



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA

NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA
DIFUSIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES A SUS
TUTORES

T E S I S

Q U E PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

JOSÉ EDUARDO CHÁVEZ JUÁREZ

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

ASESOR

DR. CARLOS MARTÍNEZ LÓPEZ



CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2022



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-3



DESIGNACIÓN SINODO

SUSTENTANTE: **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO**

TITULO DEL TRABAJO:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

MODALIDAD: **TESIS**

DIRECTOR: **DE LA PEÑA LEON BELINDA**
 ÁREA:

Le comunico que el jurado que le examinará con motivo de su examen profesional estará formado por los siguientes

SINODALES		FECHA DE INGRESO A LA UNAM
MTRO.	CRUZ VAZQUEZ FRANCISCO (Presidente)	1983-11-23
MTRA.	DE LA PEÑA LEON BELINDA (Vocal)	1997-03-17
DR.	MARTINEZ LOPEZ CARLOS (Secretario)	1986-11-03
MTRA.	MAYORGA MARTINEZ ELIZABETH (Suplente)	1994-02-21
MTRA.	FLORES BELLO CRISTINA (Suplente)	2008-08-01

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
 CDMX, a 27 de Octubre de 2021

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
 SUPERIORES ZARAGOZA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-4



VOTO DE APROBACIÓN

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

realizado por el (la) alumno **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 28 de Octubre de 2021

MTRO. CRUZ VAZQUEZ FRANCISCO

Presidente



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-4



VOTO DE APROBACIÓN

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

realizado por el (la) alumno **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 28 de Octubre de 2021

MTRA. DE LA PEÑA LEON BELINDA

Vocal



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-4



VOTO DE APROBACIÓN

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

realizado por el (la) alumno **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 28 de Octubre de 2021

DR. MARTINEZ LOPEZ CARLOS

Secretario



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-4



VOTO DE APROBACIÓN

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

realizado por el (la) alumno **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 28 de Octubre de 2021

MTRA. MAYORGA MARTINEZ ELIZABETH

Suplente



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-4



VOTO DE APROBACIÓN

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

realizado por el (la) alumno **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 28 de Octubre de 2021

DocuSigned by:

86CD3D42524B43C...

MTRA. FLORES BELLO CRISTINA

Suplente



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-5



OFICIO DE FECHA DE EXAMEN

QFB GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
Presente

Le comunico que al alumno: **CHAVEZ JUAREZ JOSE EDUARDO** con número de cuenta **412021431** de la carrera **ENFERMERÍA** se le ha fijado el día **18 de Marzo de 2022** a las **12:00 hrs.**, para presentar la réplica oral de su examen profesional, que tendrá lugar en esta facultad, ante el siguiente jurado:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
PRESIDENTE	MTRO. CRUZ VAZQUEZ FRANCISCO	
VOCAL	MTRA. DE LA PEÑA LEON BELINDA	
SECRETARIO	DR. MARTINEZ LOPEZ CARLOS	
SUPLENTE	MTRA. MAYORGA MARTINEZ ELIZABETH	
SUPLENTE	MTRA. FLORES BELLO CRISTINA	

El título del trabajo escrito que se presenta es:

Nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

En la modalidad de: **TESIS**

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 1 de Marzo de 2022

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

DEDICATORIA

A Marco Antonio Serrano de León.

¿Porque la vida me otorgó dos padres? Aún no lo descubro. De lo único que estoy seguro es que sembraste en mí, importantes enseñanzas y valores que aún debo poner en práctica para mejorarlos. Amaste y creciste con mi madre. Criaste con cariño a mis hermanos, integrándolos a tu familia en todo momento. Y del amor con mamá surgió un pequeño Eulogio, que en éste preciso momento se encuentra estudiando el nivel medio superior. Te extraño mucho y busco de vez en cuando recordar palabras, hechos y momentos en los que estuve a tu lado que me generen bienestar y tranquilidad. Ya titúlate... Me lo expresaste. Hasta te cuestionabas a manera de mofa, ¿Quién se titulará primero, el Cruz azul o tú? Y si supieras qué sucedió. Al fin lo logré, y éste fruto también pertenece a ti. Y con mucho cariño y respeto te agradezco haber existido en nuestras vidas. Te amo.

A mis abuelos.

El papá de mi papá solía decir hombre prevenido vale por dos. Era fotógrafo, paciente y me recibía con buenos consejos de cómo cuidar a los pacientes, llegando a casa después de un día en la FES. Y con el papá de mi mamá tuve la mayor convivencia por azares del destino en la etapa de servicio social. Llegó como paciente al área de curaciones e inyecciones en búsqueda de alguien que le pudiera aplicar una inyección. Y oh sorpresa, después de 10 largos años nos volvimos a encontrar. Nos abrazamos y lo inyecté. Posterior a eso me invitó a comer, y se hizo rutina el visitar aquella agradable fonda por casi toda la temporada del servicio social, una vez a la semana. El conocerlo más a detalle mediante las charlas y los buenos guisos, me hizo entender un poco más de quien soy. Hoy ambos ya no están, pero el haber experimentado la vida con ellos me hace sentir que mis raíces son firmes.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme experimentar la dicha de vivir.

A mi padre

Por acompañarme, apoyarme, levantarme, cocinarme y permitirme conocerte en esta etapa de mi vida. Te amo papá, lo logramos.

A mi madre

Por el amor que me has tenido y por sembrar en mí una filosofía de vida que me hace tomar buenas decisiones. Te amo mamá, lo logramos.

A mis hermanos Fernando, Areli y Marquito

La vida nos ha puesto dificultades en las que la mayoría se resolvieron mediante acciones en conjunto. Pero también hemos vivido bellísimos momentos. Cuatro es más que uno. Estoy orgulloso de ustedes

A mis abuelas

Abuelita Chepa, decidí ser enfermero gracias a ti y a tu apoyo incondicional. El observar tu noble trabajo a nivel hospitalario cuando era un infante impactó positivamente en tomar esta decisión. Abuelita Raquel, me acogiste en tu hogar, con mucho cariño en una etapa importante de mi vida. Les agradezco infinitamente a ambas.

A mis tíos

Tío David, sugeriste que fuera a vivir con ustedes y a si pasarla bien por muchos años en casa de mi abuela. Tío Agustín, me llevaste al lugar correcto cuando creí que ya no tendría un lugar en la universidad. Les agradezco a ambos

A Fernanda Toriz

Aprendemos de la vida en compañía, de cómo cuidar una mascota o unas plantas, como ser mejores y buenas personas y como responder en diversas situaciones. Eres mi compañera de vida y estuviste presente en diversos procesos de mi vida. Y puedo pronosticar sin temor a equivocarme que estarás en muchos más, complejos o bellos respondiendo con la mejor actitud y aptitud que dispongamos. Te amo novia hermosa, gracias por tanto amor. Lo logramos.

A Rocío Colín, Fernando Toriz, Rocío Toriz y Luna

Los cuatro integrantes de esta familia me han acogido, apapachado y estoy casi seguro que me tienen mucho cariño. En muchos puntos de mi vida me han apoyado y tengan por seguro que mientras siga con vida estaré para apoyarlos. Lo logramos

A Eduardo Velázquez

Agradezco cada acción noble y bella que has hecho por mi. Eres un ser que inspira seguridad y confianza en los momentos mas temibles de la vida. Amemos y ejerzamos esta bella carrera que nos unió dando lo mejor de si para cada ser vivo que requiera cuidado. Te amo amigo, lo logramos.

A Saidy Ramírez Y David Gutiérrez

Por ser parte importante de mí y acompañarme en múltiples procesos complejos y bellos de mi vida. Los amo

A Sara García

Por otorgarme una gran cantidad de material bibliográfico de enfermería a inicios de mi carrera que hasta la fecha me sigue ayudando.

A Gerardo Cervantes, Luis Quiles Y Fernando López.

Por habernos trasladado en el momento más difícil de mi vida.

