo algunas veces.

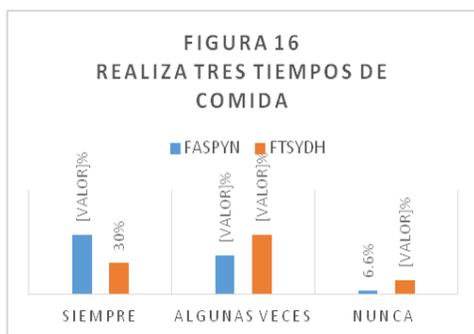
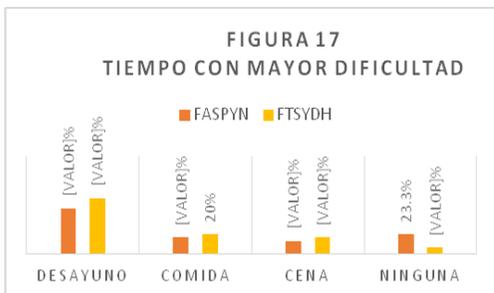


TABLA 16  
REALIZA TRES TIEMPOS DE COMIDA

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Siempre	17	56.7	9	30
Algunas veces	11	36.7	17	56.7
Nunca	2	6.6	4	13.3

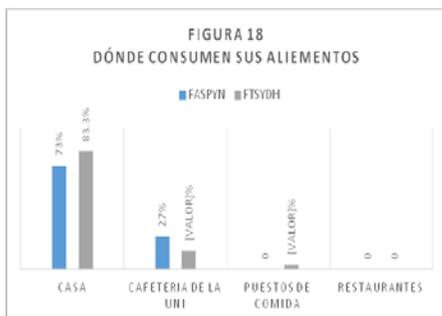
El tiempo de comida que más se les complica realizar a los alumnos de ambas facultades es el desayuno, el 47% en FaSPyN y 56.7% en FTSyDH se les dificulta consumir alimentos durante la mañana, sin embargo, el 20% de los alumnos de FaSPyN no se les complica realizar ningún tiempo de comida en comparación con el 7% de los alumnos de FTSyDH.



**TABLA 17**  
**TIEMPO DE COMIDA CON MAYOR DIFICULTAD**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Desayuno	14	46.7	17	56.7
Comida	5	16.7	6	20
Cena	4	13.3	5	16.7
Ninguna	7	23.3	2	6.7

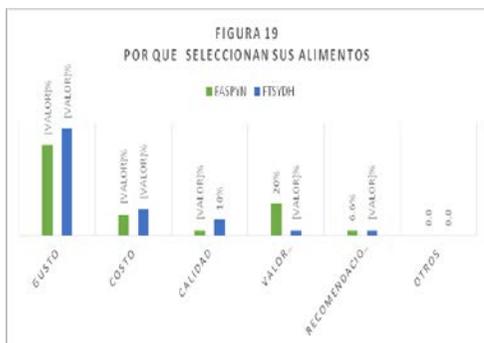
La mayoría de los alumnos consumen sus alimentos en casa, predominan los alumnos de FTSyDH (83%) seguido de FaSPyN (73.3%), el resto de los alumnos de ambas facultades ingiere sus alimentos en la cafetería de la escuela, excepto sólo una persona que ingiere alimentos en puestos de comida.



**TABLA 18**  
**DÓNDE CONSUMEN SUS ALIEMENTOS**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Casa	22	73	25	83.3
Cafetería de la uni	8	27	4	13.3
Puestos de comida	0	0	1	3.3
Restaurantes	0	0	0	0

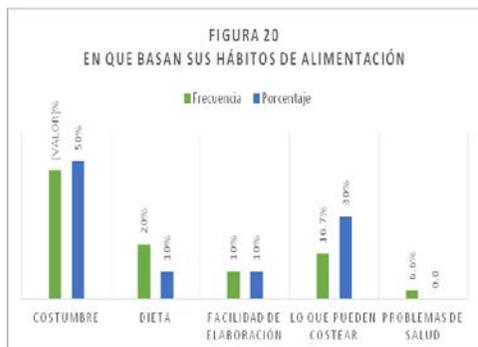
Un dato interesante es que en ambas facultades más de la mitad de los estudiantes seleccionan sus alimentos por gusto (FaSPyN con 57% y FTSyDH con 67%). En el caso de la Facultad de Salud Pública y Nutrición el 20% de los estudiantes selecciona por valor nutricional en cambio en FTSyDH sólo es el 3.3. En la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano el 16.7% realizan su selección conforme el costo de los alimentos mientras que en FaSPyN es el 13.3%.



**TABLA 19**  
**POR QUÉ SELECCIONAN SUS ALIMENTOS**

	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Gusto	17	56.7	20	66.7
Costo	4	13.3	5	16.7
Calidad	1	3.3	3	10.0
Valor nutricional	6	20	1	3.3
Recomendaciones médicas	2	6.6	1	3.3
Otros	0	0.0	0	0.0

Estos hallazgos concuerdan con la interrogante “¿en qué se basan sus hábitos alimenticios?” ya que la mitad de los estudiantes de ambas facultades lo hace por costumbre, además, en segunda opción FaSPyN arrojó que el 20% de los alumnos se fundamentan en una dieta y el 30% de FTSyDH indicó que sus hábitos se deben a lo que pueden costear.



	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Costumbre	14	46.7	15	50.0
Dieta	6	20	3	10.0
Facilidad de elaboración	3	10	3	10.0
Lo que pueden costear	5	16.7	9	30.0
Problemas de salud	2	6.6	0	0.0

Enseguida se describe una lista que contiene los 20 alimentos que los universitarios de ambas facultades consumen con mayor frecuencia y porcentaje antes de asistir a clases. Se observó que los alimentos pertenecen a los diferentes grupos de alimentos, los principales son la tortilla de maíz y de harina, el consumo de agua, de pan integral, leche, avena, aceite, huevo, plátano, pan dulce entre otros, pudiendo observar cierto patrón de alimentación de los estudiantes universitarios.

Alimento	Frecuencia	%
Tortilla de maíz	42	70
Tortilla de harina	42	70
Agua	42	70
Pan Integral	24	40
Leche	24	40
Avena	14	23.3
Aceite	14	23.3
Huevo	13	6.7
Plátano	12	5
Pan dulce	12	5
Cereal con azúcar	12	5
Frijol	12	5
Yogurt	11	18.3
Galletas	11	18.3
Pollo	10	10

<b>Soda</b>	8	13.3
<b>Aguacate</b>	7	11.7
<b>Queso</b>	6	10
<b>Lechuga</b>	6	1.7
<b>Tomate</b>	6	8.3

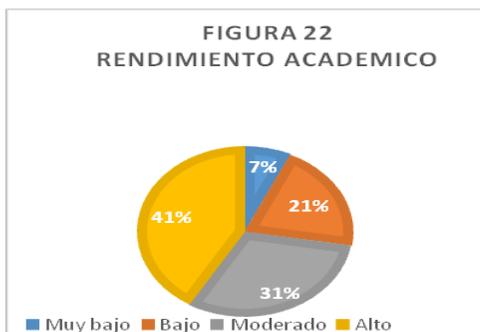
Fuente: Cuestionario autoaplicable. N=60

Del total de los estudiantes entrevistados en ambas facultades tan sólo un estudiante que pertenece a la FaSPyN presentó riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria.



	FASPYN		FTSYDH	
	N=30	%	N=30	%
Riesgo	1	3.3	0	0
No riesgo	29	96.6	30	100

Respecto a la valoración del rendimiento académico, de los 29 alumnos de FaSPyN la mayoría arrojó tener un alto rendimiento académico (47%). El 31% presentó un rendimiento académico moderado, 20.7% rendimiento bajo y tan solo el 6.9% tienen rendimiento muy bajo.



	N=30	%
Muy bajo	2	6.9
Bajo	6	20.7
Moderado	9	31
Alto	13	41.4

## CONCLUSIÓN

Los patrones de alimentación de los estudiantes universitarios de ambas facultades no presentaron diferencia significativa al evaluar: qué, cómo, cuándo y dónde consumen sus alimentos. Referente al IMC a pesar de que la mayoría de los estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición

presentan índices normales se encontró sobrepeso u obesidad. En el caso de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, de los estudiantes evaluados prevaleció el sobrepeso y la obesidad.

A pesar de que la evaluación de los estudiantes no arrojó gran prevalencia de presentar riesgo de trastornos de conducta alimentaria, el porcentaje se presentó en la Facultad de Salud Pública y Nutrición.

Referente al rendimiento académico de los universitarios de la Facultad de Salud Pública y Nutrición demostró que la consideración que tienen los alumnos sobre su rendimiento académico concuerda con sus calificaciones. Más de la mitad de los estudiantes presentan moderado y alto rendimiento académico. Algunos factores a considerar son que la mayoría de los estudiantes dedican más de tres horas a estudiar fuera de la escuela, no han descreditado materias y tienden a no faltar a clases.

## REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Como hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Pearson education de Colombia Ltda.
- De Young, K.P., Lavender, J.M., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., Mitchell., Le Grange, D. (2014). **Bidirectional associations between binge eating and restriction in anorexia nervosa**. An ecological momentary assessment study. *Appetite*, 83, 69-74.
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhu, B., & Deforche, B. (2013) Weight, socio-demographics, and health behaviour related correlates of academic performance in first year university students. *Nutrition Journal*. 12 (1), 1-14.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En *Collecting and interpreting qualitative materials* (2da. Ed.). Estados Unidos, SAGE Publications, pp. 1-61.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hoyos, G. y Vargas, G. (1997), *La teoría de la acción comunicativa como nuevo paradigma de las ciencias Sociales: Las ciencias de la discusión*. Santa Fe de Bogotá: ICFES/ASCUN
- Husserl, E. (1998), *Edmund Husserl. Invitación a la fenomenología*. México: Paidós.
- Izcarra, D. (2014). *Manual de Investigación cualitativa*. México: Ediciones Coyoacán.
- Ogunsile, S. (2012). The Effect of Dietary Pattern and Body Mass Index on the Academic Performance of In-school Adolescents, International Education Studies, *International Education Studies*, 5 (6).

- Portela, M.L., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Sáenz, S., González, F., & Díaz, S., (2011). Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores Sociodemográficos, físicos y conductuales en Cartagena, Colombia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 4 (3), 193-204.
- Silva, J., de Jesus, S., Kirchoff, O., & Aguiar, N. (2012). Influence of the nutritional status in the risk of eating disorders among female university students of nutrition: eating patterns and nutritional status, *Ciênc. saúde coletiva*, 17(12).
- Unikel, A., & Caballero C. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

## ***Influencia del apoyo social en las conductas sexuales de adolescentes de una escuela pública de educación media superior del Estado de Nuevo León.***

*Karen Marlene Velazquez Ayala*<sup>150</sup>  
*Dante Octavio Isau Garza Fabela*<sup>151</sup>  
*Lubia Del Carmen Castillo Arcos*<sup>152</sup>  
*Raquel Alicia Benavides Torres*<sup>153</sup>

### **RESUMEN**

**El objetivo** de este artículo es describir la influencia del apoyo social en las conductas sexuales en adolescentes de una institución de educación media superior del Estado de Nuevo León, México. **Metodología:** Se trabajó con un diseño de estudio descriptivo, realizando análisis secundario de datos, la población estuvo conformada por adolescentes de 14 a 17 años de edad, se trabajó una muestra de 193 adolescentes en la línea basal utilizando la Escala de Provisión Social para Sexo de (Darbes y Lewis, 2005). **Resultados:** Los resultados revelaron que el 44.4% mencionó que su proveedor de salud era principalmente personal médico, se encontró que los adolescentes mencionaron tener un mayor apoyo familiar si llegaron a tener alguna infección de transmisión sexual. Por otro lado, el 8.4% refirió no estar de acuerdo o no sentirse cómodo al hablar sobre alguna temática de sexualidad con su familia, en comparación del 41.7% que dijo confiar en su proveedor de salud para obtener información sobre la práctica de sexo seguro. **Conclusión:** A través de esta investigación se identificaron aspectos que nos permitieron conocer cómo percibe el apoyo social el adolescente de sus diferentes redes sociales, ante esto la importancia del involucramiento de los padres en la educación sexual de sus hijos, intervención de profesionales en salud pública mediante así como el fortalecimiento de programas enfocados al acceso y servicios de salud en este grupo poblacional.

**Palabras clave:** adolescentes, conducta sexual, apoyo social.

---

<sup>150</sup> Licenciada en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

<sup>151</sup> Licenciado en Trabajo Social y Desarrollo Humano por la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

<sup>152</sup> Profesora-Doctorada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen, Campeche, México.

<sup>153</sup> Profesora-Doctorada de la Facultad de Enfermería en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

## **INTRODUCCIÓN**

Un tema que ha causado interés entre los profesionales de la salud es el de la sexualidad ya que ha generado un alto impacto social que se ha visto reflejado en la disminución de la edad en el inicio de la vida sexual y en el incremento de infecciones de transmisión sexual (ITS) así como del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Andrade, Betancurt y Palacios, 2006).

A nivel mundial desde la aparición del VIH, casi 60 millones de personas se han infectado de este virus así como aproximadamente 25 millones de personas han fallecido a causa de esta pandemia. Para el 2008, existían 33.4 millones de personas que vivían con el virus mientras que se causaron 2.7 millones de nuevos casos, de los cuales el 40% de estas la representaron jóvenes mayores de 15 años a nivel mundial (ONUSIDA, 2008).

En lo que respecta a América Latina, se estima que existe 2.1 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, de los cuales 740,000 son jóvenes de entre los 15 y los 24 años, mientras que en México para el 2011 se reportó que existían 151,614 casos acumulados de SIDA en donde 11 573 son hombres y 5531 son mujeres de entre 15 a 19 años. De estos casos existentes a nivel nacional 4221 casos se han reportado el estado de Nuevo León (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2011; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2005; ONUSIDA, 2008).

Ante la presencia de altas estadísticas en casos de infección entre adolescentes es de vital importancia conocer las conductas que adoptan y que los exponen al alto riesgo de contagio, ya que durante este periodo comienza el mayor interés por el sexo y suelen presentarse las primeras relaciones sexuales, esto debido a que la adolescencia es una etapa de transición que se conforma de una serie de cambios a nivel biológico, físico, emocional y social, significando así el paso de la niñez a la adultez; es importante mencionar que en México muchos de los casos, la primera relación sexual suele presentarse durante la adolescencia alrededor de los 15 y 19 años, en donde los hombres tienden a comenzar su vida sexual de forma precoz en comparación con las mujeres, siendo éstas quienes alcanzan primeramente la madurez sexual, por lo cual existe una mayor posibilidad de que los adolescentes adopten conductas sexuales de riesgo<sup>154</sup> (Espada, Quiles y Méndez, 2003; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2010; Orcasita et al., 2010).

---

<sup>154</sup>Las conductas sexuales de riesgo se pueden definir como la exposición a una evento que pueda ser dañino para la salud propia o a la salud de otra persona en donde exista la posibilidad de contaminación por alguna infección de transmisión sexual inclusive del VIH, entre algunas conductas sexuales de riesgo que el adolescente practica son relaciones sexuales sin protección, mantener relaciones con múltiples parejas así como el uso de drogas con material que ya ha utilizado por otras personas (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007; Espada, Quiles y Méndez, 2003; Orcasita et al., 2010).

La práctica de las conductas sexuales suelen ser producto de distintos factores que disminuyen la capacidad del adolescente para protegerse y proteger a otras personas, algunos de estos factores son la falta de conocimientos, las oportunidades de obtener servicios de salud, las normas culturales y creencias que pueden actuar como una barrera para que reciban los mensajes de lo que es una conducta sexual saludable, por consiguiente para que el adolescente sea capaz de llevar una sexualidad saludable, es importante que cuente con buenas redes sociales que sean capaz de brindar apoyo social<sup>155</sup> que permita influir de manera positiva en el bienestar psicológico y físico del mismo (Orcasita et al., 2010).

Dentro de estas redes sociales que permitirán al adolescente enfrentar este proceso de maduración se encuentran:

1. Amigos: tienen influencia sobre el adolescente para realizar actos que puedan beneficiar o perjudicar su vida, así mismo influyen en la toma de decisiones para usar medidas de prevención de riesgo, durante la relaciones del adolescente. (Sioneanet al., 2002).
2. Familia: es el círculo social en donde comienza la educación del individuo, se ha demostrado que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos, presentan una menor probabilidad de comenzar su vida sexual precozmente comparados con aquellos que se encuentran en familias de un solo progenitor o reconstituidas (Andrade, Betancourt y Palacios; 2006).
3. Proveedor de salud: actúa como apoyo mediante actos de consejería que influyen en el desarrollo de conductas que le permitan al adolescente comprender su proceso de madurez y sus conductas y el aprendizaje de técnicas para conocer las consecuencias de sus actos así como el de planificar metas a largo plazo (Mota et al., 2008).
4. Pareja: actualmente las diferencias existentes entre los roles que juegan el hombre y la mujer ante la sociedad afectan directamente en la toma de decisiones en cuanto al ejercicio de una sexualidad responsable, ya que en muchas parejas las mujeres no pueden pedir a sus compañeros sexual la utilización de algún método de protección o no son capaces de decir en qué momento llevar a cabo una relación sexual, por lo cual les hace desconocer el comportamiento sexual e ignoran el hecho de estar en riesgo o no (Robles et. al, 2006).

---

<sup>155</sup>El apoyo social se constituye como factor de protección en el bienestar del adolescente, ya que brinda apoyo emocional, material e informacional, los cuales generan recursos de apoyo valiosos para enfrentar las situaciones de riesgo que se pueden presentar en esta etapa del ciclo de vida (Orcasita y Uribe, 2010).

Es así que el apoyo social brinda herramientas a nivel emocional, instrumental e informacional ya que cumple con las necesidades del proceso de desarrollo de cada persona, proporcionando así los recursos para el adecuado afrontamiento de esta etapa.

En estudios previamente realizados se ha asegurado que el contar con una buena red de apoyo social es fundamental para poder cerciorarse de que se cuenta con una buena capacidad de afrontamiento para superar eventos que el adolescente sufrirá durante este periodo y es muy importante que los adolescentes cuenten con el apoyo familiar (Orcasita et al., 2010; Orcasita y Uribe, 2010).

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la influencia del apoyo social en conductas sexuales en adolescentes de educación media superior de la Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León del municipio de Monterrey, Nuevo León.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir el apoyo social de los adolescentes de educación media superior de la Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Describir las conductas sexuales en los adolescentes de educación media superior de la Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo influye el apoyo social en las conductas sexuales del adolescente de educación media superior de la Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México?

### **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo mediante un análisis secundario de los datos estadísticos de la investigación “Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA”, en el cual la población estuvo conformada por adolescentes de entre 14 a 17 años de la Escuela Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, con una muestra de 193 participantes a los cuales se les aplicó cuestionarios en línea tomando en cuenta el principio de confidencialidad y anonimato de los participantes. El instrumento que se utilizó en el proyecto para medir la percepción del apoyo familiar y apoyo social fueron la Escala de Provisión Social para Sexo

Seguro<sup>156</sup> de (Darbes, L & Lewis, M, 2005) el cual mide la percepción de las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en adolescentes la práctica de conductas sexuales seguras, así como el apoyo percibido por el adolescente de los diversos sujetos con los que se encuentra relacionado como lo es la familia, pareja, amigos y proveedor de salud.

El instrumento contiene 77 reactivos de los cuales 19 corresponden al apoyo familiar y el resto de los reactivos corresponden al apoyo social. Las respuestas son de tipo likert que van del 1 al 5, en donde el 1 es que está totalmente desacuerdo y el 5 que está totalmente de acuerdo. Tiene un puntuación total de 96 a 385, en donde las puntuaciones más altas indican mayor precepción de apoyo familiar y social para la prevención *del VIH*.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

La muestra total de participantes tuvo una conformación de 193 sujetos, con una edad fluctuada entre los 14 y 17 años de edad, de estos, (1%) fueron de 14 años, (29%) tenían 15 años, (65.3%) de 16 años y (4.7%) eran de 17 años; en relación al sexo (63.9%) fueron mujeres y (36.1%) hombres; con respecto al grado de estudio, (11.6%) estaban en primer semestre, (87.8%), en segundo semestre y (0.5%) en cuarto semestre, el 68.8% es soltero, el 30.7% tienen una relación de noviazgo y el .5% es separado (Véase cuadro I).

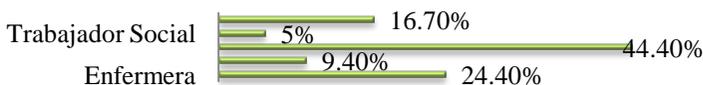
Cuadro I. Características Sociodemográficas (N=191)		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Hombre	69	36.1%
Mujer	122	63.9%
<b>Edad</b>		
14 años	2	1%
15 años	56	29%
16 años	126	65.3%
17 años	9	4.7%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	192	99.50%
Separado	1	0.50%
<b>Nivel escolar</b>		

<sup>156</sup>El sexo seguro definido como un conjunto de prácticas en la que es fundamental el uso continuo, permanente y efectivo de preservativos. Sin embargo, otros autores consideran que sexo seguro consiste de prácticas sexuales no penetrativas, tales como besos, caricias, frotaciones, masturbación sola y compartir fantasías sexuales (Fuentes, Martín y Pérez, 2008).

1 Semestre	26	11.6%
2 Semestre	166	87.8%
4 Semestre	1	0.5%

La siguiente grafica muestra la descripción del proveedor de salud al cual refieren los adolescentes como el principal profesionista en el sector salud con el cual pudieran llegar a tener algún acercamiento y/o asesoría.

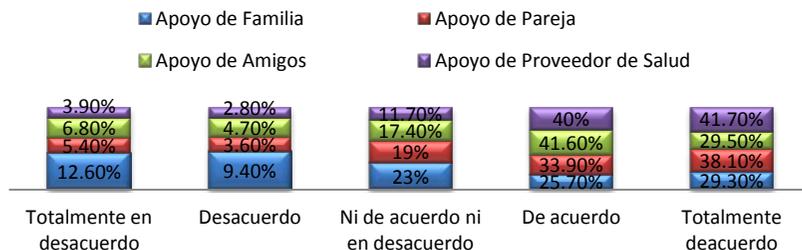
**Gráfica 1. Proveedor de Salud**



Al cuestionar a los adolescentes sobre “¿Quién es tu proveedor de salud?” los resultados revelaron que el 44.4% mencionó ser atendido o en determinado caso tener mayor contacto con personal médico, seguido a ello el 24.4% refirió a personal de enfermería y con la menor participación el 5% mencionó a los profesionistas de trabajo social.

Ante la respuesta emergida por los adolescentes encuestados es que surge la necesidad de reforzar la participación por parte del personal de enfermería, ya que dentro de los principios que se ligan a esta profesión se encuentra el cuidado de la salud, y ligado a ello la promoción de conductas saludables en torno a los individuos, así mismo es de vital importancia la colaboración con otros profesionistas del sector salud que puedan atender las necesidades básicas de una población para así generar un bienestar social en la persona atendida.

