

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDUCTAS Y
CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE
LICENCIATURA DE LA CIUDAD DE MEXICO**

TESIS QUE PRESENTA:

M. en O. MIRELLA FEINGOLD STEINER

Para obtener el título de:
DOCTOR EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

Tutor :
DR. ANTONIO ZIMBRON LEVY

MEXICO, D.F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

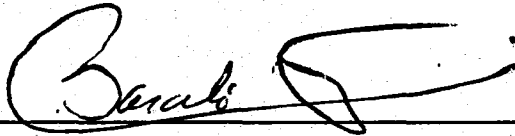
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CONDUCTAS Y
CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD EN ESTUDIANTES DE
LICENCIATURA DE LA CIUDAD DE MEXICO**

APROBADA POR

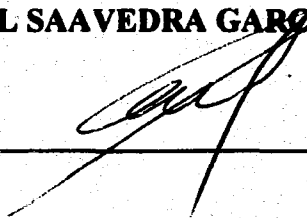
DR. FEDERICO BARCELÓ SANTANA

Asesor



DR. MANUEL SAAVEDRA GARCÍA

Asesor



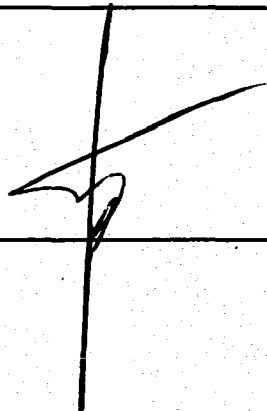
DRA. ELBA R. LEYVA HUERTA

Asesor



DR. ANTONIO ZIMBRON LEVY

Director



A MIS HIJOS:

LO QUE HACE DISTINTO A UN CAMINO DE OTRO

ES EL CAMINANTE QUE LO RECORRE

PARA AQUEL QUE SIEMPRE HA

ESTADO PRESENTE.

INDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	V
1.- INTRODUCCION.....	1
2.- JUSTIFICACION.....	5
3.- MARCO TEORICO.....	8
4.- DESCRIPCION DEL PROYECTO.....	26
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
6.- HIPOTESIS.....	32
7.- OBJETIVOS.....	33
8.- METODOLOGIA.....	34
8.1.- UNIVERSO DE ESTUDIO.....	34
8.2.- MUESTRA	35
8.3.- VARIABLES.....	35
8.4.- PROCEDIMIENTO	36
8.5.- PARTICIPACION Y RECURSOS.....	38
9.- RESULTADOS.....	39
10.- ANALISIS DE LA INFORMACION Y TRATAMIENTO ESTADISTICO.....	92
11.- DISCUSION	99
12.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	101
13.- BIBLIOGRAFIA	103
14.- APENDICE	112
15.- CUESTIONARIO	113
16.- TABLAS	133
17.- CURRICULUM VITAE	162

INDICE DE GRAFICAS

TABLA 1	SEXO
TABLA 2	EDADES
TABLA 3	EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO FEMENINO
TABLA 4	EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO MASCULINO
TABLA 5	AREAS DE ESTUDIO
TABLA 6	AREA QUIMICO-BIOLÓGICAS
TABLA 7	AREA FISICO-MATEMÁTICAS
TABLA 8	AREA ECONOMICO-ADMINISTRATIVA
TABLA 9	AREA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
TABLA 10	AREA DE ARTE
TABLA 11	DESAYUNO
TABLA 12	CONSUMO DE GOLOSINAS
TABLA 13	PESO
TABLA 14	REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO
TABLA 15	CEPILLADO DE DIENTES
TABLA 16	ATENCIÓN DENTAL
TABLA 17	UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL
TABLA 18	POSEE SERVICIO MÉDICO
TABLA 19	DERECHO HABIENTE A SERVICIO MÉDICO
TABLA 20	PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD
TABLA 21	TRATAMIENTO MÉDICO
TABLA 22	TENSIÓN ARTERIAL
TABLA 23	REVISIÓN DENTAL
TABLA 24	INGESTIÓN GRASA ANIMAL
TABLA 25	INGESTIÓN FIBRA
TABLA 26	PESO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES
TABLA 27	NO INGERIR AZÚCAR
TABLA 28	NO FUMAR
TABLA 29	USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD
TABLA 30	NO CONDUCIR ALCOHOLIZADO
TABLA 31	CONDUCIR DENTRO DEL LÍMITE DE VELOCIDAD
TABLA 32	PERDER PESO SIN JUSTIFICACIÓN
TABLA 33	EVITAR STRESS
TABLA 34	USO DEL PRESERVATIVO
TABLA 35	EL VISITAR EL MÉDICO AYUDA A LA SALUD
TABLA 36	UNO MISMO ES RESPONSABLE DE SU SALUD

TABLA 37	EL CUIDADO BUCAL ES IGUAL A SALUD
TABLA 38	EL TABACO Y EL ALCOHOL FAVORECEN EL CANCER
TABLA 39	RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y SEXO
TABLA 40	RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y EDAD
TABLA 41	RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y AREA DE ESTUDIO
TABLA 42	RELACION ENTRE ACTITUD PREVENTIVA Y SEXO
TABLA 43	RELACION ENTRE ACTITUD PREVENTIVA Y EDAD
TABLA 44	RELACION ENTRE ACTITUD PREVENTIVA Y AREA DE ESTUDIO
TABLA 45	RELACION ENTRE ESTADO DE ANIMO Y SEXO
TABLA 46	RELACION ENTRE ESTADO DE ANIMO Y EDAD
TABLA 47	RELACION ENTRE ESTADO DE ANIMO Y AREA DE ESTUDIO

INDICE DE TABLAS

1	SEXO
2	EDADES
3	EDADES DE LAS PERSONA DE SEXO FEMENINO
4	EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO MASCULINO
5	AREAS DE ESTUDIO
6	CONSUMO DE ALIMENTOS CON COLESTEROL
7	CONSUMO DE ALIMENTOS CON FIBRA
8	AREA QUIMICO-BIOLOGICA
9	AREA FISICO-MATEMATICAS
10	AREA ECONOMICO-ADMINISTRATIVAS
11	AREA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
12	AREA DE ARTES
13	AREA DE ESTUDIO (HOMBRES)
14	AREA DE ESTUDIO (MUJERES)
15	FRECUENCIA AL DESAYUNAR
16	ATENCION DENTAL
17	TRATAMIENTO MEDICO
18	TENSION ARTERIAL
19	ATENCION DENTAL
20	INGESTION GRASA ANIMAL
21	INGESTION DE FIBRAS
22	INGESTION DE AZUCARES
23	TABAQUISMO
24	UTILIZACION DEL CINTURON DE SEGURIDAD
25	ALCOHOLISMO
26	CONDUCIR DENTRO DEL LIMITE DE SEGURIDAD
27	PERDER PESO SIN JUSTIFICACION
28	EVITAR EL STRESS
29	USO DEL PRESERVATIVO
30	PREVENCION DE ENFERMEDADES
31	RELACION ENTRE REALIZACION DE EJERCICIO Y AREA DE ESTUDIO (MUJERES)
32	RELACION ENTRE REALIZACION DE EJERCICIO Y AREA DE ESTUDIO (HOMBRES)
33	DESAYUNO DIARIO HOMBRES 18-19 AÑOS
34	DESAYUNO DIARIO MUJERES 18 -19 AÑOS

- 35 DESAYUNO DIARIO HOMBRES DE 22 AÑOS
- 36 DESAYUNO DIARIO HOMBRES 20-21 AÑOS
- 37 DESAYUNO DIARIO MUJERES 20-21 AÑOS
- 38 DESAYUNO DIARIO MUJERES 22 AÑOS
- 39 PESO NORMAL MUJERES 18-19 AÑOS
- 40 PESO NORMAL MUJERES 20-21 AÑOS
- 41 PESO NORMAL MUJERES 22 AÑOS
- 42 PESO NORMAL HOMBRES 18-19 AÑOS
- 43 PESO NORMAL HOMBRES 20-21 AÑOS
- 44 PESO NORMAL HOMBRES 22 AÑOS
- 45 ATENCION DENTAL HOMBRES 18-19 AÑOS
- 46 ATENCION DENTAL HOMBRES 20-21 AÑOS
- 47 ATENCION DENTAL HOMBRES 22 AÑOS
- 48 ATENCION DENTAL MUJERES 18-19 AÑOS
- 49 ATENCION DENTAL MUJERES 19-21 AÑOS
- 50 ATENCION DENTAL MUJERES 22 AÑOS
- 51 PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD MUJERES 18-19 AÑOS
- 52 PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD MUJERES 20-21 AÑOS
- 53 PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD MUJERES 22 AÑOS
- 54 PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD HOMBRES 18-19 AÑOS
- 55 PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD HOMBRES 19-20 AÑOS
- 56 PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD HOMBRES 22 AÑOS
- 57 IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO HOMBRES
18-19 AÑOS
- 58 IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO HOMBRES
20-21 AÑOS
- 59 IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO HOMBRES
22 AÑOS
- 60 IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO MUJERES
18-19 AÑOS
- 61 IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO MUJERES 22
AÑOS
- 62 IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO MUJERES
20-21 AÑOS
- 63 UNO MISMO ES RESPONSABLE DE SU SALUD
- 64 EL CUIDADO BUCAL ES IGUAL A SALUD
- 65 EL TABACO Y EL ALCOHOL FAVORECEN EL CÁNCER
- 66 EJERCICIO
- 67 CEPILLADO DE DIENTES

68	SERVICIO MEDICO
69	DERECHO HABIENTE A SERVICIO MEDICO
70	PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD
71	PESO NORMAL

RESUMEN

La educación para la salud es de especial importancia y trascendencia para conservar el bienestar del individuo y de la comunidad. Sin embargo, los pocos programas dirigidos a universitarios que actualmente existen en nuestro país carecen de un desarrollo educacional apropiado, por lo que al estudiante le hace falta la motivación e información que lo ayude a mantener prácticas y conductas saludables.

El deterioro o pérdida de la salud se encuentra estrechamente asociado a los estilos de vida y todo trastorno o enfermedad debe ser abordado no solo desde la perspectiva biológica, sino también tomando en cuenta los factores conductuales que juegan un papel importante en su etiología, desarrollo, evolución y tratamiento.

Este estudio se realizó en doscientos estudiantes de ambos sexos, en un grupo etario de 18 a 25 años, pertenecientes a las diferentes áreas de estudio de las licenciaturas que imparte la unam en ciudad universitaria: químico-biológica, fisico-matemáticas, ciencias sociales y humanidades, económico administrativas y artes. Se les aplicó un cuestionario para obtener datos sobre: su estilo de vida con respecto a la salud; conocimiento de medidas de prevención y factores que influyen en la salud; convicciones, sobre las circunstancias positivas o negativas que inciden en el proceso salud enfermedad; y estados de ánimo y bienestar.

Los resultados de la investigación muestran que, a pesar de las políticas implantadas tanto por la instituciones de salud como por las de enseñanza, los estudiantes carecen de una conducta adecuada para conservar la salud. Más aún, destaca el hecho que en algunos grupos donde era de esperarse una actitud mas

positiva, hacia la salud se presentan los siguientes ejemplos: es mínimo el porcentaje de estudiantes de odontología que utilizan el hilo dental y entre los de medicina el tabaquismo que se observa es de los porcentajes más altos.

El comportamiento relativo a la dieta y al peso, están en muchos casos relacionado a consideraciones de índole estético más que a la conservación de la salud, por ejemplo: hacia la prevención de padecimientos cardiovasculares.

Únicamente menos de la mitad de la muestra (48%) esta de acuerdo en que es responsable de su salud, y que son sus actitudes y conductas, más que las circunstancias externas, lo que determina en muchos casos el proceso de la enfermedad.

Lo anteriormente expuesto también nos muestra la necesidad de crear un programa que no sólo convierta al alumno en un depósito de contenidos, sino que lo involucre en un proceso eminentemente activo en el que a partir de sus propias convicciones, creencias y conocimientos, pueda interactuar con su entorno y seguir una conducta positiva para la salud; de esa manera, sus actitudes podrán dirigirse a la prevención en los sanos y no a la atención de los enfermos.

Palabras clave:

Conductas sobre salud; educación medica en estudiantes; educación para la salud.

ABSTRACT

Health education is particularly important for conserving the welfare of the individual and the community. However, the few programs directed to university students that exist in our country lack appropriate educational development. Thus, the student is short of motivation and information to help maintain healthy conduct and proper habits.

Deterioration or loss of health are closely associated to lifestyles. Therefore, any disorder or illness should be regarded not only from a biological perspective, but also taking into account conducting factors that play an important role in their etiology, development, evolution and treatment.

This study was carried out in two hundred students from 18 to 25 years of age of both sexes and belonging to different study areas of undergraduate courses of UNAM at the University City in Mexico City. They are: Chemist-Biology, Physicist-Mathematics, Social and Humanities, Academic-Administrative and Arts. They answered a questionnaire to obtain information about their lifestyle with regard to health, awareness of prevention measures and other factors that have an effect on health, opinions on positive or negative circumstances that have a bearing on the health-illness process and frames of mind and welfare.

The results of the research show that, despite the policies introduced by health institutions as well as by education; the students lack a suitable conduct on health conservation. Moreover, the fact stands out that in some groups, where a more positive attitude toward health was expected, the following examples appeared: The percentage of Dental students that use dental floss is

minimum and among the medical students, we observed the highest percentage of smokers.

Behaviour as regards diet and weight is, in many cases, related to considerations of appearance rather to health conservation, for example, toward cardiovascular ailments.

Less than half of those interviewed (48%) agree that they are responsible for their own health and that their attitude and conduct, more than external circumstances, are the ones that determine, in many cases, an illness process.

The aforementioned also shows the need of creating a program where the students are not only a deposit of contents but will be involved in an eminently active process in which, regarding their own opinions, beliefs and understanding may interact and follow positive health conduct. Therefore, their attitudes could be directed toward prevention in the healthy and not to attention of the sick.

Key Words:

Health conduct, medical education for students, education for health.

1.- INTRODUCCIÓN

Las condiciones de salud y enfermedad en un organismo son el resultado de un proceso dinámico e interactivo, en el que la participación de diferentes factores internos y externos, genera como resultado, que un determinado sujeto manifieste cierta susceptibilidad o resistencia al desarrollo de una entidad patológica; ⁽¹⁾ estos factores se presentan como fenómenos cíclicos y rítmicos estudiados por la determinación estadística (cronas) de la estructura temporal (cronoma) de cada organismo, por ejemplo: los ritmos circadiano, infradiano, ultradiano, circaseptano y circannual. ⁽²⁾

Desde sus orígenes más lejanos el hombre ha tenido que sufrir la enfermedad, el dolor y la muerte y ha tratado de encontrar una explicación que le permita entender sus causas, para poder luchar mejor contra ellas. En todas las culturas primitivas, desde

las más antiguas hasta las que todavía existen en la actualidad, la enfermedad se relacionó con principios mágicos y creencias religiosas: los dioses causaban la enfermedad, y devolvían la salud. La idea de causas naturales de la enfermedad se esboza en Egipto con el concepto del “wdh”,⁽³⁾ pero no será sino hasta la formación de las ciudades egeas donde se presenta el sincretismo entre la cultura egipcia, (con sus antecedentes asirios y babilonios) y los conocimientos de cretenses, dorios y jonios, para que surja la gran civilización griega, que iluminará al mundo desde la época de Pericles hasta la muerte de Alejandro. Es también en esta civilización donde nace la medicina racionalista de Hipócrates.

Durante los quince siglos siguientes predominaron tanto en el mundo occidental como en el oriental, las ideas galénicas para explicar el binomio de salud y enfermedad.

La ciencia médica no permanece ajena al esplendor del Renacimiento: en esa época comienzan a surgir otras teorías para

explicar la enfermedad; se suceden los iatroquímicos y los iatrofísicos, el animismo y el vitalismo, etc. Figuras como Vesalio, Harvey, Van Helmont, Stahl y otros, van construyendo los escalones que permitirán por fin en el siglo XIX establecer la "Teoría unicausal" de la enfermedad, basada en los estudios científicos y en los minuciosos trabajos de Virchow, Pasteur, Semmelweiss, Koch,⁽⁴⁾ etc., y que, a pesar de su visión reduccionista, permitió vislumbrar el hecho de que el hombre reacciona a estímulos internos o externos en forma específica.

En el siglo XX surge la teoría ecologista desarrollada por Leavell y Clark ⁽⁵⁾ y la teoría social de Breilh, ⁽⁶⁾ así como los conceptos biomédico y holístico. Este último considera a la enfermedad como una combinación de circunstancias, no sólo estrictamente biológicas, sino aunadas a fenómenos socio-culturales.

Son precisamente estos estudios los que han puesto de relieve que, en la conservación de la salud, juegan un papel de especial importancia los conocimientos y las convicciones que el individuo tiene hacia su bienestar, ya que de acuerdo con lo que pensamos, conocemos y creemos se determina que nuestra conducta sea positiva o negativa hacia ciertos hechos. ⁽⁷⁻⁸⁾

El trabajo de investigación que se presenta, pretende conocer en qué medida y en que forma los conocimientos y las convicciones de los estudiantes influyen en sus conductas hacia la salud, con objeto de desarrollar adecuadamente a corto plazo un programa universitario de educación para la salud, entendiendo como tal “el proceso que informa, motiva y ayuda al individuo a adoptar y mantener prácticas de salud, y estilos de vida que le permitan el pleno desempeño de su capacidad física, intelectual y espiritual”. ⁽⁹⁾

El acervo de conocimientos médicos que la humanidad ha logrado acumular en los últimos lustros, permite conocer con precisión los factores causales, los agentes predisponentes y las circunstancias desencadenantes de la mayoría de los padecimientos que la aquejan; esta situación permitiría, teóricamente, poder prevenir con eficacia la mayoría de los estados patológicos y disminuir los altos índices de morbilidad, cuyo resultado sería disfrutar de una vida más sana y productiva.

Sin embargo, en la práctica cotidiana se observa que la demanda de atención de los servicios de salud continúa siendo, como desde hace muchas décadas, mayoritariamente curativa y sólo en algunos casos (como las campañas de vacunación infantil) el individuo se preocupa por solicitar orientación en aspectos preventivos; podemos afirmar que más del noventa por ciento de la población, por motivos culturales, educativos, de temor, situación socioeconómica, etc., solicita los servicios médicos únicamente en el caso de que se detecten signos de mal funcionamiento

orgánico;⁽¹⁰⁾ inclusive, con demasiada frecuencia, se espera que la sintomatología esté avanzada y, hasta entonces, se recurre al consejo profesional. Más aún, la enseñanza médica general ó en cualquiera de sus especialidades, tiene como objetivo y preocupación principal restaurar el bienestar de los enfermos, en lugar de dar un mayor énfasis a la conservación de la salud en los sanos. La gran controversia es por qué se origina este fenómeno que está presente prácticamente en las diferentes culturas.

¿Por qué cada vez más personas padecen de enfermedades que pudieron haber sido prevenidas? ¿Por qué no se comportan de manera que se fomente la buena salud? Las respuestas son muchas y variadas ⁽¹¹⁾ y entender la divergencia en los puntos de vista de las distintas explicaciones que se han dado a este hecho, no sólo es de interés teórico ó académico, sino eminentemente aplicativo e indispensable si queremos elaborar un programa educativo que nos permita gozar de mayor bienestar. Actualmente no se le está dando a la educación la importancia y trascendencia que tiene para la salud y los pocos programas que hay carecen de diseño y desarrollo educacional apropiado y para corregir esta tendencia es necesario implementar mediante un proceso de educación que informe, motive y ayude al individuo a mantener prácticas y estilos

de vida saludables. Salud y enfermedad son procesos multicausales en su ocurrencia, ya que se ha probado la relación e interdependencia que existe entre indicadores conductuales e índices de morbilidad.⁽¹²⁾ Por ello para planear adecuadamente programas eficientes de educación sanitaria es indispensable la información concerniente a las actitudes que tiene un individuo o un grupo social hacia el cuidado y conservación de la salud; a la jerarquía que ocupa dentro de sus valores, así como los conocimientos y convicciones que le llevan a seguir comportamientos positivos hacia su bienestar.⁽¹³⁾

3 - MARCO TEÓRICO

Las convicciones concernientes a preservar la salud son de importancia, tanto en sí mismas, como en el papel que desempeñan en determinar las conductas saludables. Desde hace años se han desarrollado muchos modelos que relacionan a la salud con conocimientos, actitudes, y emociones; los más conocidos son el modelo cognoscitivo; el modelo de aprendizaje conductual, la teoría del autocuidado, la teoría de la motivación y protección, el modelo de salud basado en las creencias⁽¹⁴⁾ y el modelo P.R.E.C.E.D.E.⁽¹⁵⁾ Aunque los anteriores conceptos contemplan niveles que van desde un enfoque individual hasta el social, generalmente se pone especial énfasis en el individuo; esto es comprensible porque la salud se manifiesta de manera más inmediata en el aspecto personal: es el sujeto quien experimenta de manera directa el proceso de salud-enfermedad, en tanto las esferas grupales y sociales no presentan dichos estadios de forma tan directa e inmediata. Sin embargo, para esta investigación son importantes los conceptos de grupo y sociedad, ya que son éstos los que generan y mantienen una calidad de vida satisfactoria.

Los cognoscitivistas se dirigen sobre todo a las disposiciones internas, afectivas, convicciones, valores, conocimientos, etc., que actuarían sobre la voluntad como un todo, al que se le denomina con el vocablo alemán “gestalt”; al contrario de los conductistas, los cognoscitivistas le dan poco valor a la influencia externa y buscan cambiar la conducta mediante la modificación de los factores internos.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el concepto de salud, al que considera como el equilibrio biopsicosocial de los individuos, podemos definir la “conducta de salud” como el conjunto de actitudes y actividades de un individuo o grupo social orientadas hacia la protección, promoción y conservación de su equilibrio anatómico, fisiológico y psicosocial en su entorno particular.

No obstante, identificar este estilo de vida “saludable” ha sido siempre un problema para los estudiosos del tema, ya que implica medir objetivamente el comportamiento consciente dentro de un amplio rango de actividades, que incluyen desde la selección de una dieta adecuada, ejercicio físico, control emocional, hábitos

y dependencias, hasta la utilización adecuada de medidas de prevención específicas.⁽¹⁶⁾

Para estudiar esta problemática han surgido dos enfoques: el primero es aquél que estudia los patrones de prácticas de salud en el individuo. Después se utilizan la correlación simple, el análisis de conjunto y otros métodos estadísticos para deducir por qué ciertas conductas positivas se asocian, se aceptan y se siguen, en cambio, otras son rechazadas.

El segundo enfoque que es el que se seleccionó para esta tesis consiste en estudiar la consistencia y adhesión del individuo a ciertas prácticas de salud. Para ello se escogieron doce prácticas de salud consideradas representativas, dando a cada una de ellas una escala de valuación, para así obtener desviaciones significativas y de esta manera investigar las razones y motivos que inducen a conductas positivas o negativas respecto al cuidado de la salud.⁽¹⁷⁾ Este procedimiento ha demostrado la relevancia de los factores psicosociales en las diversas conductas de salud.

Dada la importancia de conocer este tema a fondo, se están realizando diversas investigaciones a escala mundial. Por ejemplo, en Estados Unidos se lleva a cabo el “National Survey Of Personal Behaviour and Health Consequences”; la Organización Mundial de la Salud patrocinó el estudio “WHO MONICA”, para evaluar la conducta personal sobre riesgos y prevención de problemas cardiovasculares en diferentes países; el programa de Investigación Médica y Salud de la Comunidad Europea lo desarrolló la fundación “European Health and Behaviour Survey” para prevenir los problemas sanitarios y de atención médica que pudieran derivarse de la gran movilización que se dará en el Continente Europeo entre grupos de población con sensibles diferencias en sus estilos de vida, morbilidad y considerable diversidad en sus actitudes y valores sobre la salud.⁽¹⁸⁾ En una de sus fases, ese estudio contempla la comparación de conductas entre estudiantes universitarios de Alemania, Bélgica, Hungría, Inglaterra, Irlanda, Polonia y Portugal.⁽¹⁹⁾

Debido al proceso de globalización al que comienza a integrarse nuestro país, se presentarán sin duda, diversos problemas de salud; el conocimiento y modificación en su caso, de algunas conductas será indispensable si queremos incrementar

nuestros niveles de bienestar. La presente investigación realizada en la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM) intenta colaborar, en forma inicial, a esta tarea que deberá ampliarse a otros niveles.

El deterioro o pérdida de la salud se encuentra estrechamente asociado a los estilos de vida y todo trastorno o enfermedad debe ser abordado no sólo desde la perspectiva biomédica sino también tomando en cuenta los factores conductuales que juegan un papel importante, en su etiología, desarrollo, evolución y tratamiento.⁽²⁰⁾

Junto con la convicciones personales, la promoción de una adecuada información sobre los hábitos y las técnicas necesarias para conservar la salud son de relevancia especial, para lograr desarrollar actitudes positivas hacia la conservación del bienestar propio.⁽²¹⁾

Las decisiones se toman con base en los conocimientos, las convicciones y los valores del sujeto. Desde el punto de vista de estas teorías, el educador no debe ser solo un informador sino alguien que presente los hechos de manera clara y convincente

para que la persona, después de un proceso intelectual razonado, tome sus propias decisiones.⁽²²⁾

Maslow, psicólogo humanista, indica que las fuerzas internas que conforman el comportamiento de un sujeto van encaminadas a satisfacer las necesidades del mismo, y las jerarquiza en cinco niveles.

Según éste autor, mientras un individuo no satisfaga las necesidades que se encuentran en la base de la pirámide, no se le puede motivar para que modifique su conducta con el fin de cumplir con objetivos de otros niveles. Así, mientras una persona deba enfrentarse al problema de cubrir sus necesidades mínimas de alimentación (necesidad fisiológica) difícilmente se le podrá convencer de que siga conductas encaminadas a conservar una dentadura bien alineada y limpia (necesidad de aceptación social). Un individuo con un carcinoma bucal (pérdida de “seguridad”) no va a atender instrucciones para prevenir caries; sólo lo hará cuando se resuelva el problema principal. A una población no se le podrá inducir a fluorurar el agua de consumo, si ésta ni siquiera es potable. Muchos programas de salud no tienen éxito porque en su diseño no se consideró ésta escala de valores.

El modelo de aprendizaje conductual⁽²³⁾ considera que el principal determinante del comportamiento es el entorno del sujeto, y aunque no niega que las condiciones socioculturales puedan ser contribuyentes en la conducta, estima que es más importante concentrarse en los estímulos del ambiente.

De acuerdo con ello, se clasifica el comportamiento del sujeto en: a) Respondiente y b) Operante. La conducta respondiente es involuntaria y se presenta como respuesta a un estímulo específico, por ejemplo, la contracción o dilatación de la pupila (respuesta) como consecuencia de los cambios de intensidad de la luz (estímulo).

Pavlov descubrió que la conducta respondiente puede provocarse artificialmente mediante un estímulo neutral (que normalmente no produce una respuesta) siempre y cuando dicho estímulo coincida varias veces con un estímulo de respuesta.

El clásico experimento de Pavlov consistió en proporcionar alimento a perros estimulando así a las glándulas salivales al mismo tiempo que tocaba una campana (estímulo neutral para dichas glándulas). Después de repetir esto varias veces, bastaba con tocar la campana para provocar secreción salival. Waston en 1920 demostró que también en el hombre se podía lograr el

condicionamiento respondiente. Su experimento consistió en presentar a un niño simultáneamente un cuyo que no despertaba miedo y un ruido intenso que sí lo inducía al temor. Después de realizarlo en repetidas ocasiones, la respuesta de miedo se daba con sólo ver al pequeño animal.

En la teoría del auto-cuidado⁽²⁴⁾ Horowitz y col. propusieron otro enfoque para realizar el proceso de educación para la salud. En éste se considera a la persona en su totalidad, motivando el cuidado propio a través de los valores, los conocimientos y las acciones. Este modelo, que podría llamarse de motivación para el autocuidado, abarca elementos que son comunes a todas las personas y a sus comportamientos hacia la salud. Fue desarrollado con la intención específica de abordar aquellos casos en que no hay una convicción en seguir modelos saludables de vida y, por lo tanto, existen riesgos mayores para el individuo.

Este modelo utiliza principios de la sociología, la psicología, y otras ciencias de la conducta para inculcar en la persona un sentido de selección positivo en su actitud hacia la salud.

Según Horowitz, el modelo de autocuidado proporciona un marco de referencia efectivo para orientar los esfuerzos de educación a los pacientes y promueve un cambio conductual en niños, adolescentes y adultos.

Tiene la ventaja de que no se concentra únicamente en una enfermedad o en un aspecto de la salud, tratando de modificar conductas específicas, sino que en su lugar, enfatiza el desarrollo de la salud humana como un solo objetivo resaltando con gran claridad y apreciación los valores de la salud que pueden ser alcanzados por medio de la autoeficacia.

Original en su concepto, este modelo se apoya en las modernas teorías conductuales, preconizadas por Assagioli⁽²⁵⁾, Rank⁽²⁶⁾, Bandura⁽²⁷⁾, Maclelland, y Col.,⁽²⁸⁾ Mahoney y Thoreson⁽²⁹⁾, Meichenbaum⁽³⁰⁾, y Cautella⁽³¹⁾.

El modelo ha sido aplicado con éxito para inducir conductas de relajamiento y discernimiento de valores sobre la salud, autocuidado, obtención de imagen positiva de autoestimación; tiene también la ventaja de un continuo reforzamiento de las conductas, ya que la selección que hace la persona está basada en

una retroalimentación de aspectos físicos, mentales y emocionales que conducen a una auto-regulación cognoscitiva y conductual.

La teoría de la motivación y protección indica que cuando logramos motivar a un individuo para que coopere en llevar adelante nuestras recomendaciones en materia de salud, se dice que hemos logrado la “adhesión” del sujeto a determinado comportamiento. Esto es más fácil de lograr mediante procedimientos sencillos, de corta duración y de resultados fácilmente ostensibles; en cambio, se dificulta cuando las técnicas empleadas son complejas, tienen que ser constantes y la relación de causa-efecto no es fácilmente observable o se da a largo plazo.⁽³²⁾

Los requisitos indispensables para lograr fácilmente la “adhesión” a las medidas de salud es que el paciente o la comunidad a la que estamos dirigiendo nuestros esfuerzos educativos muestre las siguientes características:

1) Estar convencido de que es susceptible a la enfermedad, es decir, que tenga la convicción absoluta de que puede padecerla. El incremento en los índices del SIDA se debe,

en gran parte, a que muchas personas no aplican las medidas preventivas porque están convencidas de que “no les va a dar”; convicción que les dura hasta que se les notifica de que “ya les dio”.

2) Creer firmemente que la condición patológica es prevenible mediante las medidas aconsejadas. Un paciente que haya sufrido un infarto del miocardio sabe que es posible que le vuelva a repetir, pero no se logrará su “adhesión” al ejercicio ni a una dieta adecuada, si no tiene la convicción de que ambas conductas pueden prevenir, en gran parte, que se presente otro accidente vascular.⁽³³⁾

3) Estar convencido de que la prevención, aunque implique cierto esfuerzo, es preferible a padecer la enfermedad. Cuando los puntos anteriores se han cumplido, la “adhesión” a un programa de prevención dependerá en gran parte, de la personalidad, capacidad de persuasión e interés que demuestre el profesionalista por inducir a su paciente a un comportamiento más acorde con su salud. Es importante tener en cuenta que por el solo hecho de que nosotros creamos que una medida preventiva es buena y correcta para nuestro paciente, no necesariamente el

paciente va a pensar y a convencerse de que esa medida es buena y correcta para él.⁽³⁴⁾

El modelo de salud basado en las creencias y el modelo P.R.E.C.E.D.E; El mejor conocido de estos esfuerzos para recopilar los resultados de las investigaciones sobre el comportamiento de la salud es la creación del Modelo de Salud basado en creencias (Health Belief Model. HBM). Esta explicación, en particular de las motivaciones y prácticas de la salud, fue creada originalmente por un grupo de investigadores y colaboradores de Behavioral Studies Section of the US. Public. Health Service (Sección de estudios del comportamiento del Servicio de Salud Pública de los E.U.) entre los años 1950 y 1960. Este grupo estaba compuesto por psicólogos sociales y su trabajo representó el primer esfuerzo sistemático para situar los estudios del comportamiento de la salud en una base científica firme. En resumen, buscaban aclarar los múltiples factores que influyen en tomar determinada decisión para llevar a cabo una acción de salud específica⁽³⁵⁾. Una vez que se logró esto, se pidió colaboración a otros investigadores para perfeccionar el modelo y lograr una

explicación lógica de los determinantes del comportamiento hacia la salud, permitiendo así planear sus programas con más eficacia.