A mis tutores de tesis Belinda de la Peña León y Carlos Martínez López

Por su paciencia y asesoramiento en este proyecto de investigacion

A Elizabeth Mayorga

Por invitarme a una serie de exámenes profesionales en las que me inspiraron a realizar una tesis

A mis maestros de enfermería Francisco Cruz, Beatriz Carmona, y demás

Por el amor a la enseñanza que todos ustedes me demostraron.

A Galaxia Por acompañarme es este bello momento de inspiración

A la FES Zaragoza

Por abrirme sus puertas y cederme un asiento que aproveche al máximo.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. MARCO TEÓRICO.....	19
3.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS DETERMINANTES.....	19
3.1.1 MODELOS TEÓRICOS SOBRE LOS DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.....	20
3.1.2 DETERMINANTES SOCIALES.....	23
3.1.3 MODELO MULTICAUSAL. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y LOS NIVELES DE PREVENCIÓN.	23
3.1.3.1 Explicación de los niveles de prevención.....	26
3.2 EL QUEHACER RAZONADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON BASE EN LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.	28
3.3 SALUD PÚBLICA.....	32
3.3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	34
3.3.1.1 Promoción de salud en escuelas de nivel medio superior.	37
3.4 COMUNIDAD Y ADOLESCENTES.....	40
3.4.1 LA COMUNIDAD Y LOS GRUPOS ETARIOS.....	40
3.4.2 SALUD COMUNITARIA	41
3.4.2.1 Programas e intervenciones de promoción de la salud comunitaria.	41
3.4.3 ADOLESCENTES Y ADOLESCENCIA.....	42
3.4.3.1 El adolescente en sociedad: Los pares y los grupos	44
3.4.3.2 Vínculo comunicativo de adolescentes con sus tutores.....	47
3.4.3.3 Principales necesidades de salud en la comunidad juvenil.....	49
3.5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	50

3.6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	53
3.6.1 PARADIGMAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y MODELOS DE INTERVENCIÓN.....	54
3.6.2 ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	57
3.6.3 HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS PARA EL CORRECTO ABORDAJE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIFERENTES PERFILES	58
3.6.4 TÉCNICAS DIDÁCTICAS EMPLEADAS DURANTE UN PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ENFOCADA A GRUPOS.....	60
3.7 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	61
3.7.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACIÓN:.....	62
3.7.2. OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:.....	63
3.7.3. EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.....	63
4. ESTADO DEL ARTE.....	65
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	80
6. HIPÓTESIS	81
6.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	81
6.2 HIPÓTESIS NULA.....	81
7. OBJETIVOS	81
7.1 OBJETIVO GENERAL.	81
7.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	81
8. METODOLOGÍA.....	82
8.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	82
8.1.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO	82
8.1.2 TIPO DE MUESTREO	82

8.1.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	82
8.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	82
8.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	82
8.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	83
8.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	83
8.3 VARIABLES.....	84
8.3.1 Variables independientes.....	84
8.3.2 Variables dependientes.....	85
8.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	93
8.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	95
8.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	96
8.6.1 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PARTICIPANTES.....	96
8.6.2 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA INVESTIGADORES Y PERSONAL PARTICIPANTE.....	96
9. RESULTADOS.....	97
10. DISCUSIÓN.....	129
10.1. AUTOCONTROL EN EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SALUD SEXUAL.....	130
10.2. LA BASE DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO, ALIMENTACIÓN SALUDABLE E HIGIENE DEL SUEÑO.....	133
11. CONCLUSIONES.....	137
12. APORTE AL CONOCIMIENTO DE LA PROFESIÓN.....	138
13. SUGERENCIAS.....	138
14. ANEXOS.....	139

14.1 ANEXO 1:INFORME DE LA SESIÓN EDUCATIVA PARA LA SALUD ENFOCADO A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON GRUPOS DE ADOLESCENTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL 267 REGINA AVALOS.....	139
14.2 ANEXO 2: RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS EN LAS SESIONES EDUCATIVAS PARA LA SALUD	150
14.2.1 RECURSOS HUMANOS	150
14.2.2 RECURSOS FÍSICOS- ESPACIALES	150
14.2.3 RECURSOS MATERIALES	150
14.2.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS	150
14.2.5 RECURSOS FINANCIEROS	150
14.3 ANEXO 3 CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	152
14.4 ANEXO 4: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	156
14.5 ANEXO 5: ENCUESTA NECESIDADES DE SALUD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE.....	158
14.6 ANEXO 6: INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTE EN LA SESIÓN EDUCATIVA	167
14.7 ANEXO 7: INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA DIFUSIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES A SUS TUTORES.....	172
14.8 ANEXO 8 ¿POR QUÉ MEDIR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA DIFUSIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES A SUS TUTORES? UNA PERSPECTIVA PERSONAL.....	174
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177

1. INTRODUCCIÓN

La salud de las comunidades es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Una opinión bien informada y una cooperación activa por parte de los individuos son necesarios para el mejoramiento de la salud de las poblaciones¹.

En las últimas décadas el gremio de enfermería adquiere la responsabilidad de promover la salud en los diferentes grupos etarios, con el objetivo de alcanzar a cada integrante de una comunidad, el estado de completo bienestar físico, mental y social. Esto significa una meta de carácter complejo para una sola área del equipo de salud, pero valiosa para la óptima integración de equipos multidisciplinarios.

Uno de los principales indicadores que da apertura al desarrollo de mecanismos educativos, que a su vez sirven para solucionar diversas problemáticas o necesidades en salud, es el nivel de estilo de vida saludable que tiene una población. La alimentación saludable, el ejercicio físico que realizan, el patrón del sueño con el que cuentan, su salud sexual y que eviten hábitos toxicológicos, son estilos de vida que pueden adquirir o aprender y ponerlos en práctica en su día a día.

En la presente tesis, se llevó a cabo un programa de salud dirigido a adolescentes por parte del personal de enfermería. Mismo que fue utilizado para promover los estilos de vida saludables, fomentar la participación en integrantes de una comunidad estudiantil y juvenil, conocer dichos estilos y cómo llevarlos a la práctica. Al término del programa se solicitó a los participantes que llevaran a cabo la promoción de los estilos de vida saludables aprendidos, a sus tutores, personas más cercanas y a su comunidad.

En este programa se detectaron, valoraron y priorizaron las principales necesidades en salud de adolescentes, para establecer un diagnóstico situacional en diversos grupos estudiantiles. De acuerdo a este diagnóstico y a la priorización de necesidades, se pudo establecer una sesión educativa en salud con un enfoque constructivo de conocimiento, en el que se detectaron los niveles de participación de cada adolescente y de esta forma se conocieron las diversas características de dicha participación.

2. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha señalado que la promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar de diversos grupos etarios. Al implementar la promoción de la salud se crean sociedades más justas que permiten que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando el control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar.

Derivado de la promoción de la salud, la participación comunitaria es considerada un pilar esencial en los servicios de salud, ya que en ésta se desarrolla un conjunto de actividades (identificación de necesidades en salud, búsqueda de soluciones o alternativas ajustadas a su situación comunitaria, múltiples intervenciones de difusión, promoción, y hasta una evaluación de resultados en el mejor de los casos) que son realizadas por miembros de la comunidad (a nivel individual o grupal) orientadas a mejorar su estilo de vida. Esto supone una mejor asistencia a la población por parte del personal de la salud y en última instancia una mejora de la salud.

En América del Norte y América latina se han desarrollado organizaciones no gubernamentales que han demostrado resultados significativos en la resolución de conflictos y factores de riesgo en materia de salud, mediante el fomento y el empleo de la participación comunitaria.²

A nivel nacional, se vislumbran diversos ejemplos de participación comunitaria, particularmente durante eventos catastróficos tales como sismos, huracanes, inundaciones y pandemias. En estos eventos se pudo observar la participación activa voluntaria con diferente nivel, de distintos sectores y grupos de edad (adultos, adolescentes, adultos mayores, hasta infantes) en las comunidades afectadas.