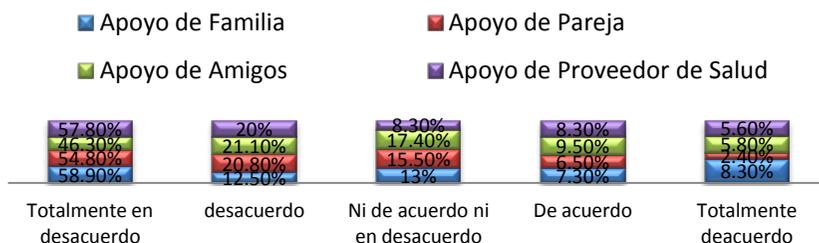
**Gráfica 2. Puedo confiar para que me ayuden a practicar el sexo seguro si necesito ayuda.**



Por otra parte en cuanto a la confianza que se pudiera llegar a tener con determinado sujeto ya sea familia, pareja, amigos o proveedor de salud, es que se preguntó a los adolescentes la confianza que estos tendrían para poder solicitar apoyo o ayuda en caso de requerirla para poder obtener información o adquirir algún método anticonceptivo, donde los resultados

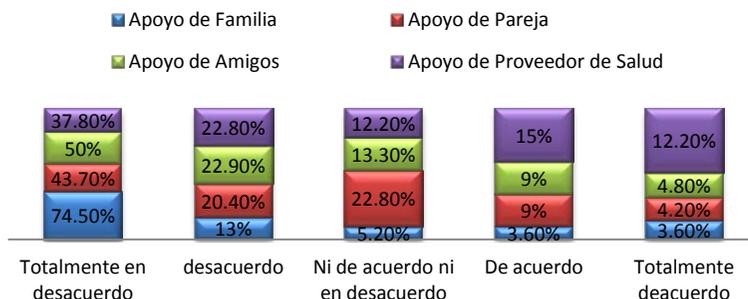
mostraron que el 41.7% confía o confiaría en su proveedor de salud para obtener la información necesaria para practicar sexo seguro, el 38.1% apoyo por parte de la pareja, 29.5% apoyo por parte de los amigos y por último el 29.3% buscaría acercarse a su familia para poder solicitar apoyo o información sobre temáticas relacionados a la sexualidad.

**Gráfica 3. Apoyo al Sexo Seguro**



La grafica anterior muestra el cuestionamiento que se les hizo a los jóvenes al preguntarles si cada una de las redes antes mencionadas en el documento “¿No apoyaban el sexo seguro?” siendo el 58.9% quien mencionó que la familia está totalmente en desacuerdo, interpretado de esta manera se pudiera decir que más del 70% en el caso de la familia apoyo el sexo seguro, siendo la principal red, así mismo dichos resultados muestran una discrepancia pues se puede ver que también es el 8.3% en el caso de la familia quienes refieren los adolescentes como la red social que no apoya el sexo seguro. Por consecuente al apoyo de la familia se puede ver que en segunda instancia se encuentra el proveedor de salud representado con el 57.8%, 54.8% por parte del apoyo de la pareja y en última instancia el 46.3% refirió que son sus amigos quienes no están totalmente de acuerdo en la práctica del sexo seguro.

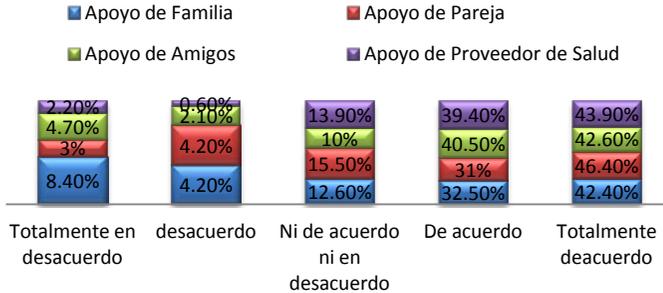
**Gráfica 4. Apoyo si el adolescente se tuviera una ITS**



En cuanto a las infecciones de transmisión sexual es que se preguntó a los adolescentes si considerarían que alguna red social (llámese familia, pareja,

amigos o proveedor de salud) no estarían allí para apoyarlo si llegara a tener alguna infección de transmisión sexual, ante ello es que se pudo observar una diferencia, ya que al mostrarse una posible morbilidad en los adolescentes ellos consideraron el apoyo de la familia como principal factor siendo representado con el 74.5%, seguido por el 50% que considera el apoyo de los amigos, 43.7% el apoyo de la pareja y por último el 37.8% del proveedor de salud.

**Gráfica 5. Hablar sobre sexo seguro**



La sexualidad muchas veces vista como un tabú sigue representado una de las principales limitantes para que los adolescentes y sus familias puedan llevar a cabo una plática de educación sexual y/o proporcionar la información correcta y debida en materia sexual, de esta manera los resultados muestran que existe principalmente una delimitante en este grupo poblacional puesto que la familia es el grupo que esta mayormente representado con un 8.4% como un total desacuerdo al hablar sobre sexo seguro, en comparación del 46.4% que mostró como principal red de apoyo a su pareja al querer conversar sobre alguna temática de sexualidad vinculada al sexo seguro.

**CONCLUSIONES**

En base a los resultados obtenidos, se concluye que el apoyo social puede constituirse como un factor de protección del adolescente, el cual deberá ser proporcionando por familia, amigos, pareja y proveedor de salud, con el objetivo de que se le proporcionen las herramientas suficientes al adolescentes que le permitan sobre llevar los cambios que ocurren durante esta etapa. También es importante, mencionar que aunque en la actualidad la sexualidad siga siendo un tema del cual no se puede hablar libremente, es de gran significancia brindarle al adolescente el apoyo social necesario para que no lleve a cabo conductas sexuales de riesgo.

Los resultaos revelan que el 44.4% mencionó ser atendido o en determinado caso tener mayor contacto con personal médico, seguido a ello el 24.4% refirió a personal de enfermería, en cuanto a la confianza que se pudiera

llegar a generar al querer solicitar los adolescentes algún tipo de apoyo o ayuda en caso de requerirla para poder obtener información o adquirir algún método anticonceptivo los datos muestran que el 41.7% confía o confiaría en su proveedor de salud para obtener la información necesaria para practicar sexo seguro.

Por otra parte en cuanto a las infecciones de transmisión sexual es que se preguntó a los adolescentes si considerarían que alguna red social (llámese familia, pareja, amigos o proveedor de salud) no estarían allí para apoyarlo si llegaran a tener alguna infección de transmisión sexual, ante ello es que se pudo observar una diferencia total, ya que al mostrarse una posible morbilidad en los adolescentes ellos consideraron el apoyo de la familia como principal factor y red social, siendo representado con el 74.5%, seguido por el 50% que considera el apoyo de los amigos, 43.7% el apoyo de la pareja y por último el 37.8% del proveedor de salud. Sin embargo para los adolescentes la familia es el grupo social que esta mayormente restringido con el cual se pudiera llegar a entablar algún tipo de conversación sobre la práctica.

A través de esta investigación se identificaron aspectos que nos permitieron conocer cómo percibe el apoyo social el adolescente de sus diferentes redes sociales, lo que ayuda a sugerir programas para la educación sexual del adolescente. Además de otras intervenciones como educar a la familia para que conozca los cambios que, esta etapa así como poder entender las necesidades de los adolescentes.

Las redes sociales suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Estos vínculos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del individuo. El aspecto importante de las redes de apoyo es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y son quienes potencialmente brindan el apoyo social. Es decir estas redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano.

Ante ello otra de las intervenciones que el personal de enfermería debería aplicar contribuye a mejorar las circunstancias de carácter social de aquellos individuos y/o grupos que por sus condiciones de vulnerabilidad han quedado rezagados, por lo que su participación se ubica en acciones asistenciales de protección física, mental y social, con el fin de incorporarlas a una vida plena y productiva, por lo cual es necesario proporcionar programas de educación sexual con el objetivo de que el adolescente sea capaz de expresar sus inquietudes sobre este tema debido a que en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva los principales riesgos para la población adolescente son el inicio no elegido, involuntario o desprotegido de su vida, la exposición de

embarazos no deseados o no planeados en condiciones de riesgo , así como la exposición a adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) , la más grave VIH / SIDA.

Dentro de estas propuestas se debe incluir el fácil acceso del adolescente a la información sobre la biología del cuerpo, uso de métodos anticonceptivos, así como información específica en la temática de sexualidad, en donde los documentos de apoyo puedan ser folletos, talleres, foros, visitas domiciliarias y el uso de otros medios electrónicos para evitar la práctica de conductas sexuales de riesgo.

Como parte de éstas problemáticas se emprende una estrategia integral que identifique y privilegie a los grupos con mayor rezago, que asegure la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud, planificación familiar y anticoncepción, que fortalezca acciones para prevenir y atender los riesgos de exclusión social derivados del embarazo no planeado en adolescentes, a través de la orientación y formación integral, bajo una perspectiva de género acorde a sus necesidades (ejercer su sexualidad con responsabilidad, recibir orientación en materia de sexualidad, establecer un plan de vida acorde a sus valores etc. ).

Además de incluir las tendencias ideológicas, políticas y económicas que van a incidir en la concepción, selección, o potenciamiento de programas (actividades, tareas). El aceptar o rechazar principios fundamentales en vigor, recomendar innovaciones, variar métodos de trabajo, etc., solo puede y debe hacerse apoyándonos en una valoración de la labor previa, la cual sería importante realizar al momento de una intervención, mientras tanto esta labor aún queda para las instituciones gubernamentales que en materia de programas de sexualidad han tenido una participación deficiente.

Por lo cual es importante generar modelos de intervención en materia de salud sexual y reproductiva enfocados en la población adolescente en contextos específicos mediante los cuales se puedan incluir estrategias en educación sexual, el involucramiento de los padres en la educación sexual de sus hijos, intervención de profesionales en salud pública mediante talleres, grupos etc, así como el fortalecimiento de programas enfocados al acceso y servicios de salud en este grupo poblacional.

## **BIBLIOGRAFIA**

Andrade, P., Betancourt, D., Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología* .15(1): 91-101.

Castillo, L. (2011). Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para

- VIH/SIDA. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2011). El VIH/SIDA en México 2011, numeralia epidemiológica. Recuperado el 17 de julio de 2012 de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA\\_SIDA\\_2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf)
- Darbes, L. & Lewis M. (2005). HIV-Specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychology*. 24(6): 617-622.
- Espada, J., Quiles, M., Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*. 24(85): 29-36.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2005). VIH/SIDA en América Latina y el Caribe una epidemia joven. Recuperado el 05 de Julio de 2012 de: <http://www.unicef.org/lac/infanciadolescencia.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2008). La adolescencia. Recuperado el 16 de julio de 2012 de: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos\\_6879.htm](http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2010). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Recuperado el 16 de julio de 2012 de: [http://www.unfpa.org/mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org/mx/ssr_adolescentes.php)
- Fuentes, L., Martín, E., Pérez, A. (2008). Prácticas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informe Médico*. 10(2): 95-101.
- Gonçalves, S., Castellá, J., Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*. 41(2):161-166.
- Leal, I. (2008). Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes. *Cuaderno Médico Social (Chile)*. 48(2):134-139.
- López, F., Moreno Y. (2000). Modulo I. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Programa psicodidáctico de prevención del sida en adolescentes de Monterrey, México. (pp. 21- 61). Monterrey, México. Dirección de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Nuevo León
- Méndez, P., Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *PSYKHE*. 17(1): 59-64
- Mota, V., Tello, G., García, M., Ortega, M., López, J. (2008). Consejería sobre sexualidad con adolescentes de México. *Horizonte de Enfermería*. 19(1): 63-68
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L. Uribe, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali- Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. (31): 155-195.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas en Contra sobre el VIH (ONUSIDA). (2009). La epidemia mundial del sida. Recuperado

- el 16 de Julio de 2012 de:  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2009/2\\_0091124\\_fs\\_global\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2009/2_0091124_fs_global_es.pdf)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas en Contra sobre el VIH (ONUSIDA). (2009). América Latina. Recuperado el 16 de Julio de 2012 de:  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2009/2\\_0091124\\_fs\\_latinamerica\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2009/2_0091124_fs_latinamerica_es.pdf)
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barrosco, R., Díaz, E., Rodríguez, M., Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*. 22(1): 60-71.
- Ruiz, M., López, C., Carlos, S., Calatrava, M. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 3(1): 54-61.
- Sionéan, C., Diclemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Coob, B., Harrington, K., et.al. (2002). Psychosocial and behavioral correlates of refusing unwanted sex among African-american adolescents females. *Journal of Adolescent health*. 39(1): 55-63
- Valle-Solís, M., Benavides-Torres, R., Álvarez-Aguirre, A., Peña-Esquivel, J. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 19(3): 133-136.

## **Proyecto: “Prevención de las Complicaciones Derivadas de la Diabetes Mellitus”**

Alicia Damaris González Aguirre  
María Margarita Ramírez González

### **Resumen**

Hablar de la Diabetes Mellitus es un tema que va adquiriendo mayor atención en el Estado de Nuevo León, debido a que actualmente el 9.3% de la población muere a consecuencia de dicha enfermedad.

El proyecto de intervención enfocado a la prevención, se llevó a cabo con personas diagnosticadas con diabetes Mellitus, ya que el mayor problema de la enfermedad son las complicaciones que se pueden presentar si los niveles de glucosa no se mantienen en los niveles considerados normales.

El proyecto se diseñó con el enfoque del Marco lógico y su objetivo es: Sensibilizar a la población con Diabetes Mellitus de la Clínica Universitaria San Rafael, sobre la importancia de la prevención para evitar la aparición de las complicaciones derivadas de la diabetes.

Para medir los resultados del proyecto se realizó una evaluación cuantitativa, aplicando un cuestionario de manera ex ante y ex post, se utilizó la técnica estadística t de Student, la cual confirmó que los resultados del proyecto fueron positivos.

Es conveniente que la sociedad que padece la enfermedad tenga conocimiento y conciencia sobre las complicaciones que pueden surgir cuando no se mantiene los niveles adecuados de glucosa, existen una serie de factores que si se controlan, se puede lograr tener una calidad de vida aun con su padecimiento.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus, Complicaciones en la Diabetes Mellitus, Prevención.

### **Introducción**

Actualmente existen aproximadamente 382 millones de personas en el mundo que viven con diabetes, y se espera que para el año 2035 el número de enfermos sea de 471 millones. (FID, 2013:7) a pesar de los esfuerzos que otras organizaciones de salud alrededor del mundo están haciendo para prevenir que se incremente el número de enfermos, estos aumentan considerablemente cada año.

## **Definición de Diabetes Mellitus**

La Diabetes Mellitus o Diabetes, es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo. Los factores de riesgo de esta enfermedad dependen del tipo de diabetes:

Tipo I, también conocida como *diabetes juvenil*, la causa una acción autoinmune del sistema de defensa del cuerpo que ataca a las células que producen la insulina y se presenta en pacientes con antecedentes familiares directos.

La tipo II, además del antecedente heredofamiliar, depende de estilos de vida como son el sobrepeso, dieta inadecuada, inactividad física, edad avanzada, hipertensión, etnicidad e intolerancia a la glucosa; además, en las mujeres se presenta en aquellas con antecedentes de diabetes gestacional y alimentación deficiente durante el embarazo (Secretaría de Salud, 2013:6).

“La diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se produce tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura” (SVEDT2, 2013)

Síntomas comunes que presenta la enfermedad.

- Sed anormal y sequedad de boca
- Micción frecuente
- Falta de energía, cansancio extremo
- Hambre constante
- Pérdida repentina de peso
- Heridas de cicatrización lenta
- Infecciones recurrentes
- Visión borrosa

La diabetes de tipo 2 es la más común; y aproximadamente el 90% de los casos registrados presenta este tipo, y se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física y los regímenes alimentarios hipercalóricos y de bajo valor nutritivo (OPS, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) “Las enfermedades crónicas son de larga duración y progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, con el 63% de las muertes” (OMS, 2015)

En el año de 1940 la diabetes mellitus ya ocupaba un lugar dentro de las primeras 20 causas de mortalidad en el país, así en 1970 ocupó en 15º lugar como causa de muerte y tan sólo 20 años después alcanzó la cuarta causa de mortalidad (Aguilar, 2015:2) “A partir del 2000, la diabetes es la primer causa de muerte en mujeres y la segunda en los hombres, después de la cardiopatía isquémica, enfermedad frecuentemente resultante de la diabetes”(Aguilar, 2015:2)

En el año 2010 la Secretaria de Salud (2012) reportó que la diabetes mellitus ocupó el segundo lugar como la principal causa de muerte en la República Mexicana, seguida de enfermedades del corazón, en donde el 14% de la población que murió ese año fue a causa de la enfermedad, siendo un total de 82, 964 defunciones, siendo en su mayoría personas de más de 65 años de edad y del sexo femenino. (SINAVE, 2012:81) en ese mismo año en el Estado de Nuevo León, la DM, ocupó el tercer lugar como causa de muerte con el 12.8% de la población que falleció por causa de la enfermedad.

Para el año 2013, aproximadamente la mitad de todas las muertes debidas a la diabetes en adultos fue en *personas menores de 60 años. La mayoría de estas personas tiene entre 40 y 59 años.* (FID, 2013:9)

### ***Diabetes Mellitus tipo 2***

Se ha estimado que la esperanza de vida de las personas que la padecen, se reduce entre 5 y 10 años. En México en el año 2010, las personas que murieron por esta enfermedad tenían en promedio 66 años (SVEDT2, 2013)

El sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria de DM2 (2013) reportó que durante el año 2013, se registraron 27,987 casos de DM tipo 2, para este año todos los estados notificaron casos a excepción de Coahuila y Sinaloa, el estado que más casos notificó fue Tabasco los cuales representan el 12.56%. En el estado de Nuevo León se reportaron 1,547 casos de DM tipo 2, el promedio de edad de los casos fue de 58.14 años. El promedio de los hombres fue de 57 años de edad, mientras que el de las mujeres fue de 58

años de edad, con respecto al sexo, el 55% de los casos notificados fueron mujeres, seguido por un 45% de hombres, en cuanto a la escolaridad el 26.11% cuenta con primaria completa, el 10.66% sabe leer y escribir, el 20.13% no tiene estudios escolares (SVEDT2, 2013)

“Las Enfermedades de corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos son las principales causa de muerte durante el año 2010, mismos que para 1980 ocuparon el 4º, 9º y 5º lugar respectivamente.”(SINAVE, 2012:38)

### ***Las Complicaciones en la Diabetes Mellitus.***

Uno de los principales problemas de la enfermedad son las complicaciones que pueden presentarse si no se tiene un control de la glicemia o si esta se mantiene elevada durante tiempo prolongado ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, Menciona que con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios y que además se puede presentar cardiopatía y accidente vascular cerebral (OMS, 2014) Además los pacientes presentan problemas en su organismo que los incapacita y hasta les causa la muerte (FID,2013).

Las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus pueden afectar muchos sistemas orgánicos. Dichas complicaciones crónicas pueden dividirse en:

Vasculares y no vasculares. Las complicaciones vasculares se subdividen en:

Microangiopatía donde se deriva la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía.

Macroangiopatía, siendo la coronariopatía, la enfermedad vascular periférica, y la enfermedad vascular cerebral.

Las complicaciones no vasculares comprenden problemas como gastroparesia, infecciones y afecciones de la piel. (Powers, 2014)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2012) se observa que la complicación que se presenta con más frecuencia en la DM, los pacientes diabéticos reportaron la visión disminuida con el (47.6%), que se refleja también en daño a la retina (13.9%) y pérdida de la vista (6.6%). La presencia de úlceras ocurrió en 7.2% de los pacientes y 2.9% reportó haber padecido un coma diabético. (ENSANUT, 2012:112) y aunque la encuesta haya reportado que se ha incrementado la atención en pacientes con un control adecuado, tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control para evitar las complicaciones de dicho padecimiento. (ENSANUT, 2012:116)

A continuación se presenta la propuesta del proyecto de intervención con el grupo de diabetes.

### ***Proyecto “Prevención de las Complicaciones derivadas de la Diabetes Mellitus”***

La institución en la cual se implementó el proyecto de intervención fue la Clínica Universitaria San Rafael, la cual pertenece al Programa Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

La clínica está ubicada en la Colonia San Rafael del Municipio de Guadalupe Nuevo León.

La Clínica Universitaria San Rafael cuenta con la infraestructura necesaria, y con el grupo de diabetes que los días jueves de cada semana se reúnen en las instalaciones. Para intervenir formalmente con el grupo, primeramente se llevó a cabo un diagnóstico cuya metodología consistió en la aplicación de 13 encuestas estructuradas con 39 ítems cada una y con una duración de 40 minutos aproximadamente, la cual fue dirigida a los integrantes del grupo de diabetes los cuales aceptaron amablemente en participar; se elaboró un manual de codificación y posteriormente los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS/PC Versión 22.

### Perfil del Grupo de Diabetes.



El total de personas que son parte del grupo de diabetes de la Clínica Universitaria San Rafael fue de 13 personas, de los cuales el 92% corresponden al sexo femenino y el 8% al masculino.

El promedio de edad es de 69 años, la persona más joven tiene 55 años y la de mayor edad, 84 años.



En cuanto al estado civil de los integrantes del grupo, se observa que el 54% es viudo (a), el 31% es casado (a) y el 7% son solteros y el 8% divorciados.

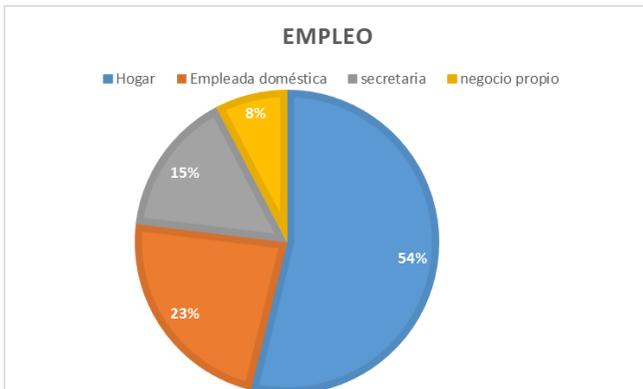


En relación a la escolaridad el 54 % de la población en estudio cuenta con educación primaria, el 23% una carrera técnica, el 15% secundaria y sólo el 8% contestó no contar con ningún grado escolar.



El 61% de los encuestados nació en el Estado de Nuevo León; del Estado de Coahuila lo representa el 23%, y con el mismo porcentaje del 8% lo comparten los Estados de Tamaulipas y San Luis Potosí.

En lo referente al empleo, actualmente sólo una persona trabaja ya que es su vivienda donde tiene su negocio propio. A continuación se muestran los porcentajes de los empleos que la población beneficiaria trabajó.



Con el porcentaje más alto, del 54% se dedicó al hogar, en cambio el 23% laboró como empleada doméstica, con un 15% se desempeñó como secretaria y el 8% contestó que se dedicó a su negocio.



En relación a los miembros que comparten vivienda se obtuvo que el 31% de los integrantes del grupo vive con su esposo (a) o contestó que vive solo (a) respectivamente, el 23% habita con sus hijos y nietos y el 8% vive con un hijo(a).



Con respecto a la variable de qué tipo de Diabetes Mellitus padece la población en estudio respondió con el 62% tener diabetes tipo 2, el 23% respondió que no sabe cuál es el tipo de Diabetes que padece y el 15% no ha sido diagnosticado con Diabetes.