Orientación Teórica

Los creadores originales del HBM estaban plenamente convencidos de la ventaja de sus antecedentes teóricos obtenidos en su capacitación profesional. Uno de ellos Rosenstock, afirmó: “todos nosotros exhibimos una orientación fenomenológica que determina lo que se hará, el ambiente físico influye únicamente con base en la representación que le de la mente del individuo.

La idea fundamental que aquí se expresa es muy importante, muy sencilla y no obstante con frecuencia se pasa por alto cuando la gente trata de comprender el comportamiento humano. Rosenstock está indicando que las cosas reales y los eventos reales no tienen efecto directo sobre las decisiones. Son más bien nuestras percepciones de estos objetos o eventos lo que es importante. Muchos factores pueden ocasionar, y por lo general lo hacen, modificaciones únicas en este proceso de percepción. Un recordatorio por televisión de “luchar contra el cáncer mediante un examen” puede ilustrar este punto: un observador puede estar

mirando, pero soñando despierto y retener aunque poco de lo que se dijo: un niño pequeño puede estar mirando en forma intensa, pero poco comprenderá el mensaje; un espectador que, de manera reciente haya perdido a un ser amado por el cáncer, puede “bloquear” cualquier recuerdo del mensaje; finalmente, alguien que ha estado sufriendo alguna preocupación vaga respecto al cáncer, puede actuar conforme a la sugestión y programar una cita con el médico. Todas las partes estuvieron expuestas al mismo evento físico, pero la percepción que llegó a sus cerebros varió en forma considerable.⁽³⁶⁾

Estrechamente relacionado con el principio de la percepción individual, es el espacio de vida según lo describe Kurt Lewin. Nuestro propio espacio de vida, en un sentido lewiniano, está afectando, pero de ninguna manera es idéntico a nuestros entornos físicos. Está comprendido por todas las cosas de las que se tiene conocimiento de manera consciente en un cierto punto en el tiempo. Un estudiante puede estar sentado en una banca en un rincón solitario del estadio en una tarde agradable del otoño, disfrutando de las hojas de brillantes colores y de las flores, el verdor del pasto y otros aspectos típicos de la escena. La mayor

parte de los diversos elementos de éste panorama evocaría quizá sentimientos agradables (o en otras palabras tiene una valencia positiva); otros, como desperdicios de bolsas de emparedados y de envases, refrescos, llevarían valencias negativas. La suma algebraica de éstos más o menos, afectarían mucho según el tiempo que el estudiante permaneciera ahí.

Otros dos aspectos de la psicología de Lewin podrían mostrarse por la llegada del compañero de cuarto de nuestro estudiante hipotético a la escena, con un recordatorio del examen de historia al que ambos deberán enfrentarse al día siguiente. Al recibir esta señal se presenta un cambio espectacular, en un espacio de vida. De hecho, las flores y los árboles “desaparecerían”, tomando su lugar las tareas, un cálculo de la dificultad del examen venidero, y otros asuntos similares que ahora se amontonan en sus percepciones. Aquí se ve el efecto de una señal a medida que atrae asuntos a nuestra atención, y como segundo punto, se puede apreciar la habilidad de los asuntos del pasado y del futuro para coexistir con los del presente, dentro de los límites de nuestro espacio de vida. Los psicólogos lewinianos no dan importancia a la historia anterior del individuo cuando tratan de comprenderlo, pero reconocen que las impresiones del

pasado y los pensamientos sobre el futuro pueden ser representados en la dinámica del presente.

Componentes clave

El modelo de la salud basado en creencias (HBM) como su nombre indica, pone de relieve las creencias; éstas constituyen las variables de interés para los seguidores de este modelo. Como se mencionó, una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no, en términos objetivos. Si una creencia en particular es válida o no lo es a los ojos de otros, tiene poco que ver con su efecto sobre el comportamiento de quien la ostenta. Cada creencia, por tanto, consiste de dos componentes: 1) un elemento cognoscitivo (por ejemplo, que podría suceder) y 2) un componente afectivo (por ejemplo, qué tan profundamente nos importan las consecuencias o beneficios). Las señales constituyen un segundo componente principal del HBM y sirve para movilizar o traer creencias importantes a la conciencia y así sostener una decisión de salud en particular.

Junto con las convicciones personales, proveer de adecuada información sobre los hábitos y técnicas necesarios para conservar la salud es de una especial relevancia, para lograr actitudes positivas hacia la conservación del bienestar propio.⁽³⁷⁾

Aunque los anteriores conceptos contemplan niveles que van desde un enfoque individual hasta el social, generalmente se pone especial énfasis en el del individuo. Esto es comprensible en la medida de que la salud se manifiesta de manera más inmediata en el aspecto tanto psicológico como biológico del individuo, es decir, es el sujeto quien experimenta de forma directa los estados de salud-enfermedad. En tanto las esferas grupales y sociales no presentan dichos estados de manera tan directa e inmediata, aunque para la investigación estos son los niveles más importantes, porque posibilitan y hacen viable la salud del individuo, ya que ellos pueden generar y mantener un nivel de calidad de vida satisfactorio.

Hasta el momento se desconoce qué nivel de conocimientos, convicciones, actitudes y estados de ánimo presentan los alumnos universitarios frente a los problemas de salud, cuando son

individuos que por su nivel de escolaridad podría pensarse que tienen un buen nivel de resolución.⁽³⁸⁾

4 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Esta investigación pretende dar a conocer las conductas de salud que prevalecen en los estudiantes universitarios y determinar los principales factores que influyen en las mismas, así como sus conocimientos, y adhesión hacia prácticas saludables o nocivas, etc.

Con objeto de poder establecer comparaciones con otros países, se tomaron en cuenta en este estudio algunos indicadores sociales y conductuales que influyen en la salud, mismos que utilizaron Werdel y Steptoe en 1991 y que se mencionan a continuación:⁽³⁹⁾

- 1) Tabaquismo**
- 2) Alcoholismo**
- 3) Ejercicio físico**
- 4) Tiempo dedicado al sueño**
- 5) Protección contra radiaciones solares**
- 6) Hábitos nutricionales, especialmente:**
 - a) Consumo de carne roja, pollo y pescado**

- b) Consumo de grasas de origen animal y otros alimentos que puedan modificar los niveles de colesterol.
 - c) Ingestión de frutas y verduras
 - d) Café
 - e) Número de comidas al día
 - f) Golosinas
- 7) Cepillado y uso de hilo dental
 - 8) Visitas periódicas al médico y dentista
 - 9) Utilización del cinturón de seguridad en el automóvil.
 - 10) Autoexamen (femenino y masculino, en su caso).
 - 11) Conocimientos y reacciones frente a diferentes estadios de salud.
 - 12) Estados anímicos diversos, que inciden en el estado de salud

En el presente estudio se añadieron algunos ítems para correlacionar peso, edad y estatura.

El estudiar las actitudes y convicciones sobre la salud y la importancia que le otorgan a la conservación de la misma los alumnos de nivel licenciatura de la UNAM, tiene el objeto de servir como base para un proyecto de educación para la salud en

universitarios, que refuerce los comportamientos positivos y disminuya las actitudes negativas con respecto a las medidas preventivas y la conservación de la salud.

5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro o pérdida de la salud se encuentran estrechamente asociados a los estilos de vida y todo trastorno o enfermedad debe ser abordado no sólo desde la perspectiva biomédica sino también tomando en cuenta los factores conductuales que influyen de manera preponderante, en su aparición, curso, mantenimiento y curación.

Las convicciones concernientes a preservar la salud son de importancia, tanto en sí mismas como en el papel que juegan en determinar las conductas saludables. Muchos modelos que relacionan la salud con actitudes, conocimientos y emociones, se han desarrollado desde hace años, los más conocidos son: la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Motivación y Protección y la Teoría de la Autoeficacia.

Aunque estos modelos contemplan niveles que van desde el aspecto individual hasta el social. generalmente se pone especial énfasis en lo relacionado con el individuo, esto es comprensible en

la medida de que la salud se manifiesta de manera más inmediata en el aspecto tanto psicológico como biológico del mismo, es decir, es el sujeto individual quien experimenta de forma directa los estados de salud-enfermedad. En tanto las esferas grupales y sociales no presentan dichos estados de manera tan directa e inmediata, aunque se toman en cuenta los dos niveles.

Debido al proceso de globalización al cual comienza a integrarse nuestro país, sin duda se presentarán diversos problemas de salud por lo que el conocimiento y modificación, en su caso, de las conductas de salud serán indispensables si queremos incrementar nuestros niveles de bienestar.

Hasta el momento se desconoce qué nivel de conocimientos, actitudes y estados de ánimo presentan los estudiantes universitarios frente a los diversos problemas de salud. Aunque por su grado de escolaridad puede pensarse que tienen un buen nivel de resolución.

El propósito de éste estudio, es precisamente, conocer el nivel de conocimientos, actitudes y estados de ánimo de los alumnos universitarios frente a los problemas de salud.

6 - HIPOTESIS

El nivel de conocimientos, actitudes y estados de ánimo sobre la salud de los alumnos, difiere según el área de estudio en la que se encuentran; por lo que los estudiantes del área químico-biológica. presentarán una conducta más adecuada hacia la prevención y el mantenimiento de la salud que los estudiantes de otras áreas.

7. OBJETIVOS

Determinar el nivel de conocimientos, diversidad de actitudes y diferentes estados de ánimo de los alumnos universitarios hacia la salud.

Medir el valor que los estudiantes de nivel universitario de las diferentes áreas le otorgan a las actividades encaminadas hacia la salud.

Evaluar la congruencia entre sus conocimientos y su comportamiento en relación con la salud.

8.- METODOLOGIA

8.1.- Universo de Estudio.

El universo de la presente investigación, está conformado por doscientos estudiantes de ambos sexos, de nivel licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México; se realizó un muestreo aleatorio, representativo y proporcional comparativo y transversal al tamaño de cinco subpoblaciones escolares correspondientes a las áreas: económico-administrativa: (administración, contaduría, economía); químico-biológica: (Odontología, Química, Medicina, y Veterinaria); físico-matemáticas: (Ingeniería, Matemáticas, Arquitectura); ciencias sociales y humanidades: (Filosofía, Sociología, Ciencias Políticas y Pedagogía); Bellas Artes: (licenciatura en teatro y danza).

El criterio de inclusión se refiere sólo a los alumnos de Ciudad Universitaria que tengan 18 años y más, el de exclusión alude a los estudiantes menores de 18 años y de otras universidades.

8.2 Muestra

La selección de los alumnos se hizo tomando en consideración a que la población estudiantil es relativamente un grupo homogéneo, fácilmente identificable, accesible, sin mayores desplazamientos y cuya opinión refleja una posición importante de un amplio sector de la sociedad. Además en esta etapa de la vida es conveniente reforzar las conductas positivas hacia la salud.

La selección de los estudiantes se realizó por la técnica de conglomerados.

8.3 Variables

- **Conocimiento sobre la salud.**
- **Actitudes favorables y desfavorables hacia la salud.**
- **Estados de ánimo y salud.**
- **Área de estudio.**
- **Edad.**
- **Sexo.**

8.4.- Procedimiento

El instrumento de recolección de información utilizado consistió en un cuestionario de 88 reactivos, mismo que se elaboró con base en el aplicado en la Comunidad Europea y los Estados Unidos, modificándose únicamente lo necesario para adecuarlo a nuestro medio en consideración a algunas diferencias de los entornos culturales que existen entre los estudiantes de éstos países.

Con esta variedad de temas, se buscó explorar los conocimientos y actitudes relacionados al proceso salud - enfermedad, conductas de los estudiantes ante los diferentes riesgos para la salud y las convicciones sobre conductas de salud, así como accesibilidad a servicios preventivos y curativos, además de conocer los datos generales de los encuestados. Para decidir cuales serían los indicadores para este estudio, se tomaron como referencia los mencionados cuestionarios y se le agregó lo relacionado con Odontología que no estaba incluido.

El cuestionario fue dividido en cinco secciones, abarcando los siguientes aspectos:

- Estilos de vida y actitudes hacia la salud**
- Medidas de prevención**
- Conocimiento sobre algunos factores que influyen en la salud.**
- Estados de ánimo y salud.**

Una parte del cuestionario consta de varias opciones y debe escogerse sólo una. En otra sección se indica seleccionar la importancia de ciertas actitudes con relación a la salud, en una escala de 1 a 5; finalmente, el cuestionario contempla optar por una respuesta entre tres opciones para interpretar el estado anímico de los sujetos.

La encuesta se aplicó a un grupo de alumnos de las diferentes licenciaturas incluidas en cada una de las áreas de estudio antes mencionadas, en su horario normal de clase, previo acuerdo con el profesor para que cediera 45 minutos del tiempo de su cátedra.

Los encuestadores fueron seleccionados entre alumnos de una escuela privada que estaban prestando su servicio social y se

les impartió un entrenamiento previo para que desempeñaran su función de manera eficaz.

Dicho entrenamiento consistió, en un curso de sensibilización para diez personas con interés en aspectos de educación para la salud; dichos estudiantes integraron un equipo de trabajo con la finalidad de conocer y discutir el proyecto.

8.5- Participación y Recursos.

En la realización de la presente investigación formaron parte personal académico del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), de la Facultad de Odontología y de la Coordinación de Servicio Social, de una Escuela privada, la que asignó pasantes para las encuestas. Para el procesamiento de datos se utilizó el equipo de cómputo de la misma institución privada de educación superior con la asesoría del Maestro José Luis Torres Franco y Margarita González.

9.- RESULTADOS

La muestra se conformó por 115 mujeres y 85 hombres, el 41% de los encuestados tienen una edad entre 20 y 21 años, el 33.5% tienen entre 18 y 19 años, y los de 22 años y más representan el 25.5%, el 29.5% de los estudiantes a los que se les aplicó la encuesta estudian el área químico- biológica de los que el 25.4% están en Odontología, el 23.7% en Química, el 30.5% en Medicina y el 20.3% cursan la licenciatura de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Los estudiantes de área físico-matemáticas el 42.3% estudian Ingeniería, el 30.8% Arquitectura y el 26.9% Matemáticas. En lo que se refiere al área económico-administrativa el 39.6% de los alumnos cursan la licenciatura en Administración y el 30.2% Contaduría y los de Economía representan el 30.2%.

Area de ciencias sociales y humanidades: el 22.5% son estudiantes de Filosofía, el 30.6% cursan la licenciatura de Sociología, el 26.5% son alumnos de la carrera de Ciencias Políticas y el 20.4% de los encuestados son de Pedagogía.

En cuanto al área de arte el 60.9% son estudiantes de teatro y el 39.1% danza. Cuando se les preguntó sobre los diversos aspectos

en relación a estilos de vida y salud, el 58% de los encuestados desayuna diariamente, el 46% ingiere golosinas cuando menos una vez al día, el 62% considera que su peso corporal se encuentra dentro de los límites normales y el 65% realiza algún tipo de ejercicio, con una frecuencia de al menos una vez por semana.

En lo que se refiere a la conducta favorable en cuestiones de salud, se pudo observar que el 90.5% de los encuestados se cepilla los dientes dos o más veces al día, el 38.5% recibe atención dental preventiva semestralmente, aunque el 35% de los entrevistados rara vez utiliza el hilo dental, el 77.5% cuentan con servicio médico a donde acudir en caso necesario, el 57.5% es derechohabiente de una institución de salud, el 89% no tiene ningún tipo de enfermedad crónica y el 58.5% no ha estado sometido a ningún tipo de tratamiento médico. Es decir, se trata de una población relativamente sana (89%), con acceso regular a servicios médicos (77.5 %).

Dentro de las medidas de salud que los entrevistados manifiestan de interés encontramos: medirse la tensión arterial, que el 39.5% considera de relativa importancia, el 35.5% piensa

que es de mucha importancia la revisión dental; cuidar la ingestión de grasas es muy importante para el 34.5% y la ingestión de alimentos con fibra es también considerada de mucha importancia para el 39%, en tanto mantener el peso corporal dentro de los límites normales es de muchísima importancia para el 34.5% de los alumnos. Ingerir azúcar se consideró de relativa importancia para la salud por el 32.5% de los encuestados; no fumar es de relativa importancia para la salud para el 37.5% de los entrevistados; utilizar el cinturón de seguridad se toma como de mucha importancia por el 33% de los integrantes de nuestra muestra, en tanto que no conducir alcoholizado se piensa que es de muchísima importancia para el 57.5% de los estudiantes. Conducir dentro de los límites de velocidad se considera de muchísima importancia por el 41%. Perder peso sin justificación alguna es una cuestión que el 41% expusieron como grave, en tanto que para el 52% evitar el stress es de mucha importancia para la salud, el uso de preservativos al tener relaciones sexuales está considerado de muchísima importancia por el 66% de los alumnos.

En lo referente a las actitudes hacia la salud, los entrevistados manifestaron: el 36% estar totalmente de acuerdo en

que si visitan a un buen médico, es menos probable que tengan problemas de salud, el 48% está totalmente de acuerdo en que cada quien es responsable de su propia salud y el 49% dice estar totalmente de acuerdo en que la higiene bucal favorece la salud en general, en tanto el 36% manifestó estar totalmente de acuerdo en que tanto el tabaco como el alcohol favorecen el cáncer bucal.

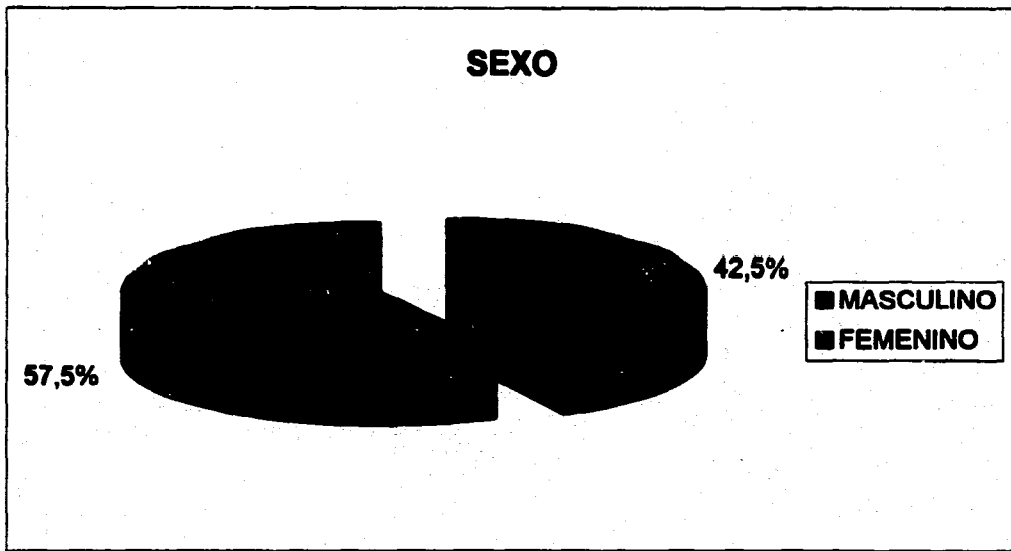
La relación que existe entre las variables, conocimiento sobre la salud y sexo se puso de manifiesto al observar que el 40.9% de las mujeres presenta buen conocimiento respecto a la salud, en tanto sólo el 14.1% de los hombres presentó un conocimiento sobre la salud aceptable. La correspondencia entre conocimiento sobre la salud y edad muestra que: las personas entre 18 y 19 años alcanzaron un porcentaje del 46.2% seguidas por las personas mayores de 22 años quienes resultaron con un porcentaje de 27.5%. En tanto el conocimiento sobre la salud y área de estudio se definió de la siguiente manera: los alumnos del área químico-biológica obtuvieron un mejor conocimiento sobre la salud con un 39% seguidos por los estudiantes del área económico-administrativa con el 30.2%.

La relación que existe entre actitud preventiva y sexo se manifestó de la siguiente manera: el 27.8% de las mujeres tienen una buena actitud preventiva, y el sexo masculino solamente 16.5%. Los encuestados de entre 18 y 19 años mostraron el 61.5% en lo que se refiere a buena actitud preventiva y a continuación se encuentran las personas mayores de 22 años con un porcentaje del 33.3%. Con respecto al área de estudio y actitud preventiva observamos los siguientes resultados: los integrantes del área económico-administrativa aparecen con el 32.6% seguidos por los estudiantes del área químico- biológica con un 27.1% en lo que se refiere a una actitud preventiva hacia la enfermedad catalogada como buena.

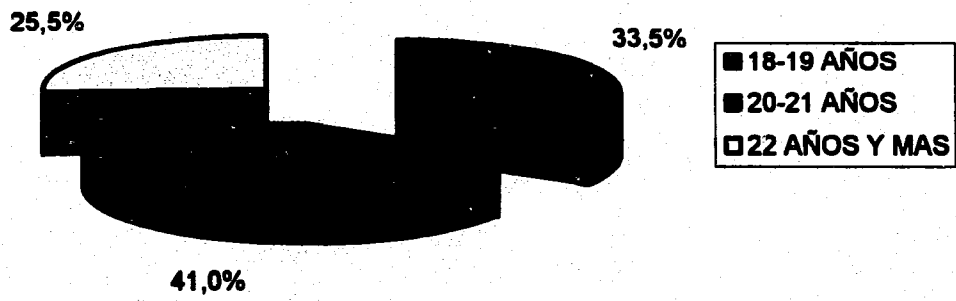
La relación entre estado de ánimo y sexo nos mostró que: el 40.9% de las mujeres tienen un buen estado de ánimo, en tanto que sólo el 25.9% de los hombres presentan un estado de ánimo satisfactorio. En lo concerniente a estado de ánimo y edad, pudimos observar que las personas mayores de 22 años son las que tienen un mayor porcentaje en lo que se refiere a un buen estado de ánimo con el 43.1%. Los encuestados de entre 18 y 19 años tuvieron el más bajo porcentaje en lo que se definió como un buen

estado de ánimo, con el 23.1%. Por último al cruzar las variables estado de ánimo y área de estudio, se observa que: los estudiantes del área económico-administrativa obtuvieron el mejor nivel en cuanto a un buen estado de ánimo con el 53.5%, seguidos por los del área químico-biológica; en cambio los del área de artes con un porcentaje del 13% nos dan un resultado que se considera muy bajo.

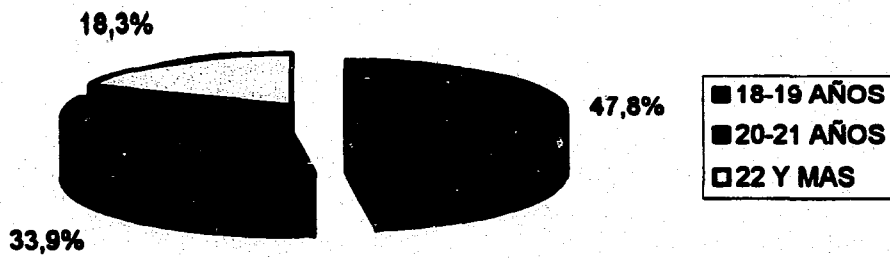
SEXO



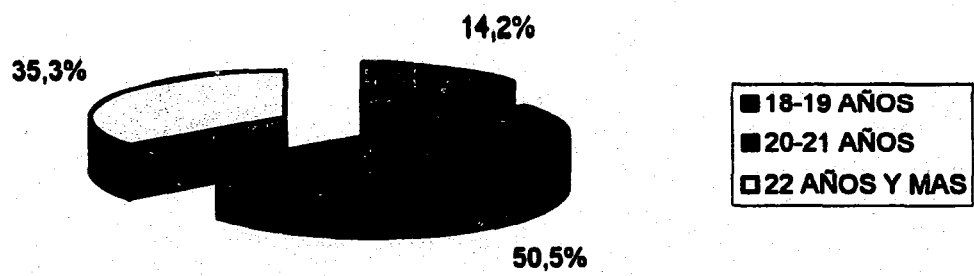
EDADES



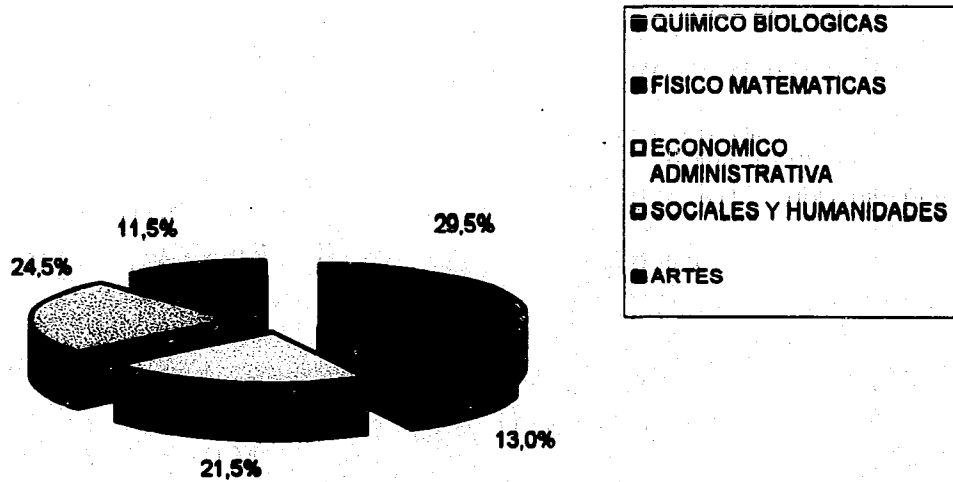
EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO FEMENINO



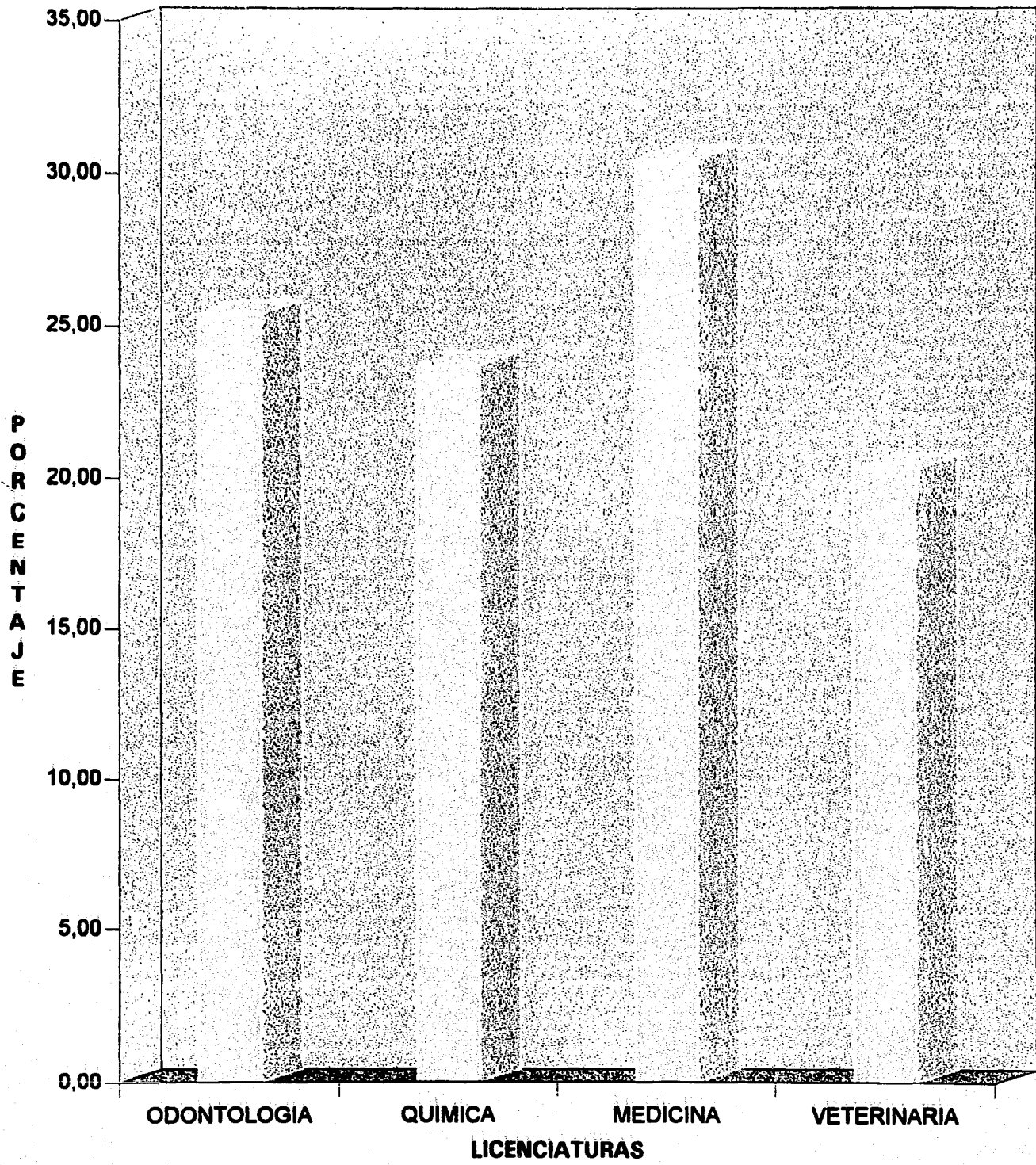
EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO MASCULINO