Es así que México, integrantes de múltiples comunidades llevan a cabo diferentes niveles de participación enfocada a la salud.

Un grupo etario con características interesantes en materia de participación comunitaria y de promoción a la salud, son los adolescentes. La gran mayoría puede contar con dos herramientas indispensables en el desarrollo humano: mayor tiempo y mayor energía.

La enseñanza de la promoción de la salud a los adolescentes tiene un gran potencial para fomentar la salud en la población. El establecimiento de comunidades, redes e instituciones de apoyo, así como el fomento de comportamientos saludables son las formas más eficaces de que los adolescentes y sus familias puedan ejercer un mayor control sobre su salud y mejorarla.

Al momento de poner en práctica la participación comunitaria de cualquier grupo etario en escenarios como el de educar para la salud o promocionar la salud, es relevante estudiar y analizar el nivel y las características de esta participación. Todo esto con el propósito de desarrollar mejores estrategias en materia de educación y promoción a la salud.

Sin embargo, existe escasa o nula información acerca de este nivel de participación que muestran los adolescentes y cuáles son sus principales características. La participación del adolescente promoviendo la salud en el contexto espacio temporal mexicano, también es un tema poco estudiado, por lo que se requiere conocer el proceso que el adolescente lleva a cabo al momento de participar al promocionar la salud.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS DETERMINANTES

“La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde o cuando intenta definirla”. Gregorio Piedrola.

De acuerdo a diversos autores y expertos en materia, no existe aún una definición universal del concepto de salud, ya que definirla es una acción compleja por la ambigüedad y utopía que genera las palabras descriptivas de este término. La definición más aceptada, pero con múltiples discrepancias, es la que otorga la Organización Mundial de la Salud en su Carta Constitucional¹: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La declaración Universal de los derechos humanos³ (1948) reconoce el derecho a la salud en su artículo 25 en el que menciona que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sanitarios.

Diversos autores han reconocido múltiples requisitos previos para tener salud: vivienda, acceso a la educación, alimentación saludable, paz, ingresos económicos adecuados, ecosistema estable, justicia social y equidad. Por lo tanto, Ramasco Gutierrez⁴ refiere que hablar de salud como prioridad colectiva, sin que se den estos requisitos previos, no tiene sentido. Para los sectores vulnerables y grupos desfavorecidos que carecen de estas bases, la salud ocupa un lugar relativo frente a estas premisas para la vida, ya que no pueden desarrollar su potencial de salud si carecen de los elementos que lo determinan.

Actualmente, al encontrarnos en una sociedad que evoluciona gracias a los avances científicos y tecnológicos, siendo más específicos en áreas de salud; es aún más complejo hablar de la salud como un estado, por lo que diversos autores han propuesto hablar de la salud como un proceso dinámico.

De igual manera conocer que la salud y la enfermedad están estrechamente interrelacionadas a lo largo de cada etapa de la vida, da a revelar un concepto denominado: Proceso salud-enfermedad.

El proceso salud-enfermedad es un continuo producto de la capacidad de adaptación a los determinantes sociales, genéticos, biológicos y ecológicos⁵.

3.1.1 MODELOS TEÓRICOS SOBRE LOS DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Científicos y expertos en salud han desarrollado a lo largo de la historia una gama de modelos que intentan explicar el resultado o las determinantes de la interacción del proceso salud-enfermedad. Tienen un significado característico a cada época. En la actualidad podríamos distinguir la manifestación de estos modelos.

Dever y Laframboise señalan en su modelo cuatro importantes determinantes de la salud: biología humana, estilo de vida, medioambiente y asistencia sanitaria. Estas determinantes mantienen una estrecha correlación entre todas.

Por su parte Tarlov distingue cinco grandes grupos de determinantes que de igual manera mantienen interacciones entre sí y las disciplinas que se encargan de luchar contra ellos:

- 1.- La biología humana (La asistencia sanitaria).
- 2.- El estilo de vida (Técnicas de prevención).
- 3.- El ambiente comunitario (Promoción de la salud).
- 4.- El ambiente físico (protección de la salud).
- 5.- La estructura macrosocial (política, que influye en todos).

A manera sintética las determinantes de salud se podrían agrupar en dos grandes categorías: ambientales y genéticas. El estilo de vida es fruto de la interacción entre las determinantes ambientales y las determinantes genéticas, producto de la interacción entre la predisposición y la libertad del individuo y el entorno o medio ambiente (familiar, educativo, cultural, laboral, político, geográfico, etc.).

Importante clarificar que las determinantes genéticas son mínimas en comparación con el ambiente y los estilos de vida. Se calcula que no más de un 5% de los procesos más importantes en salud pública tienen un origen estrictamente genético. La estadística global señala que las principales causas de muerte de la población y las principales causas de años potenciales de vida perdidos tienen una etiología estrechamente relacionada con los estilos de vida⁶.

Salas Fernández señala que la coexistencia de múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad no es de ninguna manera un inconveniente, ya que quien hace uso de ellos debe analizar y posteriormente determinar cuál es el modelo más adecuado, en cada momento y en cada individuo o comunidad, y estar siempre consiente de las ventajas y desventajas de cada uno⁵. A continuación se cita de dicha autora una tabla organizada que explica las hipótesis resultantes del proceso salud-enfermedad.

MODELOS TEÓRICOS SOBRE LOS DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD			
Modelo	Hipótesis	Variables	Características
Mágico-religioso	Resultado de fuerzas o espíritus. Representa un castigo o premio divino. Se suele interpretar como una condición que pone a prueba la fe.	Fuerzas desconocidas y espíritus (benignos y malignos)	Se relaciona con la fe.
Sanitarista	Es consecuencia de las condiciones	Condiciones del entorno.	Promueve la introducción de medidas de

	insalubres que rodean al individuo.		saneamiento ambiental.
Social	Resultado de las condiciones de trabajo y vida del hombre.	Estilo de vida y organización social.	Privilegia lo social como el factor más importante; es un factor que explica la aparición y la función de otros factores participantes
Unicausal (biologicista)	Efecto de la acción de un agente externo sobre el organismo y su respuesta a éste.	Agente causal; respuesta individual.	Fenómeno biológico e individual.
Multicausal (ecológico)	Resultado de la interacción de varios factores pertenecientes al individuo, el ambiente y el agente de enfermedad.	Agente, huésped, ambiente.	El énfasis continuo sobre lo biológico e individual; lo social aparece incluido en el entorno o ambiente La triada ecológica.
Histórico-social	Consecuencia del contexto histórico, modo de	Dimensión histórica, medios de producción, clase	Aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la

	producción y clases sociales.	social, estilo de vida.	prevención y control.
Determinantes-Sociales	Resultado de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven trabajan y envejecen, incluidos los propios sistemas de salud.	Biología, medio ambiente, estilos de vida y sistema sanitario.	Modelo aceptado por lo general en la actualidad por sus respectivas modificaciones.

3.1.2 DETERMINANTES SOCIALES

En las últimas décadas, el aspecto social de salud se ha observado como protagonista en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Identificado como determinante, explica que las circunstancias sociales en las que una persona nace, crecen, se educa, trabaja, envejece, y en las cuáles el sistema de salud y el nivel socioeconómico van a condicionar el resultado del proceso salud enfermedad.

El Informe Lalonde⁷, publicado por el ministerio de salud de Canadá, describen factores sociales como el estilo de vida de los individuos, el medio ambiente generado por la interacción, y los sistemas de salud ha influido en la enfermedad y en las desigualdades.

Los determinantes sociales de la salud son hoy en día un reto en la salud pública, debido a que generan brechas que deben reducirse a través de políticas públicas que contribuyan a superar las desigualdades en salud⁵.

3.1.3 MODELO MULTICAUSAL. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y LOS NIVELES DE PREVENCIÓN.

Daba inicio la mitad del siglo XX cuando Leavell y Clark proponían un modelo que explicaría la Historia Natural de la enfermedad y de ésta se derivaron los conceptos de

medicina preventiva y niveles de prevención de los cuales señalan a la promoción de la salud y su respectiva importancia en el ámbito preventivo. La triada ecológica son los factores ecológicos que tienden a condicionar la enfermedad y está compuesta por un huésped, un agente causal y el medio ambiente.