**Descripción del Proyecto**

La Metodología que se utilizó para la elaboración del proyecto fue con el Enfoque del Marco Lógico, que “es una herramienta que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución, y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación entre grupos beneficiarios, y facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas.” (Ortegón, 2005:13)

El Modelo de Intervención para el grupo de diabetes de la Clínica Universitaria San Rafael fue el Modelo de Modificación de Conducta, este modelo de intervención se centra principalmente en la conducta, pone énfasis en los aspectos que son aprendidos. La conducta sea considerada como normal o problema, ha sido aprendida mediante un proceso de condicionamiento, y esta puede ser modificada a través de objetivos para obtener, suprimir, disminuir o reforzar de forma duradera ciertas conductas del grupo en estudio.

Para Fisher y Gochros, citado por Viscarret (2007) el objetivo principal es el de potenciar las conductas deseadas y reducir las indeseadas para que las

personas afectadas actúen de forma correcta, lo cual aumentará la capacidad que tienen para poder llevar una vida plena y feliz.

Objetivo General	Sensibilizar a la población con Diabetes Mellitus de la Clínica Universitaria San Rafael, sobre la importancia de la prevención para evitar la aparición de las complicaciones derivadas de la diabetes.
Objetivo Específico	Orientar a la población del grupo de diabetes de la Clínica Universitaria San Rafael sobre la prevención de las complicaciones que se derivan de la enfermedad Diabetes Mellitus y el impacto que representará en la disminución de costos por atención.
Metas	1) Capacitar al 90% de la población del grupo de diabetes de la clínica universitaria San Rafael sobre la Diabetes Mellitus y las complicaciones que se derivan de la enfermedad. 2) Sensibilizar al 90% del grupo de diabetes sobre la importancia de asistir a consulta de prevención y control de la glicemia.
Plazo	El proyecto se desarrolló en 4 meses.
Localización física	Instalaciones de la Clínica Universitaria San Rafael, Guadalupe N.L.
Población Beneficiada	Grupo de 13 personas, 11 de ellas previamente diagnosticadas con Diabetes Mellitus, y 2 las cuales no padecen de la enfermedad, que acuden a la Clínica Universitaria San Rafael a recibir servicio médico.

El proyecto de intervención con el grupo de Diabetes se desarrolló en 12 sesiones, una vez a la semana, el día jueves, con un horario de 10:00 am a 11:30 am en la sala de usos múltiples de la propia institución.

### **Calendarización de las sesiones.**

Fecha	Tema	Objetivo
Sesión 1 25 de septiembre 2014	Bienvenida ¿Qué es la Diabetes Mellitus?	Bienvenida al grupo y presentación del Proyecto. Conocer la enfermedad, los tipos y los factores que la producen.
Sesión 2 2 de octubre 2014	La Alimentación en la Diabetes Mellitus	Dar a conocer la alimentación adecuada para la diabetes.
Sesión 3 23 de octubre 2014	El pie diabético	Presentar al grupo una de las complicaciones que se derivan de la diabetes, como prevenirlo, así como los cuidados de los pies en personas que padecen la enfermedad.
Sesión 4 30 de octubre 2014	Mitos y realidades de la Diabetes Mellitus	Aclarar dudas y aspectos negativos sobre la enfermedad.
Sesión 5 13 de Noviembre	Por qué es importante cuidarme	Sensibilizar a los participantes sobre el valor de la salud.

2014		
Sesión 6 20 de noviembre 2014	La Diabetes Mellitus	Identificar distintos aspectos que son parte de la enfermedad, y conocimiento de los medicamentos que se utilizan en tratamiento de la enfermedad.
Sesión 7 27 de noviembre 2014	Complicaciones derivadas de la Diabetes Mellitus	Dar a conocer a los participantes en forma general sobre las distintas complicaciones de la enfermedad.
Sesión 8 4 de diciembre 2014	La Retinopatía Diabética	Brindar información y conocimiento al grupo sobre una de las complicaciones que pueden presentarse en la Diabetes Mellitus.
Sesión 9 11 de diciembre 2014	La Neuropatía Diabética	Proporcionar información y conocimiento al grupo sobre ésta complicación.
Sesión 10 18 de diciembre 2014	Insuficiencia Renal y Hepática en la Diabetes Mellitus.	Orientar a los asistentes sobre dos de las complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus.
Sesión 11 4 de febrero 2015	Reflexión sobre las Complicaciones expuestas al grupo sobre la Diabetes Mellitus	Repaso con los participantes sobre las distintas complicaciones que pueden presentarse en la Diabetes Mellitus y como prevenirlas.
Sesión 12 11 de febrero 2015	Cierre del Proyecto Prevención de las complicaciones derivadas de la Diabetes Mellitus.	Agradecer a los participantes y al personal de la clínica por el apoyo brindado durante el proyecto. Despedida.

### **Evaluación**

De acuerdo a Briones (2006) Con los modelos analíticos, aplicados a la evaluación se pretende conocer el funcionamiento y los resultados, tanto positivos como negativos, que se obtuvieron del grupo base.

Para realizar la evaluación se llevó a cabo mediciones antes y después, ya que “Este diseño no experimental trabaja con un solo grupo (el formado por la población del programa) y, por lo tanto sin grupo de control. La medición “antes” puede ser una descripción (observación) o una medición de entrada de las características del programa que se desean modificar para realizar posteriormente una descripción o medición “después”, con el fin de comparar ambas situaciones y apreciar el monto de los logros, su calidad y la distribución en subgrupos de la población objeto” (Briones,2006: 103)

### **Hipótesis**

Ha: El proyecto Prevención de las Complicaciones Derivadas de la Diabetes Mellitus, cambió el conocimiento de los participantes sobre las complicaciones en la diabetes.

Con los resultados del diseño de evaluación antes y después, se realizó la pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov, Shapiro- Wilk, para confirmar que el comportamiento de los datos se distribuye de manera normal, con esto se continuó con la aplicación de la prueba estadística t de Student, utilizando el programa estadístico SPSS/PC Versión 22, y los resultados fueron positivos en cuanto a que se aceptó la hipótesis alternativa, con el cual se puede concluir que los resultados del proyecto fueron positivos para la población objetivo.

### **Conclusiones**

A través de la intervención que el trabajador social enfrenta ante los problemas de salud, como lo es la diabetes mellitus y todas las complicaciones que conlleva esta enfermedad, se puede generar un cambio en el individuo para que adquiera los conocimientos adecuados de la enfermedad, ya que en la actualidad existe y se recibe información mal empleada para la atención y prevención esto a través de ciertos mitos que se han generado con del tiempo alrededor de la diabetes mellitus.

Con el proyecto de intervención se percibió en un inicio que los integrantes del grupo tenían una perspectiva de su vida de que “ya no sirve para trabajar”, esto como un ejemplo de las distintas ideas negativas que una persona puede desarrollar de sí misma cuando presenta algún problema de salud, reflejándose en su comportamiento y sus conductas, tanto afectivas, sociales y familiares.

A lograr la sensibilización y la integración de cada uno de los miembros del grupo se manifestó una red de apoyo, que permitió compartir experiencias, como vivencias de como controla y evitar la aparición de alguna de las complicaciones de la diabetes mellitus, logrando que con la implementación de este proyecto los miembros del grupo de diabetes se conviertan en multiplicadores que ayuden a la prevención de esta enfermedad.

### **Recomendaciones**

Debido al incremento tan desproporcionado de la Diabetes Mellitus en los últimos años se ha considerado como alarmante, sobre todo considerando las consecuencias que se generan a raíz de la enfermedad, como la mortalidad, los costos que representan para la persona, para su familia, así como para el sistema de salud y además de que las complicaciones llevan a incapacitar a una persona que se encuentra en edad de tener una vida activa en convertirlo en un ser con baja calidad de vida y alta discapacidad.

Por las mencionadas razones se deben crear programas no sólo para la prevención de la enfermedad, sino para evitar la aparición de las complicaciones que se presentan y que son las responsables de las visitas constantes al internamiento en un hospital, generando el abandono del

individuo de su empleo y dependiendo de sus familiares complicando la vida de núcleo familiar y todo esto se debe a que no existen una cultura de hábitos de prevención y atención que consisten en una buena alimentación, ejercicio y visita regulares al médico.

Otra recomendación es que cada centro de salud, tanto público como privado cuente con un grupo interdisciplinario, en cual pueda brindar las atenciones de las personas con diabetes mellitus, pero desde un enfoque integral, no solamente que base con la consulta médica, sino con todos los servicios que se involucran para que exista una verdadera prevención en las complicaciones que trae esta enfermedad.

#### Referencias bibliográficas

Aguilar, C. (2015) Acciones para enfrentar a la diabetes, documento de postura de la Academia Nacional de Medicina, Editorial Intersistemas. S.A de C.V, México.

Briones, G. (2006) Evaluación de Programas Sociales. 3ª Edición, Editorial TRILLAS, México.

Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013) Versión online del Atlas de la Diabetes de la FID, 6ª edición, en [http://www.idf.org/sites/default/files/www\\_25610\\_Diabetes\\_Atlas\\_6th\\_Ed\\_SP\\_int\\_ok\\_0914.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf), recuperado el día 20 de mayo 2014.

Organización mundial de la salud, OMS,2014,<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> recuperado el día 7 marzo 2014.

Organización Mundial de la Salud (OMS,2015) Enfermedades Crónicas, en [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/) recuperado el día 7 de junio 2015.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6717&Itemid=39447](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717&Itemid=39447), recuperado el día 7 de abril 2014.

Ortegón. E, Pacheco. J. Prieto, A. (2005) "Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile.

Powers. A. (2012) "Diabetes Mellitus" en Harrison Principios de Medicina Interna en Longo, Dan. L. et.al. 18ª edición, McGrawHill, en <http://harrisonmedicina.com.remoto.dgb.uanl.mx/content.aspx?aID=57179627>

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, boletín del sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria de diabetes tipo 2, México.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2015), Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, "Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010" en [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A\\_Morta\\_%202010\\_FINAL\\_Junio%202012.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf), recuperado el día 26 de mayo 2015.

Viscarret, J. (2007) Modelos y métodos de intervención en trabajo social Ed. Alianza, Madrid.

## ***Inicio sexual y uso de métodos anticonceptivos de adolescentes varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León.***

Dante Octavio Isau Garza Fabela<sup>157</sup>  
David De Jesús Reyes<sup>158</sup>

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Describir el comportamiento sexual en los adolescentes varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León en cuanto a la primera relación sexual y uso de métodos anticonceptivos. **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 2013, con una muestra de 334 adolescentes varones los cuales mencionaron ser sexualmente activos. **Resultados:** Los resultados revelan que del 100% de la población el 71.6% se encuentra estudiando la preparatoria en comparación del 28.4% que estudia en secundaria. Por otra parte, del porcentaje total 23.9% mencionó haber tenido su primera relación sexual por curiosidad. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos el 86.6% refirió haber utilizado el condón en su primera relación sexual como método anticonceptivo, sin embargo el 30.2% mencionó no haber utilizado ningún método anticonceptivo, así mismo al cuestionar a los adolescentes sobre porque no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual el 48.5% mencionó que no esperaba tener relaciones sexuales, mientras que el 41.7% de esta población no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual ya que no planeaba tener relaciones sexuales **Conclusiones:** Los comportamientos analizados muestran que los varones tienen expectativas tradicionales en torno a la sexualidad, 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 sexualmente activo, tener múltiples parejas sexuales y practicas ligadas a correr riesgos como lo es el no uso de métodos anticonceptivos.

**PALABRAS CLAVE:** varones, inicio sexual, primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos

---

<sup>157</sup> Licenciado en Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

<sup>158</sup> Profesor-Investigador del Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

## **INTRODUCCIÓN**

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 (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 riesgo<sup>159</sup> (Olavarría y Madrid, 2005). 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). Por 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

---

<sup>159</sup> 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.

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).

En México 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.

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 (González et al, 2005). Por ello 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.

Se considera importante tomar a la población adolescente escolarizada ya que a diferencia de otras encuestas tanto a nivel nacional como local, ésta fue diseñada pensando únicamente en la población adolescente, mientras que otras encuestas abarcan a la población de un rango de 15 a 49 años de edad aproximadamente, así mismo se cuenta con información relacionada con las prácticas sexuales y reproductivas ya que el periodo de la adolescencia se ve relacionado con los cambios hormonales y la construcción de la identidad de género (Menkes, 2006) derivado del encuentro con el otro sexo en el contexto escolar el cual constituye una experiencia central para la formación

de la identidad del individuo y sus relaciones afectivas, estando en contacto mediante el proceso de formación con el otro y su participación, analizada en un tiempo y lugar específico.

Ante lo expuesto surge la interrogante de conocer ¿Cómo será el comportamiento sexual que tienen los adolescentes varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León en cuanto a la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos?

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir el comportamiento sexual en los adolescentes varones de escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León en base a la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

### **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 población de estudio está conformada por un 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 eliminó a los varones mayores de 19 años de edad quedando un total de 1178 casos de los cuales se eliminaron a los varones que mencionaron no haber tenido alguna relación sexual, obteniendo como dato final 334 casos de adolescentes varones que oscilan entre los 12 a 19 años de edad los cuales fueron tomados para este estudio. 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 se presentan a continuación estarán divididos en subtemas, en donde las secciones descritas serán: *Inicio sexual y uso de métodos anticonceptivos*.

#### **Población de estudio**

Elaboración propia 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.

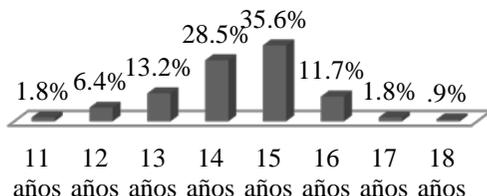
Las características de la población de estudio estuvieron conformadas por las encuestas realizadas a 334 adolescentes varones de 12 a 19 años de edad que mencionaron ser sexualmente activos, de los cuales el 63.4% se oscila entre los 15 y 16 años, 96% es soltero, 71.6% se encuentra estudiando el nivel medio superior, 71.8% no realiza ninguna actividad laboral, 61.5% menciona ser de religión católica y el 81.7% pertenece a un estrato muy bajo (Véase Cuadro I).

**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). Estudios en el contexto mexicano sobre las prácticas sexuales han documentado que en las últimas tres décadas se ha percibido un aumento en la actividad sexual adolescentes, ya que se muestra un incremento de la primera relación sexual del año 2000 al 2010 de dicho grupo poblacional (15 a 19 años) pasando de 22.3% a 33.6% lo cual indicada que la proporción de adolescentes que han tenido relación sexuales ha crecido siendo que uno de cada tres adolescentes menores de 19 años ya han tenido dicha experiencia (ENJUVE, 2010).

La siguiente grafica muestra las edades que mencionaron tener los adolecentes varones al tener su primera relación sexual.

**Gráfica 1. Edad de la primera relacion sexual**



Elaboración propia 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.

Cuadro I. Características Generales		
Características	N	Porcentaje
<b>Las</b>		
Población total	334	100
<b>Grupos de edad</b>		
12- 14 años	41	12.3
15-16 años	212	63.4
17-19 años	81	24.3
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	310	96
Unión libre o Casado	13	4
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	95	28.4
Preparatoria	239	71.6
<b>Trabajo</b>		
Si	94	28.2
No	239	71.8
<b>Religión</b>		
Católica	200	61.5
Ninguna	78	24
Otra	56	14.5
<b>Estrato Socioeconómico</b>		
Medio alto	15	4.5
Bajo	46	13.8
Muy Bajo	273	81.7

Al cuestionar a los adolescentes sobre cuál fue la edad que tenían cuando tuvieron su primera relación sexual el 35.6% menciono tener 15 años, seguido por el 28.5% que refiere haber tenido su primera relación sexual a los 14 años, el 13.2% menciono tener la primera relación sexual a los 13 años de edad, mientras que el 11.7% refiere haberla tenido a los 16 años, cabe mencionar que se puede ver un aumento en cuanto al inicio sexual en relación a la edad puesto que a partir de los 11 años hasta los 15 años se puede ver un aumento, mientras que a partir de los 16 años el inicio sexual es menor. Lo cual muestra que las principales edades en las que se da la primera relación sexual se encuentra primordialmente entre los 14 y 15 años de edad (Véase Gráfica 1).

Cuadro II. Sujeto con el cual se tuvo la primera relación sexual

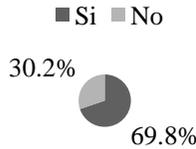
Sujeto	Porcentaje
Novia	60.4
Amigo	27.3
Familiar	1.8
Vecina	3.1
Desconocido	3.1
Prostituta	1.5
Otro	2.8

Elaboración propia 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

Tal como lo muestra el Cuadro II en cuanto al sujeto con el cual los adolescentes varones tuvieron su primera relación sexual el 60.4% mencionó haber tenido su primera relación sexual con su novia en comparación del 27.3% que refiere haber tenido su primera relación sexual con su amiga, seguido a ello se encuentran los sujetos como lo es la vecina y/o prostituta los cuales se ven representados con un 3.1% cada uno de ellos.

Así mismo es importante conocer de los adolescentes iniciados sexualmente quienes habían utilizado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. 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).

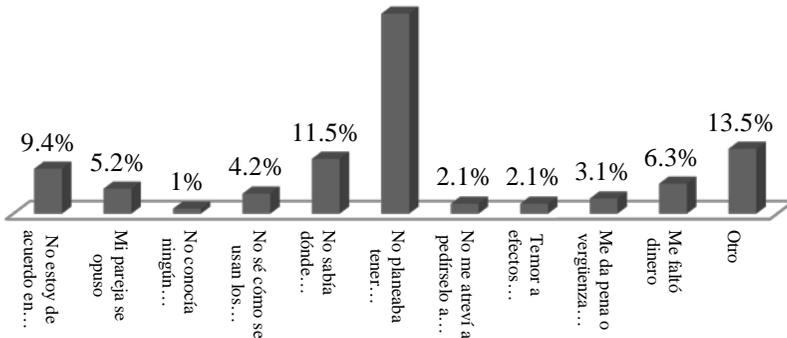
**Gráfica 2. ¿Utilizaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual?**



Elaboración propia 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.

Al preguntar a los adolescentes varones sobre el haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual el 69.8% mencionó haber utilizado un método anticonceptivo en comparación del 30.2% que refirió no haber utilizado ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Es por ello que las relaciones sexuales y en particular en este grupo poblacional constituyen la principal fuente de contagio (OMS, 1989), de ahí la importancia por explorar los conocimientos y actitudes de los varones en las prácticas sexuales.

**Gráfica 3. ¿Cual fue la razón principal por la que no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?**

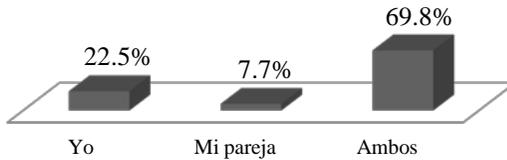


Elaboración propia en base a la encuesta sobre salud reproductiva de los alumnos en escuelas públicas de educación media y media superior del Estado de Nuevo León 2013.

Así mismo la población que ya ha tenido relaciones sexuales (N=344) revela que el 41.7% de esta población no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual ya que no planeaba tener relaciones sexuales, por

lo cual la espontaneidad dentro de los eventos coitales sigue siendo un factor que deslinda el uso de los métodos anticonceptivos, seguido a esto el 11.5% mencionó no saber dónde conseguir algún tipo de método anticonceptivo y a su vez un 9.4% mencionó no estar de acuerdo en el uso de los métodos anticonceptivos por lo cual la complejidad del tema surge con la identificación de estas características y comportamientos, los cuales sirven para generar supuestos de las ambivalentes prácticas sexuales.

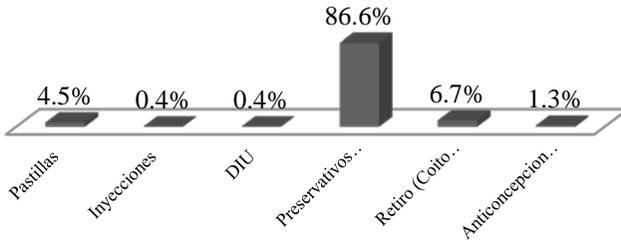
**Gráfica 4. ¿Quién decidió utilizar el método anticonceptivo ?**



Elaboración propia 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.

Por otra parte el 69.8% de los adolescentes refieren que fueron ellos y su pareja quienes decidieron utilizaron algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual, seguido del 22.5% que dijo haber sido ellos quienes decidieron utilizar algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual; por ellos es que se cuestionó ¿Para que habían utilizado el método anticonceptivo? Es decir, para prevenir un embarazo o una infección de transmisión sexual, a lo que el 61.2% dijo que para ambos casos, en comparación del 37.1% que mencionó haber utilizado algún método anticonceptivo para la prevención de embarazo no deseado y el 1.8% para prevenir un infección de transmisión sexual. Por ende las infecciones de transmisión sexual afectan principalmente a los adolescentes, esto debido al inicio sexual a una edad temprana y la falta de información sobre sexualidad, lo cual aumenta el riesgo en dicha población de contraer alguna infección de transmisión sexual (Menkes y Suarez, 2003).

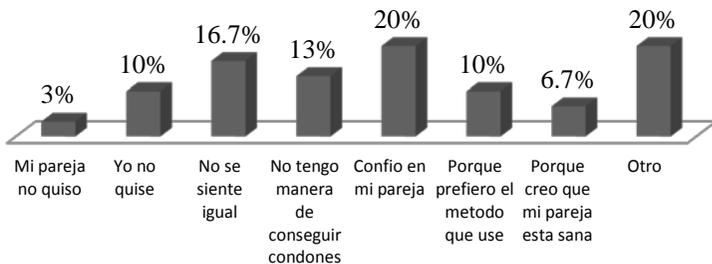
**Gráfica 5. Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual**



Elaboración propia 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.

Del total de la muestra 86.6% mencionó haber utilizado los preservativos (condones) como principal métodos anticonceptivo, cabe mencionar que como segunda opción el 6.7% de los adolescentes utilizo el retiro (coito interrumpido) como método anticonceptivo en la primera relación sexual. Un dato que vale la pena recalcar es que el 13.4% representa el resto de los adolescentes que utilizaron algún otro tipo de método anticonceptivo que no fue el condón, por ello ese porcentaje deslindo el uso del preservativo, llevando a cabo una práctica sexual de riesgo debido a que los demás métodos utilizados pudieran ser tomados como prevención de un embarazo más no de alguna infección de transmisión sexual.

**Gráfica 6.¿Porque no utilizaron condón en su primera relación sexual?**



Elaboración propia 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.

Otro comportamiento analizado fue el no uso de algún método anticonceptivo en donde los datos revelan que el 20% refirió no haber utilizado algún método anticonceptivo debido a que “confía en su pareja”, 16.7% mencionó deslindar el uso de métodos anticonceptivos debido a que “no se siente igual”, así mismo un 10% en ambos casos mencionó no utilizar un método anticonceptivo en su primera relación sexual debido a que “no quiso” y un 13% mencionó que no tiene manera de conseguir condones.