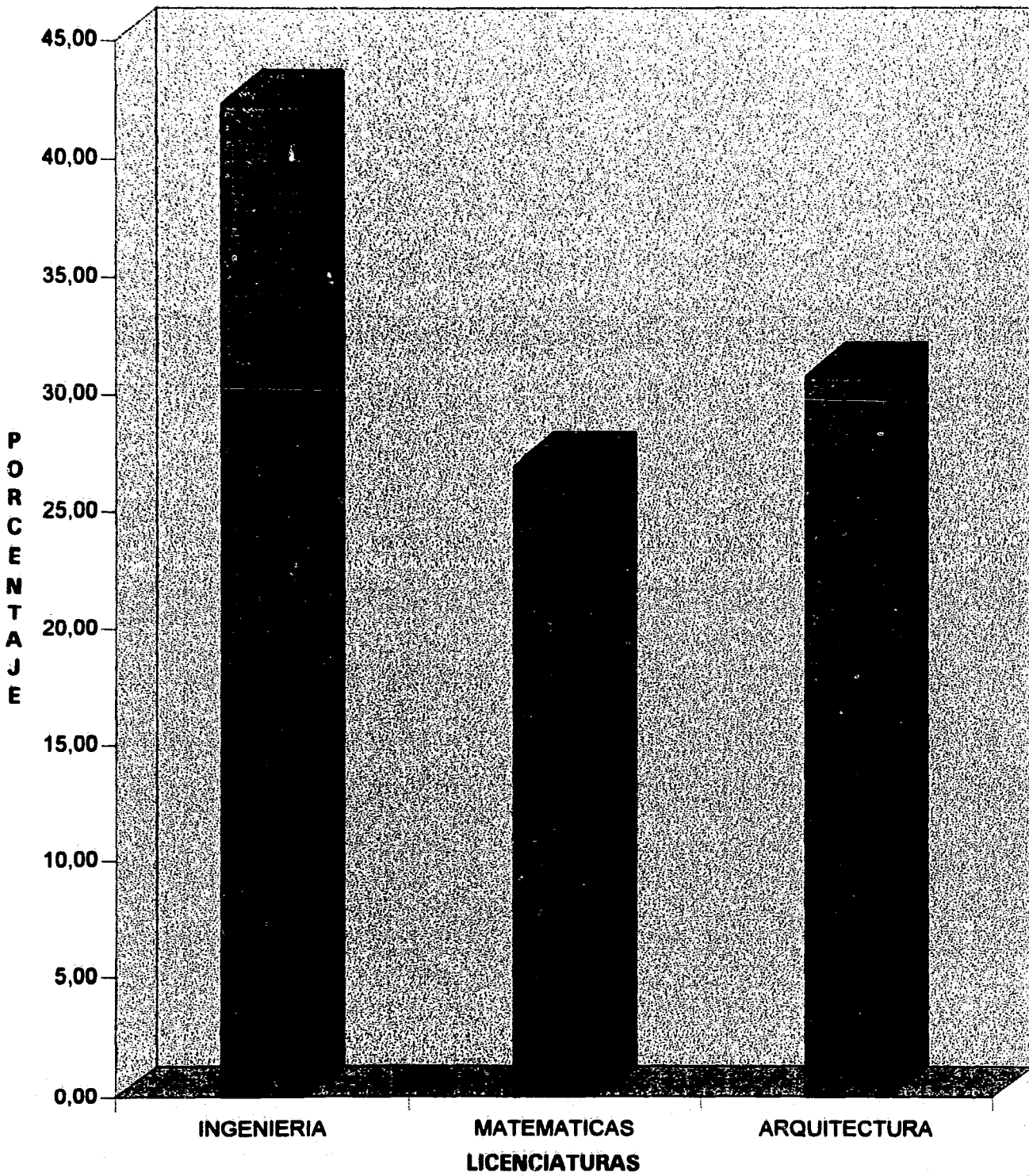
AREAS DE ESTUDIO



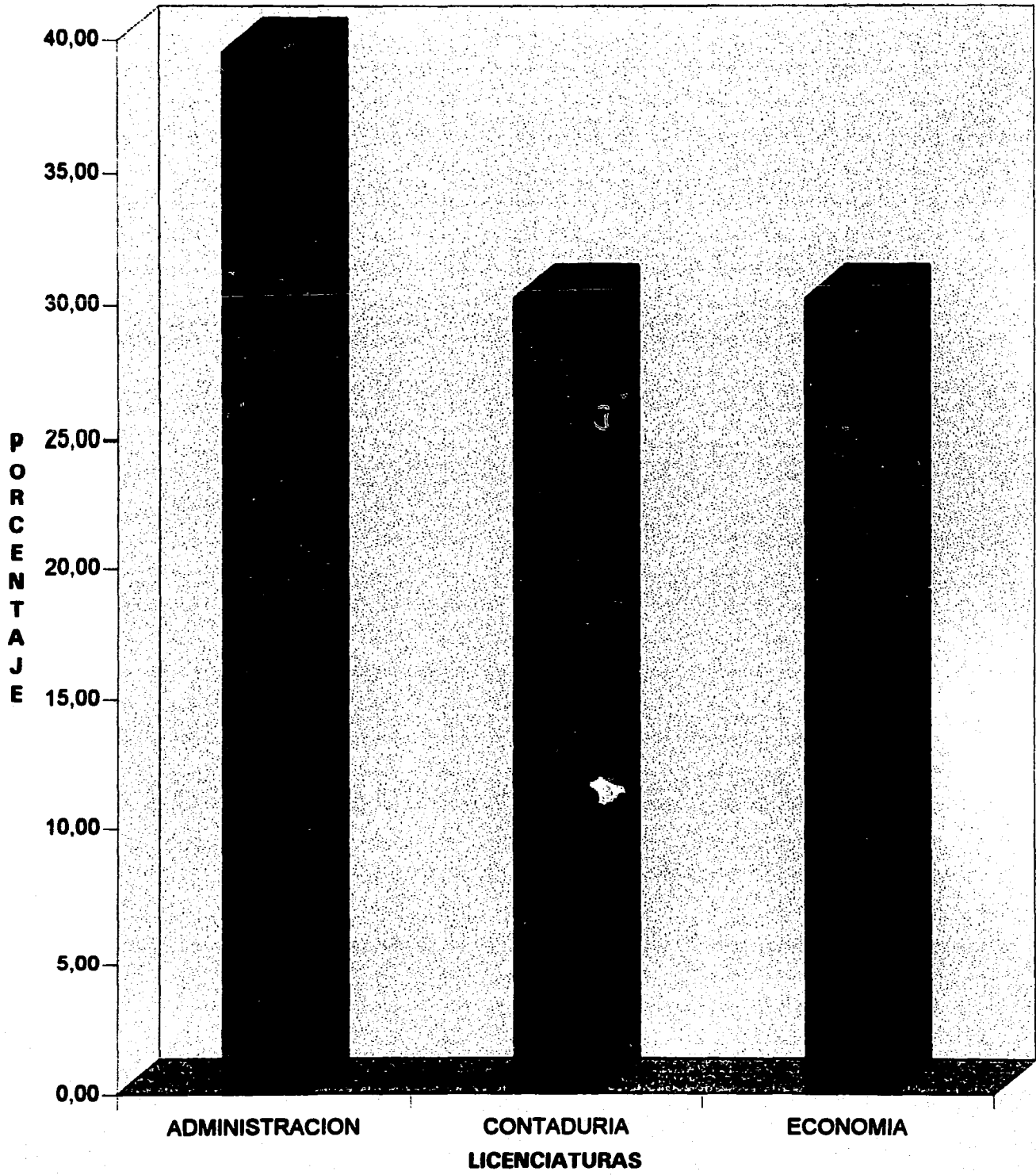
AREA QUIMICO BIOLÓGICAS



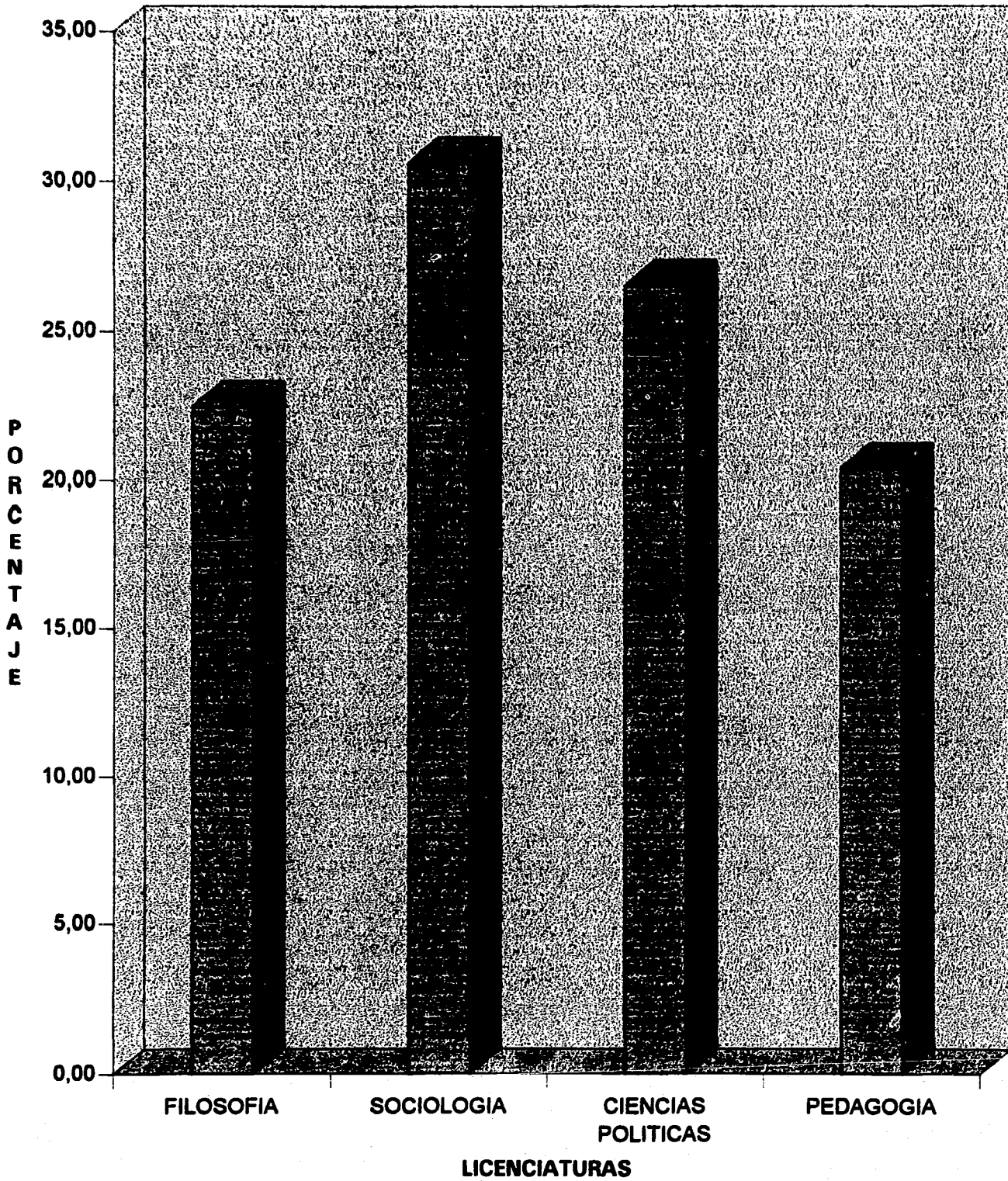
AREA FISICO MATEMATICAS



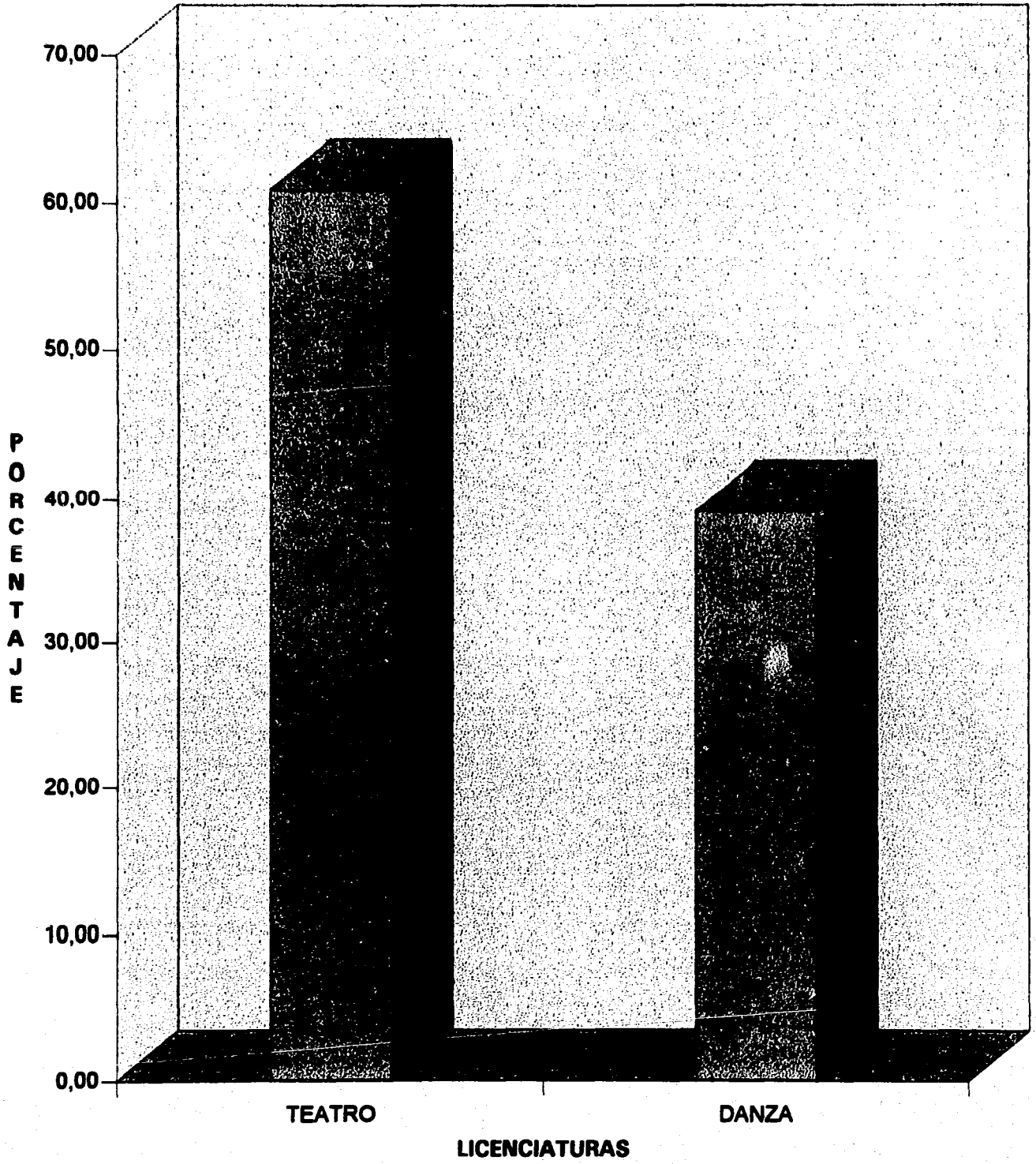
AREA ECONOMICO ADMINISTRATIVA



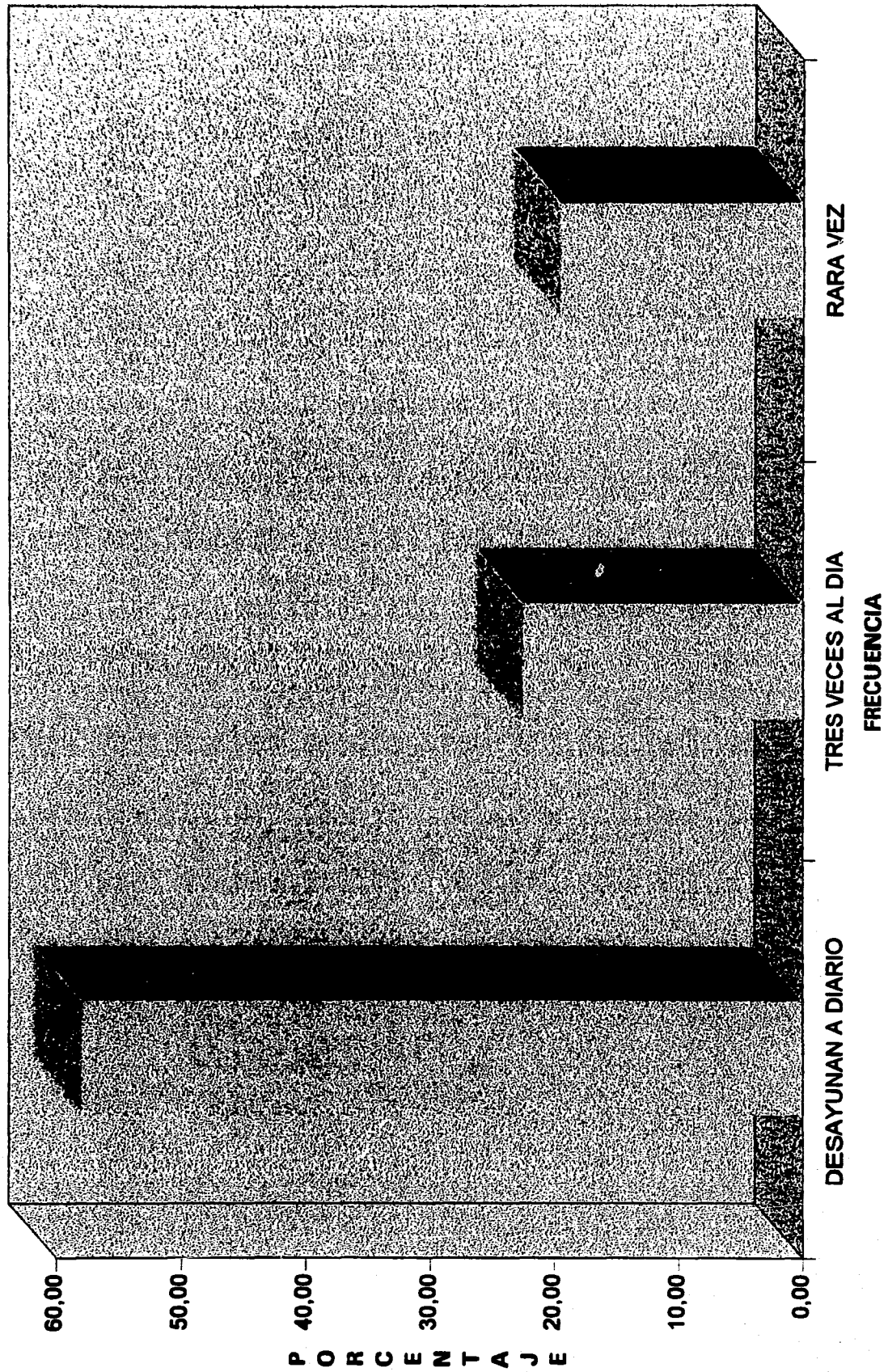
AREA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES



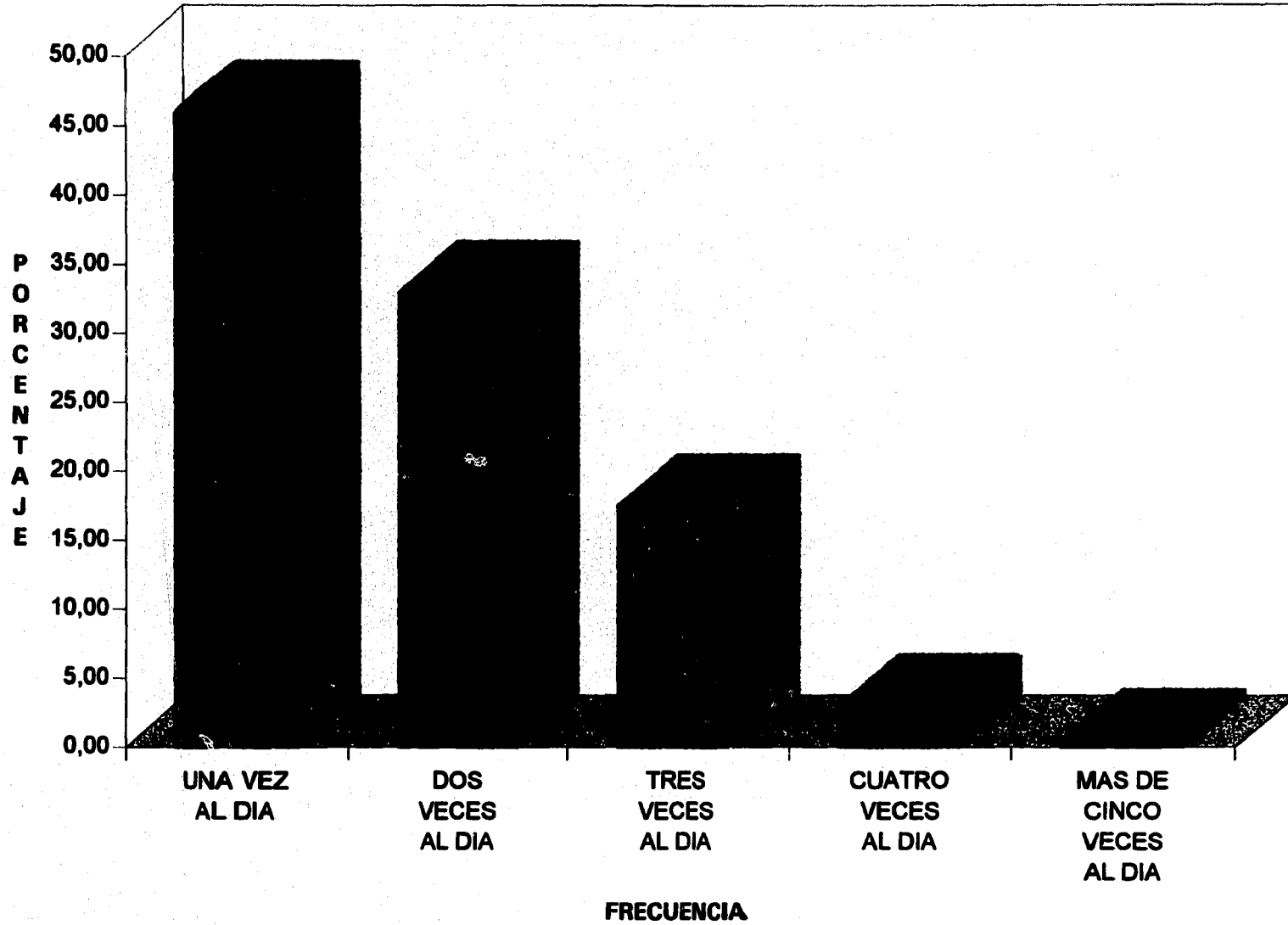
AREA DE ARTE



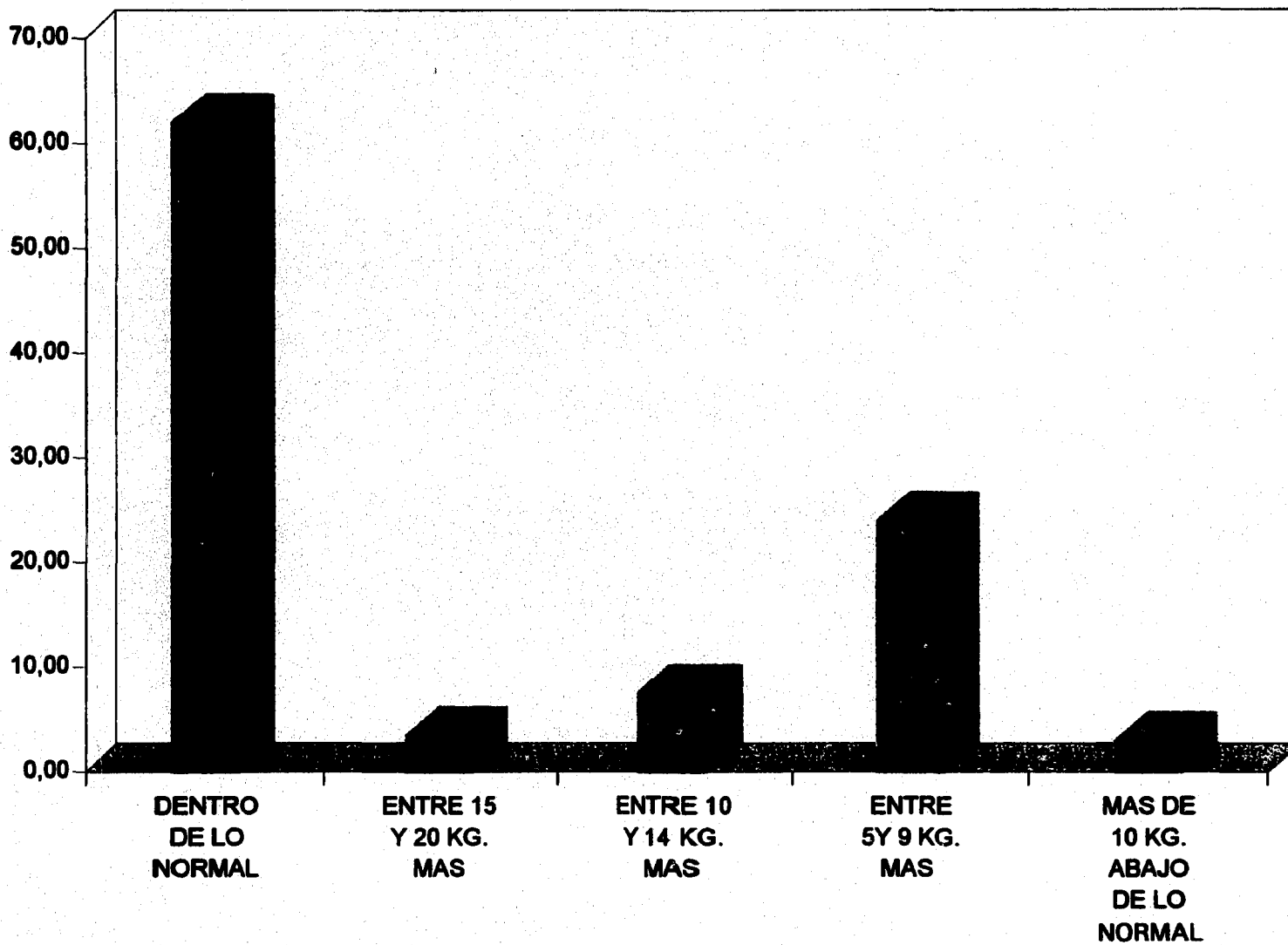
DESAYUNO



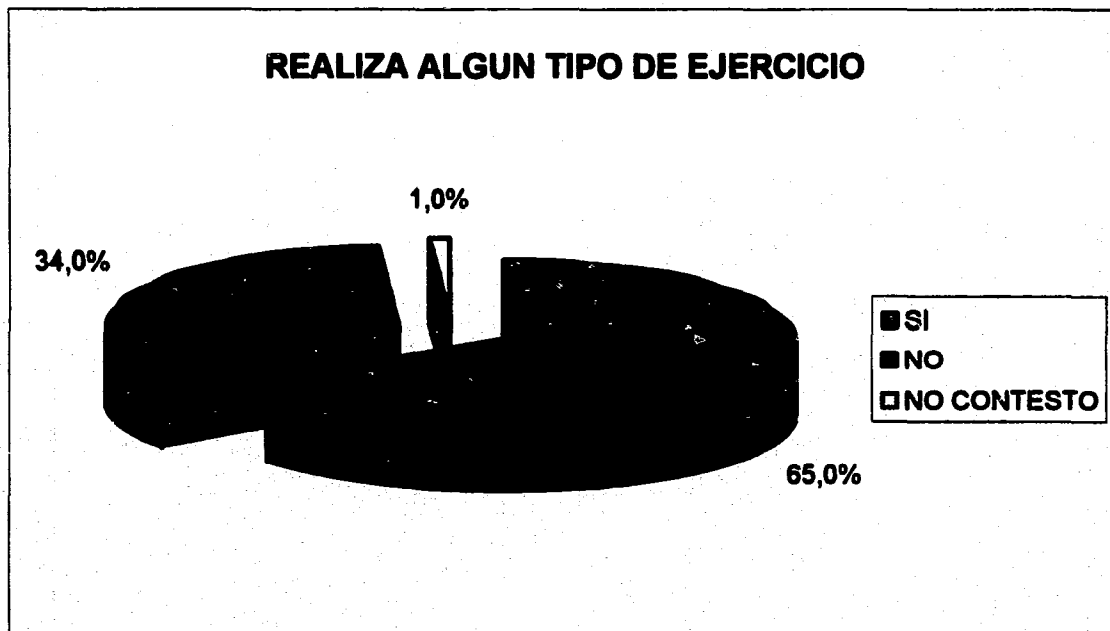
CONSUMO DE GOLOSINAS



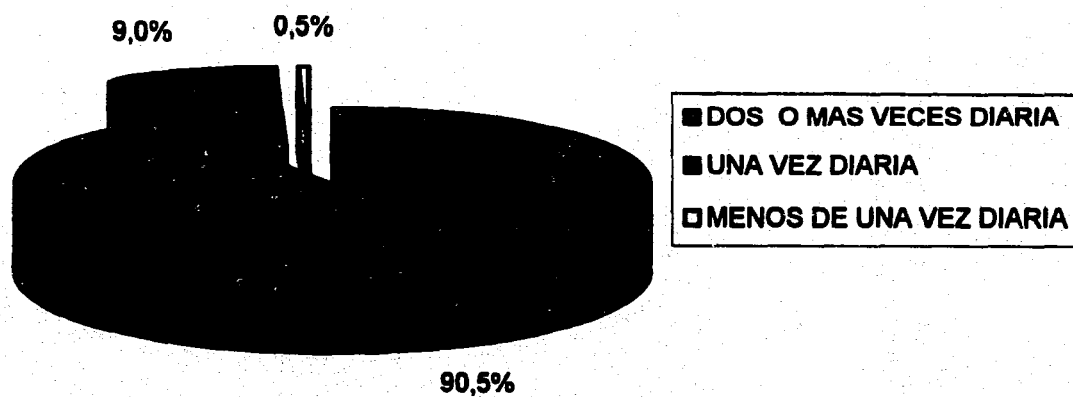
PESO



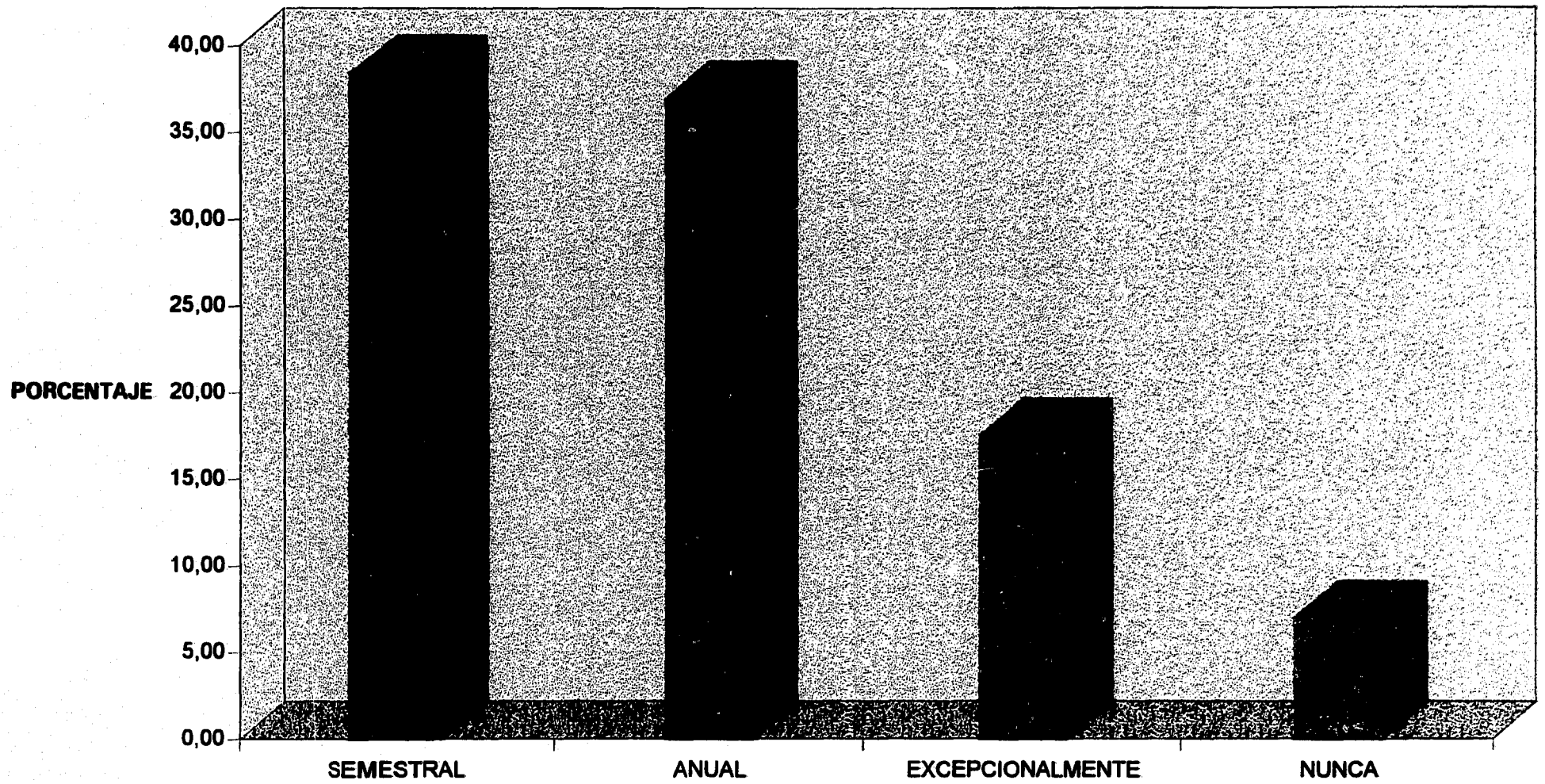
REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO



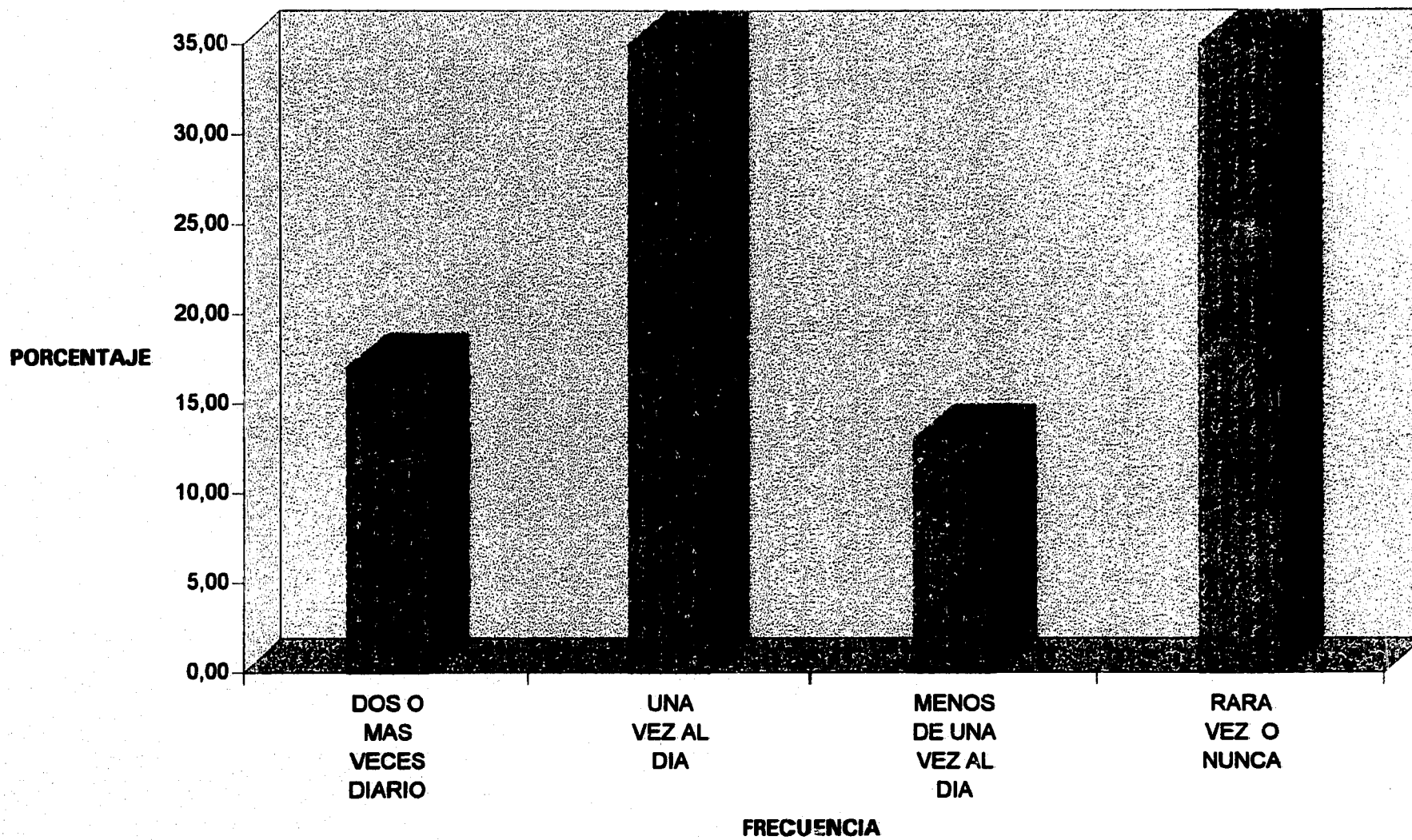
CEPILLADO DE DIENTES



ATENCION DENTAL



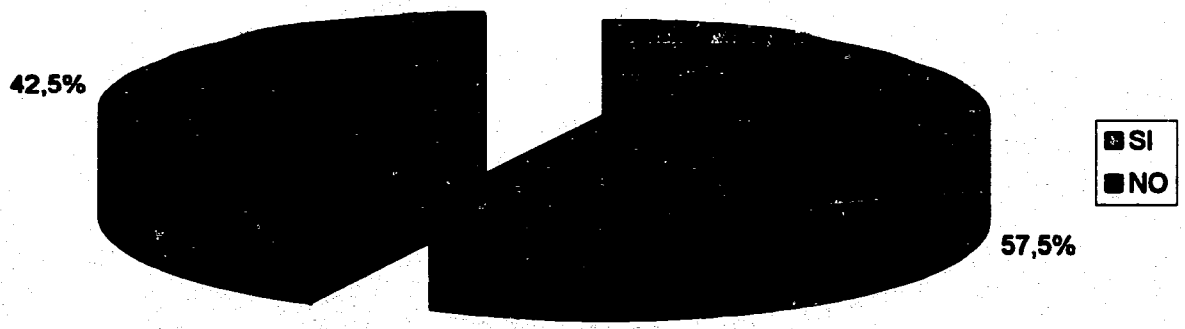
UTILIZACION DE HILO DENTAL



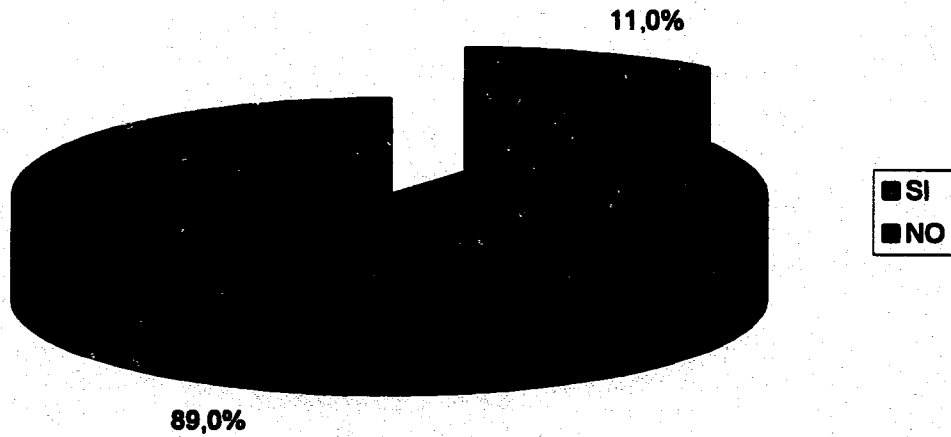
POSEER SERVICIO MEDICO



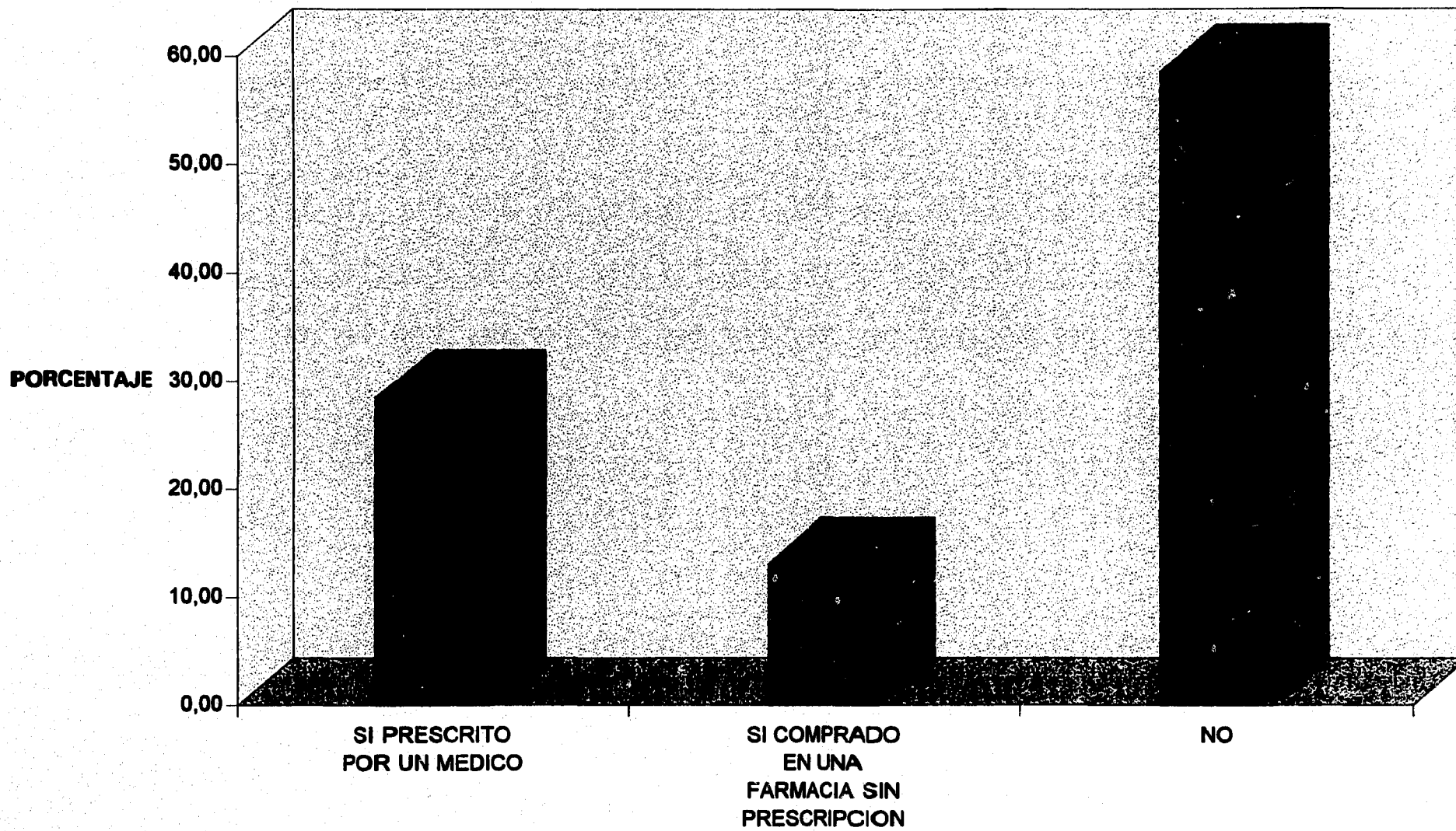
DERECHO HABIENTE A SERVICIO MEDICO

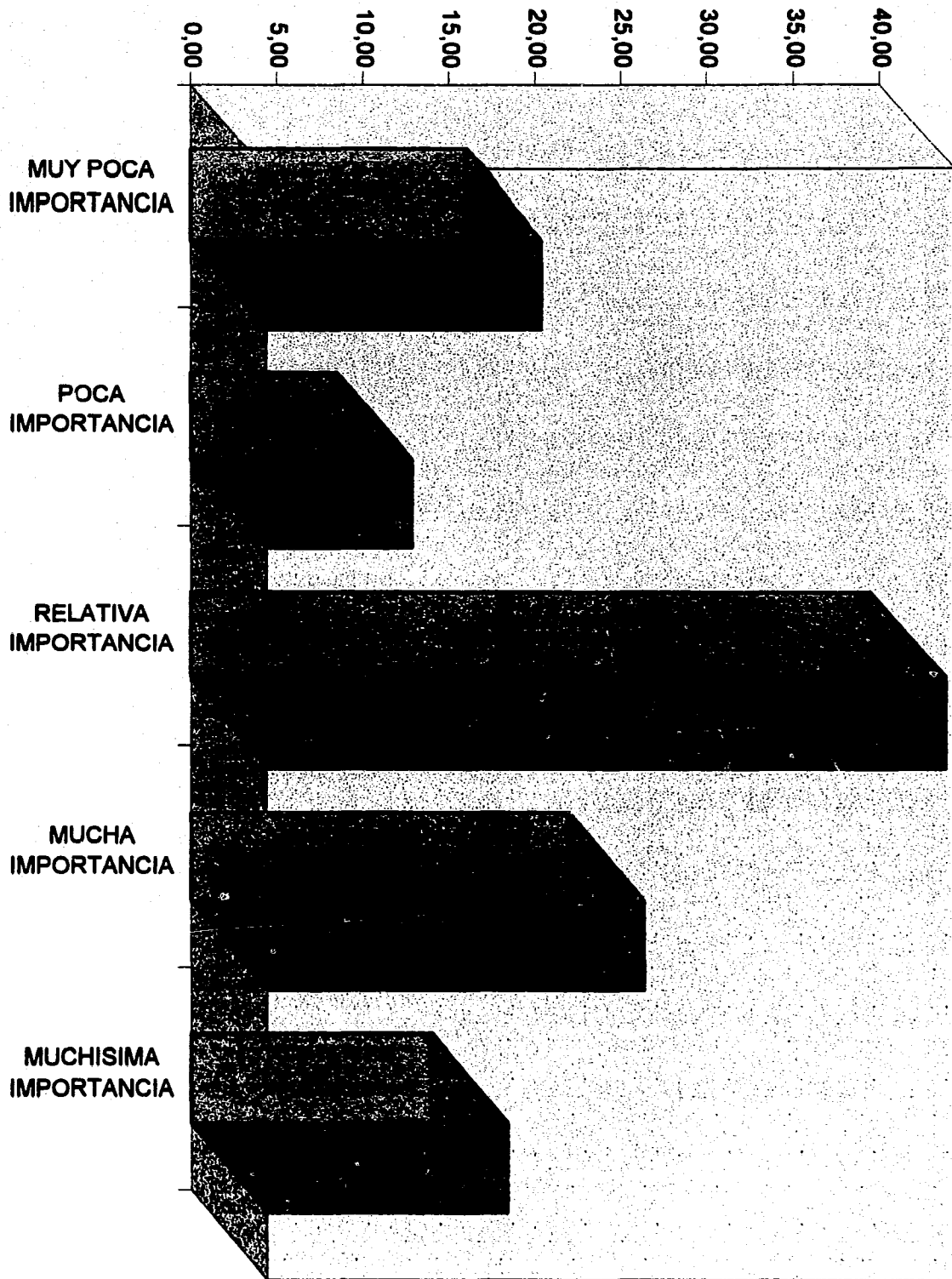


PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD



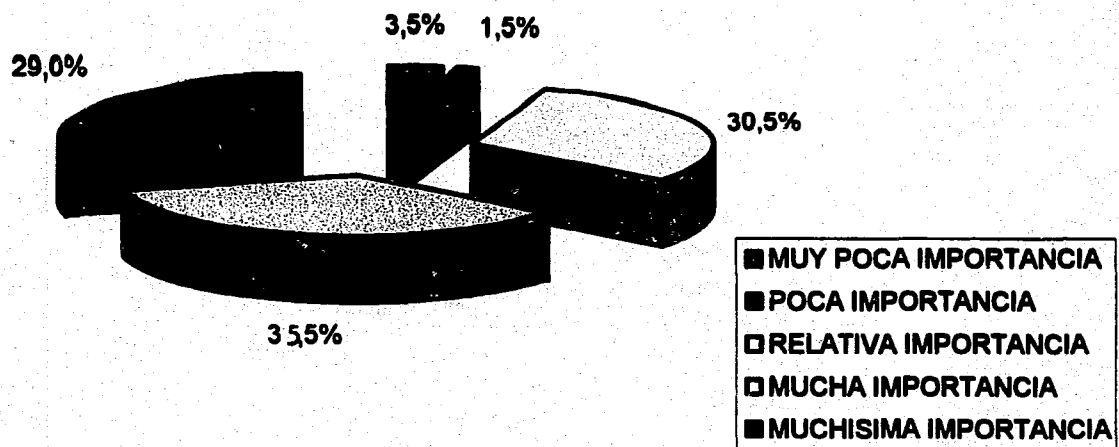
TRATAMIENTO MEDICO



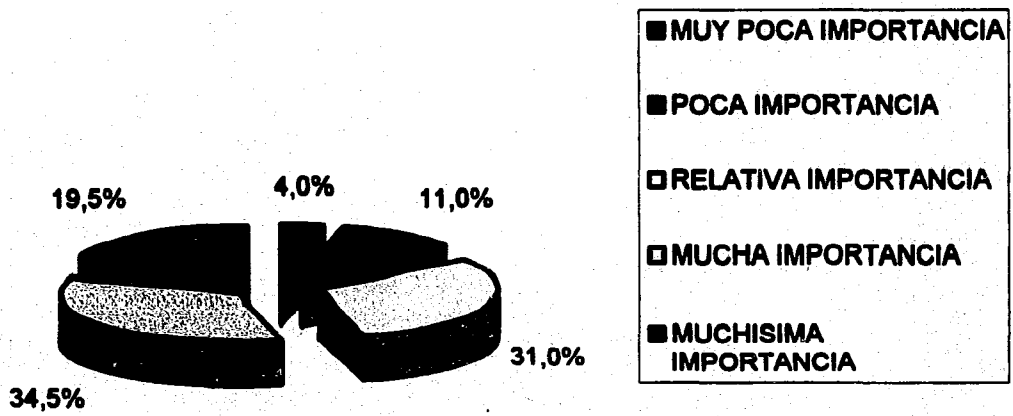


TENSION ARTERIAL

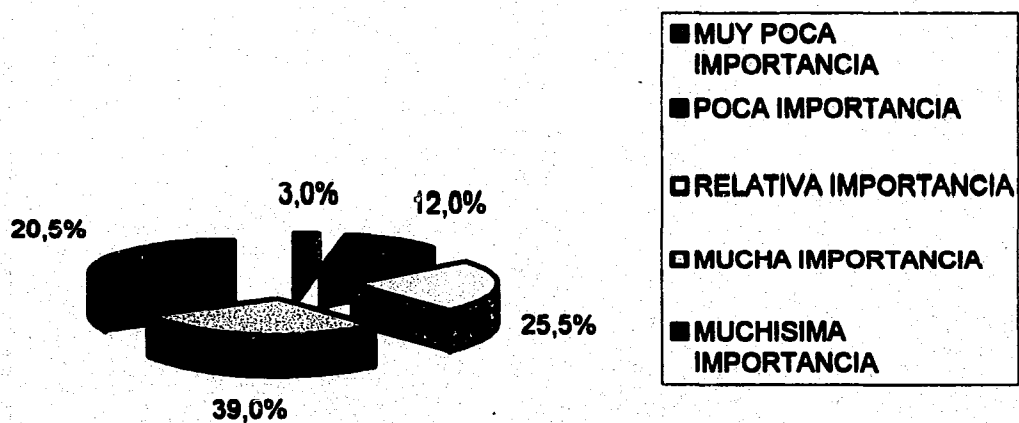
REVISION DENTAL



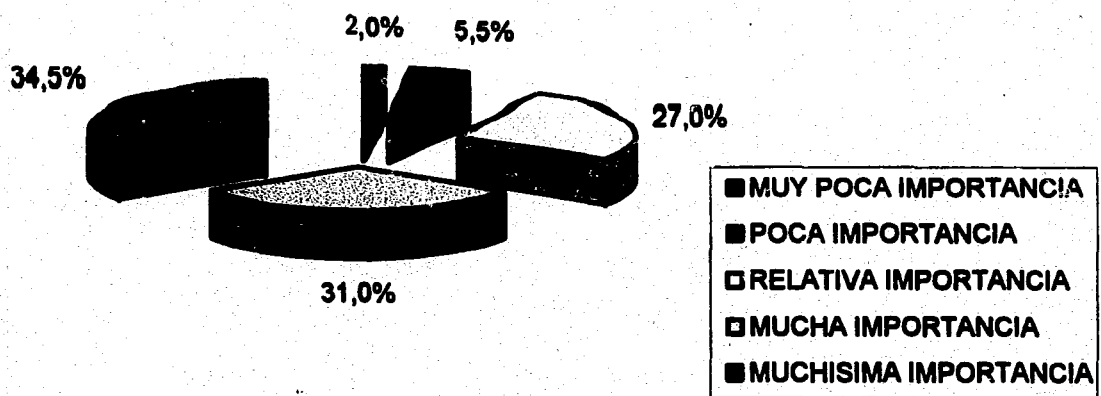
INGESTION GRASA ANIMAL



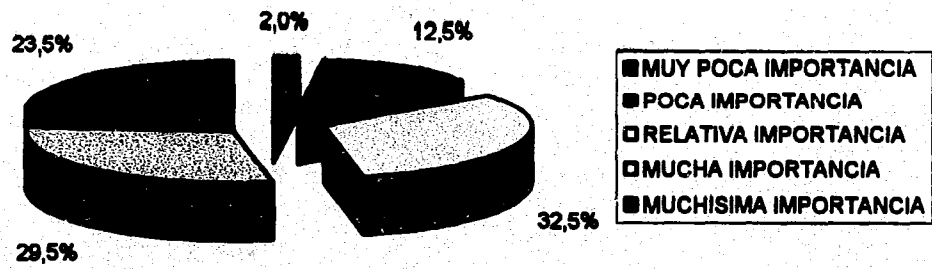
INGESTION DE FIBRA



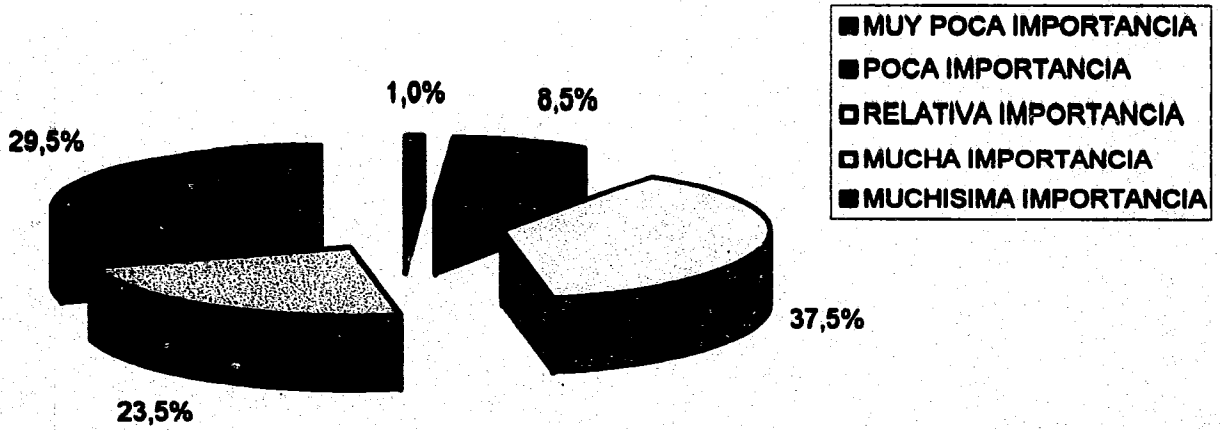
PESO DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES



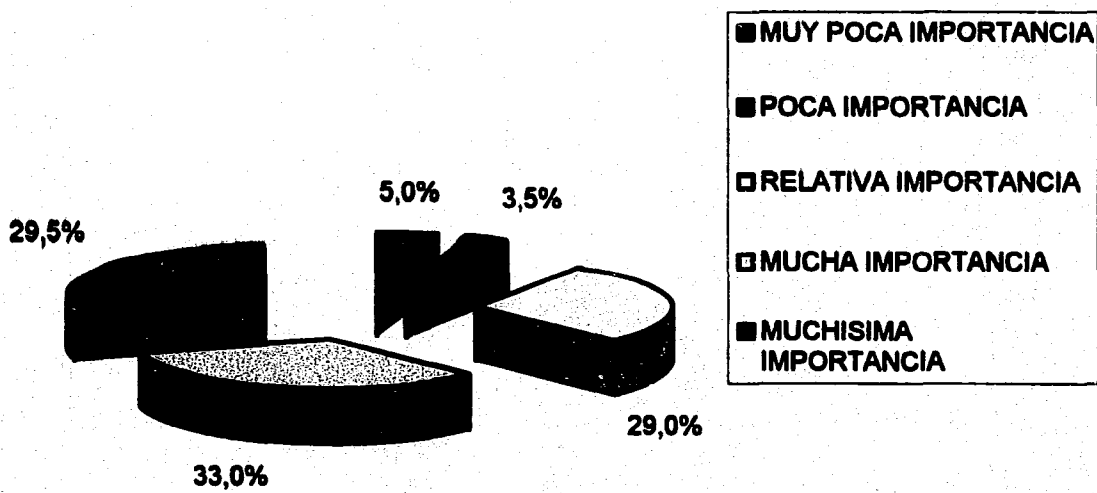
NO INGERIR AZUCAR

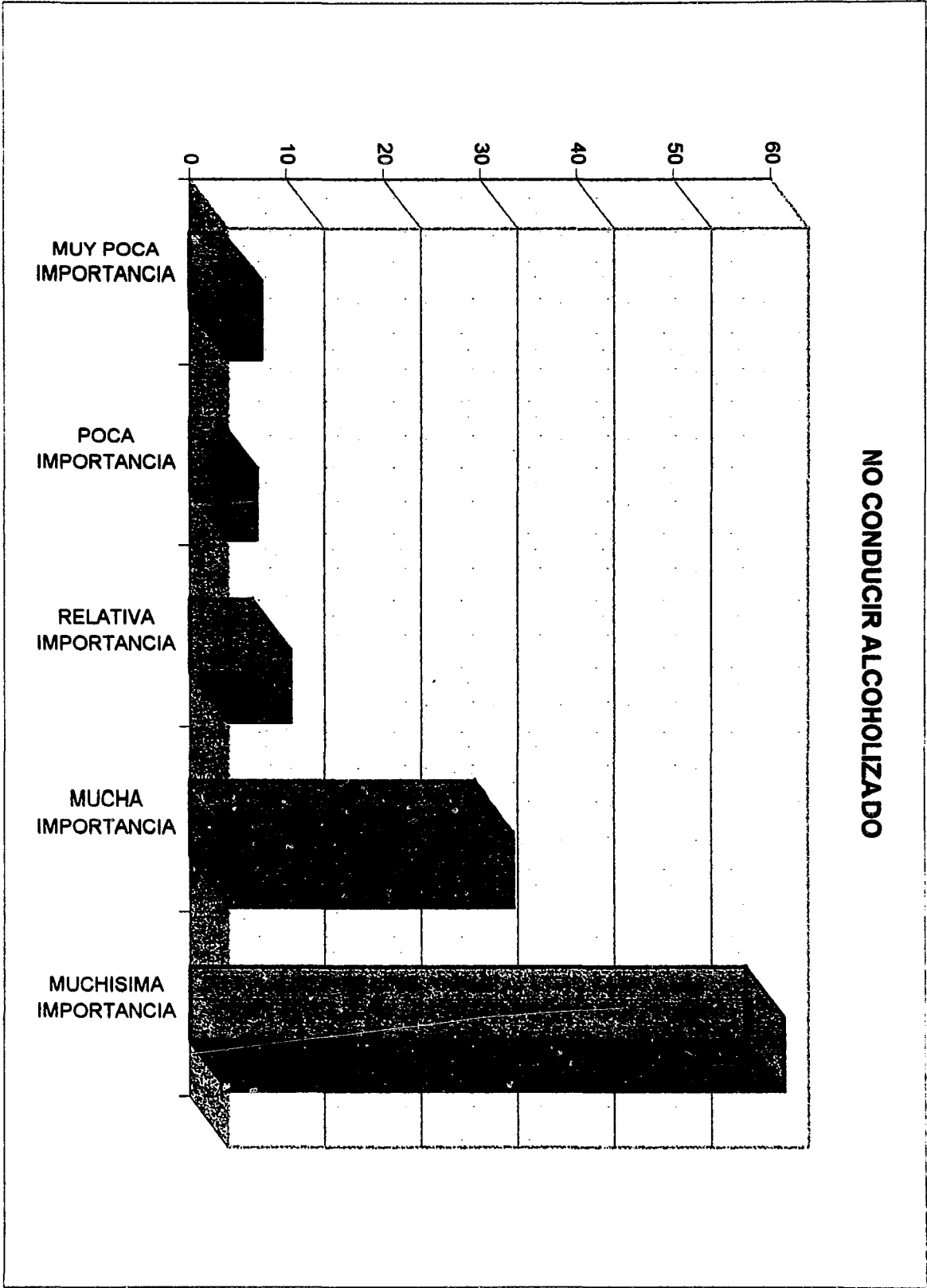


NO FUMAR

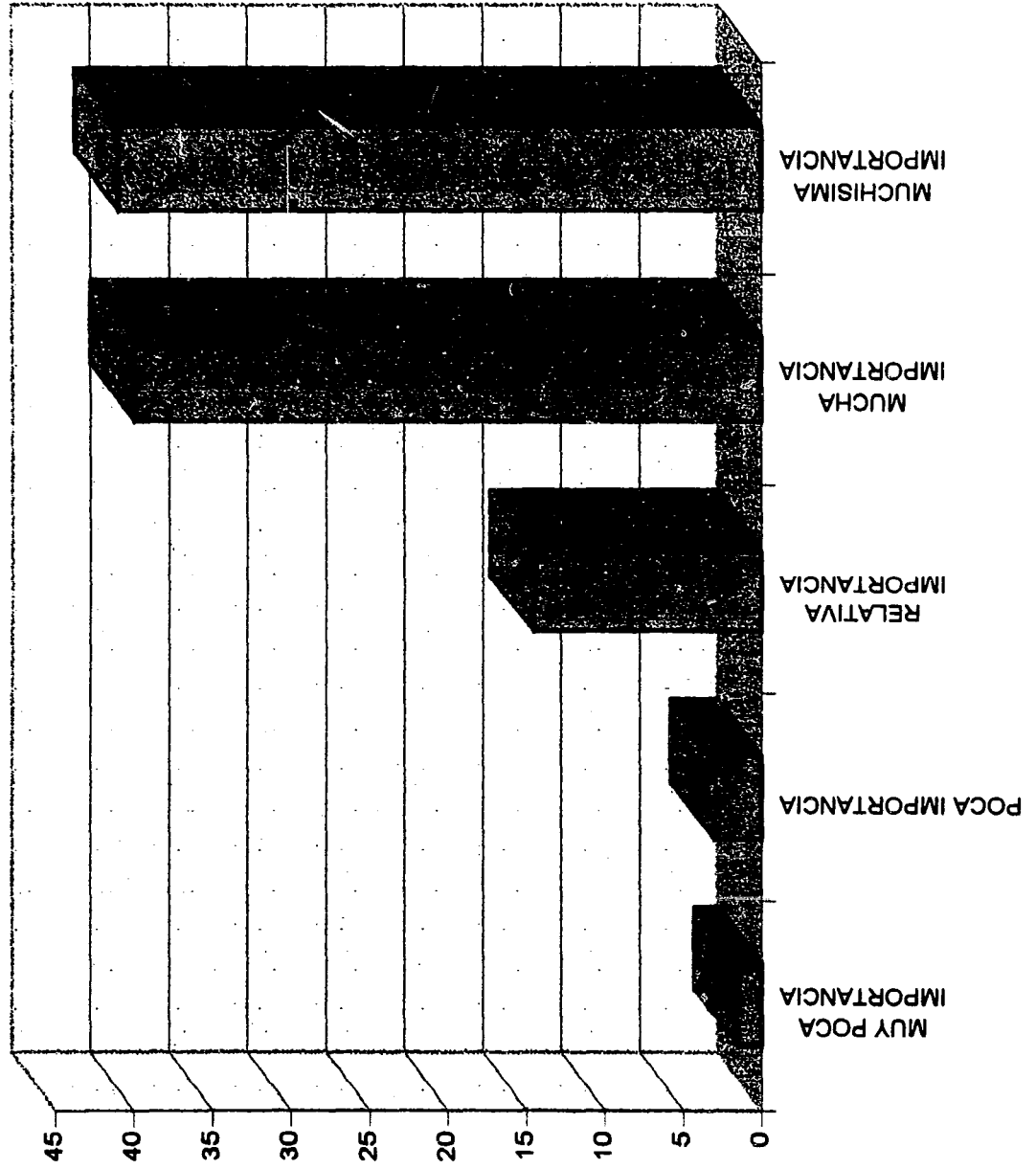


USO DEL CINTURON DE SEGURIDAD

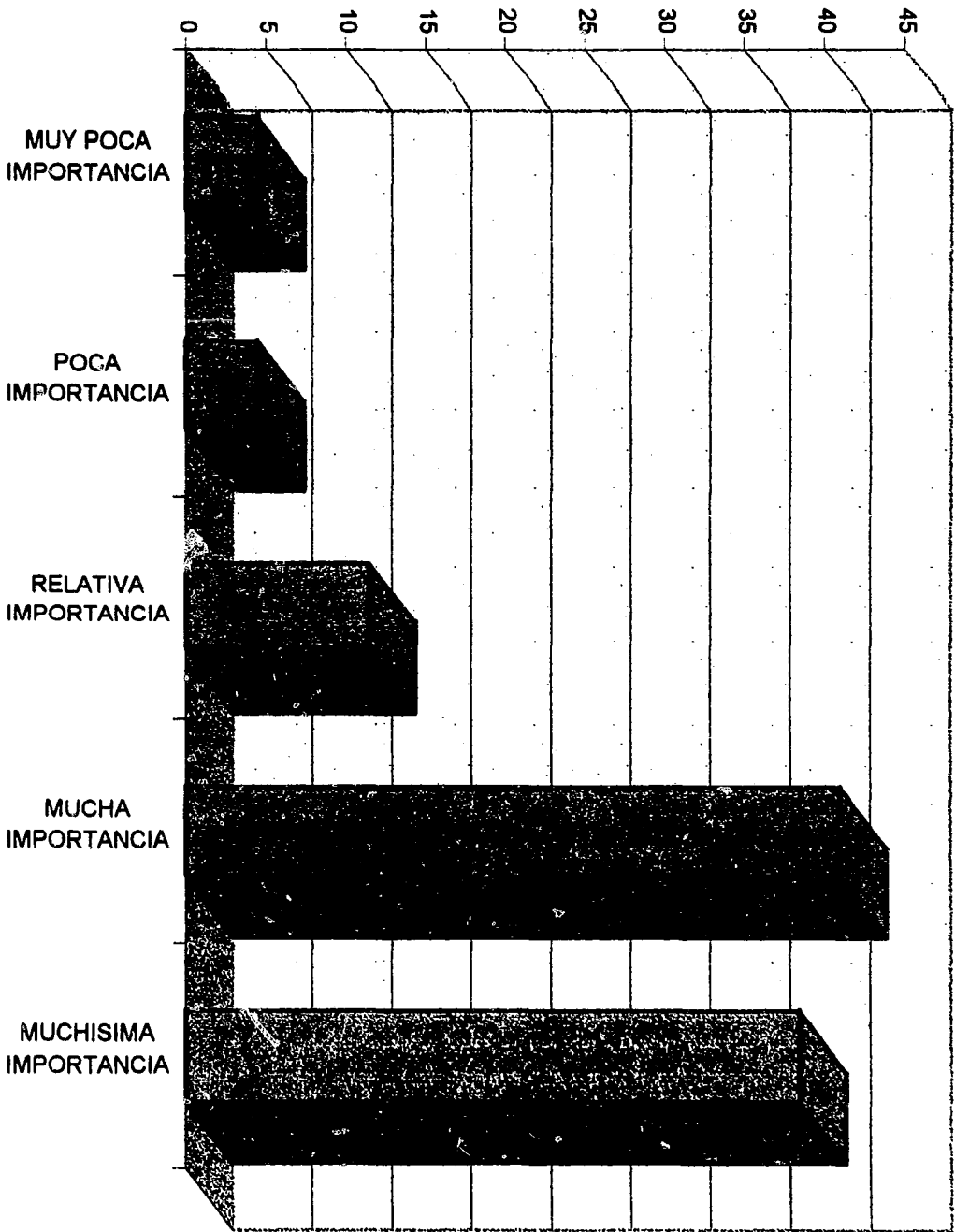


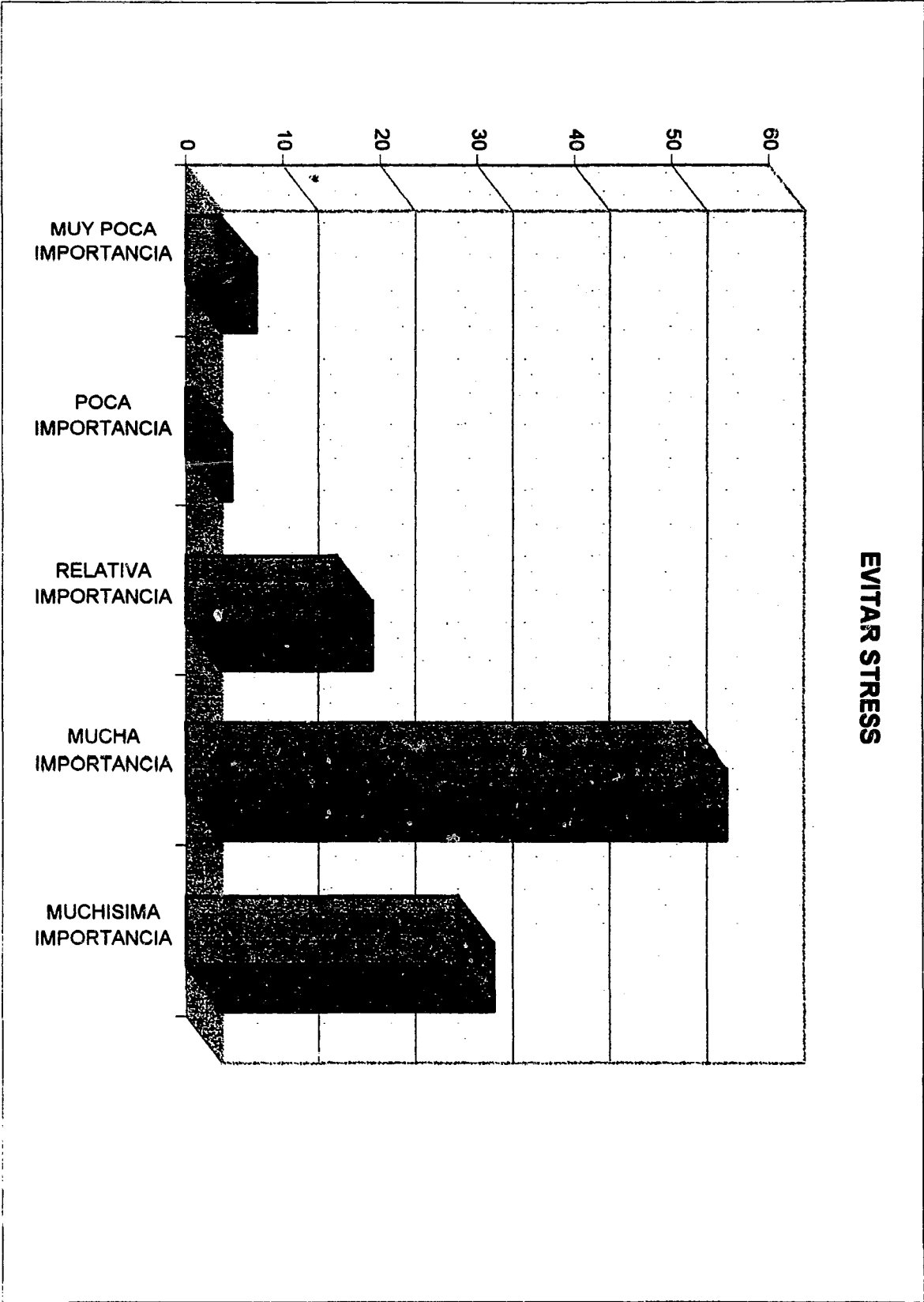


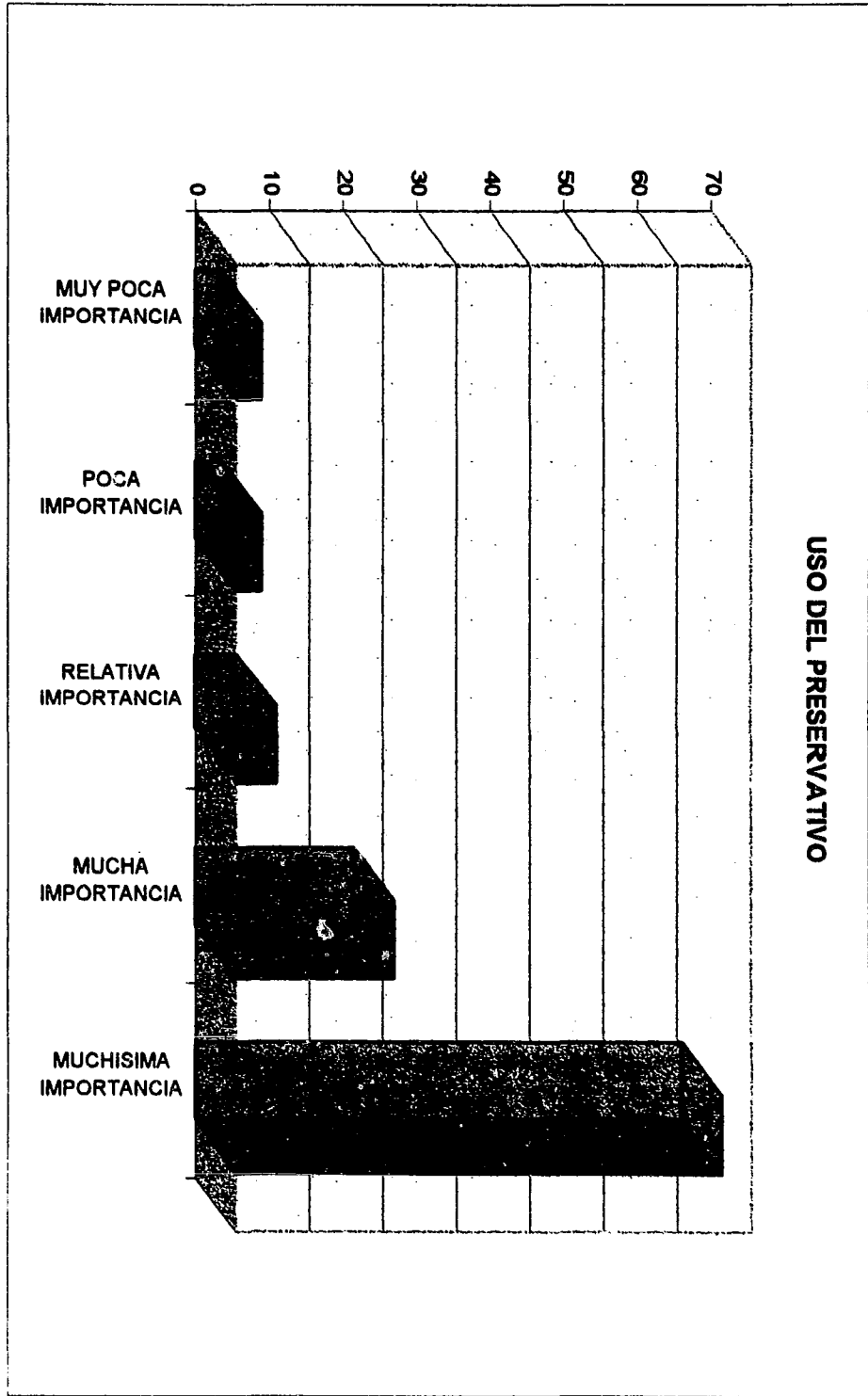
CONducir dentro del límite de velocidad



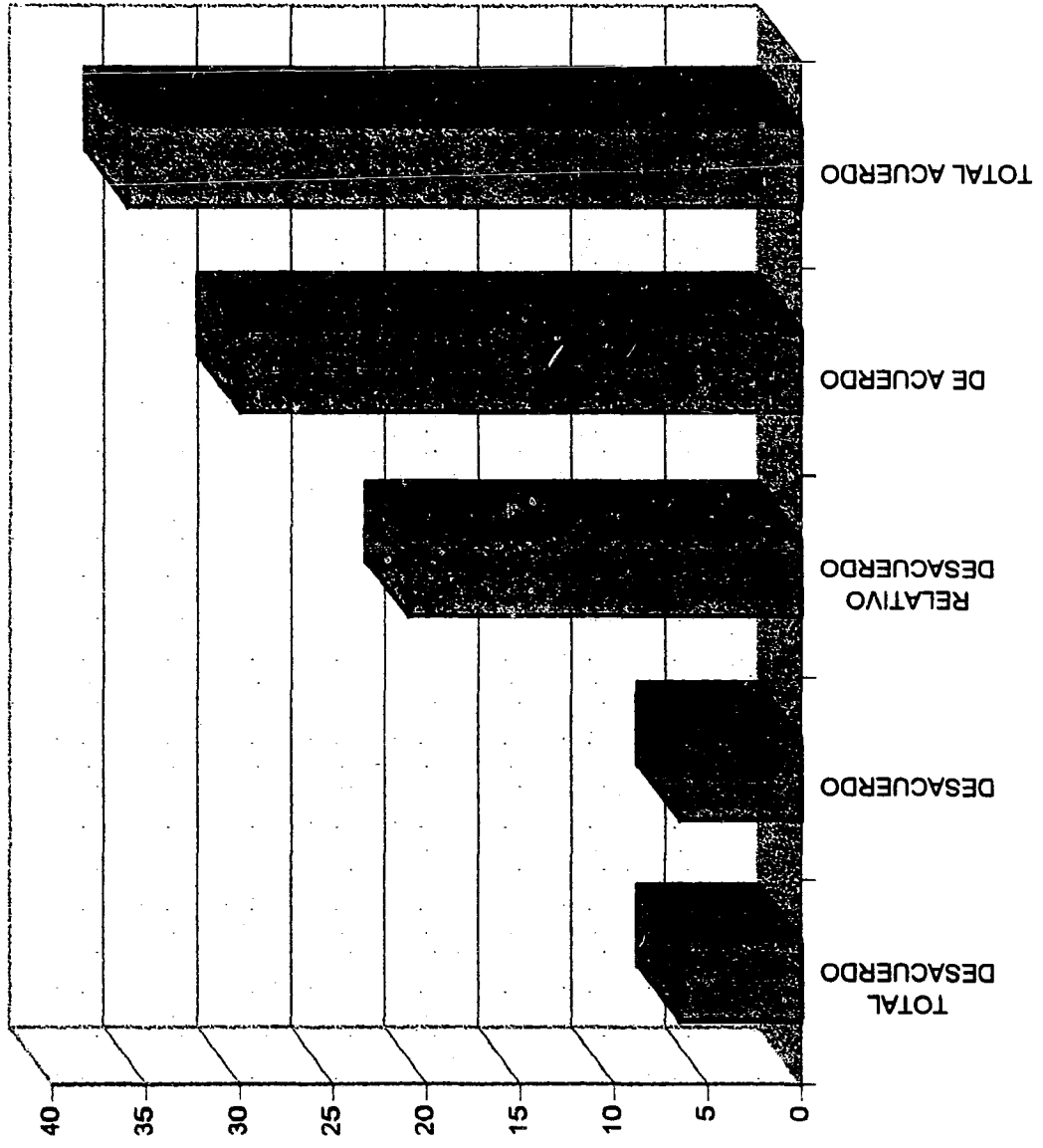
PERDER PESO SIN JUSTIFICACION



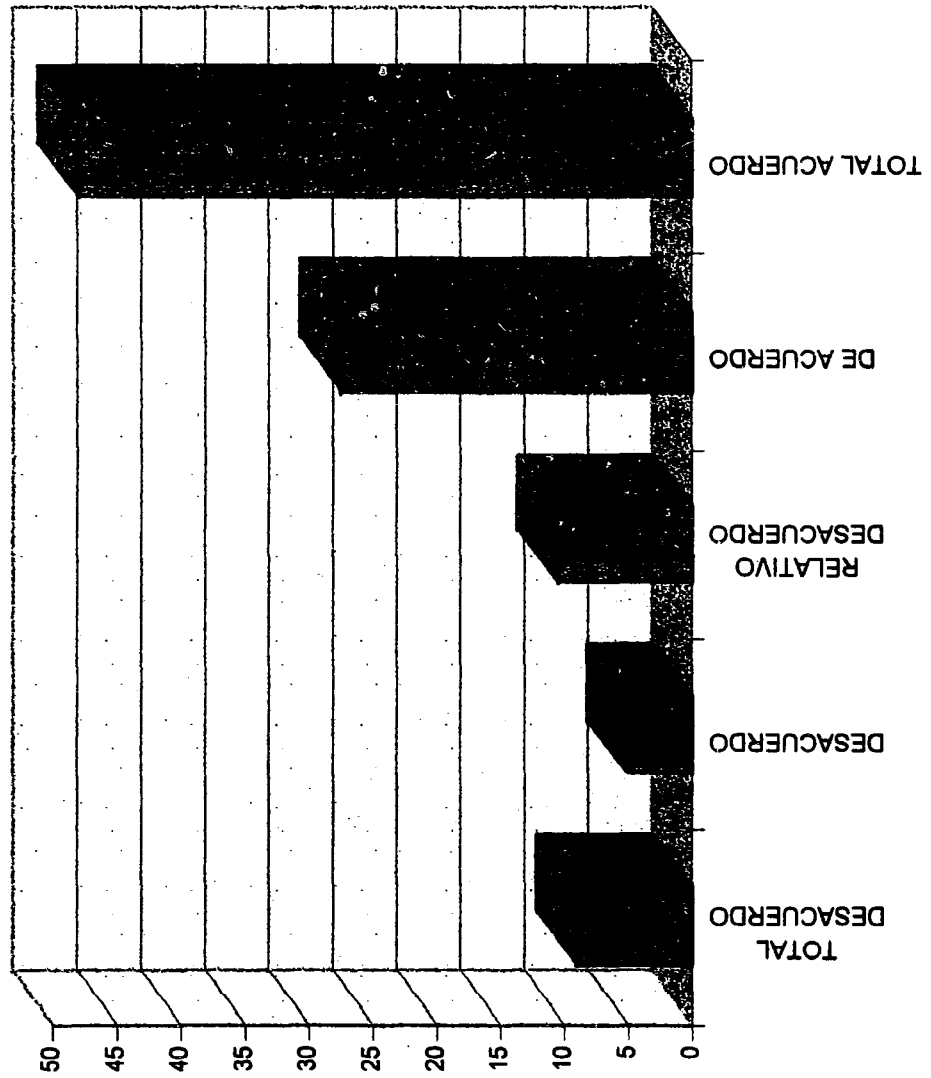




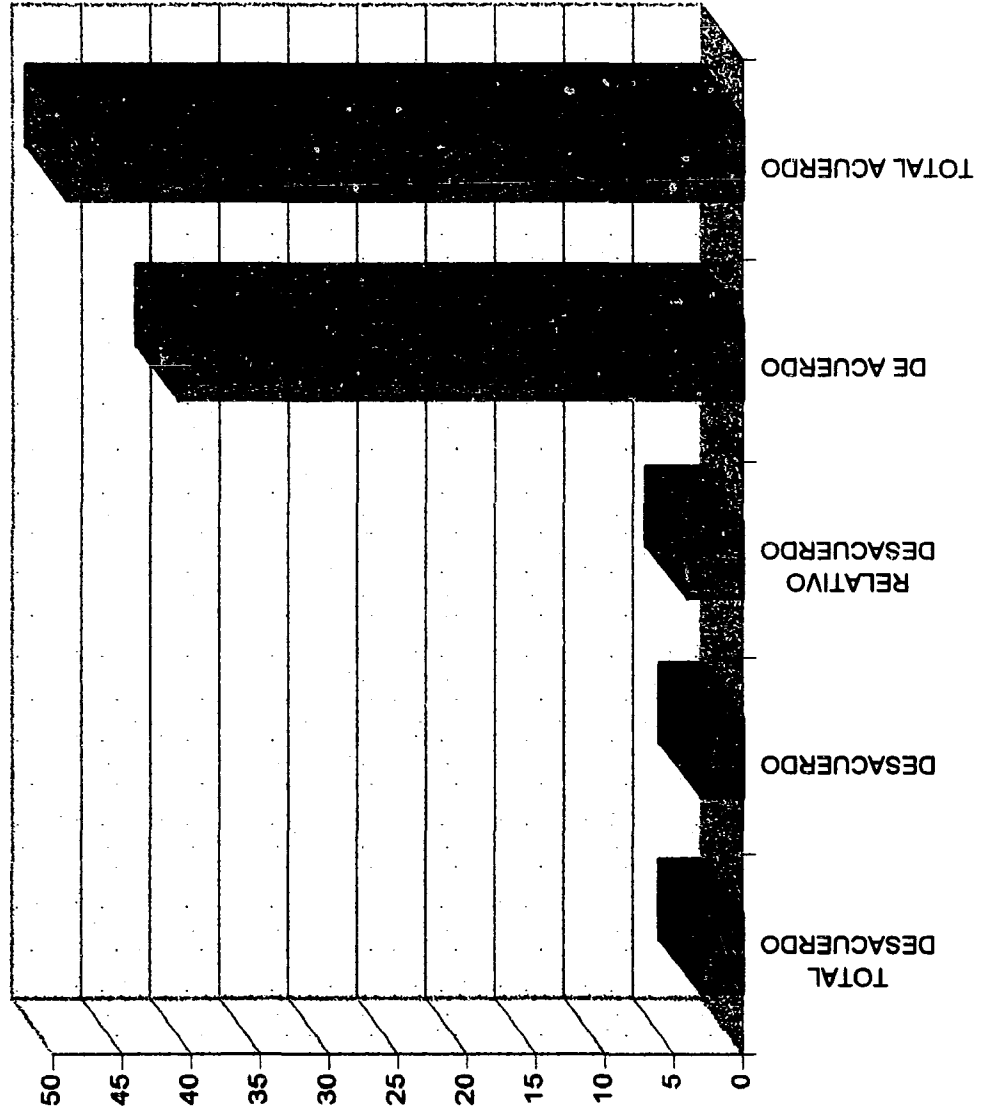
EL VISITAR AL MEDICO AYUDA A LA SALUD



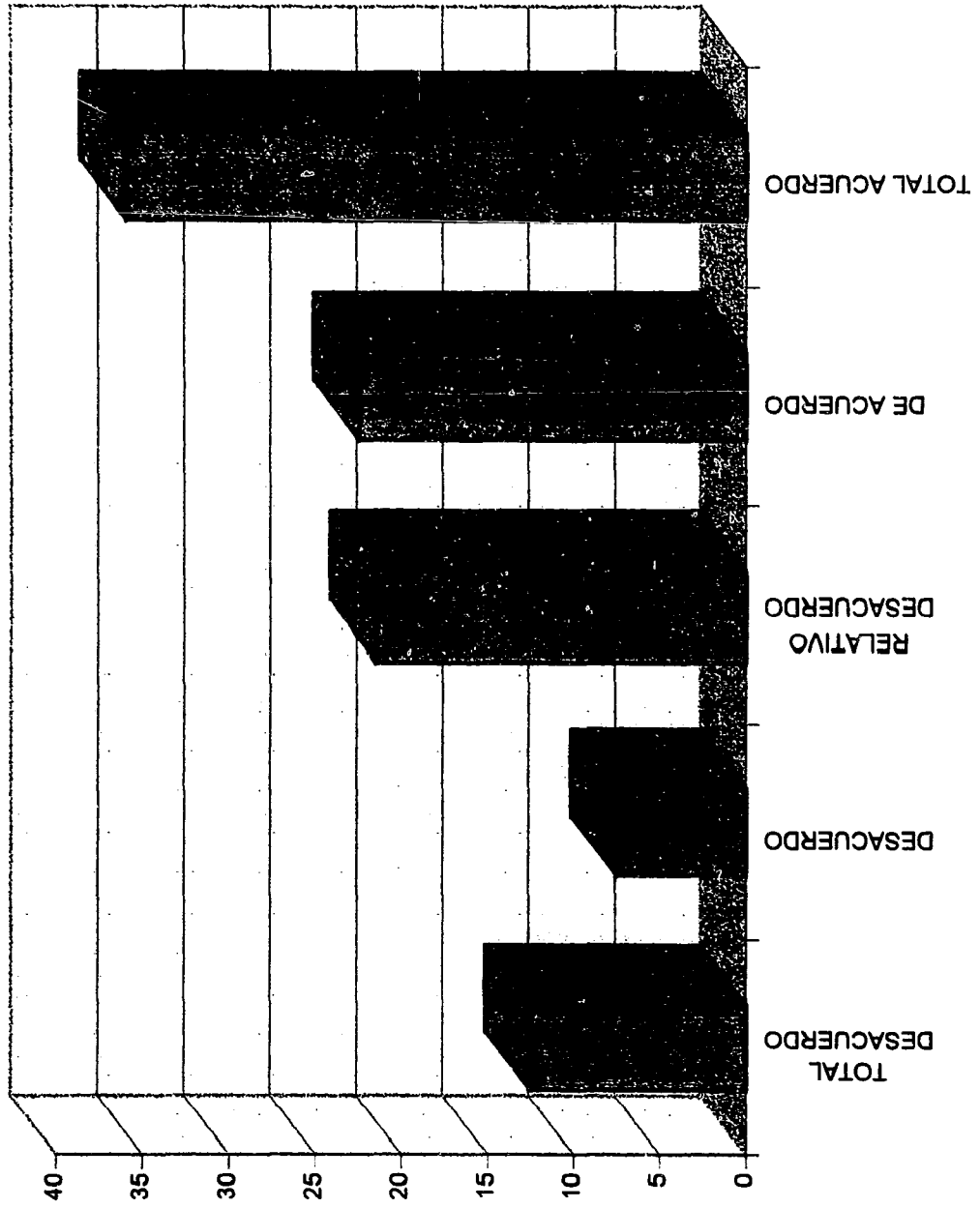
UNO MISMO ES RESPONSABLE DE SU SALUD



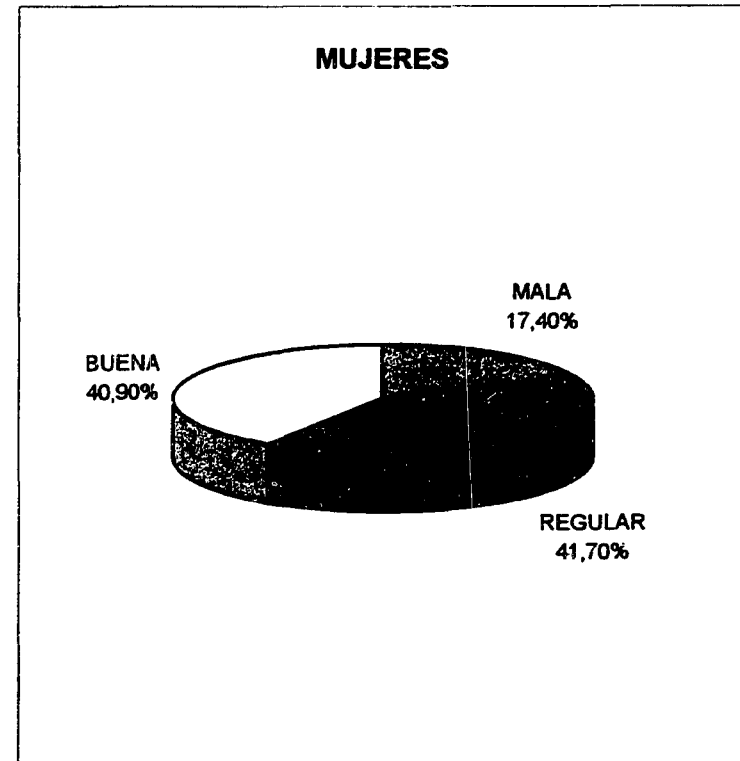
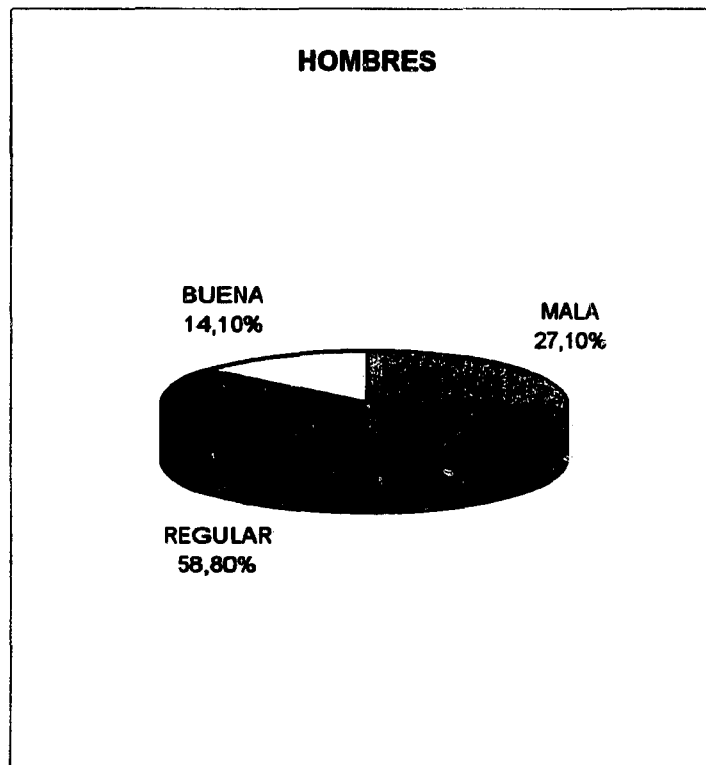
EL CUIDADO BUCAL ES IGUAL A SALUD