El huésped u hospedero es el ser vivo que bajo determinadas condiciones se vincula con un agente causal de enfermedad, y para que esto suceda es necesario la intervención de características específicas del hospedero tales como la herencia, la raza, la edad, el sexo, la ocupación, el estado nutricional, la integridad anatomofuncional, el aspecto psicológico, los hábitos y la inmunidad.

El agente causal es cualquier sustancia, elemento o microorganismo que bajo determinadas circunstancias entra al huésped y ocasiona enfermedad. Estos pueden ser de origen biológico: bacterias, hongos, parásitos, virus o toxinas; físicos: como la temperatura, humedad, sonido, iluminación, vibración, presión o radiaciones; o químicos: que pueden ser sustancias producidas endógenamente como la urea o exógenas como el contacto con amoníaco.

El medio ambiente integra todos los factores físicos, químicos y biológicos presentes en el aire, agua o tierra, factores naturales como los geográficos, meteorológicos y geológicos; y los factores socioculturales que rodean al individuo tales como creencias, costumbres, valores, religión, normas, también la violencia, ambiente intrafamiliar, alcoholismo y farmacodependencia⁸.

La historia natural de la enfermedad es un concepto que describe como un trastorno progresa en un individuo a través del tiempo sin intervención. Conocerla sirve para establecer la gravedad del padecimiento, las prioridades de los servicios de salud, diseñar medidas de prevención y promoción de salud, determinar su pronóstico, probar tratamientos nuevos y comparar la efectividad de los tratamientos existentes.

William Perkins en 1938 crea por primera vez el concepto de historia natural de la enfermedad y establece como origen de ésta el resultado de la interacción entre ambiente, agentes agresores y el ser humano.

Para 1950, Edwin Clark y Hugh Leavell establecen las diferencias entre la salud pública y la medicina, dividiéndolas en medidas curativas y preventivas; demostrando así que la prevención puede aplicarse al proceso mediante intervenciones que tienen como objetivo no solo limitar la enfermedad, sino también limitar sus consecuencias.

De acuerdo al modelo de Leavell y Clark las intervenciones se clasifican en tres niveles de prevención delimitados de acuerdo con el nivel de avance del proceso salud-enfermedad. En este modelo ellos proponen como teoría de los determinantes del proceso salud-enfermedad, la tesis de multicausalidad de una enfermedad, la intervención y el conocimiento de los factores que determinan la enfermedad requieren acciones multidisciplinarias con tecnologías biomédicas y científicas mediadas por métodos epidemiológicos y análisis estadísticos.

Las etapas de la historia natural de la enfermedad propuesta por Leavell y Clark son: Prepatogénica: Ocurre antes de la enfermedad (no existen cambios celulares, tisulares u orgánicos) y en el modelo multicausal se fundamenta en la triada ecológica, en la que tres agentes se encuentran en constante equilibrio: agente, huésped y medio ambiente. Si este equilibrio se rompe hay enfermedad.

Patogénica: En esta etapa comienzan los cambios en el individuo, que pueden sobrevenir con rapidez, como en una infección aguda o bien de manera progresiva como en el caso de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, por la que los signos y síntomas pueden presentarse después de meses o años. A su vez esta etapa se subdivide en dos periodos: Periodo subclínico: También llamado de incubación o de latencia. En este periodo se presentan cambios en el individuo, como alteraciones celulares, tisulares, bioquímicas, o fisiológicas; sin embargo, aún no existen signos o síntomas. Periodo clínico. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad comienzan en este periodo. Aparece cuando se cruza el horizonte clínico. Es decir, cuando se presentan los signos y síntomas. Si se interviene a tiempo puede concluir en la curación de la enfermedad; de lo contrario ésta se vuelve crónica, o bien puede llevar a la muerte del paciente.

Pese a que en la historia natural de la enfermedad se aplica usualmente el modelo multicausal como el determinante del proceso salud-enfermedad, no significa que no haya evolucionado y que además cambie de acuerdo con el tipo de enfermedad que se estudie.

Este modelo es aplicable a cualquier trastorno y hace posible no solo identificar su avance, sino que también facilita detallar las intervenciones a instituir.

3.1.3.1 Explicación de los niveles de prevención.

La medicina preventiva hace referencia a las intervenciones concretas que realiza el personal de salud para evitar la aparición de enfermedades, su prolongación, las secuelas o la muerte, a través de la atención oportuna e intervención directa sobre los factores de riesgo biológico, ambiental y del comportamiento individual y colectivo.

La prevención, por lo tanto, en cualquier nivel de aplicación en la historia natural progresiva de cualquier trastorno, depende del conocimiento de múltiples causas relacionadas con estos agentes, huésped y factores ambientales y la facilidad con que las causas pueden ser interceptadas o contrarrestadas.

La prevención requiere la construcción e interposición de diversos tipos de barreras a la interacción de estos elementos. El grado de éxito en la prevención depende de la exhaustividad de los conocimientos sobre la historia natural de una enfermedad, las oportunidades para aplicar este conocimiento y la aplicación real de la misma. No es necesario conocer todo acerca de la historia natural de una enfermedad para iniciar medidas preventivas, pero en muchos casos el éxito completo no puede ser alcanzado porque la información actual es demasiado escasa.

Sin embargo, la interceptación de cualquiera de las causas en cualquier etapa de la pre-patogénesis o posterior puede tener su efecto en el proceso mórbido, impidiendo su desarrollo ulterior a lo largo de líneas perjudiciales para la salud del hombre. La prevención puede lograrse en el período de pre-patogénesis mediante medidas diseñadas para promover la salud óptima general o por la protección específica del

hombre contra los agentes patógenos o el establecimiento de barreras contra los agentes en el medio ambiente. Estos procedimientos se han denominado prevención primaria.

Tan pronto como el proceso de la enfermedad es detectable⁶, temprano en la patogénesis, la prevención secundaria puede lograrse mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento rápido y adecuado. Cuando el proceso de patogénesis ha progresado y la enfermedad ha avanzado más allá de las primeras etapas, la prevención secundaria también puede realizarse mediante un tratamiento adecuado para prevenir la enfermedad y limitar la discapacidad. Más adelante, cuando se hayan fijado los defectos y la discapacidad, la prevención terciaria se puede realizar mediante la rehabilitación.

3.2 EL QUEHACER RAZONADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON BASE EN LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

“Los que se enamoran de la práctica sin la teoría son como los pilotos sin timón ni brújula, que nunca podrán saber a dónde van”. Leonardo Da Vinci

La ciencia y el conocimiento avanzan minuto a minuto. La enfermería progresa mediante la praxis realizada por mujeres y hombres que con o sin vocación han decidido ejercer el cuidado a individuos y comunidades. El estudio del saber generado por esta práctica, más una adecuada organización, darán como resultado diversas teorías de enfermería, que expliquen la fenomenología experimentada, por aquellas personas que ofrecen un servicio de enfermería. Dan un eje metódico, pero ajustable a la situación de cada persona o de cada grupo. Un pensamiento razonado basado en la evidencia antes de intervenir y un nivel emocional sano que otorgue empatía situacional en la población a cuidar, tiene mayores posibilidades de ofrecer mejores resultados esperados.

Es por eso que es relevante tomar como guía el pensamiento razonado de Dorothea Orem para entender el cuidado de enfermería que se otorgó a múltiples grupos juveniles durante la investigación.

Orem define que el autocuidado es una función reguladora que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Lo describe como un sistema de acción y se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano. Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y de desarrollo⁹.

Para tener calidad en nuestro autocuidado, se necesita un consejo formulado, también conocido como requisito de autocuidado, acerca de las actividades que se llevarán a cabo porque se sabe que son necesarias para la regulación de los aspectos de funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones

específicas. Este requisito de autocuidado comprende dos elementos: 1. El factor que se debe controlar o administrar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, el bienestar personal y la salud. 2. La naturaleza de la acción requerida. Con estos requisitos de autocuidado formulados y expresados se establecen los objetivos y las razones por las que se emplea el autocuidado.