Siendo de esta manera la adolescencia constituida como un periodo caracterizado por la vulnerabilidad, en donde las principales consecuencias de la actividad sexual precoz sin protección son el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, así mismo esta vulnerabilidad no es a menudo percibida por los adolescentes lo cual los lleva a tener una autoimagen de omnipotencia e invulnerabilidad, estas características sitúan a los jóvenes a estar expuestos a conductas de riesgo, en donde el factor sociocultural es cada vez más influyente para que se lleven a cabo dichas conductas (Montero, 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).

## **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.

Del total de la población (N=344) la edad de inicia sexual oscila principalmente entre los 14 años de edad (28.5%) y 15 años (35.6%). Así mismo el 60.4% menciona haber tenido esta primera relación sexual con su novia. Por otra parte el 30.2% de los adolescentes refirió no haber utilizado

algún método anticonceptivo en dicha relación sexual. En donde el 41.7% mencionó no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual debido a que no tenía planeado tener relaciones sexuales. Otra de las razones por las cuales los adolescentes mencionaron no haber utilizado algún método anticonceptivo fue que el 16.7% refirió que “no se siente igual”.

Éstos comportamientos 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 prácticas ligadas a correr riesgos.

Por su parte Seidler (1995) hace referencia a las problemáticas por las cuales puede llegar a pasar el varón, particularmente durante a la construcción de la masculinidad, siendo ésta expresada mediante la sexualidad. Ante estas expresiones es que el autor señala que los varones crecen y desarrollan la idea de una sexualidad mediante una superioridad masculina la cual es concebida con la conquista y un rendimiento sexual, rechazando las emociones, siendo estos últimos aspectos donde el varón tiende a demostrar una supremacía y separando la sexualidad de toda emoción, debido a que el sexo es el medio mediante el cual se va a demostrar y afirmar su masculinidad.

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.

Otro de los comportamientos llevados a cabo en las prácticas sexuales es la percepción de riesgo en los adolescentes ante las relaciones coitales, ya que en ellos prevalece un sentimiento de invulnerabilidad ante dichos eventos, a pesar de que conocer los riesgos que puede llegar a tener el inicio sexual sin utilizar algún método anticonceptivo, en donde los adolescentes tienden a minimizar los efectos negativos que pueden llegar a tener ante las creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos, lo cual limitan y/o deslindan en uso de los mismos (Palma y González, 2010). Por otra parte el comportamiento vinculado a correr riesgos no solo alude a la hombría, sino que también genera la pertenencia a un grupo, en el cual el inicio sexual es parte de un ritual de la dinámica sexual (Arias y Rodríguez, 1998).

Ante el documento expuesto anteriormente es que los profesionales de Trabajo Social deberíamos crear propuestas que generen 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 fomentar 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. En conclusión y de acuerdo al perfil de los adolescentes varones escolarizados es importante dirigir los esfuerzos para la incorporación de material educativo que permita la prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc. Mismo que sirva para generar un mayor conocimiento en la toma de decisiones de los adolescentes al iniciar una vida sexualmente activa y de esta manera puedan tener un plan de vida.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 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.
- 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.
- 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](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php).
- 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.
- 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.
- Lomas, C. (Comp.) (2003). *¿Todos los hombres son iguales? Identidades masculinas y cambios sociales*. Barcelona: Paidós.

- Menkes, C. y L., Suarez (2003). "Sexualidad y embarazo adolescente en México", *Papeles de población*, revista del centro de investigación y estudios avanzados de la población-UAEM, enero-marzo.
- Menkes, C., Suárez, L., Núñez, L., y González, Sara (2006). *La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí*. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Rev Med Chile* 2011; 139: 1249-125.
- 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).
- Organización Mundial para la Salud (1984). *Consulta sobre las ETS como factor de riesgo, para la transmisión del VIH..* Ginebra: OMS.
- Palma, Y. y Gozalez, E. (2010). Iniciación sexual. Análisis de la ENADID 2006. En Chavez, A. y Menkes, C. (edit). *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo, una mirada desde la Enadid 2006*. México: Secretaria de Salud – CRIM UNAM pp.50-74
- Parsons, T. (1976). *El sistema social*. España: Biblioteca de la Revista de Occidente.
- Seidler, V. (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. México, *Debate Feminista*. Año 6, Vol.11 (abril).
- 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 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.
- 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.

## **Abordaje teórico de la salud y el estilo de vida en adolescentes.**

Adriana Zambrano Moreno  
David De Jesús Reyes  
Nohemí Liliana Negrete López

### **Resumen**

El estilo de vida es uno de los determinantes de mayor impacto en la salud, por ello se han enfocado esfuerzos dirigidos a la comprensión del estilo de vida y las múltiples conductas que originan la salud o enfermedad en cada etapa de vida. Su estudio es de suma importancia para el cuidado y conservación de la salud y es pieza fundamental en el logro del bienestar y pleno desarrollo personal. El presente trabajo describe diferentes teorías y modelos que han sido utilizadas para el estudio de la relación entre la salud y el estilo de vida de los adolescentes.

**Palabras clave:** adolescentes, estilo de vida, salud.

### **Introducción**

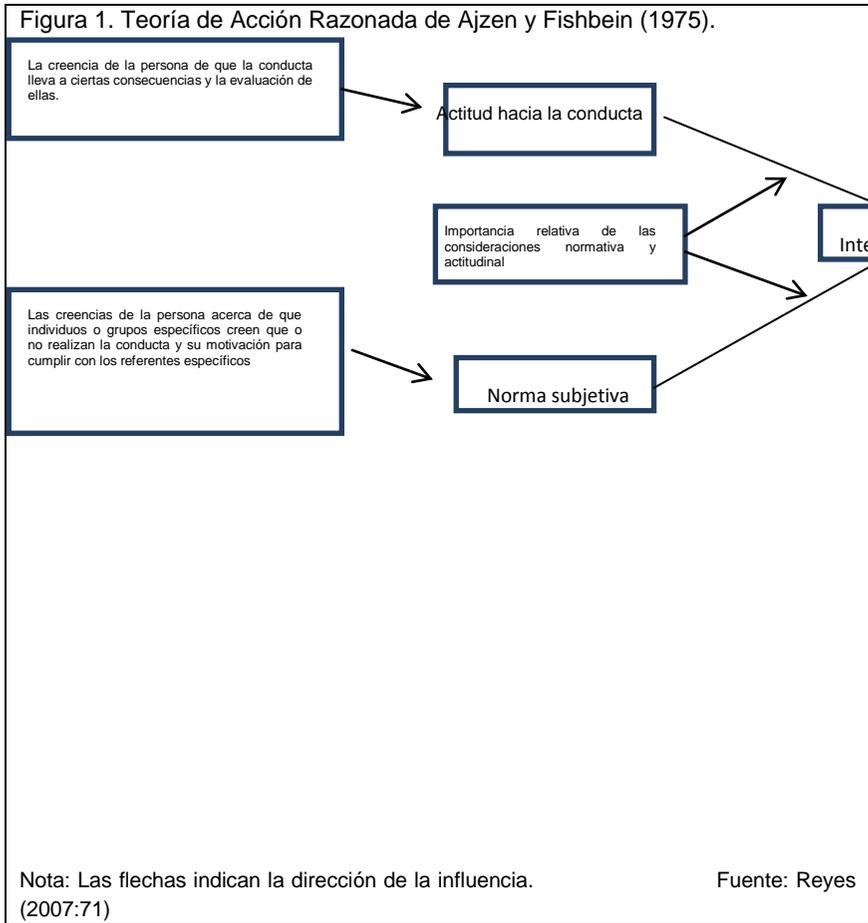
Entre las principales causas de las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran los cambios en el estilo de vida, considerados como el conjunto de hábitos y patrones de conducta cotidiana que permanece por un periodo de tiempo; y es producto de la interacción con las condiciones de vida, los factores sociales y culturales, entre otros; que se pueden convertir en factores de riesgo para la salud (Rodríguez y Agulló, 1999; Organización Mundial de la Salud, 2004; Arrivillaga y Salazar, 2005). Su estudio durante la adolescencia adquiere relevancia pues durante esta etapa se desarrollan las herramientas sociales e intelectuales necesarias para los roles y las responsabilidades de la etapa adulta, a la par de los cambios evolutivos propios de la edad, en los que la experimentación con el riesgo está presente por el deseo de independencia y autonomía, aunado a la atracción que ejerce lo desconocido y prohibido por los mayores, por desafiar abiertamente a los adultos y reafirmar su dominio sobre su propio cuerpo (Durá, 2010) y cuyas consecuencias producen daños en la salud y en la formación del capital humano (Cornellá y Llusent, 2004; Moreno, 2004).

Entre las perspectivas teóricas que han abordado la salud y el estilo de vida se encuentra la teoría del aprendizaje social de Bandura, (1977), donde el aprendizaje social es originado por imitación de las acciones de los demás, es decir, los adolescentes imitan y son modelados como parte de la socialización, de tal forma que la conducta de los padres, los compañeros e incluso de sus profesores, influyen en el aprendizaje de cierto estilo de vida de los adolescentes común para quienes conviven en el mismo medio ambiente.

En este, la motivación y el comportamiento son regulados por el pensamiento deliberado que antecede a la acción, estos cambios del comportamiento se establecen por el control personal sobre el ambiente llamado (locus de control). Este describe las creencias que un adolescente tiene de su comportamiento relacionado con la presencia o ausencia de la salud, entre los que destacan que la salud depende del comportamiento propio, la influencia de otras personas, o bien de la suerte (Wallston, Wallston y De Vellis, 1978). Esta teoría conduce a cambios de larga duración del comportamiento potencial o posible para el logro de una meta, mas no necesariamente es el comportamiento que actualmente presenta el adolescente. Entre los trabajos que se han basado en esta teoría se encuentra el realizado por Monton (1992), el cual describe el proceso de aprendizaje social en adolescentes escolarizados y sus interacciones con los medios de comunicación, los padres y los pares, con un punto de vista antiguo.

Durante los ochentas, surgen tres enfoques diferentes del proceso de socialización en base a las teorías de la expectativa valor, estos son 1) La autorregulación de comportamiento, 2) La teoría de balance en la toma de decisiones y 3) Los modelos integradores. Los tres se enfocan a entender cómo se construye el estilo de vida, a través de la construcción de los hábitos, las conductas, las actitudes, valores y normas relacionadas con estos, al mismo tiempo el estilo de vida deja de ser visto como una variable exclusiva del comportamiento e inicia su estudio con la adopción de otros componentes más subjetivos como la auto-percepción. Estas tres teorías son utilizadas principalmente en intervenciones para el cambio de conductas de riesgo en adolescentes.

Otro grupo se constituye de las teorías de la expectativa valor, representada por el modelo de creencias en salud (Becker y Maiman, 1975), la teoría de acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), el modelo de motivación protectora de Rogers (1983), la teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991) y la teoría de autoeficacia de Bandura, (1977), las cuales se describen a continuación.

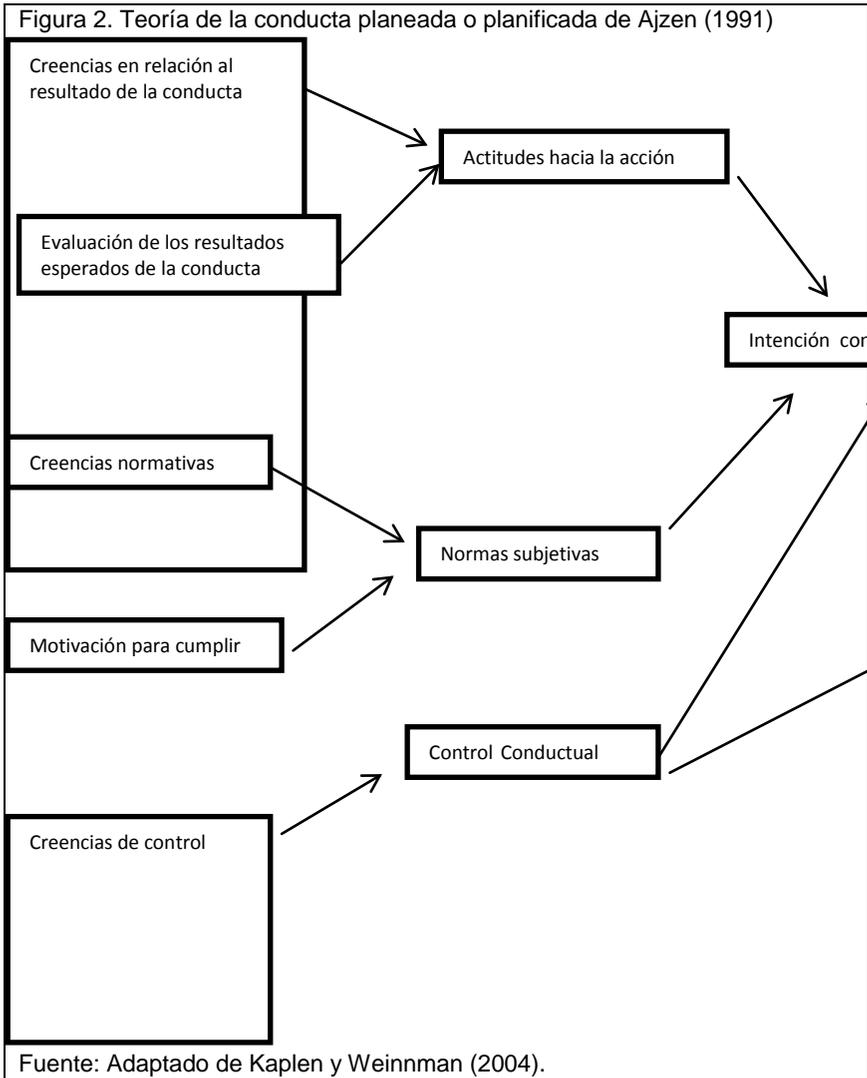


La teoría de la motivación por la protección de Rogers, (1975) plantea que el comportamiento es el resultado de la valoración de las amenazas, en donde se miden los factores que afectan la adaptación de un comportamiento (como la vulnerabilidad y el potencial, percibidos para el daño), además de valorar el afrontamiento (que es la capacidad de una persona para evitar o hacer frente a un resultado negativo), donde la valoración del afrontamiento es influenciado por la autoeficacia de uno o la creencia de que uno puede poner en práctica el comportamiento o estrategia de afrontamiento apropiado (Trull y Phares, 2003).

En primer término se encuentra la teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980), la cual en su origen fue desarrollada para explicar el comportamiento social y posteriormente fue utilizada para explicar el porqué las personas realizan ciertas conductas de salud (Figura 1). En ella se considera que la mayoría de las conductas se encuentran bajo control volitivo de las personas, en el cual, el determinante principal del comportamiento es

determinado por la intención de realizar o no tal comportamiento. Esta intención consta de dos factores uno personal y el otro social ó cultural:

- La persona hace referencia del juicio que emite sobre la acción a desarrollar, la cual puede ser considerada como buena o mala.
- La percepción personal referente a la presión social que se ejerce sobre ella, para desarrollar o no una acción determinada.



Es decir, que una persona percibe la presión social que la orilla a establecer una conducta determinada, cuando la mayoría de sus referentes sociales cercanos, con quienes se siente motivado a cumplir piensan que se debe



factores determinantes de la motivación hacia la protección de algún daño en los individuos (Figura 3).

Entre sus componentes se encuentran dos tipos de variables que interactúan de forma aditiva, para determinar la fuerza de la motivación de protección.

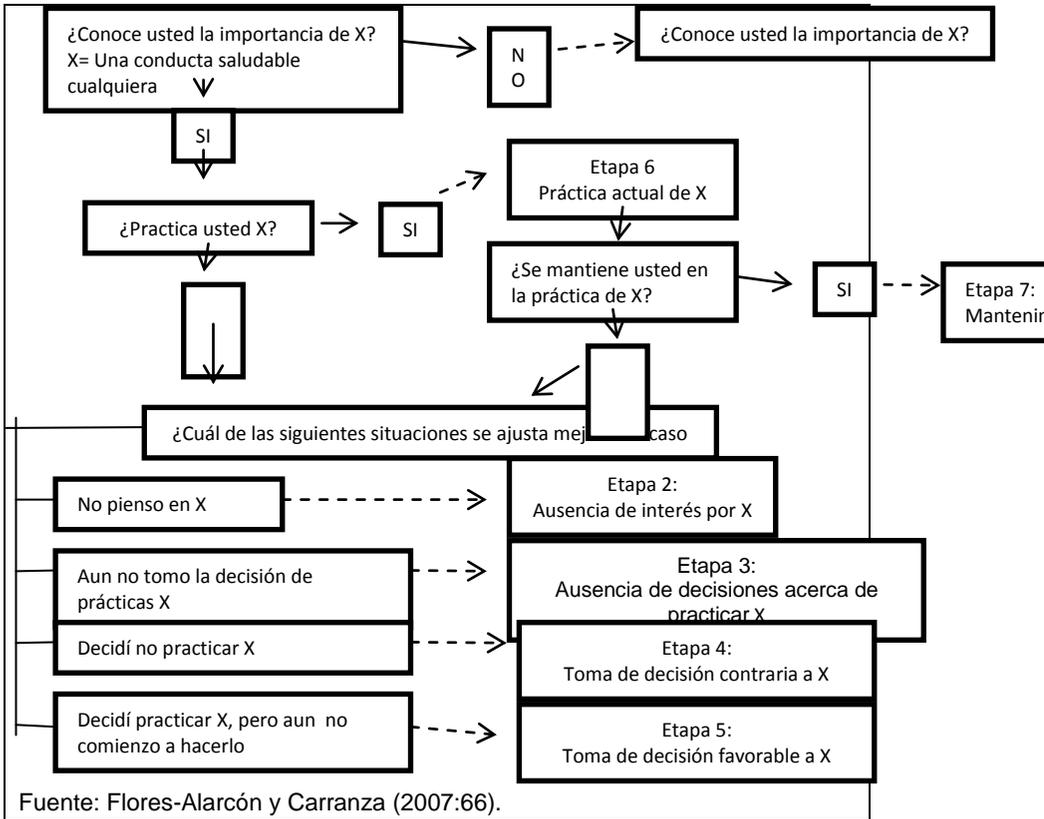
- La apreciación de la amenaza: es el resultado de restar a las ventajas de la respuesta desadaptativa el miedo a enfermar (gravedad de la amenaza y vulnerabilidad de la persona a enfermar).
- La evaluación de la respuesta de afrontamiento: este resulta de restar a la eficacia de la respuesta y de la persona (autoeficacia) los costos de dicha respuesta adaptativa.

En estas teorías presentadas se asume que la persona elige una opción de diferentes tipos de cogniciones, en donde a) se presenta la probabilidad subjetiva de que un comportamiento dado conducirá a resultados esperados y b) valoración de los resultados de la acción. El individuo elige de entre los diferentes campos de acción, aquella alternativa con mayor probabilidad de consecuencias positivas o para evitar las negativas.

En cuanto a los modelos basados en la autorregulación del comportamiento, una de los más representativos de esta perspectiva es la teoría de la autoeficacia de Bandura, (1986), es uno de los conceptos más recientes de los modelos para la comprensión de comportamiento reaccionado con la salud. Constituye uno de los principales elementos reguladores de las conductas favorecedoras de la salud y eliminación de conductas de riesgo.

Estos modelos integran a los factores que favorecen, como los que obstaculizan la posibilidad de que una persona realice o no un determinado comportamiento favorable a la salud, este se realiza como un proceso dinámico cuya relación de los determinantes se presenta por etapas, en las cuales cada una representa una forma diferente de relación, con la cual se describe las diversas formas en que una persona enfrenta a lo largo de su vida los diferentes problemas de salud. Entre estos se encuentran, el modelo del proceso de adopción de precauciones (Weinstein, 1988) y el proceso de acción a favor de la salud (Schwarzer, 1992, los cuales se describen a continuación.

Figura 4: El Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones de Weinstein, (1988).



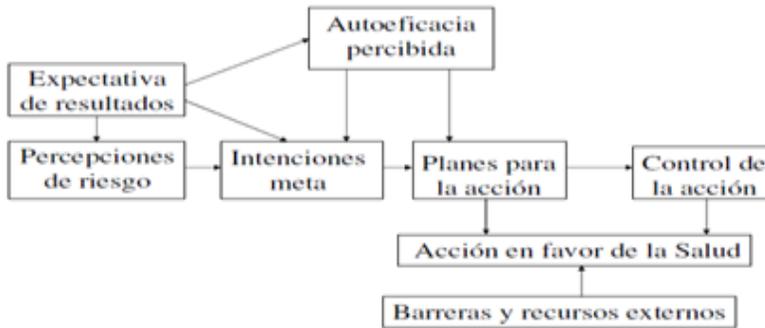
En cuanto al modelo del proceso de adopción de precauciones (Figura 4) de Weinstein, (1988), se propone identificar la forma en que las variables que influyen para la adopción de comportamientos relacionados con la salud, se combinan para predecir la probabilidad de que un individuo realice un comportamiento en particular.

Se establecen en este modelo siete etapas por las cuales una persona transita cuando se enfrenta a la adopción de conductas protectoras de la salud, cada una de las cuales representa una combinación particular de variables que pueden influir en el comportamiento de una persona, las personas pueden transitar libremente por las etapas, ya que no responde a un proceso evolutivo, sino mas bien depende de la disposición personal para adoptar dicho comportamiento relacionado con la salud.

Por otra parte, el proceso de acción a favor de la salud (Schwarzer, 1992) (Figura 5), aborda el comportamiento relacionado con la salud del individuo desde la motivación o necesidad de competencia y autodeterminación, que se origina en la satisfacción del cumplimiento de ciertos criterios internos y la percepción de la propia eficacia, esta última se obtiene de la interacción con el

medio, a través de diversos mecanismos como la persuasión, la comparación social y el modelado (Breinbaur y Maddaleno, 2008).

Figura 5. Proceso de Acción a favor de la Salud de Schwarzer, (1992).



Fuente: Adaptado de León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, (2004).