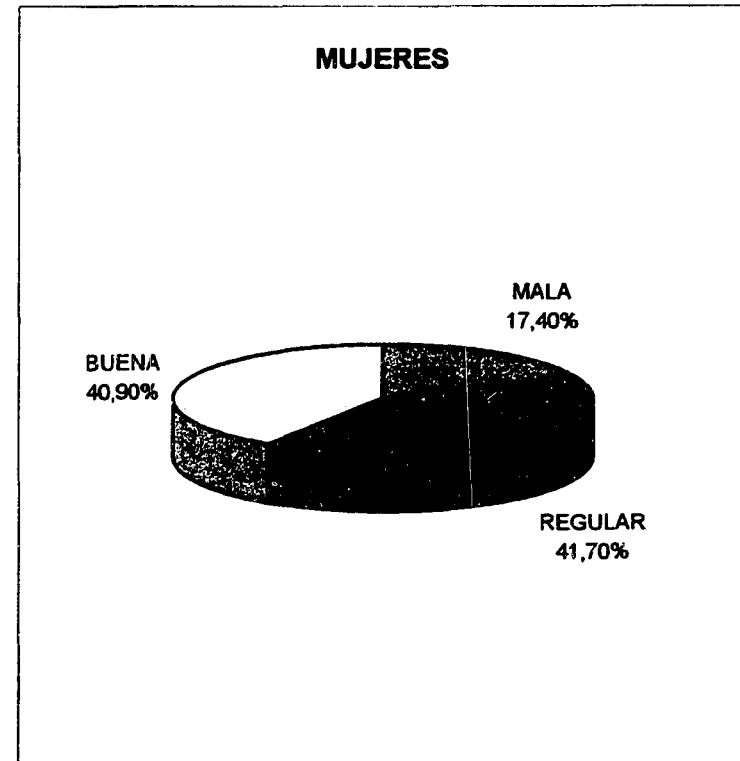
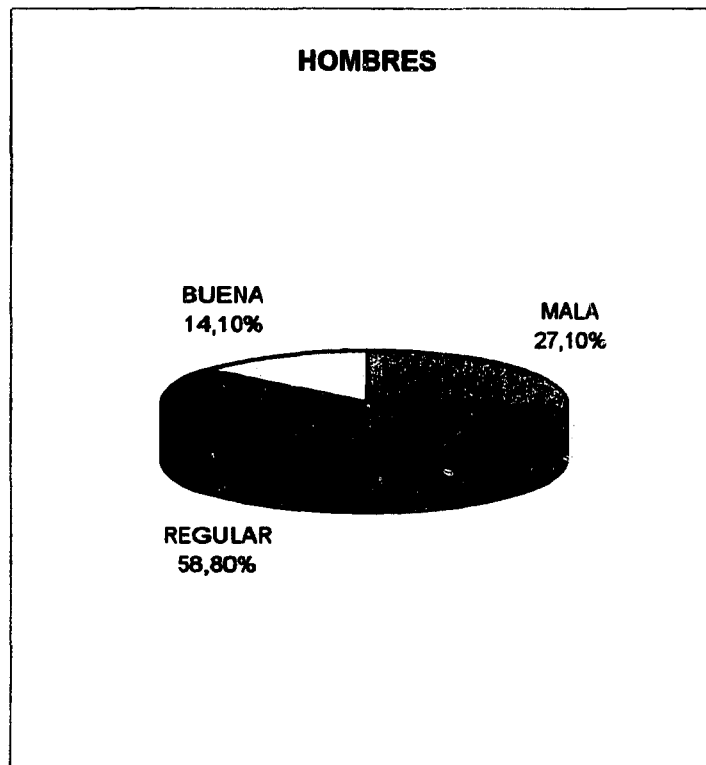
EL TABACO Y EL ALCOHOL FAVORECEN EL CANCER



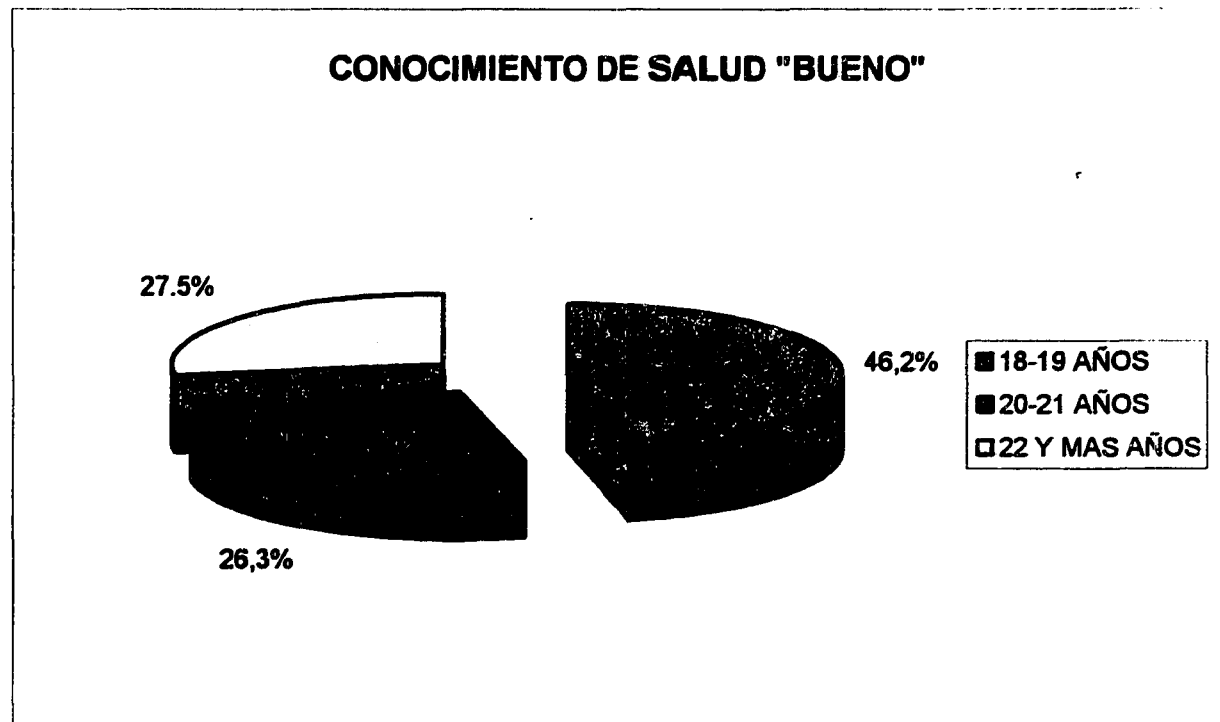
RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y SEXO



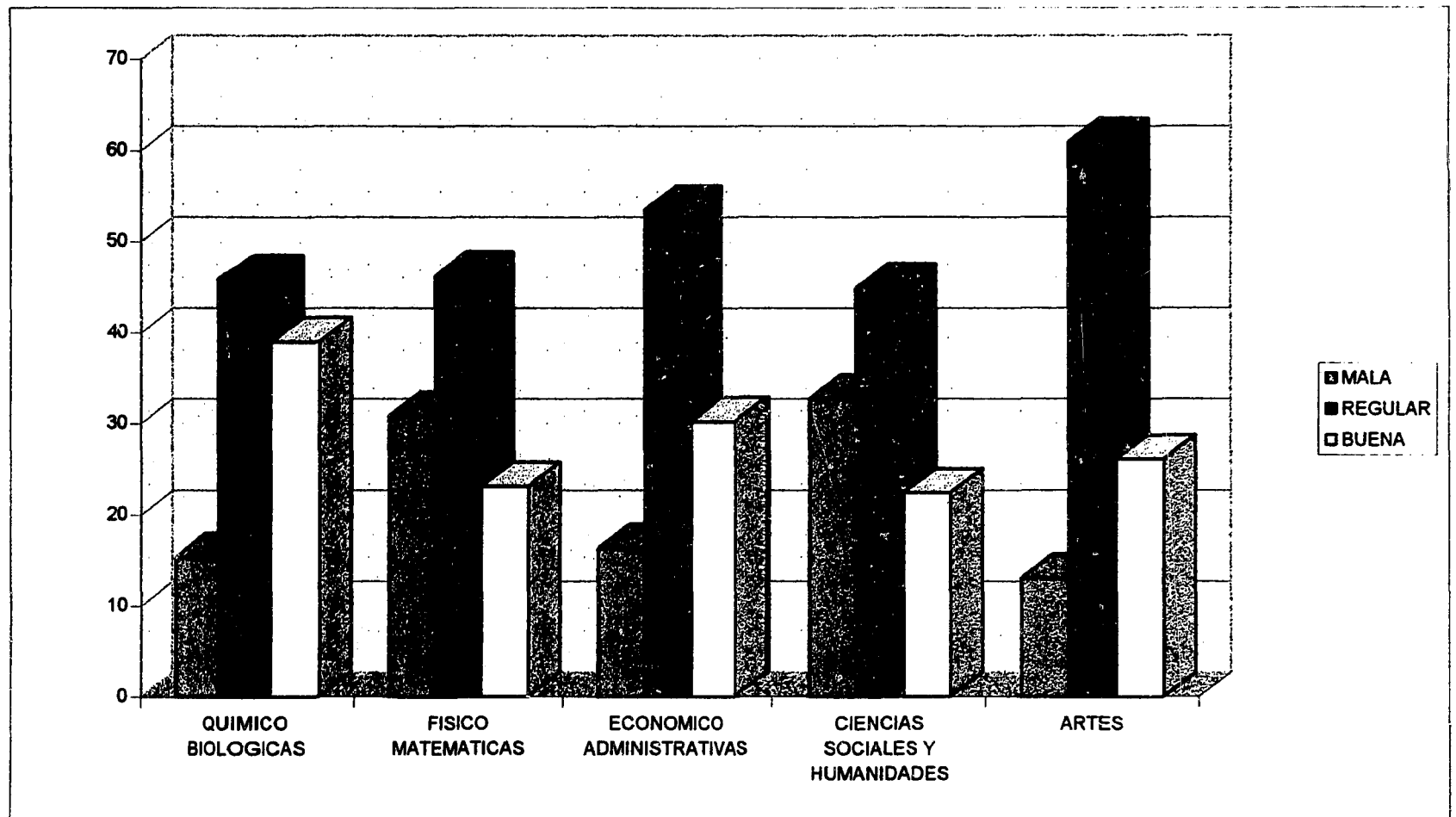
RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y SEXO



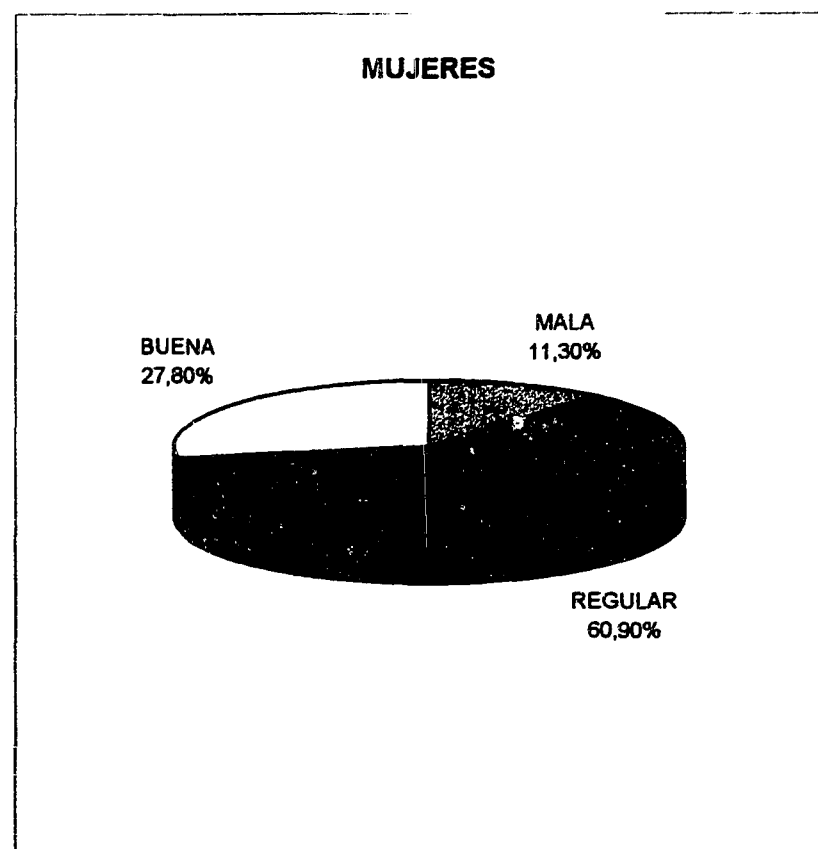
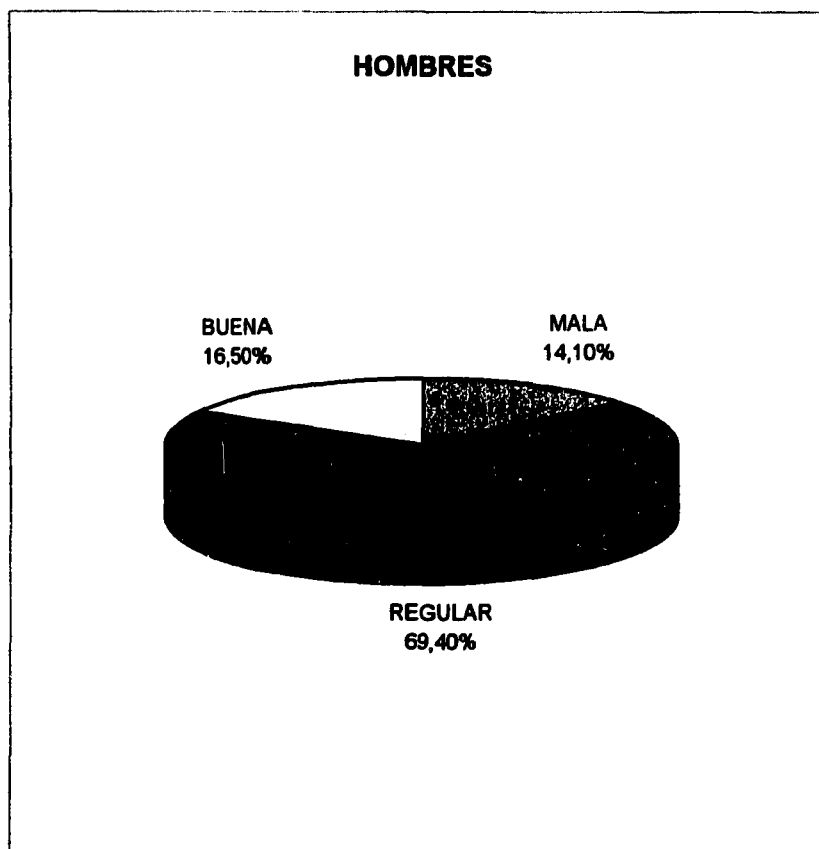
RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y EDAD



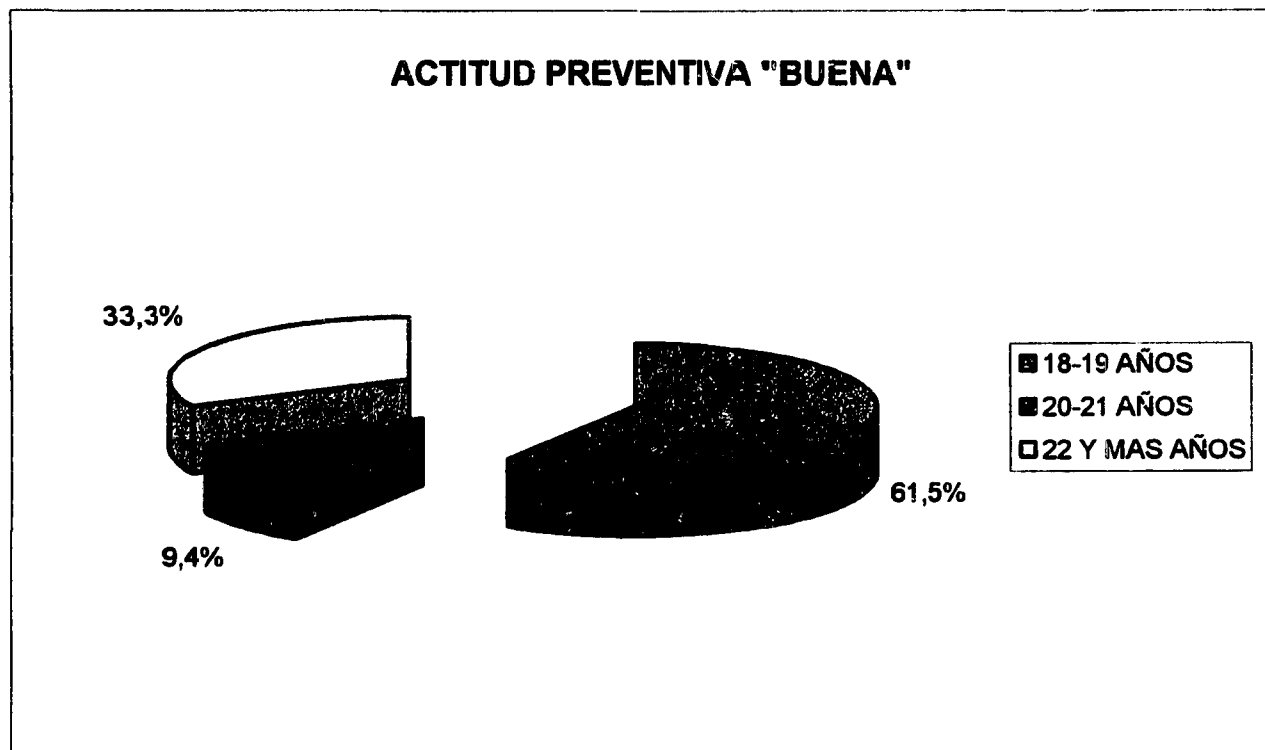
RELACION ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD Y AREA DE ESTUDIO



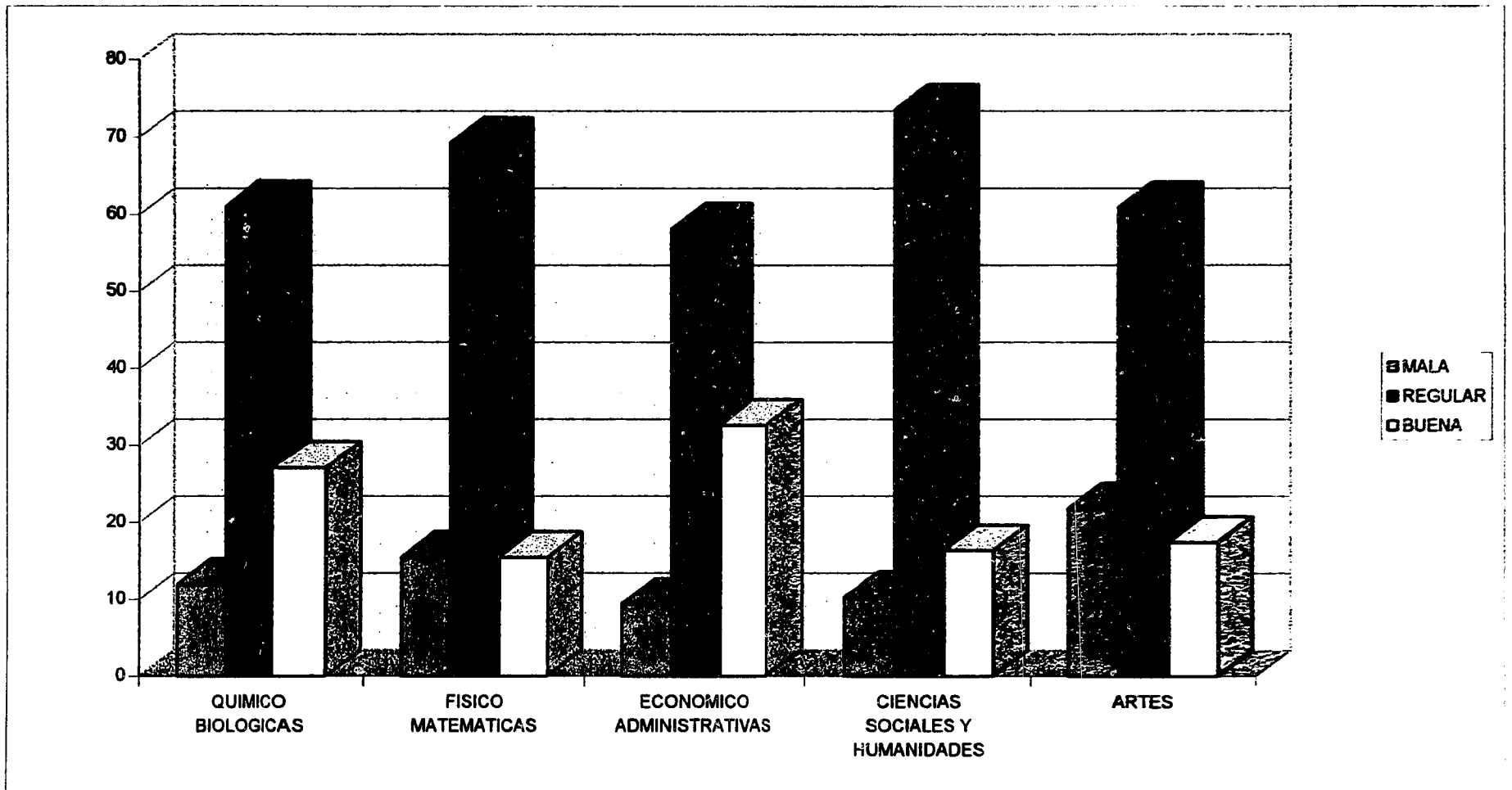
RELACION ENTRE ACTITUD PREVENTIVA Y SEXO



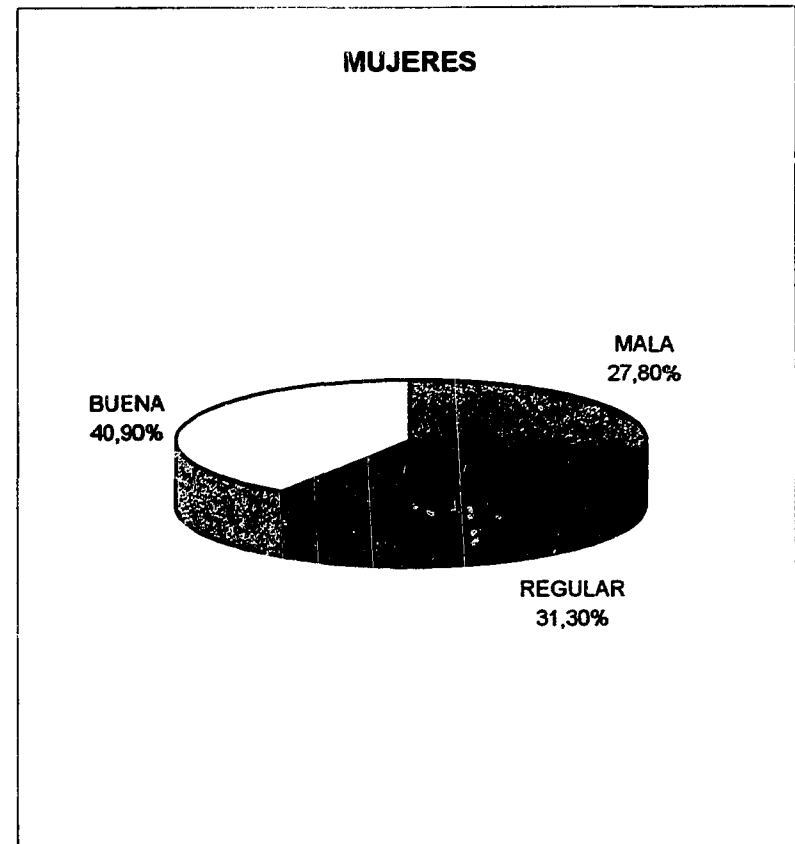
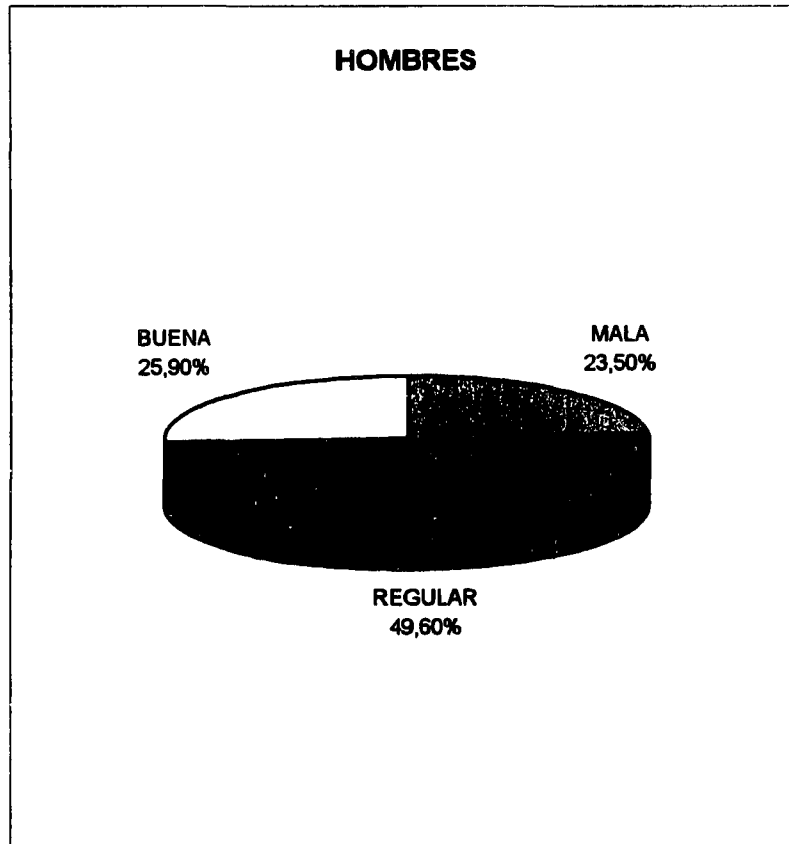
RELACION ENTRE ACTITUD PREVENTIVA Y EDAD



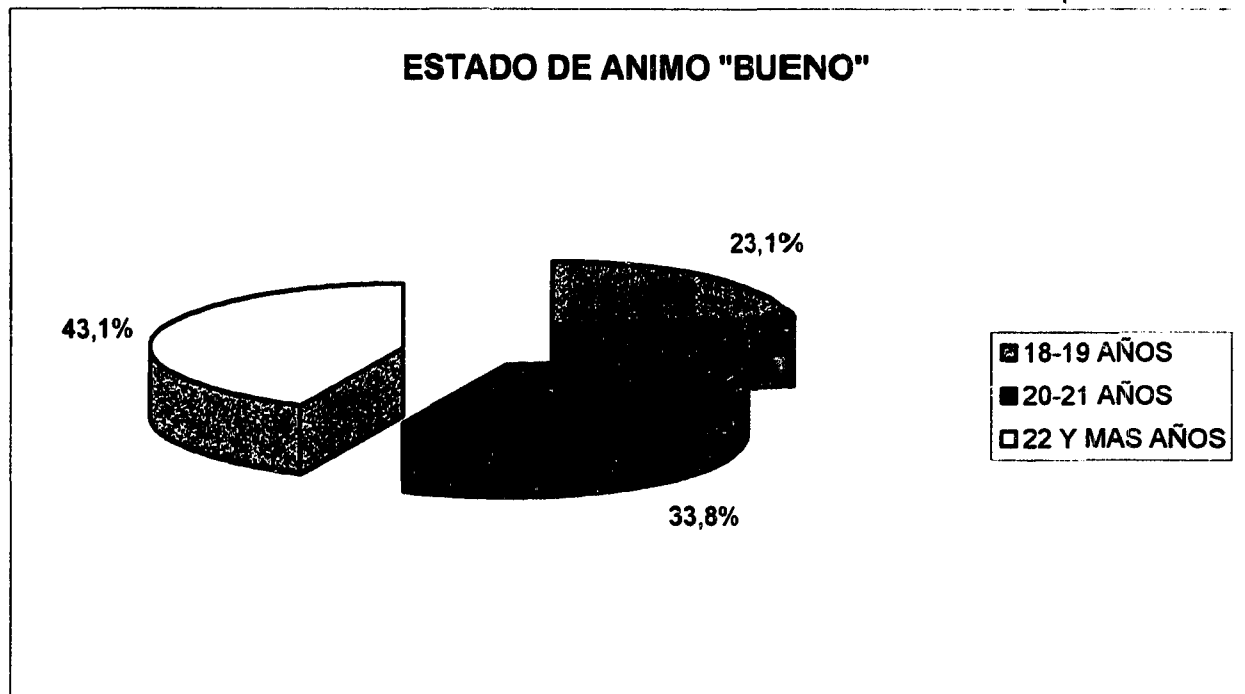
RELACION ENTRE ACTITUD PREVENTIVA Y AREA DE ESTUDIO



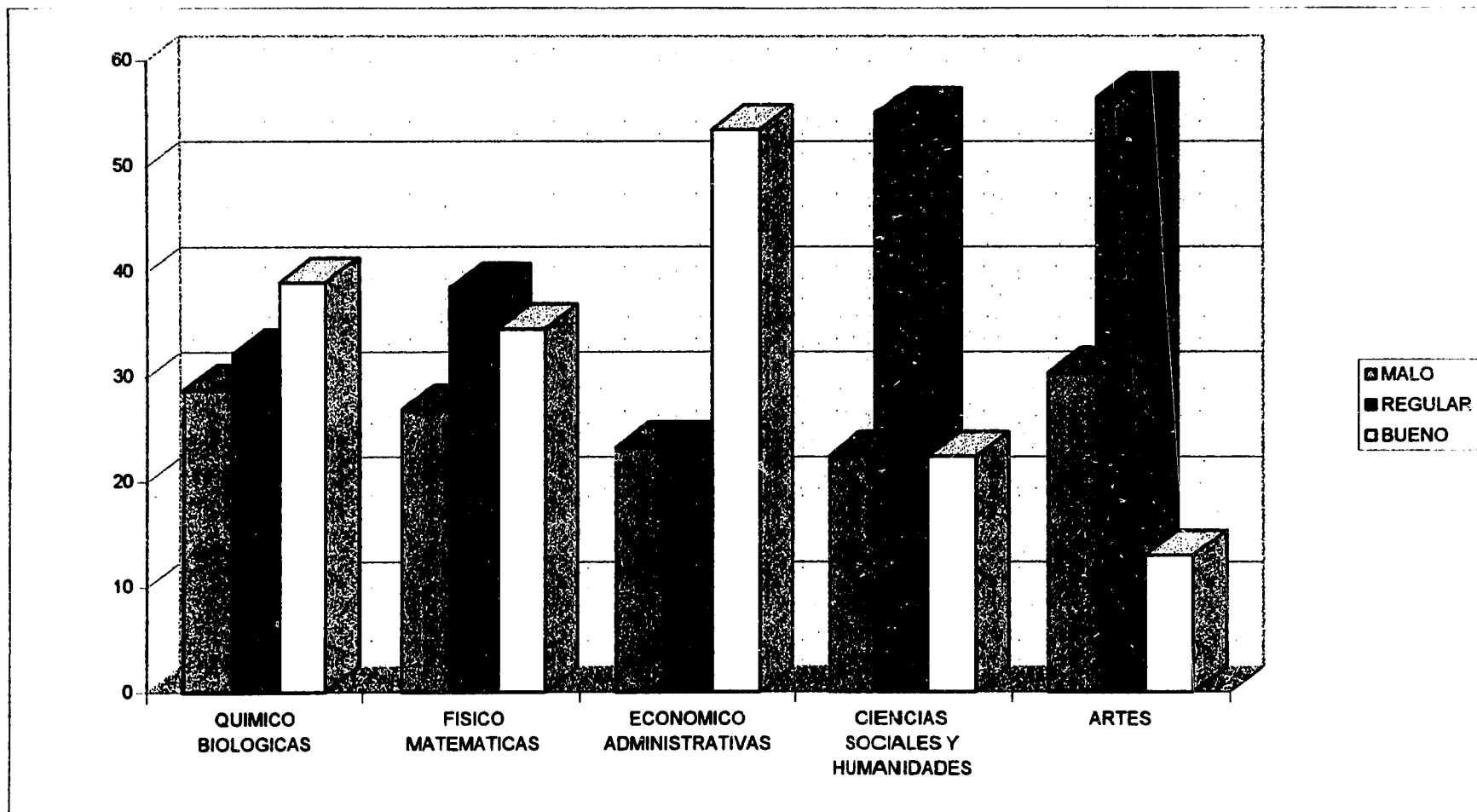
RELACION ENTRE ESTADO DE ANIMO Y SEXO



RELACION ENTRE ESTADO DE ANIMO Y EDAD



RELACION ENTRE ESTADO DE ANIMO Y AREA DE ESTUDIO



10.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para determinar la asociación entre las variables se utilizó la prueba de hipótesis de X^2 (chi cuadrada). Se relacionaron tres grandes variables, construidas a partir de indicadores pertinentes para su medición. Todos los indicadores seleccionados se dicotomizaron con valores 0 y 1 (1 para respuestas afirmativas o conductas positivas hacia la salud, no fumar por ejemplo, y 0 para las respuestas negativas o conductas negativas para la salud como fumar varios cigarrillos al día).