Orem, propone ocho requisitos universales para los diferentes ciclos de vida; y tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Estos son: El mantenimiento de un aporte suficiente de aire, el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, el aporte de un mantenimiento suficiente de agua, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excreción, el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal; definiendo a esta última como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Cuando existe una relación dificultosa entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado se entiende que es un déficit de autocuidado. La idea central de este término es que las necesidades de las personas que pueden precisar de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador, o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

Es aquí donde las series y secuencias prácticas deliberadas de enfermería entran en acción, actuando de acuerdo con las necesidades de autocuidado de las personas para

proteger y regular el desarrollo de la actividad de dicho autocuidado. A esto, Orem lo dio a conocer como sistemas de enfermería. En otras palabras, se refiere a “la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo el personal de enfermería con el objetivo de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados. De igual manera, Orem clasificó estas acciones en cinco modelos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia del personal de enfermería, con la persona: Actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo. De esta manera, define los sistemas de enfermería en totalmente compensatorio, cuando el personal de enfermería proporciona la totalidad de cuidado terapéutico a la persona, parcialmente compensatorio, cuando el personal de enfermería y la persona realizan conjuntamente el cuidado; y educativo de apoyo cuando el personal de enfermería ayuda a las personas o grupos a adquirir conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado.

López Díaz explica que al activar alguno de estos sistemas, el profesional de enfermería debe considerar los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Estos a su vez están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimiento, hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de los objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria. De igual manera, López plantea que la teoría general de Orem ha sido utilizada en el ámbito institucional y comunitario en diversos grupos etarios, entre ellos en adolescentes¹⁰.

Por último, respecto a la teoría de Orem, señala los métodos de ayuda que son: actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, además de mantener un entorno que fomente el desarrollo personal y enseñar. Estos son seleccionados y combinados en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento de enfermería y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud.

Derivado del planteamiento de Orem, sobre el déficit de autocuidado en el cual contribuyen una serie de limitaciones y características propias de las personas que las vuelven vulnerables e incapaces de conocer los requisitos necesarios para cuidar de su salud, distinguimos la necesidad en los adolescentes por adquirir/reforzar estilos de vida saludables que fortalezcan sus requisitos universales de autocuidado a través del sistema de enfermería educativo y de apoyo, con base en el quehacer razonado del personal de enfermería; por medio de un programa de salud.

3.3 SALUD PÚBLICA

“Ciudadanos sanos son el mayor regalo que cualquier país puede tener”. Winston Churchill

El término pública hace referencia como aquello que interesa a todos y se enfoca al bien común de la sociedad.

Winslow otorga por primera vez una perspectiva de la salud pública moderna con la siguiente definición: Es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la buena salud física, por medio de los esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento ambiental, el control de las infecciones de la comunidad, la instrucción personal en los principios de la higiene individual, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y la prevención de enfermedades, así como el desarrollo de la maquinaria social de la cual se asegure a cada persona un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. En esta definición conceptualiza su contexto sanitarista y como un movimiento social para lograr mejores niveles de salud y mayor equidad en salud.

Actualmente el objetivo de la salud pública es mejorar la salud y el bienestar de la población. Sus acciones inciden sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud, sobre la prevención de epidemias, y el control de enfermedades; sobre la protección contra riesgos ambientales, la prevención de daños a la salud, la promoción y fomento de comportamientos saludables, la respuesta organizada y oportuna a los desastres, y la garantía de calidad y accesibilidad a los servicios públicos de salud¹¹.

De acuerdo a Malagón Londoño, se entiende que la salud pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorar su convivencia y calidad de vida; que, a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de concepción hasta la muerte. La salud pública no solo se refiere al ser humano ausente de

enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia, para el mejoramiento de las condiciones personales y las de la sociedad a las que pertenece¹².

La Organización Panamericana de la Salud a través de las siguientes Interrogantes: ¿Cómo desarrollar estrategias que apunten al fortalecimiento de las acciones de salud pública? ¿Qué competencias y habilidades se deben esperar entre los distintos profesionales que componen la fuerza de trabajo de la salud pública?; Definió una serie de funciones que corresponden a una mezcla de procesos, prácticas y resultados. Hoy en día, dichas funciones han impulsado un movimiento mundial que ha permitido a los diferentes gobiernos organizar los programas y acciones de la salud pública. En México las acciones son las siguientes

1. Monitor y análisis de la situación de la población.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud.
5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyen a la rectoría sanitaria nacional.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
11. Reducción del impacto de las urgencias y desastres en la salud (esta incluye la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante desastres).

3.3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Partiendo de la perspectiva de Martínez-González⁶, la promoción de la salud es aquel conjunto de actividades que abarcan el fomento de estilos de vida, y otros factores sociales, económicos, ambientales y personalmente que favorecen la salud, no sólo para protegerla, sino para incrementarla tanto a nivel individual como colectivo.

La promoción de la salud busca poner más el foco de atención en lo positivo, es decir en incrementar globalmente el nivel de salud. Inicia de la idea de hacer más fáciles las elecciones sanas. Para este fin resultan claves los determinantes sociales de salud que pueden controlarse desde ámbitos no sanitarios (educación, políticas familiares, ambientes, medios de comunicación masiva y entretenimiento, vivienda, economía, tráfico, comercio, agricultura y empleo).

Con el enfoque del informe Lalonde⁷ y sus determinantes sociales la promoción de la salud se convierte en una estrategia institucionalizada que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención, y fortalecer la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas. Entendido esto la promoción de la salud representa un proceso que habilita a las personas en el mejoramiento y control sobre su salud fortaleciendo el autocuidado, la mutua ayuda, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y creando ambientes favorables a la salud. Los gobiernos se darán a la tarea de poner en práctica políticas y acciones con dichas ideas mediante el avance simultáneo por tres direcciones: impulsando la participación de la población, fortaleciendo la provisión de servicios comunitarios de salud y estableciendo una política pública saludable.

Una de las visiones más amplia de la promoción de la salud, surgió en la primer Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá en 1986: La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La carta de Ottawa establecido cinco estrategias para dirigir la promoción de la salud:

1. La necesidad de construir políticas públicas que contribuyan al logro de la salud universal.
2. La creación de entornos saludables y sustentables.
3. La movilización consciente y empoderada de la población para la acción colectiva sobre los determinantes de salud.
4. El desarrollo de capacidades de las personas para enfrentar problemas y tomar decisiones saludables en el control de procesos vitales.
5. Las necesidades de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad y hacia el cuidado de la salud.

Y este proceso puede lograrse de acuerdo a Epp¹³ mediante tres mecanismos relevantes: Autocuidado o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud. Esto se refiere a las decisiones tomadas y a las practicas adoptadas por una persona con la intención específica de conservar su salud. Como segundo mecanismo encontramos la ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a las otras. Este mecanismo hace énfasis en el esfuerzo que hacen las personas para corregir sus problemas de salud, colaborando unas con otras. Y como ultimo mecanismo, sugiere el desarrollo de entornos sanos. Ello implica adaptar o alterar nuestros entornos sociales, económicos o físicos de forma que nos ayuden a conservar y también a aumentar nuestra salud.

El reconocimiento de las crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población, en el seno de las XXVIII y XIX Asambleas Mundiales de la Salud (1975 y 1976) se realizó una amplia discusión que resulto en un compromiso de los países miembros para esforzarse en mejorar de manera significativa la salud de los individuos y comunidades en los siguientes 25 años con miras en el nuevo milenio. Este acuerdo fue sintetizado en un lema breve de fuerte significado social, más que programático-administrativo: *“Salud para todos en el año 2000”* ¹⁴

La idea era que los gobiernos dirigieran firmes acciones para que todas las personas alcanzaran un mínimo de vida digna y saludable, la fecha comprometida pretendía establecer un plazo factible memorable para que todos los países tuvieran preparadas planes, estrategias y acciones que dieran más posibilidad de alcanzar esos niveles de desarrollo humano en plazos variables pero definidos.