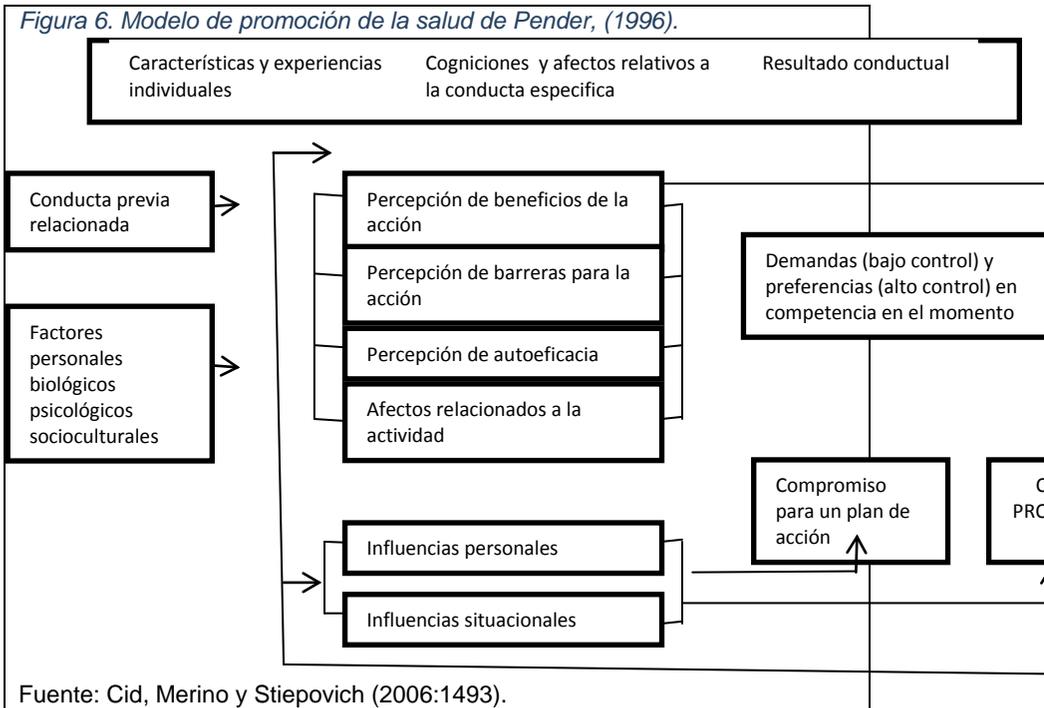
Los modelos basados en la Teoría del Balance en la toma de decisiones son básicamente dos, el modelo transteorico de Prochaska y DiClemente, (1983) y el modelo de conflicto de toma de decisiones Janis y Mann, (1977).

Primero se aborda el modelo transteorico utiliza las etapas, procesos y principios de cambio de las diferentes teorías más importantes de lo cual deriva su nombre. Según el cual el cambio conductual es un proceso que posee seis etapas:

1. Pre-contemplación: en ella las personas no tienen la intención de tomar medidas con el fin de cambiar su comportamiento en por lo menos, los próximos seis meses, las personas se ubican en esta etapa por diversas razones entre las que se encuentran el miedo, la resistencia, o bien la información sobre las consecuencias de su comportamiento es muy limitada o inexistente o han tratado de cambiar sin tener éxito, entre otras.
2. Contemplación, es la etapa en donde las personas tienen la intención de cambiar en los siguientes seis meses, han identificado las ventajas y las desventajas de realizar este cambio, este cálculo de los beneficios puede estancar a la persona por largos periodos de tiempo en esta fase.
3. Preparación: en esta las personas tienen ya la intención de cambiar su comportamiento en el siguiente mes y poseen un plan de acción.
4. Acción: en esta las personas ya realizaron modificaciones específicas de su comportamiento en los seis meses anteriores

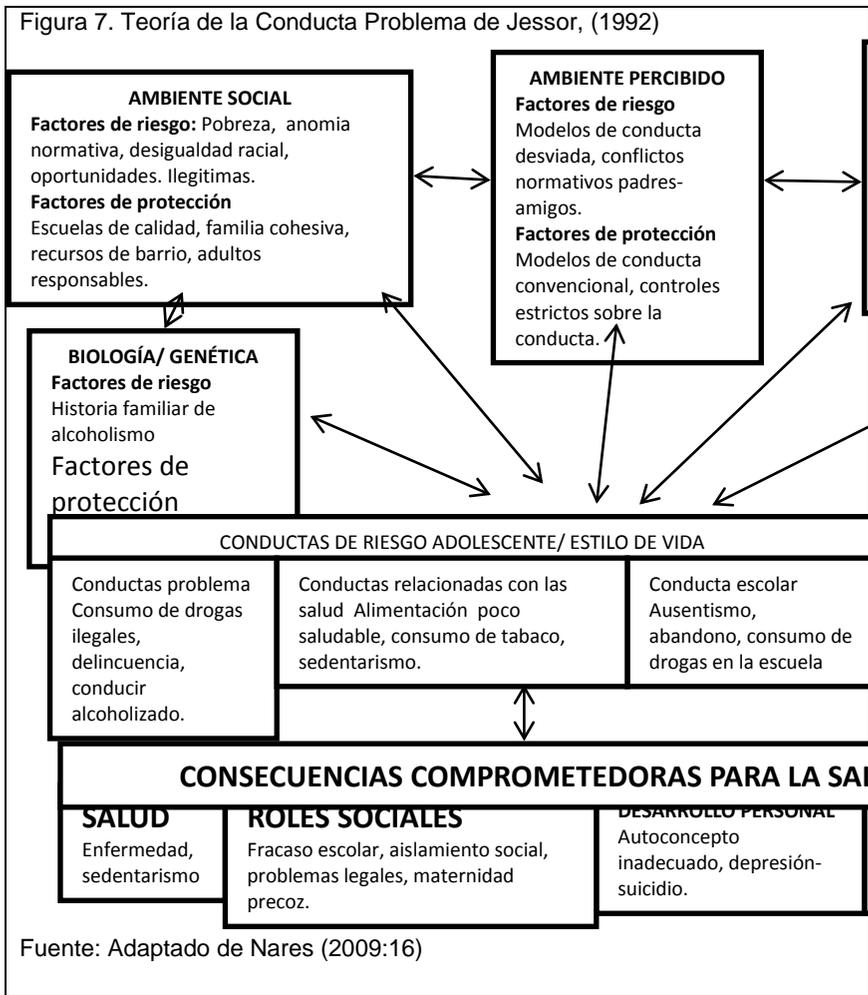
5. Mantenimiento: en esta etapa tiene un periodo de duración de seis meses hasta cinco años, en ella las personas tienen la confianza de asumir nuevos cambios y tratan de evitar las recaídas.
6. Culminación esta etapa es utilizada en ciertas conductas como las relacionadas con las adicciones, en la cual las personas no caen en tentaciones y gozan de autoeficacia completa.

Por otra parte, el modelo de conflicto de toma de decisiones de Janis y Mann, (1977), los cuales sostienen que un individuo primero evalúa los pros y contras de una acción determinada y posteriormente elige aquello que represente los mejores resultados o bien aquello que disminuya los efectos más negativos. La probabilidad que se asocia con el resultado es subjetiva, pues se relaciona con la confianza del sujeto de obtener un resultado exitoso, en esta expectativa de éxito se considera además la frecuencia anterior del mismo resultado (experiencias de logro que respaldan la autoeficacia), así como la formación de los procesos de atribución, es decir el control que el individuo cree poseer sobre el resultado; autoeficacia o seguridad de lograr un resultado deseado (Palmerin, 2003; León y otros, 2004; Breinbaur y Maddaleno, 2008).



Los modelos integradores son los más actuales ya que poseen una más amplia visión de la salud, surgen de la integración de varias teorías por ejemplo, el modelo de promoción de la salud de Pender, (1996), fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, (Figura 6) este modelo es el único que incluye el termino estilo de vida promotor de la salud directamente en su propuesta a través de tres grupos de factores predictores del estilo de vida. Esta teoría es utilizada por Giraldo, Toro, Macias, Valencia y Palacio, (2010)

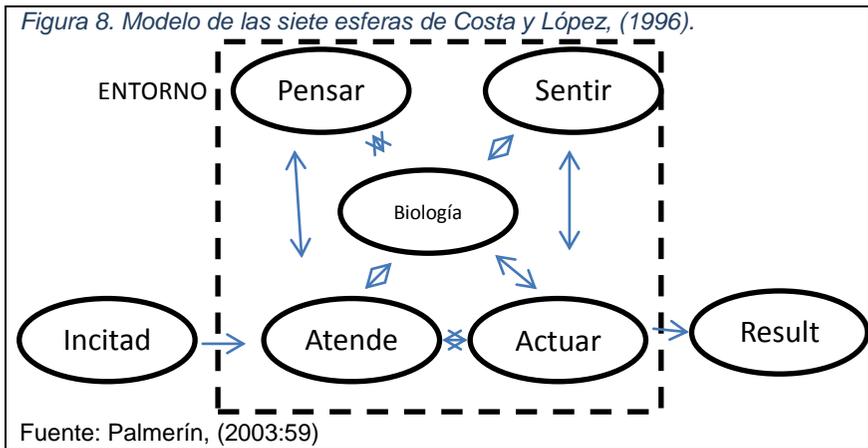
1. Los afectos y cogniciones específicos de la conducta, que agrupa las motivaciones primarias que inciden en la adquisición y mantenimiento de las conductas promotoras de salud, entre sus elementos se encuentran las barreras percibidas para realizar la conducta saludable, los beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para realizar el efecto relacionado con la conducta y las situaciones interpersonales en el compromiso para realizar la conducta saludable.
2. Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales, con variables que influyen indirectamente a través de la interacción causal con los efectos, las cogniciones, así como a las influencias interpersonales y situacionales.
3. Antecedentes de la acción, que concentra los estímulos internos o externos relacionados con la conducta (Palmerin, 2003; Breinbaur y Maddaleno, 2008).



Por su parte la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, (1977); Jessor 1992) (Figura 7) es un modelo integrador en el cual se incorporan elementos de diversas orientaciones teóricas como cogniciones, aprendizajes, reacciones interpersonales y constructos interpersonales; para la predicción del comportamiento problemático de los adolescentes, conductas de riesgo para la salud, conductas de inadaptación y delincuencia juvenil. Estas conductas problema forman un síndrome que comparte los factores determinantes, los factores de riesgo y los factores protectores, este modelo es de gran complejidad por lo que se ha utilizado parcialmente con aspectos concretos como el consumo de drogas o la conducta sexual.

Entre las investigaciones realizadas bajo este modelo se encuentra la realizada por Mulassi, Hadid, Borracci, Labruna, Picarel, Ribilotte, Redruello y Masoli (2010) en el cual evaluaron los hábitos de alimentación, actividad física

así como el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes para identificar sus factores de riesgo cardiovascular; Sancho, Pérez Torres y Campillo, (2001) determinaron los estilos de vida y su relación con la salud en adolescentes; estilos de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios de Lumbreras, Moctezuma, Dosamentes, Medina, Cervantes, López y Méndez (2009) y Avalos y Bonilla, (2011).



Otro modelo utilizado en los adolescentes es el de las siete esferas de Costa y López, (1996), (Figura 8) del cual no se pretende hacer una exposición detallada, solo se limita a una breve descripción de cómo se originan y desarrollan los comportamientos que conforman el estilo de vida en adolescentes, es utilizado en intervenciones y estrategias que apoyan la identificación de factores de cambio y de resistencia al mismo dentro de la educación para la salud. Destaca la interacción recíproca e histórica del individuo y su entorno donde subyace la explicación de origen y mantenimiento del comportamiento. Donde el entorno actúa como activador de determinado comportamiento y además como distribuidor de resultados del mismo, donde la correlación entre el comportamiento y su resultado es responsable de su permanencia o abandono.

Establece dos dimensiones del entorno: a) los activadores contemplan a múltiples situaciones, mensajes, modelos de conducta, recomendaciones entre otros que impulsan o desactivan el comportamiento por ejemplo padecer alguna enfermedad, una crisis familiar, la pérdida de un ser querido, etc. y b) los resultados incluyen la huella que deja en el entorno el comportamiento de los adolescentes, sus logros, beneficios, recompensas, reconocimientos, castigos, como consecuencia de sus conductas de salud o riesgo. Estos actúan como polos donde confluye el entorno para producir o desactivar determinados comportamientos y además se materializa la interacción que el adolescente entabla con el entorno.

Dentro del adolescente su ubican cinco esferas que interactúan entre sí y con el entorno, las dos primeras se entrelazan con las dos dimensiones del entorno de una forma sólida creando una zona de interacción que potencia el origen de determinados comportamientos.

1. La dimensión atención/percepción actúa como un proceso que activa el comportamiento y el campo de acción en el que se desarrollan las otras dimensiones del comportamiento
2. La dimensión actuación asociada a los resultados o cambios en el entorno, muestra como la interacción entre los escenarios y el entorno no se podrían comprender sin la acción de los adolescentes, en donde si se conoce y analizan sus acciones habituales se puede predecir con seguridad lo que volverán a hacer en escenarios parecidos.
3. La biología durante la pubertad se producen cambios biológicos de los adolescentes que producen experiencias en las demás esferas del comportamiento y del aprendizaje, que van conformando la historia de vida.
4. La dimensión cognitiva, en ella se hace referencia de las experiencias de vida que se van acumulando, las cuales actúan como activador de otras esferas del comportamiento y el origen de los estilos de vida saludables o de riesgo, en ella se encuentran el conocimiento, expectativas, valores, actitudes, evaluación de la eficacia y la autoimagen, entre otros.
5. La dimensión emocional en donde confluyen los sentimientos, las emociones estados de ánimo, ya sean positivos o negativos, entre otros, y son el mejor ejemplo de que las circunstancias del entorno afectan el equilibrio del adolescente; estas cinco esferas individuales se condicionan una a otra, de tal forma, que el individuo regula su comportamiento por la interacción con el entorno.

Las siete esferas se encuentran en un ambiente o entorno físico y psicosocial e interacciones que originan los estilos de vida, el entorno se subdivide en pequeños universos como familia, escuela, instituciones, entre otros. Los escenarios contemplan los recursos, las oportunidades, los factores protectores, los factores de riesgo, entre otros que se interrelacionan y confluyen de forma diversa en las siete esferas y dan por consecuencia la evolución de los comportamientos (Palmerin, 2003).

### ***El Modelo de Creencias en Salud***

El modelo de creencias en salud (Figura 9) fue de los primeros que adaptó las teorías conductuales a los problemas relacionados con la salud de los individuos, muy reconocido y ampliamente utilizado como referente teórico hoy en día. Se desarrolla en los cincuenta por el psicólogo social Godfrey Hochbaum, y posteriormente reformulado por Stephen Kegels, Hugh

Leventhal e Irwin Rosenstock quienes trabajaban para el departamento de Salud Pública de EUA, toma como base las teorías del valor esperado, la teoría de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y la teoría de las ciencias conductuales a los problemas de salud, el cual trata de explicar y predecir los comportamientos de salud a través de las actitudes y creencias personales (Breinbaur y Maddaleno, 2008).

Este modelo centra su atención a la explicación y predicción de diferentes comportamientos de salud, relacionados con evitar los comportamientos de riesgo, así como al incremento de comportamientos que actúan como protectores de la salud enfocados a personas sanas y posteriormente en los años setentas inicia su aplicación en personas con claros síntomas de enfermedad (Moreno y Gil, 2003; León y otros, 2004).

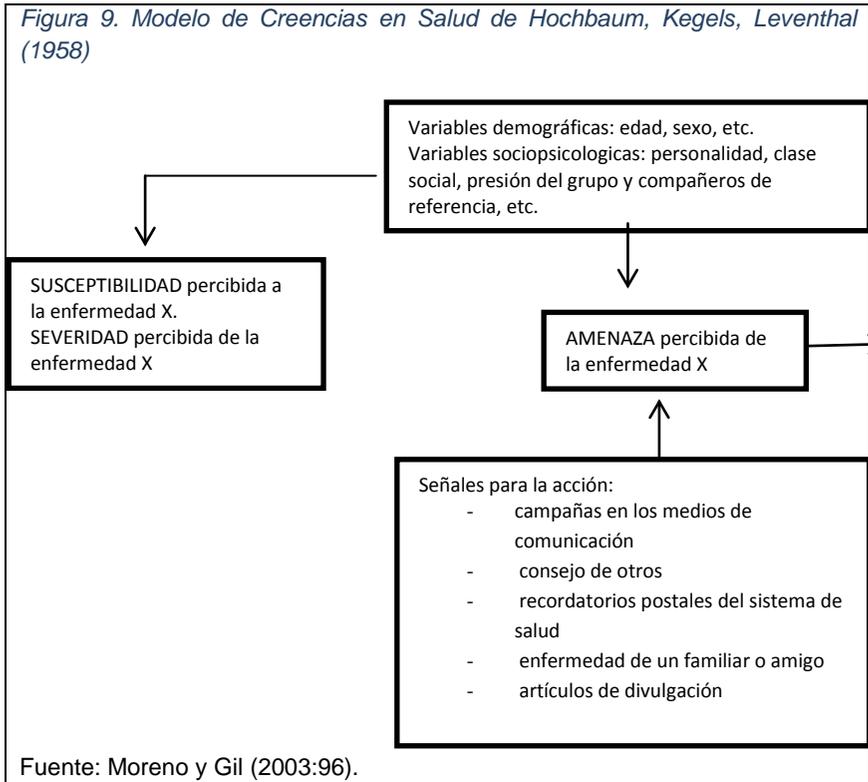
Los elementos que integran el modelo son: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, costos y beneficios percibidos, claves para la acción y factores modificadores los cuales se describen a continuación.

1. Susceptibilidad percibida se refiere a la probabilidad o vulnerabilidad percibida de una persona a padecer una enfermedad, es un riesgo percibido por el individuo.
2. Gravedad percibida: es la posibilidad de ser afectado por una enfermedad o de no recibir el tratamiento, se subdivide en diferentes dimensiones como la gravedad clínica, interferencia con las acciones diarias, impacto en la apariencia, efecto en el trabajo, la familia, la vida social, entre otros.
3. Costos y beneficios percibidos, en ella se hace referencia a la estimación de los beneficios que la persona obtendrá considerando el gasto que ello implica y las posibles barreras o desventajas de realizar un comportamiento determinado favorable para la salud.
4. Claves para la acción: hace referencia a la combinación de percepción de la susceptibilidad y de la severidad, es utilizado en las acciones preventivas como las campañas de vacunación. Según el modelo cuando la susceptibilidad y la gravedad percibidas son bajas se requiere que la clave de acción sea elevada y viceversa.
5. Factores modificadores, se encuentran los factores culturales, sociales y demográficos entre otros que pueden desencadenar la toma de decisiones hacia conductas que favorecen la salud.

Los elementos antes mencionados se derivan de la hipótesis:

- La probabilidad de llevar a cabo la acción de salud apropiada es función del estado subjetivo de disponibilidad del individuo o intención para realizarla.
- La intención del individuo para llevar a cabo la acción es determinada por la amenaza que representa la enfermedad para él.

- La amenaza subjetiva que representa la enfermedad a su vez se compone de: la probabilidad percibida, las percepciones sobre la gravedad de las consecuencias y las claves de acción.
- La posibilidad de que la persona realice una conducta es determinada por la evaluación que hace sobre la viabilidad u eficacia que esta conducta tenga.



Ha sido utilizado en una amplia gama de investigaciones relacionadas con la salud y la enfermedad, entre las que se encuentran los temas del consumo de tabaco (Weinberger, Greene, Mamlin y Jerin, 1981) y los problemas en niños y adolescentes (Cohon, Macfarlane, Yáñez e Imai, 1995; Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993); obesidad en adolescentes (Hernández, 2010) y para conocer las creencias relacionadas con los estilos de vida de jóvenes (Arriviaga y Salazar, 2005); estilos de vida modificables en niños con sobrepeso de (Villagrán, Rodríguez, Novalbos, Martínez y Lechuga, 2010).

### **Teoría Ecológica del Desarrollo de Bronfenbrenner**

El desarrollo humano es un proceso donde el individuo contrasta continuamente sus actividades y sus roles con la interacción con el medio

ambiente, es decir el ser humano es un ente activo en proceso de desarrollo y este desarrollo se da a través de la interacción con el medio ambiente el cual a su vez está en constante cambio, ambos se ven influenciados y se afectan produciendo un cambio o desarrollo. El resultado produce que el individuo sea visto no solo como un ente en quien influye el ambiente, sino como un ser en desarrollo dinámico que interrelaciona con él, influenciándolo hasta el punto de cambiar el medio en donde habita, es decir es una interacción recíproca entre el hombre y el medio (Bronfenbrenner, 1987).

El concepto de ambiente debe ser entendido más allá de su entorno inmediato, abarcando e interconectando diferentes entornos donde se desarrolla la persona y los grados de influencia que este individuo ejerce en ellos y entre los entornos circundantes. De tal forma que la teoría ecológica se plasma gráficamente en una disposición de estructuras interconectadas y concéntricas, donde cada una de las que lo conforman es incluida en la siguiente, describiendo cuatro niveles o sistemas que interactúan en el desarrollo del individuo (Bronfenbrenner, 1987).

La Teoría Ecológica del desarrollo de Bronfenbrenner (1987), posee una visión integral y sistémica que puede ser aplicado al estudio de los estilos de vida que son influenciados por múltiples factores ligados entre sí de forma compleja. Esta teoría ha sido utilizada tanto en el área de educación, como en diferentes ramas de la psicología y es fácil de trasladar a otros campos de la ciencia.

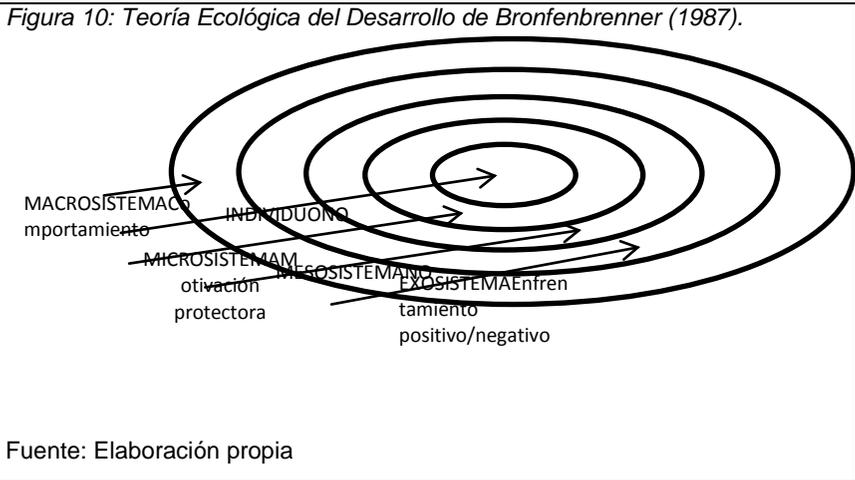
Postula como una importante influencia en la conducta de los seres humanos a los diversos ambientes naturales en los que crece y se desarrolla, dado que las personas se encuentran en un constante intercambio con el entorno donde ambos cambian y son cambiados a fin de mantener un equilibrio entre los sistemas que lo integran. Entre los primeros estudios en los que se utilizó la teoría ecológica se encuentra el realizado por Lewin (1936) referente a la conformación de la conducta a través de la interrelación de la persona con el ambiente, donde el autor considera que el desarrollo humano es producto de la interrelación del ser humano activamente con sus ambientes circundantes y cambiantes durante el ciclo de vida (Torrice, Santín, Andrés, Menéndez y López, 2002).

Estos ambientes forman parte de su vida habitual (Figura 10 y 11), entre los que se encuentran: a) el microsistema, es el entorno colindante en el cual se ubica la persona en desarrollo, consiste en los roles, las actividades y relaciones que entabla la persona con su entorno; b) el mesosistema, comprende la interrelación entre dos o más entornos, como la familia, los amigos, en los que la persona interactúa c) el exosistema, es el más amplio de los entornos como los servicios de salud, que aun cuando no se incluye a la persona en desarrollo se producen hechos que le impactan y d) el macrosistema ó la cultura en la que la persona nace y se desarrolla.

Para el estudio del estilo de vida se han identificado elementos de cada uno de los integradores como son las características de la persona, sus valores, la familia y las amistades como parte del entorno microsocio; los factores macro sociales como las instituciones, el sistema social y la cultura; así como el medio físico y geográfico donde se realiza la interacción de los factores, sin embargo la mayoría de las investigaciones se han enfocado al estudio del individuo y su entorno social (Pastor y otros, 1999).