Así los reactivos 7, 11, 13, 18, y 23 integran la variable Conducta favorable para la salud, dichos reactivos son:

- 7. 1= Nunca he fumado.
- 0= Habitualmente fumo entre 1 y 5 cigarrillos al día.
- 0= Habitualmente fumo entre 6 y 10 cigarrillos al día.
- 0= Habitualmente fumo entre 16 y 20 cigarrillos al día.
- 0= ¿Desearía dejar de fumar?

11. Conscientemente ¿trata de evitar alimentos que formen colesterol?

1= Si

0= No

13. Conscientemente¿ trata de tomar alimentos con fibra?

1= Si

0= No

18. Durante las últimas dos semanas (14 días)¿ ha hecho algún tipo de ejercicio?

1= Si

0= No

23. ¿Le han tomado en los últimos seis meses la tensión arterial un médico o una enfermera?

1= Si

0= No

La variable ACTITUDES PREVENTIVAS HACIA LA ENFERMEDAD se integró por los reactivos 21, 22, 27 y 28.

21.- Cuando toma el sol, ¿utiliza algún tipo de protección solar?

1= Si

0= No

0= Nunca tomo el sol

22. Cuando conduce o viaja en el coche, ¿usa el cinturón de seguridad?

1= Siempre

1= Algunas veces

0= Nunca

0= Nunca viajo en coche

27. ¿Con qué frecuencia solicita atención dental preventiva?

1= Semestral

1= Anual

0= Excepcional

0= Nunca

28. ¿Tiene un médico ó centro médico fijo donde acudir cuando se siente enfermo o necesita algún consejo sobre su salud?

1= Si

0= No

En lo que se refiere a la variable ESTADOS DE ÁNIMO Y SALUD, ésta fue conformada por los reactivos: 82, 83, 84, 85, 86, 87, y 88.

82. 0= Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

0= Me siento triste

1= No me siento triste

83. 0= Siento que no hay nada por qué luchar

0= Me siento desanimado de cara al futuro

1= No me siento especialmente desanimado o pesimista de cara al futuro.

84. 0= Las cosas no me producen satisfacción.

0= No disfruto las cosas tanto como antes

1= Me siento totalmente satisfecho

85. 0= He perdido interés por los demás

0= Estoy menos interesado en los demás que antes

1= Estoy más interesado en los demás que antes

86. 0= Tomar decisiones me resulta más difícil que antes
0= Evito tomar decisiones más que antes
1= Tomo mis propias decisiones igual que antes
87. 0= Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
0= Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
1= Trabajo mejor que antes
88. 0= Me canso en cuanto hago cualquier cosa
0= Me canso más que antes
1= No me siento más cansado de lo habitual.

Posteriormente se construyeron tablas de contingencia entre las variables, el sexo, la edad y el área de estudio de los entrevistados; esto se hizo con la finalidad de conocer de manera más específica si existe una relación significativa entre la conducta favorable para la salud, el estado de ánimo y las actitudes preventivas hacia la enfermedad, observándose lo siguiente:

- 1.- La relación entre conocimiento sobre la salud y área de estudio para 8 gl resulta poco significativa con una $p = 0.23061$.
- 2.- La relación entre conocimiento sobre la salud y actitudes preventivas resultó altamente significativa para 4 gl con una $p = 0.0002$.
- 3.- La relación entre conocimiento sobre la salud y estado de ánimo para 4 gl es significativa con una $p = 0.3957$.
- 4.- La relación entre conocimiento sobre la salud y la edad para 8 gl es poco significativa con una $p = 0.32017$.
- 5.- Para la relación entre conocimiento sobre la salud y el sexo para 2 gl se observa altamente significativa con una $p = 0.0021$.
- 6.- En la relación de actitud preventiva y área de estudio para 8 gl se observa de manera significativa con una $p = 0.48249$.
- 7.- La relación entre actitud preventiva y estado de ánimo es significativa para 4 gl con una $p = 0.01084$.
- 8.- Para la relación entre actitud preventiva y edad para 8 gl es altamente significativa con una $p = 0.00045$.

9.- En la relación entre actitud preventiva y sexo para 2 gl se observa significativa con una $p = 0.16509$.

11.- DISCUSIÓN

El grupo estudiado presenta características generales que pueden considerarse típicas de una población escolar de nivel licenciatura, en el que la falta de una verdadera educación para la salud es evidente. Los datos recabados nos sugieren la existencia de una grave deficiencia educativa en lo que se refiere a cuestiones de salud, a pesar de que la mayoría tiene antecedentes en este sentido que se manifiestan en el conocimiento correcto de conceptos elementales como las medidas preventivas de enfermedad, e ideas generales sobre algunos problemas de salud, etc. El concepto mostrado sobre la calidad de su adhesión hacia prácticas de salud dista bastante de la realidad, ya que muchos de los encuestados tienen conocimientos pero jamás los ponen en práctica, es decir, los conocen teóricamente pero no los emplean en su vida diaria.

La interacción entre las características generales de los encuestados con la calidad de la educación para la salud, se manifiesta en actitudes contradictorias entre los mismos ya que cuentan con algunos conceptos para poder llevar una vida

“saludable” pero generalmente no los toman en cuenta. En algunos de los porcentajes obtenidos se puede observar que las conductas de prevención tienen realmente un bajo porcentaje de aceptación, obteniéndose tan sólo el 39% entre los alumnos del área químico biológica aunque son los que tienen un mayor conocimiento en estos aspectos. Algo que llama la atención es que los estudiantes más jóvenes son los que presentan una mejor conducta de salud y una mayor conducta preventiva, consideramos que esta actitud se debe posiblemente a que en este tipo de población la influencia familiar significa mayor peso conductual.

Encontramos también que son las personas de sexo femenino las que tienen una mayor conducta positiva hacia la salud y preventiva presumiblemente debido a que son las mujeres quienes tienen una mayor preocupación por su bienestar en general (alimentación, ejercicios, cuidado de su peso corporal, etc.). En lo que se refiere a las áreas de estudio se encontró que son los estudiantes del área administrativa los que tienen una mejor conducta para la salud, así como mejor conducta preventiva y presentan también un mejor estado de ánimo.

12.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Diferentes autores coinciden acerca de las principales características psicológicas que presentan los jóvenes en edad universitaria, entre ellas, su dificultad para incorporarse a los roles maduros generalmente aceptados por nuestra sociedad. Esto podría explicar su comportamiento con respecto a los diversos problemas de salud. Consideramos que lo realmente lamentable es permitir que la educación para la salud que se imparte a este tipo de población continúe siendo insuficiente e inadecuado a la realidad de su entorno, a pesar de que son de todos conocidas las graves consecuencias que dicha situación conlleva, tanto en el nivel individual como en el social.

Consideramos que las políticas implantadas tanto por las instituciones de salud como por las de enseñanza, favorecen más, que a una efectiva aplicación de las mismas, una burocratización institucional, que busca la homogeneización de comportamientos, fomentando así el carácter pasivo de los educandos.

A partir de esta investigación se propone propiciar la creación de un programa de educación para la salud, que no sólo

convierta al estudiante en un depósito de contenidos, sino que lo involucre en un proceso eminentemente activo en el que a partir de sus propias convicciones, y conocimientos, pueda interactuar con su entorno y seguir una conducta positiva para la salud; de esa manera, sus actitudes podrán dirigirse a la prevención en los sanos y no a la atención de los enfermos, y estableciendo comparaciones con otros países, fomentar el intercambio de experiencias y planear un programa general que refuerce las actitudes positivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gomezjara F : Salud comunitaria. Nueva Sociología, Primera Edición; 1982, pp 28-32.
- 2.- Halberg F. Quo Vadis Basic and Clinical Cronobiology. American J. Anat. 1993: 168, pp 545-594.
- 3.-Perez Tamayo R: El Concepto de Enfermedad. Fondo de Cultura Económica; 1988,pp 14-25.
- 4.- San Martín H : Salud y Enfermedad. Prensa Medica Mexicana. 1981. pp 311-317.
- 5.- Vega L : Bases esenciales de Salud Pública. UNAM, 1984 pp 22-24
- 6.- Breilh J: Epidemiología crítica, economía, política y salud. F.U.C. pp 35-41.
- 7.- Ajzen I, Fishbein M,: Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs. Prentice Hall. 1989 ,pp 88-93.
- 8.- Ajzen I.: The theory of planed behaviour. Englewood Cliffs Prentice Hall 1991. pp 179-211.
- 9.- Anderson R. The development of the concept of health behaviour and its application in recent research. Oxford University Press. 1990 p p 74-85.
- 10.-Agras S., Sylvester D., Oliveau D. : The epidemiology of common fears and phobia. Comprehensive Psychiatry. 1988. pp 151-156.
- 11.-Mendez Quiros A. : Educación para la Salud, diseño, desarrollo y seguimiento. Fundación Santa Fé de Bogotá, 1991 . pp 156-160.

- 12.- Gottlieb N., Green L.: Life events, social network, life style : an analysis of the National Survey of Personal Health Practices and Consequences. Health Education Quarterly. 1984, 11, pp 91-105..
- 13.- Sobal J. DeForge B.: Patterns of interrelationship among health promotion behaviors. American Journal of Public Health 1992; 8 , pp351- 359.
- 14.- Becker M. : The health belief model and personal behaviour. Health Education Monographs, 2, 1994. pp 324-338
- 15.- Greene, W., Simons Morton B.G. : Educación para la Salud. Interamericana. 1984. México. pp 231-263
- 16.- Steptoe A., Wardle J. :What the experts think: A European survey of expert opinion about the influence of lifestyle on healths. European Journal of Epidemiology, 1994, pp 195-203.
- 17.-Steptoe A., Sanderman R.: Stability and changes in health behaviours in young adults over a one year period. J. Psychology and Health 1995, 10 , pp 155-169.
- 18.-Steptoe A., Wardle J., The European Health and Behaviour Survey: the development of an international study in health psychology. J .Psychology and Health 1996. 11, pp 49-73.
- 19.-Steptoe A., Wardle J. A European survey about the influence of lifestyle on health. Healt Education Monographs 6, 1994. pp 251-257.
- 20.-Sutton S., Eiser J.: The decision in health. The role of cognitive factors, fear and prior behaviour. Psychology and Health 4. 1990, pp 111-123.
- 21.-Bettinghaus E.: Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum. Preventive Medicine 15, 1986. pp 475-491.

- 22.-Bochner S., Insko C. Communicator discrepancy, source credibility and opinion change. *Journal of personality and Social Psychology* 4, 1994, 614-621.
- 23.-Rosenstock I.,: Why people use health services. Milbank Memorial Fund. 1986 ,pp 44-94.
- 24,-Horowitz L., The self care motivation theory and practice in human development. *J. Psych. Health*, 1985, pp 55-59.
- 25..-Assagioli R.: *Psychosynthesis*, Penguin Books, 1981, pp 191-203.
- 26.-Rank O.: *The therapeutic applications of will psychology*, Norton , 1978 pp174-183.
- 27.- Bandura A.: *Social learning theory*. Englewoods Cliffs Prentice Hall 1977.
- 28.-McClelland D.: *The achievement motive*. Irvington. 1976.
- 29.-Mahoney M., Thoreson C. : *Self control, power to the person*. *Psych Health*, 1989 pp 57-83.
- 30.-MeichenbaumD.: *Cognitive behaviour modifications*. Irvington. 1978.
- 31.- Cautella J.: *Covert reinforcement*,. *Behar Ther*, 1970, pp35-67.
- 32.-Balley C., Dey F.: *What are the variables related to dental compliance*. *Aust. Dent. J.* 26, 1981. pp 46-48.
- 33.-World Health Organisation European Collaborative Group : *European collaborative trial of multifactorial prevention of coronary heart disease. Final report on the 6 year results*. 1986. *Lancet* pp869-875.

34.-Kuhner N., Raetzke P.: The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *J. periodont.* 60, 1989. pp51-56.

35.-Calnan M.: The health belief model and the early detection of breast cancer. A comparative analysis. *Social Science and Medicine* 19, 1984. pp823-830.

36.-Dachs R., Garb J.: College students compliance with self examination . *J. Adol. Care* 10, 1989 , pp293-299.

37.-Breslow L. , Enstrom J,: Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med J.* 9 1980 pp469-483.

38.-Wardle J. Steptoe A. : The European Health and Behaviour Survey: Rationale methods and results from the United Kingdom. *Social Science and Medicina* 33, 1991. pp925-936.

39.-Wardle J., Steptoe A. : The European Health and Behaviour Survey. *J.Social Science and Medicine* . 1990.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

Bellisle F, Monneuse M-O, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns: a survey of university students in Europe. *International Journal of Obesity* 1995; 19: 723-730.

Bandura A. Resse L, Adams N.E. (1982) Microanalysis of action and fear. *Journal of personality and Social Psychology* 43, 5-21.

Bandura A. (1997) *Social learning theory*. Englewood Cliffs N.J. Prentice-Hall.

Bandura A. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.* 84, 191-215, 1977.

Buzina R.Saric M. (1991) Diet and Health problems. *Annual Review of Metabolism.* 35, 32-40.

Chen M, Robinson L. (1982) Preventive dental behavior in families: A national survey. *Journal of the American Dental Association* 105, 43-36

Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 1991; 134: 220-231.

Cockerham W.C., Lueschen G. (1988) On concern with apperance, health belief, and eating habits. *J. Hlth Soc. Behav.* 29, 265-270.

Cody R Lee C. (1990) Behaviours, beliefs and Intention in skin cancer *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 373-389

Contento, I.R. & Murphy B.M. (1990) . Psycho-social factors diferentiating people who reported making desirable changes in their diets froms who did not. Journal of Nutrition Education, 22, 6-14.

Crevenna, P. (1988) MEDICINA Y SALUD, Ediciones de Cultura Popular, México.

Davidson A. R., Jaccard J.J. Variables that moderate the attitudes-behavior relation: results of a longitudinal survey. Journal of Personality and Social Psychology 37, 1364-1376.

Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyles. the importance of gender, attitudes and the social situation. Social Science and Medicine. 29, 137-152.

Eiser J. R. (1982) Addiction as attribution: Cognositive process in giving up smoking. Social psychology and behavioral medicine Chichester: Wiley

Eiser J. R. (1986) Social Psychology: Attitudes, congnitions and social behaviour. Cambridge University Press.

European Bureau for Action on Smoking Prevention (1991) Young Europeans, Tobacco and alcohol. News letter 11, 9-11.

Filer, L.J., Lauer, R.M. & Leupker, R.V. (1994). Prevention of Atherosclerosis and Hypertension Beginning in Youth. New York, Lea & Febiger.

Freire, P. (1971) LA EDUCACION COMO PRACTICA DE LA LIBERTAD, Siglo XXI, México.

Habermas, J. (1984) CIENCIA Y TECNICA COMO IDEOLOGIA, Tecnos, Madrid.

Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objetives. Boston: Jones & Bartlett. Boston: Jones and Bartlett, 1992.

Heberlein T.A, Black J.S.(1986) Attitudinal specificity and the prediction of behaviour in a field study. *Journal of Personality and Social Psychology* 33 474-479.

Hollis, J. F., Carmody T.P., Connor, S.L., Fey, S.G. & Mararazzo, J:D. (1986). The Nutrition Attitude Survey: associations with dietary habits, psychological and physical well abeing, and coronary risk factors. *Health Psychology*, 5, 359-374.

Janz, N. K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

Kerbel, L.M., Le Cabellec, M.T, Daculsi G. (1985) Report on caries reduction in French school children three years after the introduction of a preventive program. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13, 201-204.

Lau, R., Quadrel, M.J. & Hartman, K.A. (1990). Development and change of young adults. preventive health beliefs and behaviour: influence from parents. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 240- 259.

Lissau I., Holst D. and Friis-Hasche e. Dental health behaviour and periodontal disease indicators in Danish youths. A ten-year epidemiological folow-up. *J. clin. Periodontol.* 17, 42-47, 1990.

Petersen P. E. Smoking, alcohol consumption and dental health behaviour among 25-44 year-old Danes. *Scand. J. Dent. Res.* 97, 422-431, 1989.

Lundberg O (1986) Class and health; comparing Britain and Sweden. *Social science and Medicine*, 23 511-517.

Metzer H.L., Carman W. J. Practices, risk factors and chronic disease *Prev. Med.* 12, 491-507, 1983.

Patrick K, Grace TW, Lovato CY. Health issues for college students. Annual Review of Public Health 1992: 13: 253-268.

Rogers R. W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In Social Psychophysiology: A Source Book (Edited by Cacioppo J. T. and Petty R.E). Guilford, New York, 1983.

Sallis, J. & Endres, J. (1985). Knowledge, attitudes, and dietary practices of female athletes. Journal of Health and Social Behaviour, 31, 250-259.

Sallis, J. F. & Nader, P.R. (1988). Family determinants of health behaviors. Health Behavior: Emerging Research Perspective. New York, Plenum Press. 107-124.

Stephens A, Sanderman R, Wardle J. Stability and changes in health behaviours in young adults over a one year period. Psychology & Health 1995: 10: 155-169.

Seydel E. Taal E (1990) Cognitive factors in preventive behaviour Psychol, Hlth 4 99-109, 1990.

Slovia P. Fischhoff B. (1987) Taking care: Understanding and Encouraging Self Protective Behaviour. Cambridge University Press Cambridge 1987.

Stephens T. Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. Preventive Medicine 1988; 17; 35-47.

Stephens A, Wardle J, Smith H, Kopp M, Skrabski A, Vinck J, et al. Tobacco smoking in young adults from 21 European countries: Association with attitudes and risk awareness. Addiction 1995; 90: 571-582.

Ter. Horst G. and Hoogstraten J. The immediate and delayed effects of a dental health education films on periodontal knowledge, attitudes, and reported behavior in Dutch adolescents. *Commun. Dent Oral Epidemiol.* 17, 183-186, 1989.

Yacavone Ja: Translating research in the social and behavioral sciences for more affective use in community dentistry, *J. Public Health Dent* 1981. pp.36-155.

Young MAC: Dental health Education: An overview of selected concepts and principles relevant to programme planning. *Int. J. Health Education.* 1978 pp.13:2

Wallston, B.S. & Wallston, K.a. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.

APENDICE

CUESTIONARIO

ENCUESTA SOBRE COMPORTAMIENTO Y SALUD

Esta encuesta está diseñada para descubrir ciertas actitudes y conductas relacionadas con la salud. Consta de diversas secciones en las que se harán preguntas sobre su estilo de vida. Intente contestar tan sinceramente como le sea posible: no hay respuestas correctas ni incorrectas. Todas las encuestas que recibamos serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación.

- 1.- **Sexo: A (M) B(F)**

- 2.- **Edad: A 18 B 19 C 20 D21 E 22 y +**

- 3.- **¿Cuánto mides(cm) ?**
 A menos de 1.50
 B 1.50 - 1.59
 C 1.60 - 1.69
 D 1.70 - 1.79
 E 1.80 - 1.99

- 4.- **¿Cuánto pesas (Kg)?**
 A 50- 54
 B 55- 60
 C 60- 64
 D 65- 69
 E 70-74

- 5.- **¿Qué área estudias?**
 A Químico-Biológica
 B Físico-Matemáticas
 C Económico -Administrativa
 D Ciencias Sociales y Humanidades
 E Bellas-Artes

- 6.- **Estado Civil**
 A Casado
 B Soltero

SECCIÓN A.- Esta sección de la encuesta se refiere a distintos aspectos de su estilo de vida. Lea atentamente cada pregunta y marque con una cruz en la casilla de al lado, la respuesta más adecuada para usted.

7.- Lea cuidadosamente todas las afirmaciones que aparecen a continuación y señale aquella que mejor describe su comportamiento:

- A) Nunca he fumado
- B) Habitualmente fumo entre 1 y 5 cigarrillos al día
- C) Habitualmente fumo entre 6 y 10 cigarrillos al día
- D) Habitualmente fumo entre 16 y 20 cigarrillos al día
- E) Desearía dejar de fumar

8.- ¿Con qué frecuencia desayuna ?

- A) Todos los días
- B) 3 veces a la semana
- C) Rara vez o nunca

9.- ¿Cuántas veces al día ingiere “golosinas” azucaradas o saladas entre horas?

- A) 1 vez
- B) 2 veces
- C) 3 veces
- D) 4 veces
- E) 5 o más

10.- ¿Con qué frecuencia come frutas?

- A) 1 vez a la semana
- B) dos veces a la semana
- C) diario
- D) semanal

11.- Conscientemente ¿trata de evitar alimentos que formen colesterol?

- A) si
- B) no

12.- Si la respuesta es “si” ¿Cuál de los siguientes alimentos ingiere con menos frecuencia?

- A) Huevo
- B) Carnes Rojas
- C) Grasas Animales
- D) Vísceras
- E) Crustáceos

13.- Conscientemente ¿trata de tomar alimentos con fibra?

- A) si
- B) no

14.- Si la respuesta es “si” ¿Cuál de los siguientes alimentos ingiere con mas frecuencia?

- A) Granos
- B) Verduras
- C) Legumbres
- D) Frutas

15.- ¿Está intentando disminuir de peso?

- A) si
- B) no

16.- ¿Está intentando aumentar de peso?

- A) si
- B) no

17.- ¿Considera que su peso está...?

- A) Dentro de los límites adecuados
- B) Entre 15 y 20 kg. por encima de su peso ideal
- C) Entre 10 y 15 kg. por encima de su peso ideal
- D) Entre 5 y 10 kg. por encima de su peso ideal
- E) Más de 10 debajo de su peso ideal.

18.- Durante las últimas dos semanas (14 días) ¿Ha hecho algún tipo de ejercicio?

- A) si
- B) no

19.- Si la respuesta es “si” ¿Qué tipo de ejercicio ha hecho?

- A) Natación
- B) Aerobics
- C) Pesas
- D) Gimnasia
- E) Otros deportes

20.- Durante las dos últimas semanas (14 días) ¿cuántas veces ha hecho un ejercicio físico?

- A) Diario
- B) 3 veces a la semana
- C) 1 vez a la semana

21.- Cuando toma el sol, ¿Utiliza algún tipo de protección solar?

- A) si
- B) no
- C) nunca tomo el sol

22.- Cuando conduce o viaja en el coche, ¿Usa el cinturón de seguridad?

- A) siempre
- B) algunas veces
- C) nunca
- D) nunca viajo en coche

23.- ¿Le han tomado en los últimos seis meses la tensión arterial personal capacitado?

- A) si
- B) no

24.- ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

- A) dos o más veces al día
- B) una vez al día, aproximadamente
- C) menos de una vez al día
- D) rara vez o nunca

25.- ¿Con qué frecuencia utiliza el hilo dental?

- A) dos o más veces al día
- B) una vez al día
- C) Menos de una vez al día
- D) rara vez o nunca

26.- ¿Visita al dentista al menos una vez al año para hacerse una revisión dental, aún cuando no tiene problemas en los dientes?

- A) si
- B) no

27.- ¿Con qué frecuencia solicita atención dental preventiva?

- A) semestral
- B) anual
- C) excepcional
- D) nunca

28.- ¿Tiene un médico o centro médico fijo donde acudir cuándo se siente enfermo o necesita algún consejo sobre su salud?

- A) si
- B) no

29.- Si la respuesta es “no” ¿Cuál es la razón principal?

- A) No he necesitado a un médico
- B) No he encontrado al médico apropiado
- C) Me he mudado recientemente
- D) No puedo permitirme ir a un médico
- E) Otras razones

30.- ¿Es usted derechohabiente de alguna Institución de salud o Seguro Social?

- A) si
- B) no

31.- ¿Sufre algún problema crónico de salud (ejem: asma, diabetes)?

- A) si
- B) no

32.- Durante el último mes, ¿ha estado sometido a algún tratamiento médico? (ejem: pastillas para el dolor de cabeza, vitaminas, antibióticos)?

- A) si, prescritos por el médico
- B) si, comprados en una farmacia sin prescripción médica
- C) no

SECCIÓN B. En esta sección, nos interesa conocer hasta que punto son importantes para usted las siguientes medidas de prevención. Rodee con un círculo el número adecuado.

33.- Tomarse la tensión arterial cada 12 meses

De muy poca importancia

A B

De relativa importancia

C

De muchísima importancia

D E

34.- Hacerse una revisión dental.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

35.- No comer demasiada grasa.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

36.- Comer suficiente fibra dietética.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

37.- Mantener el peso corporal dentro de los límites normales.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

38.- No ingerir demasiada azúcar.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

39.- Evitar alimentos con aditivos tales como: condimentos, colorantes y conservadores.

De muy poca importancia

A B

De relativa importancia

C

De muchísima importancia

D E

40.- Comer bastante fruta.

De muy poca importancia

A B

De relativa importancia

C

De muchísima importancia

D E

41.- No ingerir demasiada sal.

De muy poca importancia

A B

De relativa importancia

C

De muchísima importancia

D E

42.- Desayunar casi todos los días.

De muy poca importancia

A B

De relativa importancia

C

De muchísima importancia

D E

43.- No fumar.

De muy poca importancia

A B

De relativa importancia

C

De muchísima importancia

D E

44.- Dormir con regularidad siete u ocho horas diarias.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

45.- Cepillarse los dientes regularmente.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

46.- Usar hilo dental regularmente.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

47.- Usar el cinturón de seguridad cuando viaja en coche.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

48.- Nunca conducir después de beber alcohol.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

49.- Conducir casi siempre dentro del límite de velocidad.

**De muy poca
importancia**

A B

**De relativa
importancia**

C

**De muchísima
importancia**

D E

50.- Hacer regularmente ejercicio físico.

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

51.- Reducir el consumo de golosinas

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

52.- No beber demasiado alcohol.

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

53.- Perder peso sin causa justificada.

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

54.- No beber demasiado café.

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

55.- Usar protección solar cuando toma el sol.

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

56.- Hacer esfuerzos conscientes para controlar o evitar el estrés?

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

57.- Usar o convencer a usar preservativo cuando tiene relaciones sexuales no conyugales.

De muy poca importancia	De relativa importancia	De muchísima importancia
A B	C	D E

SECCIÓN C: Esta sección se refiere al conocimiento general sobre diversos problemas de salud. En horizontal verá una serie de enfermedades o problemas de salud. En vertical aparecen algunos factores que pueden tener influencia sobre ellos. Para cada problema de salud, marque con una cruz aquel (aquellos) factor (factores) que estima puede (pueden) influir en él. Por ejemplo, si usted cree que las enfermedades del corazón están influenciadas por el tabaco, marque con una cruz la primera casilla de la primera línea.

	Enfermedades del corazón	Cáncer de pulmón	Enfermedades mentales	Cáncer de mama	Hipertensión arterial
Tabaco	A	B	C	D	E
Alcohol					
Ejercicio Físico					
Estrés					
Antecedentes					

Patológicos
Hereditarios

Ingerir grasa
de origen
animal

Ingerir sal de
mesa

Persistencia
de sobrepeso
corporal

Ingerir fibra
vegetal

SECCIÓN D: La lista de abajo contiene una serie de afirmaciones que se refieren a la forma en que la gente suele pensar sobre la salud. Lea cada frase cuidadosamente, e indique lo de acuerdo que está con ella, usando la escala situada a la derecha.

Por ejemplo: si usted está bastante de acuerdo con la siguiente frase deberá rodear la letra E.

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

A B C

 D E

67.- Si yo visito regularmente a un buen médico, será menos probable que tenga problemas de salud.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas

68.- Si me pongo enfermo, yo solo puedo recuperarme.

Totalmente en desacuerdo

A B C

Totalmente de acuerdo

D E

69.- A menudo siento que no hay nada que hacer, si voy a ponerme enfermo, enfermaré.

Totalmente en desacuerdo

A B C

Totalmente de acuerdo

D E

70.- Si yo visito regularmente a un buen médico, será menos probable que tenga problemas de salud.

Totalmente en desacuerdo

A B C

Totalmente de acuerdo

D E

71.- Si no gozo de salud no tengo nada.

Totalmente en desacuerdo

A B C

Totalmente de acuerdo

D E

72.- Creo que mi salud esta muy afectada por hechos imprevistos.

Totalmente en desacuerdo

A B C

Totalmente de acuerdo

D E

73.- Solo puedo mantener mi salud si consulto a profesionales de la salud.

Totalmente en desacuerdo
A B C

Totalmente de acuerdo
D E

74.- Yo soy directamente responsable de mi salud.

Totalmente en desacuerdo
A B C

Totalmente de acuerdo
D E

75.- Hay muchas cosas que cuido más que mi salud.

Totalmente en desacuerdo
A B C

Totalmente de acuerdo
D E

76.- Otras personas juegan un gran papel en el hecho de si me pongo enfermo o me mantengo sano.

Totalmente en desacuerdo
A B C

Totalmente de acuerdo
D E

77.- Cualquier cosa que pueda perjudicar mi salud es responsabilidad mía.

Totalmente en desacuerdo
A B C

Totalmente de acuerdo
D E

Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de hacer su elección.

- 82.- A) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
B) Me siento triste.
C) No me siento triste.
- 83.- A) Siento que no hay nada por qué luchar.
B) Me siento desanimado de cara al futuro.
C) No me siento especialmente desanimado o pesimista de cara al futuro.
- 84.- A) Las cosas no me producen satisfacción.
B) No disfruto las cosas tanto como antes.
C) Me siento totalmente satisfecho.
- 85.- A) He perdido interés por los demás.
B) Estoy menos interesado en los demás que antes.
C) Estoy más interesado en los demás que antes.
- 86.- A) Tomar decisiones me resulta más difícil que antes.
B) Evito tomar decisiones más que antes.
C) Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 87.- A) Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
B) Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
C) Trabajo mejor que antes.

- 88.- A) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
B) Me canso más que antes.
C) No me siento más cansado de lo habitual.