El siguiente esquema señala un marco para la promoción de la salud, integrando como eje de partida el acuerdo principal “*Salud para todos en el año 2000*” con los tres mecanismos intrínsecos de la promoción de la salud.



3.3.1.1 Promoción de salud en escuelas de nivel medio superior.

¿Es posible que los educadores de salud impacten favorablemente en el estilo de vida de los adolescentes con métodos tradicionales de enseñanza? Conocer el mecanismo por el cual se aplica una correcta promoción de la salud en escuelas de nivel medio superior, implica el entender y el comprender una serie de mecanismos socio emocionales derivados de la adolescencia, y su interacción con el sistema educativo. Estos mecanismos se abordarán con mayor detalle en el apartado 4.4.2. Por el momento basta con señalar que los adolescentes son seres que buscan día a día desde la pubertad, una identidad que los posicione en un grupo social con pensamientos, y expresión de emociones similar a su esencia individual. Estos grupos, también denominados grupos de pares, son un lugar en el cual el adolescente intenta identificarse e identificar diversos modelos de variedad social, lo que implica ir incorporando nuevos valores y costumbres, posiblemente ajenas a la tradición familiar, conllevando así a un debate constante entre tutores-docentes y adolescentes. Respuestas rebeldes por parte del adolescente, pueden ser el resultado de una constante oposición a los modelos estrictos que se llevan a cabo como ideas de educación.

Regularmente en la mayoría de escuelas de nivel medio superior, el número de alumnos por aula oscila entre los 30 a 38. En este estudio se detectará la superioridad de estas cifras. Analizar estas cantidades nos hace pensar la existencia de un total elevado de grupos pares; grupos de personas con una corta edad de vida, y con un gran potencial de desarrollar ideas de acuerdo a valores, creencias y modelos que con el conocimiento adquirido de cualquier forma, ponen en práctica para certificarlo o descartarlo (de ahí podría entenderse ciertas conductas de riesgo) y dar significado a la información receptora por parte de sus docentes y tutores, encargados de su óptimo crecimiento y desarrollo. Entonces, los tutores, los docentes y el personal encargado de su salud reflexionan las siguientes interrogantes: ¿Qué, cómo, cuándo, en dónde y por qué debemos enseñar los aprendizajes de diversos aspectos de la vida? Cuando un adulto se toma treinta minutos para reflexionar el contenido de los medios de comunicación masiva (internet, streaming, tv, radio, periodismo o revistas, Facebook, Instagram, tik tok) detectara un universo de información al alcance de toda la sociedad que se está

adelantando a proporcionar información que impactara positiva y/o negativamente en el desarrollo psico-social de los adolescentes. El pensar que el adolescente tiene una total carencia de criterios para analizar, sumar o descartar conllevaría a dictaminar al adolescente como un ser discapacitado de tomar sus propias elecciones. Restringir el acceso a toda esa información, no parece ser el mejor de los planes a mediano o largo plazo. La curiosidad y la inquietud de querer aprender los llevará a cualquiera de esos puntos. Y con un razonamiento incorrecto de esa información puede potencializar múltiples riesgos a su vida o salud.

Aprender a vivir en esta nueva realidad de cumulo de información implica tanto como para tutores, docentes, adolescentes y personal de salud entender el contenido que estamos percibiendo, el reflexionar y comunicar de ser necesario con alguien más experto antes de actuar. El poner en marcha el potencial de crítica constructiva con el que ya cuentan la mayoría de adolescentes y el entender cada necesidad que tienen a nivel individual y colectivo sientan las bases para poder establecer una saludable comunicación.

La adolescencia trae consigo un gran caudal de posibilidades y potencialidades, una capacidad de cambio y cuestionamiento que permite generar y promover nuevas estructuras. El adulto que pueda dejar de defenderse contra este empuje creativo e innovador del adolescente, que pueda instalarse en el terreno de la incertidumbre, de lo que hay aún por hacer, que soporte las preguntas a las que la adolescencia nos arroja inevitablemente; aquel que pueda estar abierto a escuchar y tener una mirada más amplia e ingenua para traspasar lo aparente, será quien se encuentre con el adolescente y logre brindarle un lugar en el cual apoyarse y crecer. De esta manera podrá propiciarse el encuentro, para intercambiar desde las diferentes experiencias de crecimiento mutuo.

La adquisición de aprendizajes de diversas temáticas conlleva una serie de modelos, técnicas y métodos de enseñanza que harán probable la apropiación de estos estudios. Enseñar ciencias exactas o naturales como la química, biología, o matemática posiblemente requiere un método más técnico. Algo así como una receta de cocina, paso a paso. Pero el enseñar salud a un adolescente implica mucho más que una serie de

pasos. Antes de enseñar salud es necesario involucrarse en el contexto social de la realidad del adolescente. Entender que los programas educativos son una serie de modelos estandarizados que imponen y centra la mayoría de enseñanza en la transmisión de información. Dejando al adolescente con un déficit de comprensión, de análisis, y de aplicación de todos estos datos informativos. El adolescente es razonable, y tiene un gran potencial de ingenio para la búsqueda de soluciones o alternativas.

Es aquí donde el promotor tiene la oportunidad de reestructurar el modelo educativo de salud tradicional en el que únicamente se ofrecen datos sin sugerirles oportunamente un análisis o el pensamiento de novedosas ideas en las que puedan dar solución a diversas temáticas. Fomentar el dialogo grupal, el intercambio de saberes, el error como aprendizaje, una participación grupal y sobre todo un respeto por la singularidad de ideas puede desarrollar un mejor impacto las herramientas que se les proporcione al adolescente para cuidar su salud y la de su comunidad.

Como redacta Gofman¹⁵, Para promover la salud en la escuela, es necesario también promover la salud de la escuela. Las metodologías participativas constituyen una herramienta privilegiada para la promoción de la salud individual, institucional y comunitaria. Los talleres lúdico-creativos son un camino posible. En este marco, los adolescentes pueden reunirse con sus pares, intercambiar experiencias y crear proyectos en común, a fin de adentrarse paulatinamente en el mundo adulto.

3.4 COMUNIDAD Y ADOLESCENTES.

3.4.1 LA COMUNIDAD Y LOS GRUPOS ETARIOS.

De acuerdo a múltiples autores expertos en materia, definir comunidad constituye un reto por la dificultad que implica la traducción de términos operativos. A pesar de esto, se han ofrecido definiciones conceptuales que ofrecen ideas que guían y demuestran la estructura de este conjunto de personas que es clave para la aplicación de intervenciones educativas en materia de salud. El glosario de Promoción de Salud de la OMS (OMS1998) define la comunidad como un grupo específico de personas que, a menudo, viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado al largo del tiempo.

Para Ander-Egg (1993) la comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan, de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia, de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto¹⁶. Desde la perspectiva de la sociología, para Aguilar Idañez (2021) una comunidad es una agregación social o conjunto de personas, que en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local, y como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios) de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.

Los grupos etarios hacen referencia a la clasificación por edad de una población o comunidad. Para efectos prácticos se puede considerar seis grandes grupos de población, aproximadamente equivalentes a infancia, juventud, juventud adulta, adultez intermedia y, adultez más avanzada, hasta la edad media de jubilación y jubilación (menos de un afro, 1-14, 15-24, 25-44, 45-64 y 65 años).

3.4.2 SALUD COMUNITARIA

Una vez que conocemos el significado de salud y entendemos el significado de comunidad podemos comprender que la salud comunitaria es la capacidad colectiva de adaptación positiva a los cambios del entorno. También podemos entenderla como la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales. La salud de la comunidad depende de la influencia de múltiples determinantes entre los cuales destacan los factores colectivos de carácter social, las condiciones de vida de las personas y los valores morales y culturales predominantes¹⁷.