El microsistema es el sistema más próximo al adolescente donde se consideran los comportamientos, roles y relaciones que caracterizan la vida diaria, el cual se identifica por la interacción directa, por ejemplo con la familia y los amigos, cada uno de ellos influye claramente en el adolescente quien se convierte en el punto de partida múltiples variables individuales.

La teoría ecológica postula que el desarrollo del individuo es favorecido por la interacción durante el crecimiento de diferentes sistemas donde las estructuras sociales en las que interactúa el individuo se interrelacionan por ejemplo la familia, la escuela, su grupo de amigos, influyen en determinadas conductas en el adolescente. La familia además de preparar los alimentos y establecer las pautas de consumo durante la infancia es fundamental en los adolescentes al proporcionar la estabilidad, las normas y reglas de conducta familiar que influyen el desarrollo del adolescente, otro espacio de gran influencia es la escuela pues es además de fomentar el desarrollo cognitivo, se practica la convivencia y se fortalece las normas, actitudes y valores propios del grupo.



### **Mesosistema**

Se refiere a la interacción de al menos dos entornos donde se desenvuelve el individuo, es decir, es un sistema de microsistemas donde se interrelaciona la familia y la escuela o la familia y los amigos del adolescente. El mesosistema es entonces una red de contextos que se interactúan entre sí, influyendo en forma integral y por separado cada uno de ellos en el desarrollo del individuo a través de vínculos o conexiones. La conexión provee de una continuidad entre los contextos o incrementan los efectos negativos, por ejemplo en los jóvenes en los que hay una marcada diferencia entre las conductas, valores o comportamientos que alienta un sistema de otro.

### **Exosistema**

En este entorno no se incluye al individuo, pero se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende el individuo en formación o que se afectan por lo que ocurre en este entorno, entre ellos se encuentre la ocupación de los padres, las relaciones de sus hermanos, el sistema escolar, de salud y los medios de comunicación. Entre ellos cabe destacar el papel de la televisión que además de influenciar indirectamente comportamientos relacionados a gustos y aversiones alimentarias, impacta en la cantidad de tiempo que los adolescentes invierten frente a la pantalla.

### **Macrosistema**

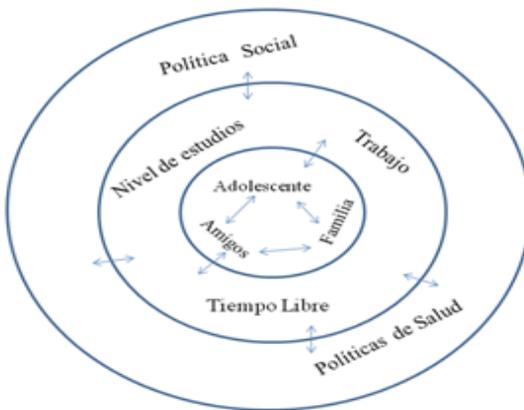
En este se incluye al grupo social o la sociedad en general, en este sistema la estructura que presenta el microsistema, el mesosistema y el exosistema es similar en su funcionamiento y construcción, se refiere principalmente a los marcos culturales que pueden afectar en los sistemas menores de forma transversal, representa así a la cultura y sociedad en la cual el adolescente se desarrolla.

La teoría ecológica es dinámica pues sus procesos son continuos y se encuentran en constante interacción, lo que hace un modelo muy útil para tratar de explicar el estilo de vida a través de los diferentes procesos de aprendizaje que se desarrollan en los diferentes contextos.

Entre los trabajos sobre estilos de vida realizados con la teoría ecológica se encuentran el de Castro (2005), quien propone la promoción de estilos de vida activos con énfasis en la actividad física; y el de Busdiecker, Castillo, y Salas, (2000) en su trabajo sobre hábitos de alimentación con el cual se promueven diversas estrategias para estilos de vida saludables y Fonseca, Maldonado, Pardo y Soto (2007) donde caracterizan los estilos de vida de adolescentes escolarizados, en los que prevalece el estudio a nivel individual.

Este enfoque explica como el adolescente se desarrolla e interactúa con el medio social a través de diferentes sistemas y niveles interconectados entre sí, el cual permite entender la relación de la obesidad y el estilo de vida a través de un modelo de análisis consistente.

Figura 11. Representación de las variables de estudio en Bronfenbrenner, (1987).



Fuente: Elaboración propia

### Conclusiones

Lo anteriormente expuesto evidencia las muy diversas formas de abordaje de las conductas y su relación con el estilo de vida para estimular la presencia o ausencia de la salud. Es necesario continuar con estudios que aporten más información en problemas metodológicos enfocados a la medición de variables y su valor estándar, así como las conductas que pueden considerarse parte del estilo de vida, así como la diferencia que en ellas ejerce la cultura por ejemplo, con la finalidad de obtener un conocimiento más profundo y acorde a la realidad actual del ser humano.

### Bibliografía

- Ajzen, I. & Fishbein, R. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, NJ, EE.UU: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Arrivillaga, M. y Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes Latinoamericanos. *Psicología Conductual* 13 (1), 19-36.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. EE.UU: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, EE.UU: Prentice Hall.
- Bandura, B. (1982). Estilos de vida y salud: La perspectiva socio-ecológica. En J.I. Ruíz (Ed.), *Estilos de vida e investigación social*. Bilbao, España: Mensajero.
- Becker, M. & Malman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care regimens. *Medical Care*, 13, 10-24.

- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2008). El modelo "Jóvenes: opciones y cambios" y su aplicación en el diseño de intervenciones eficaces para los adolescentes. *Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia*. Publicación Científica y Técnica No 594. Washington DC: OPS.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós.
- Busdiecker, S., Castillo, C., y Salas, I. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica, *Revista chilena de pediatría*, 71, (1), 5-11.
- Castro, J. (2005). Promoción de estilos de vida activos. *Educación física y deporte* 24 (2), 49-64.
- Cid, Merino y Stieповich (2006) Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotro de salud. *Revista Medica Chile* 134:1491-1499.
- Cohn, L., Macfarlane, S., Yanez. C. & Imai, W. K. (1995). Risk-perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3),217-222.
- Cornellá, J., Llusent, A. (2004). Aspectos generales de la salud en la adolescencia y juventud. Factores de riesgo y protección, comunicación presentada en el 5° congreso virtual de Psiquiatría
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. España: Pirámide.
- Durá MJ. (2010). Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) serie de trabajos fin de Master 2 (1), 680-695.
- Fonseca, M., Maldonado, A., Pardo, L. y Soto, MF. (2007). Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. *Umbral Científica* 11 (semestral), 44-57.
- Giraldo, A., Toro, M.Y., Macias, A.M., Valencia, C.A., Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud* 15 (1),128-143.
- Hochbaum, G., Kegels, S., y Leventhal (1958) en: Rosenstock, I.M. (1974) Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2,pp 328-335.
- Janis, I. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New Haven, CT, EE. UU.: Free Press.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D. E. Rogers, & E. Ginzberg (Eds.), *Adolescents at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO, EE. UU: Westview Press.
- Kaplan E., Weinman J. editores (2004) *Health Psychology*. BPS and Blackwell

- León, JM. Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, IM. (2004) *Psicología de a Salud y de Calidad de Vida*. ED Universidad Oberta de Catalunya: España.
- Lumbreras, I., Moctezuma, MG., Dosamantes, L., Medina, MA., Cervantes, M., Lopez, MR., Mendez, P. (2009) *Estilo de vida y riesgos para la salud de estudiantes universitarios hallazgos para la prevención*. Rev Digital Universitaria 10 (2)
- Monton, JL.(1992) *Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes*. Tesis Univerisidad Complutense de Madrid. España.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003) *El Modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud*. Revista Internacional de Psicología y terapia psicológica. 3 (1) pp 91-109.
- Moreno, Y. (2004) *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana*. Tesis Universtat de Valencia. España.
- Mulassi, A., Hadid, C., Borracci, R., Labruna, M., Picarel, A., Ribilotte, A., Redruello, M. y Masoli, O. (2010) *Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses*. Archivos Argentinos de Pediatra 108 (1) 45-54.
- Nares, M. (2009) *Influencia de la dinámica familiar en la presencia de conductas de riesgo en adolescentes del Instituto Manuel C. Silva en Villa de Álvarez*, Tesis de Maestría. Colima, México.
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Suiza.
- Palmerín, A. (2003) *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prvencion del abuso de alcohol en jóvenes*. Colegio Oficial de Psicologos
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stanford, CA, EE. UU.: Applenton & Lange.
- Prochaska, J. y Diclement, C. (1983). *Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395.
- Quadrel, M.J., Fischhoff, B., y Davis, W. (1993). *Adolescent (In) vulnerability*. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Reyes, L. (2007) *La teoría de acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes*. INED (7) sep.
- Rodríguez, J. y Agulló, E. (1999) *Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios*. *Psicothema* 11 (002)274-259. Oviedo España
- Rogers, R. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. En J. T. Cacioppo & R. E. Petty, (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). Nueva York, NY, EE. UU.:

Sancho, L; Perez, G; Torres, M; y Campillo, J. (2002) *Estilo de vida y hábitos alimentarios de los adolescentes extremeños*. Semergen 28(4):177-184.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Washington, DC, EE. UU.: Hemisphere.

Torrico, E. Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., López, MJ. (2002) El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología* 18(1):45-59

Trull, T. y Phares, J. (2003) *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Sexta edición. Thomson:Mexico.

Villagrán, S., Rodríguez, A., Novalbos, J., Martínez, J. y Lechuga, J. (2010) Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutricion Hospitalaria*. 25 (5):823-831

Wallston, K., Wallston, B. y De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-171.

Weinberger, M., Greene, J., Mamlin, J., & Jerin, M. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, 71(11), 1253-1255.

Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

## **Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Nuevo León según la ENSANUT 2012.**

Sandra Rubí Amador Corral<sup>160</sup>  
Martha Leticia Cabello Garza<sup>161</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud los adolescentes son considerados como un grupo de la población relativamente sano, no obstante en las últimas décadas este grupo ha presentado problemas de salud relacionados con la alimentación; asimismo, varias enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia y algunas están relacionadas a la mala alimentación y a la nula actividad física.

Entre de los problemas más relevantes relacionados a la alimentación de los adolescentes se encuentran el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos alimentarios. En México 13% de los adolescentes se encuentran en riesgo por cuestiones relacionadas a la alimentación; las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes son: la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come

Este trabajo presenta resultados de análisis sobre las conductas de riesgo relacionadas a la alimentación de los adolescentes del estado de Nuevo León, con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), en el cual, se describen cada una de estas en relación al sexo, el índice de masa corporal, y el nivel socioeconómico. Dentro de los resultados más importantes se encontró que son los adolescentes con un peso normal y que pertenecen a un nivel socioeconómico alto los que han realizado en mayor medida conductas de riesgo relacionadas a la alimentación.

**Palabras clave:** adolescentes, conductas alimentarias, obesidad

### **Introducción**

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), los adolescentes son aquellos jóvenes que se encuentran entre los 10 y 19 años que han superado ya la etapa crítica de la mortalidad y la morbilidad de la infancia y no se enfrentan aún a los problemas de la vida adulta; durante la adolescencia un aspecto relevante es que las decisiones tomadas en esta etapa son determinantes para el futuro del individuo. En las últimas décadas, este grupo de la población ha presentado problemas de salud o discapacidades y muchos de ellos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios,

---

<sup>160</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León

<sup>161</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León

violencia u otras complicaciones. El estudio de la alimentación de los adolescentes resulta importante debido a que varias enfermedades graves de la edad adulta comienzan en esta etapa y algunas están relacionadas a la mala alimentación, y a la nula actividad física (OMS, 2014).

Las conductas alimentarias, como objeto de estudio resultan de gran relevancia ya que representan una respuesta biológica a todo ser vivo; las conductas alimentarias son básicas en todos los seres humano (Loubat, 2006). Al igual que en el resto de la población, las conductas alimentarias de los adolescentes se han ido complejizando a través de los años debido a factores sociales, económicos, personales, ocupacionales, entre otros; su estudio es importante ya su conocimiento y detección representa una oportunidad para la prevención y tratamiento de los problemas o trastornos relacionados a la alimentación que puedan afectar a los adolescentes.

Los problemas más importantes relacionados a la alimentación de los adolescentes están asociados a las conductas alimentarias de riesgo, las cuales, se pueden considerar como una falta o exceso de alimentos, algunas veces acompañada de una nula o excesiva actividad física; dentro de sus consecuencias más relevantes se encuentran el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles, (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012), además de trastornos alimentarios como como bulimia y anorexia.

Para fines de este trabajo se considera que una conducta de riesgo es una acción o practica que puede provocar o desencadenar, por una lado, sobrepeso u obesidad lo que conlleva a una mayor probabilidad de adquirir un enfermedad crónica no trasmisibles; y por otro un mayor riesgo de padecer un trastorno como la anorexia, la bulimia u otro padecimiento relacionado con la alimentación. Con lo anterior no se quiere decir que el sobrepeso y la obesidad sean especialmente causados por estas conductas, ya que en estos, influyen otros factores de tipo biológico, fisco, emocional y ambiental (Cabello, 2010; Vázquez, Cabello y Montemayor, 2010)

A continuación, se presentan algunos datos importantes sobre la obesidad, el sobrepeso, las enfermedades crónicas no trasmisibles y los trastornos de la conducta alimentaria que justifican el estudio y mayor conocimiento de las conductas de alimentarias de riesgo en los adolescentes de Nuevo León.

En México la obesidad y el sobrepeso afecta al 30% de los adolescentes; según los datos de la ENSANUT (2012), su prevalencia combinada fue alrededor de 35.8% para la mujeres y 34% para los hombres. Para el sobrepeso los cambios en los porcentajes de 2006 a 2012 en las mujeres fueron de 22.5 a 23.7 (5.3%); para los hombres se observó una ligera reducción de 20 a 19.6% (-.02). En el caso de la obesidad, para las mujeres hubo un aumento del 10.9 al 12.1 (11.0%) y en los hombres el aumento fue de 13 al 14.5 (11.5%) (Gutiérrez et al., 2012).

En Nuevo León, según la ENSANUT (2012) aproximadamente el 30% de los adolescentes tienen sobrepeso u obesidad, la prevalencia es un poco mayor para el sobrepeso 16.1% comparada con obesidad 13.7%. Son los hombres quienes tienen los niveles más altos de obesidad 16.3 comparado con 11.3% en las mujeres. Para el sobrepeso los mayores porcentajes corresponden a las mujeres 20.7 comparado con 12% para los hombres. Por grupos edad son los jóvenes de 19 años quienes tienen los niveles más altos de obesidad 21.4%, y son los de 17 los que tienen los más altos de sobrepeso 24.6%. A manera general la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es para los adolescentes de 19 años con aproximadamente 35% (Gutiérrez et al., 2012).

Uno de los principales intereses de la obesidad y el sobrepeso en los adolescentes son las consecuencias que puede tener para su salud en el futuro, debido a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus II (DM2) y la presión alta o hipertensión.

En Nuevo León el porcentaje de adolescentes que presentan estas enfermedades corresponden al 6% para DM2 y 2.6% para la hipertensión. Acerca de la DM2, son los hombres quienes son más afectados por esta enfermedad 84% comparado con el 16% de las mujeres. Del total de los adolescentes que padecen esta enfermedad los mayores niveles están concentrados en los de 15 y 16 años (84%). Respecto a la hipertensión, del total de la población de adolescentes que la padecen la mitad son hombres y la mitad mujeres (50%) respectivamente, los grupos de edad que son están entre los 18 y 19 años.

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria (Gascón y Migallón, 2006), mencionan que han aumentado en los últimos años de una manera alarmante, especialmente entre los adolescentes. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son enfermedades complejas, multicausales representadas por alteraciones de la conducta relacionadas con la ingesta, que son consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. La mayoría de los trastornos alimentarios comparten síntomas cardinales como la preocupación excesiva por comer, preocupación por el peso y la figura corporal y el uso de medidas no saludables para reducir el peso (López y Treasure, 2011).

Algunos de los síntomas que presentan los trastornos de la conducta alimentaria son tomados por la ENSANUT (2012) para formular algunas de las preguntas sobre las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.

## **Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Nuevo León**

Según la ENSANUT (2012), en México para el año 2012 el 13% de los adolescentes se encuentran en riesgo por cuestiones relacionadas a la alimentación, este porcentaje aumentó en 5% en comparación con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) (Olaíz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Oropeza y Hernández, 2006); las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en los adolescentes fueron la preocupación por engordar y perder el control sobre los que se come; en las mujeres la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%) y en los hombres fue hacer ejercicio para bajar de peso (12.7%) (Gutiérrez et al., 2012).

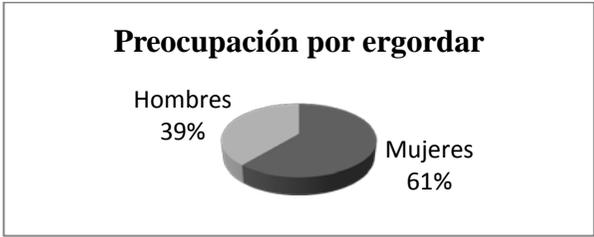
Para realizar el siguiente análisis se utilizó la ENSANUT (2012), que tiene como objetivo principal cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición, así como de sus determinantes en la población mexicana. Esta encuesta probabilística permite ofrecer resultados para cada una de las entidades del país, así como para cada grupo etario de la población, ya que cuenta con representatividad estatal.

Respecto a los adolescentes la información está dividida en tres bases de datos: 1) Antropométrica: que cuenta con variables relacionadas al peso, talla y el índice de masa corporal; 2) Adolescentes: las variables están relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles y a las prácticas alimentarias de riesgo, además de contener información sexualidad, adicciones y accidentes y 3) Seguridad alimentaria que esta solamente relacionadas a la falta o escasez de alimentos.

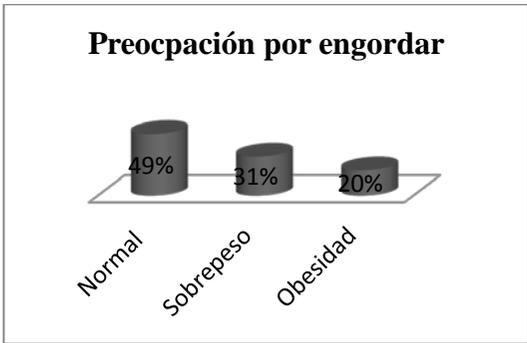
Se utilizaron las bases antropométricas y adolescentes. Se consideró realizar el análisis a partir de la diferenciación del sexo, el índice de masa corporal y el nivel socioeconómico ya que esto nos dará un mayor panorama sobre quienes son específicamente los adolescentes que realizan una práctica alimentaria de riesgo que pueda afectar su salud.

### **1. ¿Con que frecuencia en los últimos tres meses te has preocupado por engordar?**

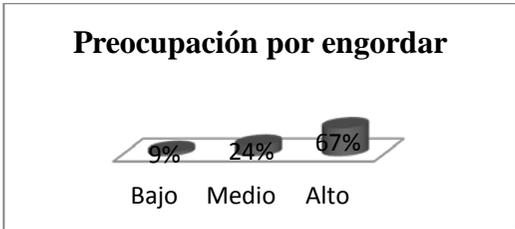
Del total de la población de adolescentes en Nuevo León, la mitad tanto de hombres como mujeres han tenido la preocupación por engordar. De estos porcentajes, son las mujeres las que en mayor medida se han preocupado 61%, en comparación con el 39% de los hombres. En los grupos de edad, son los adolescentes de 19 años los que tienen la mayor preocupación a engordar 29%, y los de 15 años la menor 14%.



En relación al Índice de Masa Corporal son los adolescentes que tienen un peso normal los que más se preocupan por engordar 49% aproximadamente, le siguen los adolescentes que tienen obesidad 31% y por último los que tienen sobrepeso 20%.

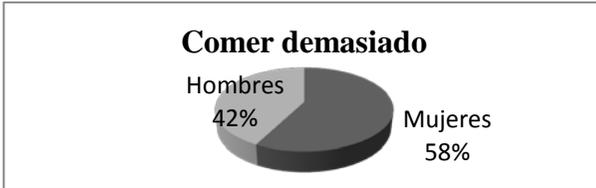


Dentro del nivel socioeconómico más de dos terceras partes de los adolescentes que tienen preocupación por engordar pertenecen al nivel socioeconómico alto 67%, a comparación del 24% de los adolescentes de nivel socioeconómico medio; los que menos se preocupan son los del nivel socioeconómico bajo, pues solo el 9% menciona haberse preocupado alguna vez por engordar.

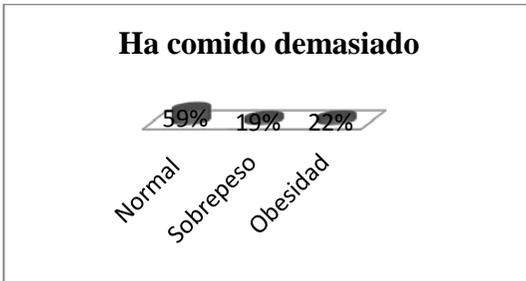


**2. ¿Con que frecuencia en los últimos tres meses has comido demasiado o te has atascado de comida?**

El 50% de los adolescentes menciona que ha comido o se ha atascado de comida en los últimos tres meses, son los hombres los que tienen los mayores porcentajes 58%, por su parte las mujeres 42%, en los grupos de edad son los adolescentes de 16 años los que afirman haber realizado en mayor medida esta práctica 26% y los de 19 años en menor medida 15%.



Respecto al Índice de Masa Corporal son los adolescentes con peso normal los que afirman haber comido demasiado en los últimos 3 meses 59%, seguido de los que tienen obesidad 22% y por último los que tienen sobrepeso 19%.

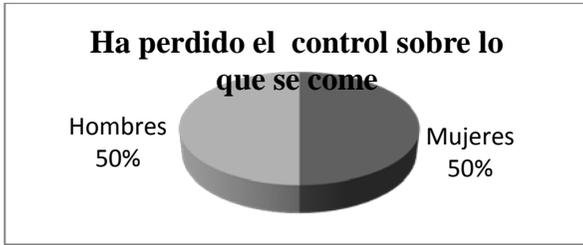


En relación al nivel socioeconómico son los adolescentes de nivel socioeconómico alto los que mencionan haber comido demasiado, pues el 63% menciona realizar esta práctica, en comparación con el 30% de los del nivel medio y solo el 8% de los adolescentes de nivel socioeconómico medio.