TABLAS

SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	85	42,5%
FEMENINO	115	57,5%

EDADES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-19 AÑOS	67	33,5%
20-21 AÑOS	82	41,0%
22 AÑOS Y MAS	51	25,5%

EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO FEMENINO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-19 AÑOS	55	47,8%
20-21 AÑOS	39	33,9%
22 AÑOS Y MAS	21	18,2%

EDADES DE LAS PERSONAS DE SEXO MASCULINO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-19 AÑOS	12	14,2%
20-21 AÑOS	43	50,5%
22 AÑOS Y MAS	30	35,3%

AREAS DE ESTUDIO

AREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUIMICO BIOLÓGICA	59	29,5%
FISICO MATEMATICAS	26	13,0%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA	43	21,5%
SOCIALES Y HUMANIDADES	49	24,5%
ARTE	23	11,5%

CONSUMO DE ALIMENTOS CON COLESTEROL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	88	44,0%
NO	109	54,5%
NO CONTESTO	3	1,5%

CONSUMO DE ALIMENTOS CON FIBRA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	136	68,0%
NO	61	30,5%
NO CONTESTO	3	1,5%

AREA QUIMICO BIOLÓGICA

LICENCIATURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ODONTOLOGIA	15	25.4%
QUIMICA	14	23.7%
MEDICINA	18	30.5%
VETERINARIA	12	20.3%

AREA FISICO MATEMATICAS

LICENCIATURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INGENIERIA	11	42.3%
MATEMATICAS	7	26.9%
ARQUITECTURA	8	30.8%

AREA ECONOMICO ADMINISTRATIVA

LICENCIATURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADMINISTRACION	17	39.6%
CONTADURIA	13	30.2%
ECONOMIA	13	30.2%

AREA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

LICENCIATURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FILOSOFIA	11	22.5%
SOCIOLOGIA	15	30.6%
CIENCIAS POLITICAS	13	26.5%
PEDAGOGIA	10	20.4%

ARTES

LICENCIATURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TEATRO	14	60.9%
DANZA	9	39.1%

FRECUENCIA AL DESAYUNAR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESAYUNAN DIARIO	116	58.0%
TRES VECES A LA SEMANA	45	22.5%
RARA VEZ	39	19.5%

AREA DE ESTUDIO (HOMBRES)

AREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUIMICO BIOLOGICAS	9	10.6%
FISICO MATEMATICAS	11	12.9%
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS	22	25.9%
SOCIALES Y HUMANIDADES	29	34.1%
ARTES	14	16.5%

AREA DE ESTUDIO (MUJERES)

AREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUIMICO BIOLOGICAS	50	43.5%
FISICO MATEMATICAS	15	13.0%
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS	21	18.3%
SOCIALES Y HUMANIDADES	20	17.4%
ARTES	9	7.8%

ATENCION DENTAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEMESTRAL	77	38.5%
ANUAL	74	37.0%
EXCEPCIONALMENTE	35	17.5%
NUNCA	14	7.0%

TRATAMIENTO MEDICO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI PRESCRITO POR UN MEDICO	57	28.5%
SI COMPRADOS EN UNA FARMACIA SIN PRESCRIPCION MEDICA	26	13.0%
NO	117	58.5%

TENSION ARTERIAL

REVISION TENSION ARTERIAL ANUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY POCA IMPORTANCIA	32	16.0%
POCA IMPORTANCIA	17	8.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	79	39.5%
MUCHA IMPORTANCIA	44	22.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	28	14.0%

ATENCION DENTAL

REVISION DENTAL ANUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
------------------------------	-------------------	-------------------

MUY POCA IMPORTANCIA	7	3.5%
POCA IMPORTANCIA	3	1.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	61	30.5%
MUCHA IMPORTANCIA	71	35.5%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	58	29.0%

INGESTION GRASA ANIMAL

NO COMER DEMASIADA GRASA ANIMAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	-------------------	-------------------

MUY POCA IMPORTANCIA	8	4.0%
POCA IMPORTANCIA	22	11.0%
RELATIVA IMPORTANCIA	62	31.0%
MUCHA IMPORTANCIA	69	34.5%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	39	19.5%

INGESTION DE FIBRAS

COMER SUFICIENTE FIBRA DIETETICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---	-------------------	-------------------

MUY POCA IMPORTANCIA	6	3.0%
POCA IMPORTANCIA	24	12.0%
RELATIVA IMPORTANCIA	51	25.5%
MUCHA IMPORTANCIA	78	39.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	41	20.5%

INGESTION DE AZUCARES

NO INGERIR DEMASIADA AZUCAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY POCA IMPORTANCIA	4	2.0%
POCA IMPORTANCIA	25	12.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	65	32.5%
MUCHA IMPORTANCIA	59	29.5%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	47	23.5%

TABAQUISMO

NO FUMAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY POCA IMPORTANCIA	2	1.0%
POCA IMPORTANCIA	17	8.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	75	37.5%
MUCHA IMPORTANCIA	47	23.5%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	59	29.5%

UTILIZACION DEL CINTURON DE SEGURIDAD

USAR CINTURON DE SEGURIDAD CUANDO VIAJA EN COCHE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY POCA IMPORTANCIA	10	5.0%
POCA IMPORTANCIA	7	3.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	58	29.0%
MUCHA IMPORTANCIA	66	33.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	59	29.5%

ALCOHOLISMO

NO CONDUCIR ALCOHOLIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-------------------------------------	-------------------	-------------------

MUY Poca IMPORTANCIA	4	3.5%
POCA IMPORTANCIA	9	3.0%
RELATIVA IMPORTANCIA	13	6.5%
MUCHA IMPORTANCIA	59	29.5%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	115	57.5%

CONDUCIR DENTRO DEL LIMITE DE VELOCIDAD

CONDUCIR SIEMPRE DENTRO DEL LIMITE DE VELOCIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	-------------------	-------------------

MUY Poca IMPORTANCIA	3	1.5%
POCA IMPORTANCIA	6	3.0%
RELATIVA IMPORTANCIA	29	14.5%
MUCHA IMPORTANCIA	80	40.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	82	41.0%

PERDER PESO SIN JUSTIFICACION

PERDER PESO SIN CAUSA JUSTIFICADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	-------------------	-------------------

MUY Poca IMPORTANCIA	9	4.5%
POCA IMPORTANCIA	9	4.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	24	12.0%
MUCHA IMPORTANCIA	82	41.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	76	38.0

EVITAR EL STRESS

HACER ESFUERZOS CONSCIENTES POR EVITAR EL STRESS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------

MUY POCA IMPORTANCIA	7	3.5%
POCA IMPORTANCIA	2	1.0%
RELATIVA IMPORTANCIA	31	15.5%
MUCHA IMPORTANCIA	104	52.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	56	28.0%

USO DEL PRESERVATIVO

UTILIZAR PRESERVATIVO CUANDO SE TIENEN RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------

MUY POCA IMPORTANCIA	7	3.5%
POCA IMPORTANCIA	7	3.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	11	5.5%
MUCHA IMPORTANCIA	43	21.5%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	132	66.0%

PREVENCION DE ENFERMEDADES

EL CONSULTAR A UN BUEN MEDICO HACE MENOS PROBABLE LA EXISTENCIA DE ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---	------------	------------

TOTAL DESACUERDO	13	6.5%
DESACUERDO	13	6.5%
RELATIVO ACUERDO	42	21.0%
ACUERDO	60	30.0%
TOTALMENTE DE ACUERDO	72	36.0%

RELACION ENTRE REALIZACION DE EJERCICIO Y AREA DE ESTUDIO (MUJERES)

AREA	SI PORCENTAJE	NO PORCENTAJE
QUIMICO		
BIOLOGICA	22.6%	20.8%
FISICO		
MATEMATICAS	7.8%	5.2%
ECONOMICO		
ADMINISTRATIVAS	12.2%	6.1%
SOCIALES Y HUMANIDADES	11.3%	6.1%
ARTES	4.4%	3.5%

RELACION ENTRE REALIZACION DE EJERCICIO Y AREA DE ESTUDIO (HOMBRES)

AREA	SI PORCENTAJE	NO PORCENTAJE
QUIMICO		
BIOLOGICA	8.2%	2.4%
FISICO		
MATEMATICAS	7.1%	5.9%
ECONOMICO		
ADMINISTRATIVAS	15.3%	10.5%
SOCIALES Y HUMANIDADES	27.1%	7.1%
ARTES	16.5%	

DESAYUNO DIARIO HOMBRES ENTRE 18 Y 19 AÑOS

	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO				
BIOLOGICAS				
FISICO				16.6%
MATEMATICAS				
ECONOMICO				
ADMINISTRATIVAS				
SOCIALES Y HUMANIDADES	8.3%	50.0%	8.3%	
ARTES	8.3%	8.3%		

DESAYUNO DIARIO MUJERES 18-19 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO					
BIOLOGICAS	3.6%	3.6%	12.7%	18.1%	25.4%
FISICO					
MATEMATICAS				5.4%	5.4%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVAS		1.8%	1.8%		
SOCIALES Y HUMANIDADES			12.7%	3.6%	
ARTES			3.6%		

DESAYUNO DIARIO HOMBRES DE 22 AÑOS Y MAS

	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
--	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICO				
BIOLOGICA		3.3%	6.6%	
FISICO				
MATEMATICAS		10.0%	3.3%	3.3%
ECONOMICO				
ADMINISTRATIVAS	6.6%	10.0%	10.0%	26.6%
SOCIALES Y HUMANIDADES		10.0%	3.3%	
ARTES		6.6%		

DESAYUNO DIARIO HOMBRES DE 20 Y 21 AÑOS

	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
--	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICO				
BIOLOGICA			4.6%	4.6%
FISICO				
MATEMATICAS		2.3%	4.6%	6.9%
ECONOMICAS				
ADMINISTRATIVAS		2.3%	9.3%	2.3%
SOCIALES Y HUMANIDADES	6.9%	25.5%	6.9%	
ARTES	6.9%	11.6%	4.6%	

DESAYUNO DIARIO MUJERES 20-21 AÑOS

AREA	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO BIOLOGICAS	25.1%	2.5%	7.6%	12.8%
FISICO MATEMATICAS	12.5%		2.5%	12.8%
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS		2.5%		5.1%
SOCIALES Y HUMANIDADES		17.9%	10.2%	
ARTES		15.3%	2.5%	

DESAYUNO DIARIO MUJERES 22 AÑOS Y MAS

AREA	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO BIOLOGICAS				1.9%
FISICO MATEMATICAS			4.7%	4.7%
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS	4.7%	28.6%	9.5%	28.5%
SOCIALES Y HUMANIDADES				
ARTES				

PESO NORMAL MUJERES 18-19 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO					
BIOLOGICA	3.6%	3.6%	12.7%	18.1%	25.4%
FISICO					
MATEMATICAS			3.6%	3.6%	3.6%
ECONOMICO				1.8%	3.6%
SOCIALES Y HUMANIDADES		1.8%	10.9%	3.6%	
ARTES			3.6%		

PESO NORMAL MUJERES 20-21 AÑOS

AREA	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO				
BIOLOGICA	2.5%	2.5%	7.6%	15.3%
FISICO				
MATEMATICAS		2.5%	7.6%	7.6%
ECONOMICO				
ADMINISTRATIVAS		2.5%		5.1%
SOCIALES Y HUMANIDADES		10.2%	17.9%	
ARTE	2.5%	7.6%	7.6%	

PESO NORMAL MUJERES DE 22 AÑOS Y MAS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO					
BIOLOGICA					19.0%
FISICO					
MATEMATICA				4.7%	4.7%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVA			9.5%	14.2%	47.6%
SOCIALES Y HUMANIDADES					
ARTES					

PESO NORMAL HOMBRES 18-19 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO					
BIOLOGICA	8.3%				8.3%
FISICO					
MATEMATICA					
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVA					
SOCIALES Y HUMANIDADES		25.0%		41.6%	
ARTES				8.3%	8.3%

PESO NORMAL HOMBRES 20-21 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICA					
BIOLOGICA		2.3%		4.6%	2.3%
FISICO					
MATEMATICA		2.3%		6.9%	4.6%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVA	2.3%		2.3%	4.6%	4.6%
SOCIALES Y HUMANIDADES			16.2%	9.3%	13.9%
ARTE			13.9%	4.6%	4.6%

PESO NORMAL HOMBRES 22 AÑOS Y MAS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICA					
BIOLOGICA			3.3%	3.3%	3.3%
FISICO					
MATEMATICAS			6.6%	3.3%	6.6%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVAS		3.3%	16.6%	13.3%	20.0%
SOCIALES Y HUMANIDADES			6.6%	3.3%	3.3%
ARTE			3.3%	3.3%	

ATENCION DENTAL HOMBRES 18-19 AÑOS

AREA	SEMESTRAL	ANUAL	EXCEPCIONAL	NUNCA
QUIMICO				
BIOLOGICA	8.3%	8.3%		
FISICO				
MATEMATICAS				
ECONOMICO				
ADMINISTRATIVAS				
SOCIALES Y				
HUMANIDADES	25.0%	41.6%		
ARTE	8.3%	8.3%		

ATENCION DENTAL HOMBRES 20-21 AÑOS

AREA	SEMESTRAL	ANUAL	EXCEPCIONAL	NUNCA
QUIMICO				
BIOLOGICA	2.3%	4.6%	2.3%	
FISICO				
MATEMATICAS	6.9%	4.6%	2.3%	
ECONOMICO				
ADIMINISTRATIVAS	4.6%	2.3%	2.3%	2.3%
SOCIALES Y				
HUMANIDADES	16.2%	18.6%	4.6%	
ARTE	11.6%	9.3%	2.3%	

ATENCION DENTAL HOMBRES 22 AÑOS Y MAS

AREA	SEMESTRAL	ANUAL	EXCEPCIONAL	NUNCA
QUIMICO BIOLOGICA	10.0%			
FISICO MATEMATICAS	10.0%	3.3%	3.3%	
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS	26.6%	13.3%	3.3%	10.0%
SOCIALES Y HUMANIDADES		13.3%		
ARTES	3.3%	3.3%		

ATENCION DENTAL MUJERES 18-19 AÑOS

AREA	SEMESTRAL	ANUAL	EXPCIONAL	NUNCA
QUIMICO BIOLOGICA	14.5%	20.0%	25.4%	3.6%
FISICO MATEMATICAS	1.8%	3.6%	5.4%	
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS	3.6%			1.8%
SOCIALES Y HUMANIDADES	9.1%	7.2%		
ARTES		3.6%		

ATENCION DENTAL MUJERES 19-21 AÑOS

AREA	SEMESTRAL	ANUAL	EXCEPCIONAL	NUNCA
QUIMICO BIOLOGICA	15.3%		5.1%	7.6%
FISICO MATEMATICAS	10.2%	2.5%	2.5%	2.5%
ECONOMICO ADMINISTRATIVAS		5.1%	2.5%	
SOCIALES Y HUMANIDADES	5.1%	20.5%		
ARTES	7.6%	7.6%		

ATENCION DENTAL MUJERES 22 AÑOS Y MAS

AREA	SEMESTRAL	ANUAL	EXCEPCIONAL	NUNCA
QUIMICO BIOLOGICA	9.5%	4.7%	4.7%	
FISICO MATEMATICAS	4.7%	4.7%		
ECONOMICO ADMINISTRATIVA	23.8%	23.8%	19.0%	4.7%
SOCIALES Y HUMANIDADES				
ARTES				

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD MUJERES 18-19 AÑOS

AREA	SI	NO
QUIMICO BIOLOGICA	5.4%	58.1%
FISICO MATEMATICAS		10.9%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA		5.4%
SOCIALES Y HUMANIDADES	3.6%	12.7%
ARTES		3.6%

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD MUJERES 20-21 AÑOS

AREA	SI	NO
QUIMICA BIOLOGICA		28.2%
FISICO MATEMATICAS	2.5%	15.3%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA	2.5%	5.1%
SOCIALES Y HUMANIDADES	2.5%	25.6%
ARTES	2.5%	15.3%

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD MUJERES 22 AÑOS Y MAS

AREA	SI	NO
QUIMICA BIOLOGICA	4.7%	14.2%
FISICO MATEMATICAS		9.5%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA	4.7%	66.6%
SOCIALES Y HUMANIDADES		
ARTES		

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD HOMBRES 18-19 AÑOS

AREA	SI	NO
QUIMICO BIOLOGICA		16.6%
FISICO MATEMATICAS		
ECONOMICO ADMINISTRATIVA		
SOCIALES Y HUMANIDADES		66.6%
ARTES		16.6%

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD HOMBRES 19-20 AÑOS

AREA	SI	NO
QUIMICO BIOLOGICA		9.3%
FISICO MATEMATICAS	4.6%	9.3%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA		13.9%
SOCIALES Y HUMANIDADES	2.3%	37.2%
ARTES	2.3%	20.9%

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD HOMBRES 22 AÑOS Y MAS

AREA .	SI	NO
QUIMICO BIOLOGICA	3.3%	6.6%
FISICO MATEMATICAS	6.6%	10.0%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA	3.3%	50.0%
SOCIALES Y HUMANIDADES	3.3%	10.0%
ARTES	3.3%	3.3%

IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO HOMBRES 18-19 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
QUIMICO BIOLOGICA				8.3%	8.3%
FISICO MATEMATICAS					
ECONOMICO ADMINISTRATIVA					
SOCIALES Y HUMANIDADES			8.3%	16.6%	41.6%
ARTES					16.6%

IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO HOMBRES 20-21 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
------	---------------------	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICO					
BIOLOGICA		2.3%		2.3%	4.6%
FISICO					
MATEMATICAS		4.6%	2.3%		6.9%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVA	2.3%			9.3%	2.3%
SOCIALES Y HUMANIDADES				11.6%	27.9%
ARTES				6.9%	16.2%

IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO HOMBRES 22 AÑOS Y MAS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
------	---------------------	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICO					
BIOLOGICA				3.3%	6.6%
FISICO					
MATEMATICAS			3.3%	3.3%	9.9%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVA		6.6%	6.6%	6.6%	33.0%
SOCIALES Y HUMANIDADES		3.3%		3.3%	6.6%
ARTES					6.6%

IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO MUJERES 22 AÑOS Y MAS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
------	---------------------	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICO					
BIOLOGICA	4.7%		4.7%	4.7%	
FISICO					
MATEMATICAS					4.7%
ECONOMICO					
ADMINISTRATIVA			4.7%	9.5%	47.6%
SOCIALES Y HUMANIDADES					
ARTES					

IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO MUJERES 18-19 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
------	---------------------	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICO					
BIOLOGICA	1.8%		5.4%	14.5%	41.8%
FISICO					
MATEMATICAS				1.8%	9.0%
ECONOMICO					
ADMNISTRATIVA					5.4%
SOCIALES Y HUMANIDADES				1.8%	14.5%
ARTES				1.8%	1.8%

IMPORTANCIA DEL USO DEL PRESERVATIVO MUJERES 20 21 AÑOS

AREA	MUY POCA IMPORT.	POCA IMPORT.	RELATIVA IMPORT.	MUCHA IMPORT.	MUCHISIMA IMPORT.
------	---------------------	-----------------	---------------------	------------------	----------------------

QUIMICA BIOLOGICA				5.1%	23.0%
FISICO MATEMATICAS		2.5%		2.5%	12.8%
ECONOMICO ADMINISTRATIVA				2.5%	5.1%
SOCIALES Y HUMANIDADES				7.6%	20.5%
ARTES			2.5%	2.5%	12.8%

UNO MISMO ES RESPONSABLE DE SU SALUD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------

TOTAL DESACUERDO	18	9.0%
DESACUERDO	10	5.0%
RELATIVO DESACUERDO	21	10.5%
DE ACUERDO	55	27.5%
TOTAL ACUERDO	96	48.0%

EL CUIDADO BUCAL ES IGUAL A SALUD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------

TOTAL DESACUERDO	6	3.0%
DESACUERDO	6	3.0%
RELATIVO DESACUERDO	3	4.0%
DE ACUERDO	82	41.0%
TOTAL ACUERDO	98	49.0%

EL TABACO Y EL ALCOHOL FAVORECEN AL CANCER

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL DESACUERDO	25	12.5%
DESACUERDO	15	7.5%
RELATIVO DESACUERDO	43	21.5%
DE ACUERDO	45	22.5%
TOTAL ACUERDO	72	36.0

EJERCICIO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	130	65.0%
NO	70	35.0%

CEPILLADO DE DIENTES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOS O MAS VECES DIARIAS	181	90.5%
UNA VEZ DIARIA	18	9.0%
MENOS DE UNA VEZ DIARIA	1	.5

SERVICIO MEDICO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUENTAN CON SERVICIO MEDICO		
SI	155	77.5%
NO	45	22.5%

DERECHOHABIENTE A SERVICIO MEDICO

DERECHOHABIENTE A INSTITUCION MEDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--------------------------------------	------------	------------

SI	115	57.5%
NO	85	42.5%

PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD

PADECEN PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-------------------------------------	------------	------------

SI	22	11.0%
NO	178	89.0%

PESO NORMAL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
--	------------	------------

MUY POCA IMPORTANCIA	4	2.0%
POCA IMPORTANCIA	11	5.5%
RELATIVA IMPORTANCIA	54	27.0%
MUCHA IMPORTANCIA	62	31.0%
MUCHISIMA IMPORTANCIA	69	34.5%

CURRICULUM VITAE

NOMBRE

MIRELLA FEINGOLD STEINER

NACIONALIDAD:

MEXICANA

1.- FORMACIÓN ACADÉMICA

CIRUJANO DENTISTA
Escuela Nacional de Odontología. UNAM
1965 -1969
27 de abril de 1970

MAESTRIA EN ODONTOLOGÍA (Parodoncia)
Facultad de Odontología. UNAM
1974 - 1975.

DOCTORADO EN ODONTOLOGÍA (Patología Bucal)
Facultad de Odontología UNAM.

2.- OTROS ESTUDIOS

(Facultad de Odontología UNAM)

ESPECIALIZACIÓN

Didáctica general.
Parodoncia de la práctica general.

DIPLOMADOS

Educación para la salud.
Facultad de Odontología. UNAM
Propedéutica Clínica.
Facultad de Odontología. UNAM

Parodoncia
Facultad de Odontología. UNAM

Clínica Integral
Facultad de Odontología UNAM

3.- DISTINCIONES ACADÉMICAS

Medalla "Gabino Barreda" de la UNAM 1980
Maestría en Odontología.

Diploma por 25 años de servicios académicos en la UNAM.
1994

4.- ACTIVIDADES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Docencia
(Facultad de Odontología)

Materiales Dentales. 1970
Endodoncia. 1971
Propedéutica y semiología clínica. 1971
Odontología preventiva. 1972 - 1975
Área de Materias Básicas. 1976 - 1988
Educación para la salud. 1992 a la fecha.

Investigación
(Centro Regional Investigación Multidisciplinaria: UNAM)
Líneas principales
Historia
Odontología Preventiva
Educación para la Salud.

**5.- NOMBRAMIENTOS ACADÉMICOS.
(Facultad de Odontología)**

Ayudante de Profesor Interino. 1970-1971.

Profesor Adjunto Interino. 1971- 1972.

Profesor de Asignatura "A" definitivo 1972-1974.

Profesor Asignatura "B" definitivo 1974-1975.

Profesor de Carrera Titular "A" T.C. definitivo. 1976-1994.

Profesor de Carrera Titular "B" T.C.definitivo. 1994 a la fecha.

6.- PUESTOS ACADÉMICOS-ADMINISTRATIVOS

Vocal de la Unión de Profesores de la ENO-UNAM. 1971

Subjefe del Departamento de Odontología Preventiva y Social. ENO-UNAM. 1971-1973.

Coordinadora del Sistema de Universidad Abierta ENO-UNAM. 1975

Secretaria Académica, FO-UNAM, 1982 - 1986

Jefe de la División de Estudios Profesionales FO-UNAM 1983-1986.

7.- PARTICIPACIÓN EN ORGANOS COLEGIADOS.

Comisión Dictaminadora del Área de Materias Clínicas.
FO-UNAM. 1977-1979

Comisión Dictaminadora en la ENEP-Iztacala 1991-1992.

Comisión Dictaminadora FES-Zaragoza (P.G.) 1996

Comisión Dictaminadora FO. UNAM. Áreas Básicas 1996.

8.- PUBLICACIONES

LIBROS.

FEINGOLD Steiner, Mirella.
BREVE HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA EN MÉXICO.
1a. ed., CRIM-UNAM, México, 1990, 249 pp.
ISBN-9683615228

Idem.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. Conceptos básicos.
1a. de., CRIM-UNAM, México, 1993. 270 pp.
ISBN-968363181

Idem.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA 2a. Ed.
CRIM-UNAM. México 1996.
ISBN-9683651267

APORTES DE INVESTIGACIÓN

FEINGOLD Steiner, Mirella.
"Vigencia de la medicina tradicional prehispánica en la
terapéutica dental de comunidades actuales. (Estudio de
Morelos)" 1a. de., CRIM-UNAM. Serie Aportes No. 25.
México, 1988. 36pp.
ISBN-9683677988

Idem.

"Algunas prácticas odontológicas en la época prehispánica".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No. 28, México, 1988, 39 pp.

ISBN-9683604447

Idem

"Apuntes sobre la práctica de la odontología en el México colonial (1650-1800)".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie aportes No. 34. México 1989. 32pp.

ISBN-9683609678

Idem

"Odontología contemporánea en México. etapa inicial (1900-1930)".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No.36, México 1989, 41pp.

ISBN-9683612067

Idem.

"Vigencia de la medicina prehispánica en la terapéutica dental de comunidades actuales (Estudio de Yucatán)".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No. 37, México 1990, 67 pp.

ISBN-9683613349

Idem.

"Vigencia de la medicina tradicional prehispánica en la terapéutica dental de las comunidades actuales. Estudio de caso en Michoacán".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes de Investigación N°58, México, 1992. pp.59

ISBN-9683629458

Idem.

"Seguimiento comparativo de titulados de la licenciatura de odontología de la UNAM y de una Universidad Privada"
1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No. 60 México.
ISBN-9683632841

MANUALES DE DIVULGACIÓN.

"Odontología Preventiva".

Ciclo I: Núcleos: II, III, V, VI, Ciclo II: Núcleos: I, III, IV y V
SUA-FO-UNAM.

"Patología bucodental"

Núcleo: III
SUA-FO-UNAM-

"Materiales Dentales"

Núcleos: I, II, III, V, y VI
SUA-FO-UNAM.

"Anatomía Dental"

Núcleos: I, II, III, IV, y V
SUA-FO-UNAM.

"Anatomía Humana"

Núcleos: I, II, III A, III B, IV, V, VI.
SUA-FO-UNAM.

"Histología y embriología".

Núcleos: I, II, III, IV.
SUA-FO-UNAM.

"Microbiología"

Núcleos: I, II, III, IV, V, VI.
SUA-FO-UNAM.

"Radiología"

Núcleos I y II
SUA-FO-UNAM.

"Fisiología"

Núcleos: II, III y IV
SUA- FO-UNAM

"Farmacología"
Núcleos: I, II, III, IV y V
SUA-FO-UNAM.

"Operatoria Dental"
Núcleos: II, III y IV
SUA-FO-UNAM.

"Bioquímica"
Núcleos: II, III y IV
SUA-FO-UNAM

"Patología buco-dental"
Núcleo: III
SUA-FO-UNAM

"Prótesis"
Núcleo: I y II
SUA-FO-UNAM.

"Odontología Infantil"
Núcleo I
SUA-FO-UNAM.

DOMICILIO ACTUAL: MIER Y PESADO 329-101
COL. DEL VALLE
C.P. 03100
MÉXICO, D.F.

TELÉFONO: 523 87 08

CURRICULUM VITAE

NOMBRE

MIRELLA FEINGOLD STEINER

NACIONALIDAD:

MEXICANA

1.- FORMACIÓN ACADÉMICA

CIRUJANO DENTISTA
Escuela Nacional de Odontología. UNAM
1965 -1969
27 de abril de 1970

MAESTRIA EN ODONTOLOGÍA (Parodoncia)
Facultad de Odontología. UNAM
1974 - 1975.

DOCTORADO EN ODONTOLOGÍA (Patología Bucal)
Facultad de Odontología UNAM.

2.- OTROS ESTUDIOS

(Facultad de Odontología UNAM)

ESPECIALIZACIÓN

Didáctica general.
Parodoncia de la práctica general.

DIPLOMADOS

Educación para la salud.
Facultad de Odontología. UNAM
Propedéutica Clínica.

Facultad de Odontología. UNAM

Parodoncia
Facultad de Odontología. UNAM

Clínica Integral
Facultad de Odontología UNAM

3.- DISTINCIONES ACADÉMICAS

Medalla "Gabino Barreda" de la UNAM 1980
Maestría en Odontología.

Diploma por 25 años de servicios académicos en la UNAM.
1994

4.- ACTIVIDADES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Docencia
(Facultad de Odontología)

Materiales Dentales. 1970
Endodoncia. 1971
Propedéutica y semiología clínica. 1971
Odontología preventiva. 1972 - 1975
Área de Materias Básicas. 1976 - 1988
Educación para la salud. 1992 a la fecha.

Investigación
(Centro Regional Investigación Multidisciplinaria: UNAM)
Líneas principales
Historia
Odontología Preventiva
Educación para la Salud.

**5.- NOMBRAMIENTOS ACADÉMICOS.
(Facultad de Odontología)**

Ayudante de Profesor Interino. 1970-1971.

Profesor Adjunto Interino. 1971- 1972.

Profesor de Asignatura "A" definitivo 1972-1974.

Profesor Asignatura "B" definitivo 1974-1975.

Profesor de Carrera Titular "A" T.C. definitivo. 1976-1994.

Profesor de Carrera Titular "B" T.C. definitivo. 1994 a la fecha.

6.- PUESTOS ACADÉMICOS-ADMINISTRATIVOS

Vocal de la Unión de Profesores de la ENO-UNAM. 1971

Subjefe del Departamento de Odontología Preventiva y Social. ENO-UNAM. 1971-1973.

Coordinadora del Sistema de Universidad Abierta ENO-UNAM. 1975

Secretaria Académica, FO-UNAM, 1982 - 1986

Jefe de la División de Estudios Profesionales FO-UNAM 1983-1986.

7.- PARTICIPACIÓN EN ORGANOS COLEGIADOS.

Comisión Dictaminadora del Área de Materias Clínicas. FO-UNAM. 1977-1979

Comisión Dictaminadora en la ENEP-Iztacala 1991-1992.

Comisión Dictaminadora FES-Zaragoza (P.G.) 1996

Comisión Dictaminadora FO. UNAM. Áreas Básicas 1996.

8.- PUBLICACIONES

LIBROS.

FEINGOLD Steiner, Mirella.
BREVE HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA EN MÉXICO.
1a. ed., CRIM-UNAM, México, 1990, 249 pp.
ISBN-9683615228

Idem.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. Conceptos básicos.
1a. de., CRIM-UNAM, México, 1993. 270 pp.
ISBN-968363181

Idem.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA 2a. Ed.
CRIM-UNAM. México 1996.
ISBN-9683651267

APORTES DE INVESTIGACIÓN

FEINGOLD Steiner, Mirella.
"Vigencia de la medicina tradicional prehispánica en la
terapéutica dental de comunidades actuales. (Estudio de
Morelos)" 1a. de., CRIM-UNAM. Serie Aportes No. 25.
México, 1988. 36pp.
ISBN-9683677988

Idem.
"Algunas prácticas odontológicas en la época
prehispánica".
1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No. 28, México, 1988,
39 pp.
ISBN-9683604447

Idem

"Apuntes sobre la práctica de la odontología en el México colonial (1650-1800)".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie aportes No. 34. México 1989.
32pp.

ISBN-9683609678

Idem

"Odontología contemporánea en México. etapa inicial (1900-1930)".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No.36, México 1989,
41pp.

ISBN-9683612067

Idem.

"Vigencia de la medicina prehispánica en la terapéutica dental de comunidades actuales (Estudio de Yucatán)".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No. 37, México 1990,
67 pp.

ISBN-9683613349

Idem.

"Vigencia de la medicina tradicional prehispánica en la terapéutica dental de las comunidades actuales. Estudio de caso en Michoacán".

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes de Investigación No. 58,
México, 1992. pp.59

ISBN-9683629458

Idem.

"Seguimiento comparativo de titulados de la licenciatura de odontología de la UNAM y de una Universidad Privada"

1a. de., CRIM-UNAM, Serie Aportes No. 60 México.

ISBN-9683632841

MANUALES DE DIVULGACIÓN.

"Odontología Preventiva".

**Ciclo I: Núcleos: II, III, V, VI, Ciclo II: Núcleos: I, III, IV y V
SUA-FO-UNAM.**

"Patología bucodental"

**Núcleo: III
SUA-FO-UNAM-**

"Materiales Dentales"

**Núcleos: I, II, III, V, y VI
SUA-FO-UNAM.**

"Anatomía Dental"

**Núcleos: I, II, III, IV, y V
SUA-FO-UNAM.**

"Anatomía Humana"

**Núcleos: I, II, III A, III B, IV, V, VI.
SUA-FO-UNAM.**

"Histología y embriología".

**Núcleos: I, II, III, IV.
SUA-FO-UNAM.**

"Microbiología"

**Núcleos: I, II, III, IV, V, VI.
SUA-FO-UNAM.**

"Radiología"

**Núcleos I y II
SUA-FO-UNAM.**

"Fisiología"

**Núcleos: II, III y IV
SUA- FO-UNAM**

"Farmacología"

**Núcleos: I, II, III, IV y V
SUA-FO-UNAM.**

"Operatoria Dental"

Núcleos: II, III y IV
SUA-FO-UNAM.

"Bioquímica"
Núcleos: II, III y IV
SUA-FO-UNAM

"Patología buco-dental"
Núcleo: III
SUA-FO-UNAM

"Pró tesis"
Núcleo: I y II
SUA-FO-UNAM.

"Odontología Infantil"
Núcleo I
SUA-FO-UNAM.

DOMICILIO ACTUAL: MIER Y PESADO 329-101
COL. DEL VALLE
C.P. 03100
MÉXICO, D.F.

TELÉFONO: 523 87 08