3.4.2.1 Programas e intervenciones de promoción de la salud comunitaria.

A menudo se denomina salud comunitaria al conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida. La clave para establecer una correcta promoción de salud comunitaria en algún grupo con cualquier característica sociodemográficas consiste en fomentar las capacidades de una comunidad y sus individuos para poder resolver sus problemas, lo que requiere algo más que una mera actividad. Afrontar problemas importantes, como la violencia doméstica, la obesidad, o la drogadicción solicita intervenciones complejas que constituyen verdaderos procesos, con varios actores y una serie de pasos. Esto implica que el personal de salud o promotor de salud buscara una adecuada estrategia de acuerdo a las diversas características de la población a trabajar para echar andar un accionar comunitario para mejorar la salud, que de acuerdo a la OMS se refiere al conjunto de esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia mejorarla. Esto se puede entender como un proyecto colaborativo, intersectorial y multidisciplinar que utiliza abordajes de salud pública, de desarrollo, comunitario e intervenciones basadas en la evidencia para implicar y trabajar con las comunidades de manera adecuada a sus valores culturales para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas. Las acciones de promoción de la salud comunitaria se

pueden llevar a cabo de múltiples maneras. Uno de estos aspectos constituye al empoderamiento de las personas y de las poblaciones respecto del control de los determinantes de su propia salud. Y esto supone el ejercicio de la autonomía o de la libertad, personal y colectiva y por ello la asunción de la responsabilidad individual y social de ejercerla. Y para lograr este empoderamiento se requiere la participación activa de todos los agentes comunitarios, la cual se abordará más adelante.

3.4.3 ADOLESCENTES Y ADOLESCENCIA.

La adolescencia¹⁸ es el periodo de vida comprendido entre la niñez y la edad adulta que comienza con la pubertad y los cambios físicos que en ella se producen y en la que el niño niña empieza a buscar y reclamar su identidad, autonomía e independencia. Esta definición tiene un enfoque sociocultural, y es importante reflexionar la carencia de una idea en la adolescencia en sociedades antañas y actuales.

La adolescencia desde una perspectiva psicosocial presenta como hito clave el descubrimiento de un objeto sexual que representa el abandono de posiciones características de del desarrollo psicológico adolescente; esto es precisamente lo que se asimila a búsqueda de identidad, puesto que estos menores de edad pasan de hacer preguntas sobre quienes son a afirmar que tienen una personalidad propia. Es en esta etapa cuando se necesita guías que orienten respecto a pautas de comportamiento, padres que los escuchen y faciliten su desarrollo y a la vez recuerden las normas socialmente aceptadas.

Bajo otra perspectiva la adolescencia es una época en la que, por un lado, el individuo tiene una serie de transformaciones corporales y por otro, modifica su estructura de pensamiento al variar su concepción del mundo debido a que en esta etapa empieza a cuestionar los valores familiares y sociales.

Dulanto menciona con el objetivo de diferenciar procesos adaptativos a la sociedad establece una serie de características que hacen un adolescente “normal”¹⁹. Por el simple hecho de transcurrir el proceso de adolescencia en un marco cultural, ya se considera el significado de la palabra normal. En el diccionario significa aquello que marca la pauta,

todo aquel y aquello que se ajusta a las normas y reglas. Para Dulanto los adolescentes normales son aquellos que tienen conductas manifiestas a la apertura de confianza, estableciendo buenas relaciones con los pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también tienen habilidad para prenderse y desprenderse de los padres y amigos con asombrosa rapidez sin acongojarse. La normalidad de este proceder es la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares en vez de crear conflictos. Este tipo de adolescentes desarrollan cada vez mayor autoestima, lo que a su vez otorga confianza y permite el desarrollo de una conducta segura, abierta y participativa con la familia y la sociedad. De igual manera mantienen un optimismo respecto al futuro fijándose oportunamente metas alcanzables.

Una vez entendiendo este eje que puede otorgar un panorama de lo que se considera normal, se puede determinar lo contrario, que sería un adolescente con conductas normales. Un comportamiento puede considerarse anormal cuando de manera persistente se desvía de la normalidad establecida por la familia, escuela y comunidad y cuando perjudica particularmente el logro de una metodología, actitud o conducta que permita adaptarse de manera eficaz a la tarea social.

Las pistas para saber si una conducta adolescente es norma o anormal son de acuerdo con psicólogos las siguientes:

1. La normativa de la adolescencia es adaptativa
2. El desarrollo psicosocial transcurre en un esquema y clima de armonía y continuidad
3. Hay siempre una estabilidad emocional básica
4. Puede aparecer un proceso gradual de la integración de la identidad (el proceso se manifiesta a diferentes velocidades, dependiendo de la cantidad de estímulo, oportunidades, compañía, libertad y apoyo de la familia y el medio social brinden)
5. La socialización quizás se desarrolle en un proceso armónico con los padres o tutores.

3.4.3.1 El adolescente en sociedad: Los pares y los grupos

La circunstancia que enfrentan los adolescentes en la sociedad es particularmente una situación de análisis. En esta etapa de la vida existe un enfrentamiento que contrapone dos escenarios sociales de diferente conformación: El espacio relativamente cerrado y protegido de la familia y el horizonte abierto, amenazador e impredecible de la sociedad. El paso de uno a otro escenario se ha convertido en una problemática tanto para la juventud como para la sociedad. Dada esta situación, surge la necesidad de mantener el análisis que tiene el papel de apoyo que la familia brinda.

La adolescencia aparece, así como el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental y social de las personas, y de las tendencias socioeconómicas y las influencias culturales específicas. Todo este conjunto genera los patrones de conducta de los adolescentes. Estos procesos parecen ser más observables en zonas donde la población juvenil se encuentra en transcurso de modernización.

Las variaciones culturales¹⁵ en cuanto a cuidado de la salud se relacionan claramente con la etnicidad cuya población incluye una gran diversidad cultural; entendiendo por etnicidad la identificación de individuos con una cultura determinada, similar a la manera de referir y diferenciar: “Soy chilango y me gustan las guajolotas o soy regio y me agrada la carnita asada”. Diversos aspectos conductuales originados en pautas culturales que no son parte del sistema médico tienen gran importancia en la determinación de problemas de salud específicos que enfrentan los adolescentes. De igual manera que se ejemplificando a los patrones dietéticos, también se señala, las conductas sexuales, la actitud frente al ejercicio físico, el equilibrio dedicado al trabajo y al descanso o las decisiones tomadas referentes a sustancias con potencial adictivo.

Todas las sociedades disponen de instituciones encargadas de la integración de individuos a su comunidad cumpliendo paralelamente la protección de la salud física y general. La buena eficacia de dichas instituciones son temáticas de otro estudio. Bajo esta situación el adolescente es producto de un aprendizaje socialmente condicionado a través de la historia y la cultura sobre una base biológica y sometido a las restricciones surgidas de los demás aspectos sociales como la economía local. Los aprendizajes

configuran el proceso de socialización, el cual tiene por objeto asegurar la conformidad de un nuevo miembro de la sociedad con los patrones de la cultura regional.

En la etapa juvenil los componentes fundamentales de la red de apoyo social son la familia, el grupo de pares, o amigos e instituciones educativas.

El papel de las amistades toma un papel sumamente importante en el desarrollo psicosocial del adolescente, al cumplir un rol afectivo y socializador, fundamentan las redes sociales, brindan por un lado consejos para la solución de los problemas, y por otro ayudan a reafirmar la autoestima, así mismo pueden brindar un repertorio variado de funciones. Los amigos resultan primordiales para la elaboración de dimensiones de la identidad tales como el enriquecimiento interpersonal, los valores, los papeles sexuales, el reconocimiento de destrezas, la ampliación de las opciones y de la participación social. Estudios analizados por Stevens-Long¹⁵ y Cobb revelan que los adolescentes tienen interacciones significativamente más frecuentes con sus pares que con adultos, en las que se sienten más relajados y demuestran mayor felicidad. De igual manera un estudio efectuado en Costa Rica, confirma que dos tercios de los adolescentes predominan las actividades realizadas con sus amistades, la participación en grupos organizados alcanzó a una cuarta parte de la población.