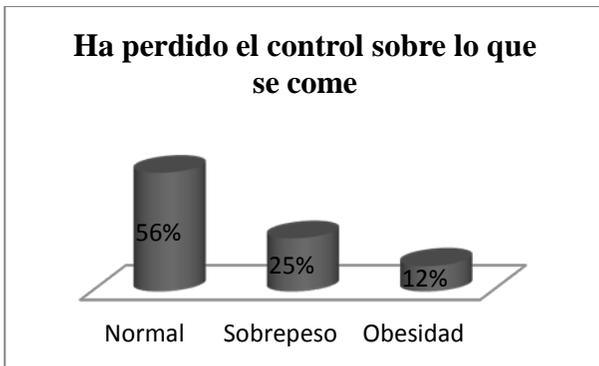


**3. ¿Con qué frecuencia en los últimos tres meses has perdido el control sobre lo que comes?**

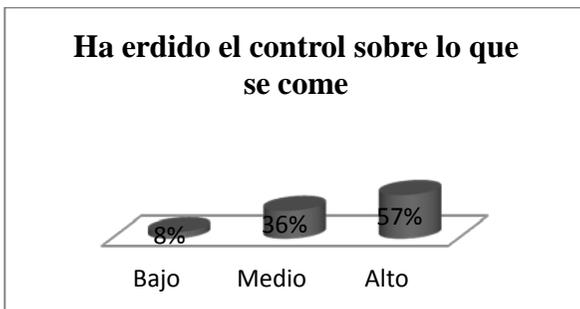
El 27% del total de los adolescentes menciona haber perdido el control sobre lo que comía en los últimos tres meses, de este porcentaje 50% son hombres y 50% mujeres. En los grupos de edad, son los adolescentes de 17 y 18 años los que más han realizado esta práctica 42%.



En relación al IMC, son los adolescentes con peso normal los que en mayor medida comentan haber perdido el control sobre lo que come 56%, seguido de los que tienen obesidad 25% y por último los que tienen sobrepeso 12%.



En cuanto al nivel socioeconómico son los adolescentes de nivel socioeconómico los que mencionaron haber perdido el control sobre lo que comen en mayor medida 57%, seguido de los de nivel medio 36% y por último los de nivel bajo 8%.

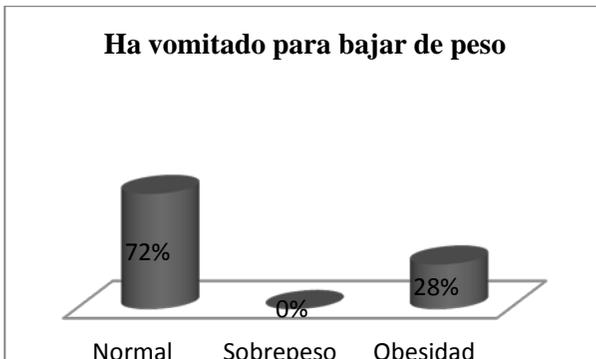


**4. ¿Con que frecuencia en los últimos tres meses has vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso?**

Dentro de esta conducta de riesgo se encuentran los porcentajes mínimos, del total de los adolescentes 2% comentaron haber vomitado en los últimos tres meses para bajar de peso; de este porcentaje 58% son mujeres, 42% son hombres. En los grupos de edad los porcentajes más altos se encuentran en los adolescentes de 18 y 19 años 29 y 27% respectivamente.



Respecto al Índice de Masa Corporal los adolescentes de peso normal presentan los más altos porcentajes dentro de esta práctica 72%, seguido de los que tienen obesidad 28% y por último los que tienen sobrepeso con solo 1%.

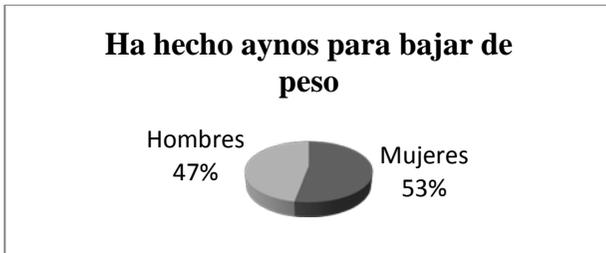


Son los adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico alto los que han realizado en mayor medida esta práctica 55%, los de nivel socioeconómico medio 44% y solo el 2% de los adolescentes de nivel socioeconómico bajo menciona haberlo hecho.

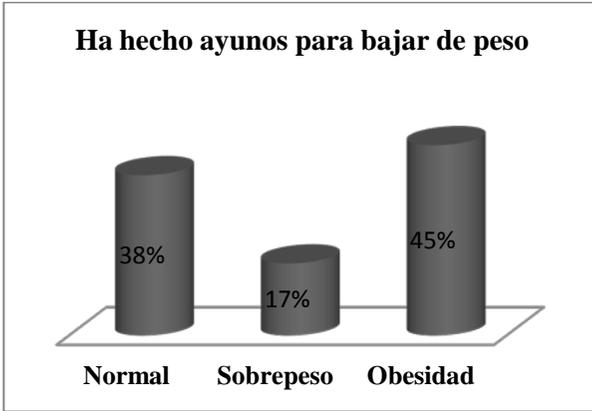


**5. ¿Con que frecuencia en los últimos tres meses has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas) para tratar de bajar de peso?**

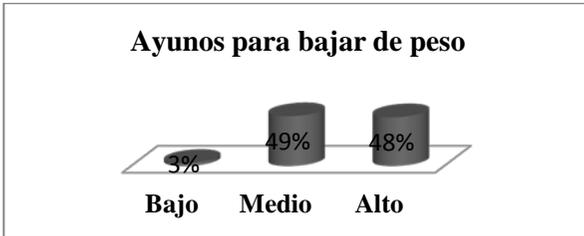
Aproximadamente el 5% del total de los adolescentes han hecho ayunos para bajar de peso 53% hombres y 46% mujeres; de los grupos de edad, son los adolescentes de 19 años los han realizado esta práctica en mayor medida 30%.



Son los adolescentes con obesidad los que en mayor medida realizaron ayunos para bajar de peso 45%, el 38% de los adolescentes de peso normal mencionaron haberlos hecho y por último se encuentran los que tienen sobrepeso con un 17%.

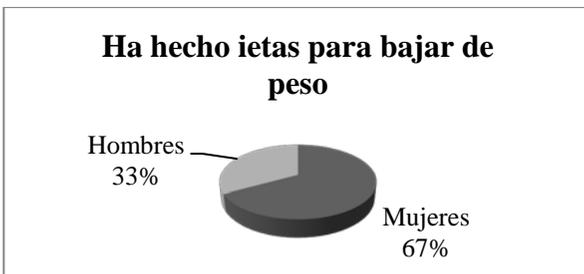


Respecto al nivel socioeconómico, los porcentajes del nivel medio y alto son muy similares 49 y 48% respectivamente, solo el 3% de los adolescentes de nivel socioeconómico bajo menciona haber realizado esta práctica.

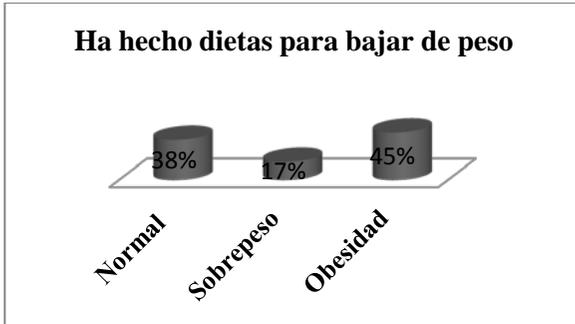


**6. ¿Con que frecuencia en los últimos tres meses has hecho dietas para bajar de peso?**

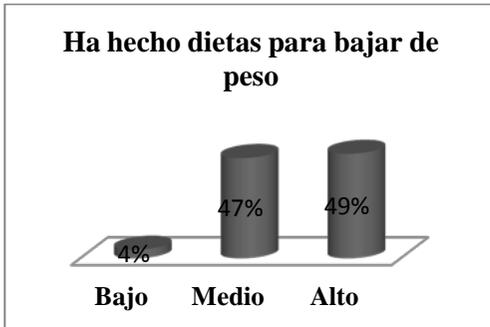
El 13% del total de los adolescentes han realizado dietas para bajar de peso, de este porcentaje 67% son mujeres y el 33% son hombres; de los grupos de edad son los adolescentes de 18 años que han hecho dietas en mayor medida 33% y en menor medida los de 19 (12%).



Los adolescentes con obesidad son los que más han realizado dietas para bajar de peso 45%, de los adolescentes que tienen un peso normal 34% menciona haberlas realizado y por último 17% de los que tienen sobrepeso realizaron alguna dieta.



Son los adolescentes de nivel socioeconómico alto los que más mencionaron haber realizado dietas para bajar de peso 49%; no hay mucha diferencia con los adolescentes de nivel socioeconómico medio pues el 47% ha realizado esta práctica. Solo el 4% de los adolescentes de nivel bajo mencionaron haber hecho dietas para bajar de peso.

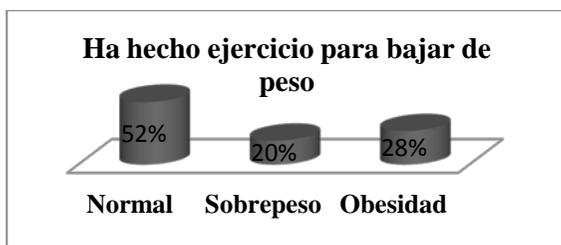


**7. Con que frecuencia en los últimos 3 meses has hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.**

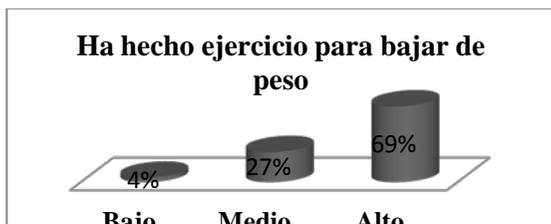
El 33 % del total de los adolescentes han realizado ejercicio para tratar de bajar de peso, de este porcentaje 48% son hombres y 52% mujeres, de los grupos de edad, son los adolescentes de 16 años que más lo hecho 28% y el 13% los de 19 años.



En relación al Índice de Masa Corporal son los adolescentes de peso normal los que más han realizado ejercicio para bajar de peso 52%, seguido de los que tienen obesidad 28% y por último los que tienen sobrepeso 20%.

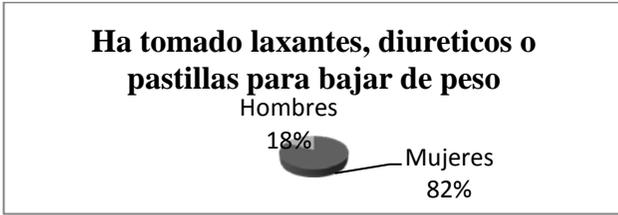


Respecto al nivel socioeconómico son los adolescentes de nivel alto los que más han realizado ejercicio para bajar de peso casi el 70%, después los de nivel medio 27% y por último los de nivel socioeconómico bajo 4%.

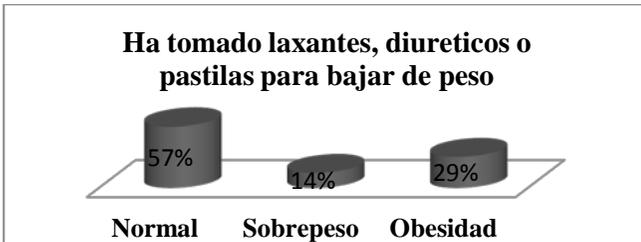


**8. ¿Con que frecuencia en los últimos 3 meses has usado pastillas y/o diuréticos y/o con laxantes buscando perder peso?**

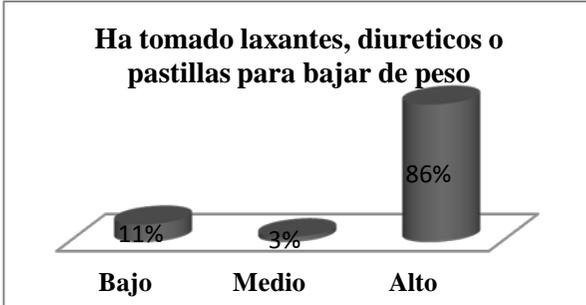
El 4% de los adolescentes han tomado pastillas, diuréticos o laxantes buscando perder peso; de este porcentaje 82% son mujeres y 18% son hombres; de los grupos de edad son los adolescentes de 18 y 19 años los que con mayor frecuencia han realizado esta práctica 39 y 44% respectivamente.



El 57% de los adolescentes con peso normal mencionan haber tomado pastillas, diuréticos o laxantes para perder peso, seguido de los que tienen obesidad 29% y por último los que tienen sobrepeso 14%.



En relación al nivel socioeconómico son los adolescentes de nivel alto los que realizan mencionan haber realizado en mayor medida esta práctica 86%, seguido de nivel bajo 11% y por y por último los de nivel medio 3%.



### Conclusiones

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en los adolescentes de Nuevo León fueron en primer lugar, la preocupación por engordar y haber comido demasiado, pues el 50% de los adolescentes afirma haber tenido este tipo de conductas, siendo las mujeres las que presentan los porcentajes más altos 61 y 57% respectivamente; así mismo, son los adolescentes de peso normal y de nivel socioeconómico alto los que más han tenido este tipo de conductas.

En segundo lugar se encuentra haber hecho ejercicio para bajar de peso, de manera general el 33% de hombres y mujeres han realizado esta práctica y son las mujeres de peso normal y de un nivel socioeconómico alto las que tienen los porcentajes más altos 60% aproximadamente.

En tercer lugar, haber perdido el control sobre lo que se come fue una conducta realizada por el 27% de los adolescentes, que al igual que hacer ejercicio para bajar de peso, fueron las mujeres de peso normal y nivel socioeconómico alto las que más afirmaron que perdieron el control sobre lo que comían, aproximadamente 54%.

En cuarto lugar el 13% de la población de adolescentes afirma haber realizado dietas para bajar de peso y son las mujeres de peso normal y nivel socioeconómico alto las que más las han realizado.

Por último conductas como haber vomitado, hacer ayunos y tomar laxantes y diuréticos para bajar de peso tienen los porcentajes más bajos que varían entre el 2 y 5% de los adolescentes. Es importante mencionar que este tipo de conductas son en mayor medida realizadas por mujeres, no obstante, existen diferencias importantes; por ejemplo fueron las hombres con obesidad de nivel socioeconómico medio y alto los que más realizaron ayunos para bajar de peso.

Es importante mencionar que las prácticas de riesgo son realizadas en mayor medida por los adolescentes que tienen un peso normal y que pertenecen a clases socioeconómicas altas, así mismo no existe mucha diferencia respecto al sexo, puesto que los porcentajes son similares entre hombres y mujeres.

Si se analiza la información por nivel socioeconómico se puede observar que aproximadamente el 60% de los adolescentes de nivel alto son los que tienen más este tipo de conductas, los de nivel medio 30% y los de nivel bajo 10%. En relación al índice de masa corporal son los adolescentes con peso normal los que en mayor medida las han realizado (54%) aproximadamente, en los adolescentes con sobrepeso y obesidad los porcentajes son similares entre el 22 y 24% respectivamente.

Dentro de este contexto resulta necesario realizar investigaciones que indaguen aspectos relacionados con la alimentación de los adolescentes, especialmente sobre las causas de las conductas alimentarias de riesgo para encontrar alternativas de intervención en salud que ayuden a mejorar el bienestar de los adolescentes, además de prevenir y evitar diversos problemas relacionados a la alimentación.

Uno de los aspectos que se considera tomar en cuenta para el tratamiento y prevención de las conductas de riesgo relacionadas a la alimentación de los adolescentes sería por un lado, realizar intervenciones dentro del ámbito

escolar con la participación multidisciplinaria entre nutriólogos, trabajadores sociales y psicólogos; y por otro, la creación de programas por parte de las políticas de salud que atienden las problemáticas de los adolescentes.

### **Referencias**

- Cabello, M. (2010). Voces y vivencias de aquellos que gozan y sufren la obesidad. Un estudio fenomenológico. México: UANL
- Gascón M., y Migallón, P. (2014). *Trastornos de la Alimentación. Sociedad Española de Medicina en la Adolescencia*. Recuperado de: [http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=51&id\\_doc=315&show=1](http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=51&id_doc=315&show=1)
- Gutiérrez , J., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C., & Hernández Avila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México : Instituto Nacional de Salud Pública .
- López C. & J. Treasure (2011).Trastornos de la conducta alimentaria: Descripción y manejo. *Medicina Clínica Condes, Vol. 22, (1)85-97*.
- Loubat, M. (2006). Conductas alimentarias: Un factor de Riesgo en la Adolescencia. Resultados preliminares en Base a Grupos Focales con Adolescentes y profesores. *Terapia Psicológica Vol. 24 Núm. (1) 31-37*.
- Olaiz , G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas , R., Villalpando , S., Hernández , M., y otros. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2014). La OMS pide que se preste más atención a los adolescentes. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Vazquéz, S., Cabello, M.L., Montemayor E. (2010). La obesidad infantil: más que una cuestión de alimentación. En M. L. Cabello Garza, & S. Garay Villegas, *Obesidad y practicas alimentarias: impactos en la salud desde una vision multidisciplinaria* (págs. 29-59). Monterrey, México: UANL.

## ***Dificultades familiares y personales que presentan los pacientes con enfermedad de Chagas de la localidad de Tuzancali, Mpio. de Tlachichilco, Veracruz.***

*Mónica Ivonne Cerón Márquez  
Maricela Cruz del Ángel  
Rodrigo Absalón Lara  
Mario Cesar Hernández Espinoza*

### **RESUMEN**

La Enfermedad de Chagas o Trypanosomiasis Americana es endémica del Continente Americano y es considerada una de las enfermedades parasitarias con mayor impacto en Latinoamérica, su transmisión es por la picadura de triatominos conocidos como chinche besucona.

A nivel nacional, estatal y regional esta enfermedad va en aumento y es una de las principales causas de muerte, afectando principalmente a población infantil, joven y en edad activa. La mencionada enfermedad está ligada a la pobreza y el mayor número de personas que la padecen no cuenta con los beneficios de desarrollo social ya que se ubican en áreas rurales marginadas, esto implica que tengan dificultades para acceder a un diagnóstico oportuno, a la instalación del tratamiento y seguimiento.

El desarrollo del proceso de investigación está sustentado en la metodología cuantitativa con método descriptivo, que tuvo como objetivo general identificar las dificultades familiares y personales que presentaron los 15 pacientes con enfermedad de Chagas de la localidad de Tuzancali, Municipio de Tlachichilco, Veracruz. Es importante mencionar las conclusiones obtenidas: se determinan que, en los núcleos familiares tienen efectos desde el económico, la disminución de relaciones interpersonales, la escasa comunicación y la falta de convivencia; respecto a los aspectos personales; se precisan actitudes y emociones negativas, aunado al debilitamiento y deterioro físico que presentaron los pacientes con la enfermedad de Chagas, asimismo se establecen propuestas desde la perspectiva del Trabajo Social.

**Palabras clave:** vulnerabilidad, dificultades familiares, enfermedad de Chagas, pobreza, exclusión social.

## **I. INTRODUCCION**

*La problemática de esta enfermedad supera los límites de la realidad biomédica y resulta un problema complejo y profundamente social.* Un factor importante en la enfermedad de Chagas son las condiciones de dificultad personal y dentro del contexto familiar en la población que la padece, debido a que presentan actitudes y emociones negativas que **alteran considerablemente el comportamiento de las personas** de tal forma que perturban la armonía consigo mismo y con los demás, así como la magnitud del problema de salud, que se presentará en los próximos años si no se atiende a esta población vulnerable.

Por otra parte el sistema de salud en México y específicamente en el estado de Veracruz atender esta enfermedad representa un gran reto, las estrategias del programa de enfermedades transmitidas por vector (ETV) para la vigilancia, prevención y control de la enfermedad de Chagas, no se realizan de manera eficaz, por lo que existe una deficiente detección de los casos, tratamiento y seguimiento de los mismo.

Cabe destacar que el papel actual y futuro que adquieren las ciencias sociales para abordar esta enfermedad es de gran importancia contando con un equipo integral, interdisciplinario y multidimensional, donde el profesional en Trabajo Social en área comunitaria pueda intervenir para realizar diagnósticos que involucren aspectos vinculados a las condiciones de vivienda, culturales, organización de domicilio y peridomicilio, factores socio-económicos, particularidades de los contextos rurales y urbanos, así como valoraciones sociales (discriminación, prejuicios, entre otras).

Po lo que surge el interés de realizar la presente investigación que tiene como objetivo identificar las dificultades familiares y personales que presentan 15 pacientes con enfermedad de Chagas de la localidad de Tuzancali, Municipio de Tlachichilco, Ver.

## **II. MARCO TEORICO**

### **2.1 ¿Qué es la enfermedad de Chagas?**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el *Trypanosoma cruzi* es el agente etiológico de la enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana; es un protozooario flagelado transmitido por insectos hematófagos denominados triatominos y fue descubierto en 1909 por el Dr. Carlos Chagas en Minas Gerais, Brasil.

Se transmite a los seres humanos mediante diferentes mecanismos: a través del insecto vector triatomino, vía madre-hijo, transfusión de sangre, trasplante o por vía oral (Ferrão, Silva, Atouguia & Seixas, 2013).

La forma más común es la vectorial mediante la picadura de triatomos o chinches besuconas que contienen el parásito (*T.cruzi*), este vector solo se alimenta por las noches de sangre humana o de algún animal silvestre, al picar al humano en alguna parte de la piel o mucosa, defeca cerca de la picadura y los parásitos entran cuando las personas se rasca.

Otras formas de transmisión es a través de transfusiones de sangre, por ello en los banco de Sangre de México se realizan pruebas de tamizaje, esta fue establecida como obligatoria una vez que se realizó el compromiso de la eliminación de esta infección aprobada en Ley General de Salud encontrándose aquí el mayor número de personas con esta enfermedad, de forma congénita las mujeres infectadas pueden transmitir la enfermedad a sus hijos durante el embarazo, estos niños nacerán con el *trypanosoma* circulando en su sangre, por lo que se debe administrar el tratamiento adecuado y a la brevedad.

En cuanto a los síntomas de esta enfermedad existen dos fases:

Aguda puede ser sintomática o asintomática, y el período de incubación varía de acuerdo a la vía de infección, la mayoría de las personas pueden estar sin tratamiento y evolucionan a la fase crónica., esta fase puede durar de 1-4 meses algunos de los síntomas son roncha o pápula en piel conocido como chagoma de inoculación y el edema bpalpebral conocido como signo de romaña. Muy pocos son los paciente detectados en esta fase (Secretaría de Salud, 2014).

Crónica tiene gran impacto por el alto índice es la que presentan la mayor parte de las personas con esta enfermedad algunos síntomas son alteraciones del ritmo y conducción en el corazón, dilatación de esófago o colon así como cambios en el sistema nervioso (Secretaría de Salud, 2014).

Por otra parte en Guatemala principalmente las especies de triatomos que se encuentran son: *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*.

Con base en la información epidemiológica obtenida (Jerez, Lange, Matta & Paredes, 2014) la mayor parte de pacientes con la enfermedad de Chagas conocen la chinche (82.6%), únicamente 34.8% la ha visto en su casa y 39.9% dice haber recibido un piquete de la misma. El 56.5 % de los pacientes refieren haber presentado en algún momento hinchazón de un ojo (signo de Romaña), característico de la picadura de la chinche.

Los pacientes positivos presentaron además la sintomatología característica de miocardiopatía como sensación de ahogo (82.6%), dolor pericardial (82.6%), cansancio al caminar (78.3%), dolor al respirar (65.2%) y la necesidad de dormir sentado (34.8%).

Para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas este puede ser clínico, epidemiológico y de laboratorio (parasitología y serología), para la confirmación del diagnóstico se requiere demostrar reactividad en dos pruebas serológicas. La positividad en una sola prueba serológica no se considera un criterio de diagnóstico suficiente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Se utilizan las siguientes pruebas: parasitológica (gota gruesa), y en la serológica (HAI) Hemaglutinación indirecta, ELISA indirecta, (IFI) Inmunofluorescencia indirecta.

En el estado de Veracruz las muestras de gota gruesa son observadas en los laboratorios de microcopia de cada Jurisdicción Sanitaria y las muestras serológicas son enviadas al Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) en el municipio de Veracruz, Ver, este organismo es quien emite los resultados para dar seguimiento a los casos confirmatorios o positivos.

En lo que se refiere al tratamiento para esta enfermedad en México solo existen dos medicamentos disponibles, Beznidazol y Nifurtimox, este medicamento lo otorga únicamente la Secretaría de Salud haciéndolo llegar a otras instituciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX SEDENA) por mencionar algunas, tiene un costo elevado y no se cuenta en grandes cantidades porque es una donación de la OPS, motivo por el cual no se tiene acceso con gran facilidad y las personas diagnosticadas con esta enfermedad deben requisitar un protocolo el cual les permite obtenerlo, por lo anterior los tiempos para poder otorgar dichos tratamientos oscila entre los 6 a 12 meses, ocasionando deterioro en la salud y pasando de una fase aguda a una crónica indeterminada.

En cuanto al seguimiento de pacientes con enfermedad es bastante complejo terminado el tratamiento con duración de 60 días de Lunes a Domingo, se debe realizar la toma de muestras serológicas cada tres meses durante un periodo de tres años, este seguimiento es de suma importancia ya que tiene como finalidad monitorear las titulaciones en las tres técnicas IFI, Elisa y HAI, y poder determinar que el paciente está curado si dos de estas tres técnicas tienen resultado negativo, esto es lo que marca la normativa de la Secretaría de Salud en el estado de Veracruz.

La enfermedad de Chagas es un modelo de cómo la ausencia de determinantes de la atención de la salud, repercuten en la calidad de vida de

las poblaciones en condiciones de riesgo (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades).

Esta enfermedad también es llamada enfermedad olvidada o de los pobres, la mayor parte de las personas afectadas son las que habitan en zonas rurales y suburbanas, con condiciones de pobreza y exclusión. Constituye una enfermedad social, por lo que la habitación donde pueden estar los enfermos desempeña un papel decisivo en la transmisión, ya que la vivienda es precaria, como el adobe, con techo de palma, y con piso de tierra, se convierte rápidamente en un criadero de chinches, que ya no necesitan salir para buscar su alimento.

## ***2.2 Antecedentes de la enfermedad de Chagas en América Latina***

La Enfermedad de Chagas o Trypanosomiasis Americana es una de las enfermedades parasitarias más graves en América Latina. Su descubridor Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, fue médico sanitarista, científico y bacteriólogo brasileño, que trabajó como clínico e investigador. En 1909 es enviado a ciudad de Lassance, cerca del Río São Francisco, para combatir una epidemia de malaria entre los trabajadores de una nueva línea de ferrocarril, en este lugar observa la infestación de las casas rurales por un insecto hematófago del subgénero *Triatoma*, "barbeiro", llamado así porque succiona la sangre durante la noche mordiendo la cara de los sujetos.

Sospechaba que dicho parásito podría causar la enfermedad humana por lo que tomó muestras de sangre y el 23 de abril de 1909, descubrió por primera vez el parásito *Trypanosoma* en la sangre de una niña de tres años, observó inclusiones parasitarias en el cerebro y el miocardio que explicaban algunas de las manifestaciones clínicas en personas enfermas (XIX Congreso Latinoamericano de Parasitología, Asunción Paraguay, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) estima que la enfermedad de Chagas está ampliamente distribuida en el continente Americano y es considerada una de las patologías más importantes; siendo la tercera enfermedad parasitaria más grande seguida de la malaria y la esquistosomiasis, representando un grave problema para la salud Pública.

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2013) esta enfermedad es una afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozoario *Trypanosoma cruzi*, Es endémica en 21 países del continente Americano, aunque otro factor de gran importancia es la migración de personas infectadas debido a que pueden llevarla a países no endémicos de América y el Mundo.

### **2.3 Contextualización de la enfermedad de Chagas en México y en el estado de Veracruz-Ignacio de la Llave**

La enfermedad de Chagas está dentro de las enfermedades transmitidas por vector (ETV), constituyen uno de los principales problemas de salud pública en México, ya que por sus características geográficas, climáticas, condiciones demográficas y socioeconómicas, existe el riesgo de transmisión en algunas entidades federativas (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades).

En México se estima que al menos un millón de personas padece esta enfermedad, cálculos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) refieren que cada año se infectan más de 200 mil mexicanos.

En un estudio realizado entre 1997 y 2002 por la UNAM en Veracruz, los investigadores detectaron muchos casos, principalmente en Tuxpan; de ahí recomendaron al gobierno estatal la colocación de pisos firmes, programa que después fue atraído por el gobierno federal.

De 1990 a 2011, los estados con mayor incidencia son Yucatán (166), Veracruz (151), Oaxaca (87), Chiapas (75), Estado de México (44), Tamaulipas (43), Michoacán (33), Morelos (32), Jalisco (32) y Sinaloa (15); el año que más se reportaron muertes asociadas con la enfermedad de Chagas fue en 2006, con 37 decesos.

De acuerdo al programa de acción específico 2007-2012 de ETV, en México, durante el período 2001 a 2006, se notificaron 1,616 personas infectadas, de las cuales el 12,2 % eran menores de 14 años, el grupo de 15 a 44 años representó el 58,7 % de los casos.

En un informe de la Dirección de Prevención y Promoción a la Salud, emitido por la secretaria de salud del estado de Veracruz y el departamento de enfermedades transmitida por vector en el año 2014, se confirma que México tiene 30 estados con presencia de Chagas, se calcula que existen 1,100,000 infectados, y 29 millones de personas en riesgo.

En el informe mencionado con anterioridad el estado de Veracruz es considerado una de las entidades con un alto índice de casos, para el 2012 se contaba con 457 casos confirmados, y dentro de las 11 Jurisdicciones Sanitarias existentes el mayor número de casos del (2001-2013) se registró en las JS de Panuco, Tuxpan y Poza Rica en esta última con 223 casos afectando a 15 de sus municipios de su área de responsabilidad, siendo uno de ellos la localidad de Tuzancali Municipio de Tlachichilco, Veracruz.

De acuerdo a la Dra. Paz María Salazar, profesora y jefa del laboratorio de biología de parásitos del Departamento de Microbiología y Parasitología de la

Facultad de Medicina de la UNAM, en México se tienen identificados 13 especies de triatominos que transmiten esta enfermedad al humano, de los cuales dos de estas especies viven al interior de los domicilios, el triatoma dimidiata, y el triatoma barberi, el primero de ellos es el que se encuentra en el estado de Veracruz.

Estudios realizados en el estado de Veracruz por el departamento de ETV en el año 2014, demostraron que algunas especies muestran una tendencia a ocupar los hábitats más estables a su alcance, entre los que se encuentran el ambiente doméstico y peridoméstico.

Esto quiere decir que existen especies que anteriormente se encontraban únicamente en forma silvestre, pero que se han adaptado al invadir paulatinamente las viviendas y sus alrededores, teniendo contacto directo con las personas causando un riesgo latente de transmisión.

Los triatominos no-domiciliados (intrusivos), son un reto para el control de los vectores de la enfermedad de Chagas, debido a que estos tienen la capacidad de (re-)infestar las viviendas, ejemplo de ello es el de Triatoma dimidiata en la península de Yucatán, México, donde los insectos adultos infestan las casas de forma estacional entre marzo y julio.

La enfermedad de Chagas es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en América. Se estima que de 9 a 10 millones de personas están actualmente infectadas, generando una carga anual de discapacidad equivalente a 806,170 años de vida (AVAD) y tiene un costo anual por atención médica de 627.46 millones de dólares. En México, la Secretaría de Salud reporta apenas unos cientos de casos cada año, pero se estima que hasta 6 millones de personas podrían estar infectadas actualmente.

En la mayoría de los países donde la enfermedad de Chagas es endémica, el control actual de la transmisión se basa principalmente en el rociado empírico de insecticidas para reducir la infestación de las casas por parte de los vectores triatominos. Sin embargo, este tipo de control vectorial, se basa en una visión simplista dirigida solamente en los vectores y no en todos los determinantes de la enfermedad (Waleckw & cols., 2015).

En el estado de Veracruz la secretaria de salud y otras instituciones públicas son los organizamos que dan la cobertura de salud a los enfermos con este padecimiento, a partir del año 2012, se funda AMEPACH (Asociación Mexicana para personas afectadas por la enfermedad de Chagas) es una asociación civil, ubicada en el municipio de Xalapa, Veracruz.

Busca visibilizar la problemática y sufrimiento que enfrenta los pacientes y sus familias, y surge ante la necesidad imperiosa de contribuir para promover, participar e impulsar campañas de difusión masiva e información pública,

brindar orientación en materia de exigibilidad del derecho a la protección de la salud y promover la instrumentación de programas integrales de prevención y tratamiento oportuno de dicha enfermedad para los mexicanos.

Esta asociación ha gestionado tratamientos para personas de zonas rurales dando seguimiento a cada uno de ellos, promoviendo el autocuidado de la salud en las comunidades afectadas y buscando a informar a la población mediante la radio, televisión y prensa escrita lo grave de la enfermedad y el riesgo latente de transmisión en áreas de mayor vulnerabilidad.

Gran parte del estado es zona endémica para esta enfermedad y cada vez son más las personas afectadas y esta asociación contribuye en gran medida a la prevención, detección y entrega de tratamientos.

#### ***2.4 Condiciones de dificultad que presenta el paciente enfermo de Chagas y su núcleo familiar***

La enfermedad de Chagas está ligada a la pobreza y el mayor número de personas que la padecen no cuenta con los beneficios de desarrollo social debido a que se ubican en áreas rurales marginadas, lo que complica el acceso a un diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento.

Un hecho que se torna fundamental y hoy día de innegable relevancia en el sistema de salud es el papel de la familia (Waldow, 2014).

La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos (Alonso, Menéndez & González, 2013).

De acuerdo con Waldow (2014) la familia es considerada hoy una copartícipe en el cuidado, o sea, pasa a ser considerada una colaboradora, sus miembros también se convierten en cuidadores, no solo en el domicilio, también en el hospital. La familia sufre, se preocupa, tiene miedo, sus hábitos cambian e igual que los de su ser querido, las relaciones y roles se alteran y los sentimientos son diversos; sus miembros están fragilizados, también son seres vulnerables.

La enfermedad de Chagas no solo afecta la salud de quienes la padecen, sino que afecta la dinámica familiar del enfermo, afectando sentimientos, pensamientos y conductas, generando actitudes y emociones negativas. El no poder manejarlas adecuadamente aumenta la sensación de caer en sentimientos de autocompasión e incapacidad ante esta enfermedad.

Los pacientes que padecen enfermedades en fase avanzada presentan diversos síntomas, entre los que prevalece el dolor. Este sufrimiento se extiende también a los cuidadores, quienes deben hacer un gran esfuerzo

físico y emocional para manejar los pacientes (Sarmiento, Vargas, Velásquez & Sierra, 2012).

El desarrollo económico y social, se encuentran ligados a la enfermedad de Chagas por lo que se estima el aumento de casos mientras existan los factores de riesgo, tales como vivienda de mala calidad, la migración frecuente de personas y la rápida urbanización, aunado a esto se suman los bajos ingresos, que no permiten mejorar las condiciones de vida y vivienda de la población, provocando la incidencia de la enfermedad en estas zonas.

Entre los determinantes de la salud de esta comunidad se encuentran el estilo de vida, el trabajo, el acceso a los servicios de salud, condiciones económicas y culturales que generan influencia en la comunidad y a su vez estos repercuten en la calidad de vida de las comunidades en condiciones de riesgo, por la presencia del vector (chinche) y la falta de estrategias para su control. Estos determinantes pueden disminuir los efectos negativos de la enfermedad y fomentar la salud de la población, mediante el autocuidado y exponer a la población al contagio de la enfermedad.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1 Participantes**

Los sujetos de estudio en esta investigación son 15 personas que padecen la enfermedad de Chagas, 9 mujeres y 6 hombres de (9 a 66 años de edad) de la localidad de Tuzancali, Municipio de Tlachichilco, Veracruz.

#### **3.2 Muestra**

La muestra de la población se encuentra conformada por personas que padecen la enfermedad de chagas, que accedieron a participar libremente.

#### **3.3 Instrumento**

Se diseñó y aplicó un instrumento (cuestionario) con 15 ítems con respuestas múltiples y en categorías específicas distribuidos de la siguiente forma:

- Seis ítems en los que se conoce la situación actual de salud de las personas que padecen la enfermedad de Chagas.
- Cuatro ítems que permiten identificar los factores de riesgo asociados a la enfermedad.
- Tres ítems que permiten identificar las dificultades personales y familiares de la población de estudio.

- Dos ítems que permiten determinar la condición económica

### 3.4 Diseño de investigación

El diseño de esta investigación es no experimental de tipo transeccional ya que se aplicó el instrumento (cuestionario) a las personas que padecen la enfermedad de Chagas en un solo momento.

Se afianzo esta indagación con la visita domiciliaria al área de estudio para el desarrollo de entrevistas informales individuales.

La vista domiciliaria permitió el contacto directo con la persona enferma y sus familias, así como corroborar la información proporcionada con anterioridad, conocer el estado de salud actual del enfermo después de tomar el tratamiento, la situación socioeconómica, las condiciones de la vivienda y la estructura familiar.

### 3.5 Tipo de investigación

El proceso de investigación está sustentado en la metodología cuantitativa con método de tipo descriptivo, con el que se pretende identificar las dificultades familiares y personales que presentaron 15 pacientes diagnosticados con enfermedad de Chagas, de la localidad de Tuzancali, Municipio de Tlachichilco, Veracruz.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

## IV. RESULTADOS



Esta investigación tiene como objetivo identificar las dificultades familiares y personales que presentaron 15 pacientes 9 mujeres y 6 hombres diagnosticados con enfermedad de Chagas, de la localidad de Tuzancali, Municipio de Tlachichilco, Veracruz.

EDAD	M	H	TOTAL
9	0	1	1
20	1	0	1
22	1	0	1
24	2	0	2
26	1	0	1
28	2	0	2
30	0	1	1
32	1	0	1
36	0	1	1
45	0	1	1
46	0	1	1
50	1	0	1
66	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>15</b>

De acuerdo al instrumento aplicado se presentan lo siguiente:



El 60% de los encuestados son mujeres y el 40% son hombres.

Se determina que el 100% de los encuestados desconocían que tienen la enfermedad de Chagas.

Solo el 45% refiere conocer los signos, síntomas, vías de transmisión de esta enfermedad y el 55 % menciona que ignora todo lo referente a la EC.

El 100% de los enfermos refiere que cuenta con servicio de salud en el Municipio de Tlachichilco, pero solo reciben atención médica de primer nivel si se requiere algún estudio de gabinete u otro tipo de atención especializada se tiene que trasladar a la ciudad de Poza Rica, Ver.

Con respecto a proceso para acceder al tratamiento el 100% de los encuestados manifestó que aproximadamente en un año les fue otorgado el medicamento debido a complicaciones para reunir el protocolo.

En cuanto al factor económico el 80% menciona que han incrementado los gastos a partir de que ellos o algún familiar que tiene la enfermedad de Chagas debido a los estudios que se solicitan para el protocolo, y solo el 20% considera que es mínimo los gastos realizados.

Por otra parte el 33.3% de los encuestados hombres realiza su actividad laboral en el campo por lo cual la remuneración económica no es gran cantidad y no cubre sus necesidades básicas, el 6.6% asistes a la escuela y el 60% son mujeres dedicadas al cuidado del hogar.

El 70% refiere que sus viviendas están construidas de madera y/o palma con piso de tierra, y el 30% manifiesta que es de material con techos de láminas.

El 40% de los enfermos se encuentra con un notable deterioro físico, no solo por lo agresivo del tratamiento, factores como la mala alimentación y desnutrición hace visible su estado físico, el 60% manifiesta que al tomar el tratamiento hubo pérdida de peso pero actualmente se encuentran recuperados.

En relación a los factores familiares el 40% ha perdido momentos de convivencia familiar, disminución de las relaciones interpersonales, 60% refiere que este tipo de situaciones no las presentan.

El 25% de los enfermos mujeres mencionaron tener actitudes negativas ante esta enfermedad, teniendo baja autoestima, miedo y sentir que esta enfermedad puede causarles la muerte, el 75% se muestra más optimista después de haber tomado el tratamiento.

## **V. DISCUSION**

Dentro de las enfermedades transmitidas por vector, la enfermedad de Chagas va en aumento en localidades del estado de Veracruz, tomando en consideración la existencia de áreas que reúnen las condiciones geográficas, demográficas y socioeconómicas, así como la pobreza y la exclusión de la población afectada.

La localidad de Tuzancali está localizada en el municipio de Tlachichilco al norte de Veracruz, para llegar a esta localidad se debe caminar más de 2 horas su población es de 80 personas de las cuales 15 están diagnosticadas con dicha enfermedad encontrándose el 80% en edad reproductiva, no cuentan con los beneficios de desarrollo social (luz, agua, drenaje) y se ubican en área rural marginada, con una actividad económica de siembra en el campo y donde la mayor parte de la población no puede acceder a los servicios de salud, complicando su detección oportuna, tratamiento y seguimiento.

Es importante mencionar que dentro del Plan Nacional de Desarrollo en México 2012-2018 se tiene como objetivo asegurar el acceso a los servicios de salud, para avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal, teniendo como estrategias; a) Garantizar el acceso efectivo a servicio de salud de los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral, b) Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, c) Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población, d) Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros, e) Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas, pero la realidad de las comunidades es otra se encuentran en pobreza, no cuentan con los beneficios de desarrollo social y los programas que se destinados a estas poblaciones no llegan a las comunidades, por ello de suma importancia

que existan políticas públicas que aborden esta problemática atendiendo las necesidades de viviendas así como el rociado de las localidades y sus alrededores con insecticidas de manera permanente y dar mayor cobertura al servicio de salud en estas áreas y evitar la transmisión de esta grave enfermedad.

## **VI. CONCLUSIÓN**

Se concluye que la enfermedad de Chagas, no solo tiene impacto en la salud pública sino también en el contexto familiar se determinan que, en los núcleos familiares tienen efectos desde el económico, la mayor parte de las personas afectadas de esta localidad se encuentran en pobreza y la exclusión social.

El tener esta enfermedad genera mayores gastos económicos, siendo su única fuente de ingreso el trabajo de campo en caso de los varones y las mujeres se quedan al cuidado del hogar, la disminución de relaciones interpersonales, la escasa comunicación y la falta de convivencia son factores que están presentes dentro de las familias con algún miembro que presenta esta enfermedad.

Respecto a los aspectos personales; se precisan actitudes y emociones negativas por parte de los enfermos, en el caso de las mujeres que no han tenido ninguna gesta existe la probabilidad que en la primera el recién nacido tenga la enfermedad, aunado a lo anterior el debilitamiento y deterioro físico que presentaron los 15 pacientes con la enfermedad de Chagas es notorio, principalmente la desnutrición, problemas de cardiopatías y cansancio.

Otro factor importante son los hábitos o costumbres que permiten mantener un contacto directo con los animales domésticos, ocupando refugios dentro de la vivienda existiendo una reinfección y disminución de la calidad y esperanza de vida de los que la padecen.

Problemas como el alcoholismo, las enfermedades intercurrentes como la hipertensión arterial e incluso la diabetes podría acelerar el deterioro cardíaco, el tipo de trabajo que requiere gran esfuerzo físico como el del campo incidiría negativamente en la evolución del paciente chagásico.

Es difícil poder erradicar la enfermedad de Chagas en esta localidad, se tienen todas las condiciones para reproducción del vector, las viviendas precarias, la falta de higiene, la falta de una cultura de promoción y prevención de la salud y el incremento de la pobreza, son factores que incrementan el número de pacientes afectados, aun con este contexto dentro de las propuestas desde la perspectiva del Trabajo Social comunitario están abordando esta enfermedad de forma integral y multidisciplinaria, promover alternativas de bienestar social, realizar programas de mejora, identificación de las necesidades y realizar diagnósticos de las problemáticas de la localidad.

## VII. BIBLIOGRAFIA

### Referencias bibliográficas:

Alonso, Alfonso, Menéndez, Martín & González, Laura (abril, 2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria*, vol. 19, núm. 2, pp. 118-123.

Añez, Néstor., Crisante, Gladys, Rojas, Agustina & Dávila, Diego (enero, 2013). Brote de enfermedad de Chagas agudo de posible transmisión oral en Mérida, Venezuela. *Bol. Malariología y Salud Ambiental*, vol. 53, núm. 1, pp. 1-11.

Ferrão, Ana., Silva, Marcelo., Atouguia, Jorge & Seixas, Jorge (marzo, 2013). Estudio piloto sobre la prevalencia en Portugal de la enfermedad de Chagas en mujeres latinoamericanas embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 87, núm. 2, pp. 63-64.

Hernández, Roberto., Fernández, Carlos. & Baptista, Pilar (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hurtado, Lisbeth & cols. (abril, 2014). Conocimientos y factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Chagas en dos comunidades panameñas donde *Rhodnius pallescens* es el vector principal. *Biomédica*, vol. 34, no. 2, pp. 260-270.

Jerez, A., Lange, K., Matta, V. & Paredes, V. (enero, 2014). Diagnóstico de la enfermedad de Chagas en pacientes con cardiopatía en un área endémica de Guatemala. *Revista Científica*, vol. 23, núm. 1, pp. 48-53.

Sarmiento, María, Vargas, Sandra, Velásquez, Claudia & Sierra, Margarita (febrero, 2012). Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública*, vol. 14, núm. 1, pp. 116-128.

Waldow, Vera (octubre, 2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, vol. 23, núm. 4, pp. 234-238.

Waleckw, Etienne & cols. (Mayo, 2015). Una intervención innovadora de ecosalud para el control vectorial de la enfermedad de Chagas en Yucatán, México. *Revista Biomédica*, vol. 26, núm. 2, pp. 75-86.

NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Secretaría de Salud. (2014) Manual para el Diagnóstico de la Infección por *Trypanosoma Cruzi*.: México.

Programa de acción específico 2007-2012. Otras enfermedades transmitidas por vector. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud (2008). México, D.F.: Secretaría de salud; 2008.

**Referencias de la web:**

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (2015). Otras enfermedades transmitidas por vectores. México. Disponible en: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/vectores/otrasenf/otras\\_etv.html](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/vectores/otrasenf/otras_etv.html) (Recuperado el 10/06/2015).

Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PND.pdf> (Recuperado el 04/03/2015).

Asociación Mexicana Para Personas Afectadas Por La Enfermedad de Chagas (2015). Disponible en: <http://www.amepach.org/> (Recuperado el 08/06/2015)