Slavson identifica las características constitutivas de los grupos y señala que donde hay acción en grupo también hay interacción entre sus miembros. Esta interacción dependerá de la libertad con que las personas se asocien, el tipo de liderazgo que ejerzan, la presencia de propósitos comunes, el grado de cohesión derivada de la identificación mutua y la disposición a ser asimilado por un grupo. En la cohesión grupal predominan los aspectos emocionales que llevan a un sentimiento básico de aceptación mutua y aun afecto compartido que puede ser de simpatía u hostilidad hacia el líder o situación.

Se puede distinguir diferentes tipos de grupos en la adolescencia. Se puede analizar según su grado de reconocimiento y legitimidad social, de acuerdo a las necesidades psicodinámicas que expresan o satisfacen, o según su edad o sexo.

A continuación, se presenta una tabla clasificatoria con diversas características de agrupaciones juveniles. Su objetivo principal es profundizar en dichas características principales de los grupos en relación con el desarrollo adolescente.

Grupos según su función psicodinámica	Grupos formales e informales	Grupos por edad	Grupos por sexo	Grupos trasgresores.
Se caracteriza por una contribución de joven a joven en la resolución de conflictos psicológico y de apoyo. Señala a los amigos como depositarios de sentimientos que no se pretenden compartir con alguien más. Estos grupos suelen ayudar y contener a jóvenes que no encuentran en su hogar un ámbito de	Este tipo de clasificación hace referencia al grado de estabilidad, cohesión y legitimidad. Los primeros grupos cuentan con un alto grado de vinculación y mantienen un objetivo en común. Son reconocidos por instituciones. Los grupos informales suelen ser esporádicos y	La edad es una característica que mantiene la estabilidad de un grupo. Edades similares tendrán mayor posibilidad de mantener el vínculo afectivo en comparación a una dispersión de edades dentro de un grupo.	Regularmente en esta etapa de la vida hombres y mujeres difieren con respecto a las características de las relaciones interpersonales que establecen. Para los varones es fundamental desarrollar sentimientos de fuerza personal e inhibir toda clase de expresión emocional. Las mujeres	Son grupos que en diversos procesos de su desarrollo han manifestado rechazo, discriminación, burlas. Y con el objetivo de alcanzar sus propias metas de carácter ajeno a lo socialmente establecido, se organizan a manera de pandillas buscando su propio desarrollo a expensas de actos

comprensión y seguridad apropiado para ellos.	tienen la posibilidad de regularse conforme pasa el tiempo.		procuran relaciones cercanas y de ayuda mutua.	agresivos, vandalismo y en casos complejos la delincuencia.
---	---	--	--	---

La actividad grupal es parte de la inserción social y le equilibrio personal de la mayor parte de las etapas del ciclo vital humano. La adolescencia es sin embargo, el periodo en el cual dicha actividad cumple la función crucial de brindar alternativas de socialización, imprescindibles para la satisfacción sus necesidades de ampliación y de desarrollo personal.

3.4.3.2 Vínculo comunicativo de adolescentes con sus tutores.

¿Existe en realidad un vínculo efectivo de comunicación entre tutores y adolescentes? En efecto se sabe que si existe un vínculo de comunicación entre tutores y adolescentes por el simple hecho del diálogo que la gran mayoría pueden entablar día a día. Determinar que sea efectivo implica el estudio de múltiples variables que dependen del contexto de desarrollo dentro de adolescentes como de tutores.

Actualmente los tutores compiten con otros mecanismos socializadores tradicionales y no tradicionales, tales como los medios de comunicación masiva, organizaciones juveniles públicas y privadas. Esto hace valorar el nivel de armonía o disonancia entre diversos agentes de socialización y sus inevitables consecuencias para el desarrollo de la personalidad. Pese a verse obligados a compartir su función socializadora, los tutores siguen desempeñando un papel decisivo en la formación del adolescente. Existen pruebas abundantes y bien conocidas de la relación disfuncional joven-tutor y las conductas riesgosas de los adolescentes.

Para enfrentar el reto de fortalecer este vínculo de manera eficaz es conveniente revisar las funciones de los padres o tutores que son importantes para el desarrollo de

socialización y el bienestar de los adolescentes. Alvyn señala cinco funciones esenciales: provisión de recursos básicos para la subsistencia, el cuidado del hogar, la protección y seguridad social del adolescente, la orientación y promoción del desarrollo físico y psicológico del joven y la defensa y apoyo de la causa juvenil ante la comunidad o sociedad.

Diversos estudios han expuesto la perspectiva de jóvenes respecto a su interacción familiar. Para ellos, constituye una inquietud importante. En efecto las indagaciones grupales muestran que uno de los temas mencionados frecuentemente con especial preocupación, es el de las relaciones familiares, en particular como mejorar la comunicación con los padres. El sistema familiar, sobre todo en medios urbanos marginales y zonas rurales, obedece en general a una estructura altamente jerarquizada en las relaciones interpersonales. El autoritarismo en la relación de pareja se repite entre padres e hijos, y también entre los hermanos mayores y menores. Esta asimetría puede derivar en abuso hacia los miembros más débiles del grupo familiar. Los jóvenes perciben claramente este riesgo implícito en la necesidad de ser mejor comprendidos por sus padres. Cuatro han sido las problemáticas que las percepciones adolescentes han señalado en múltiples estudios:

1. La interacción entre los miembros de la familia. A los adolescentes parece molestarles la conducta sobreprotectora o represiva de los padres como la excesivamente permisiva.
2. La comunicación interpersonal, que hace hincapié en el contenido de la relación. Los adolescentes sienten que hay dialogo, pero escasa comunicación real en el contacto con los padres, fundamentalmente porque estos no enfrentan los temas más candentes en forma directa. Los espacios de comunicación familiar se limitan por lo general a las horas de comida, y se relata que es muy frecuente que los miembros de la familia tengan horarios diferentes.
3. Los estímulos y sanciones: Gran parte de las percepciones negativas de los jóvenes está centrada en los permisos. Las quejas preponderantes fueron la

desconfianza de sus padres que consideran injustificada. La falta de claridad de las reglas y su inconsistencia.

4. Intimidad. Se refieren a un espacio de respeto por sus propios intereses y preocupaciones más que a la falta de un espacio físico.

La importancia que los padres y los jóvenes le asignan al vínculo comunicativo corrobora el valor de la familia como factor de apoyo a la socialización y el desarrollo biopsicosocial de adolescentes. El apoyo externo a los padres para que puedan desempeñar satisfactoria y sanamente el papel protector del desarrollo de jóvenes, emerge como una tarea que se ira multiplicando y perfeccionando mediante el estudio de nuevos modelos de crianza adaptados a cada comunidad²⁰.

3.4.3.3 Principales necesidades de salud en la comunidad juvenil

Un análisis epidemiológico presuroso indica una alta incidencia en problemáticas de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y problemáticas de drogadicción en grupo juveniles de 10 a 19 años²¹. Problemáticas que conllevan un contexto violento en su entorno y dan apertura a una alta tasa de homicidios y suicidios en este grupo. A partir de estos datos pareciera (a percepción del investigador) que la mayoría de las intervenciones educativas para la salud de este grupo están dirigidas a estas situaciones. A consideración de la eficacia de estos programas, tienen altas posibilidades de resolver las dificultades presentes de los adolescentes.

Partiendo de este punto, es de suma importancia considerar la existencia de otras temáticas relacionadas al proceso salud y enfermedad de adolescentes. Temáticas enfocadas al estilo de vida que llevan los adolescentes que están estrechamente relacionadas con la derivación de las ya mencionadas.

3.5. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Para entender el significado de estilo de vida saludable, es indispensable comprender que cada persona manifiesta una serie de comportamientos y conductas que reflejan el estado emotivo, las creencias y los hábitos consolidados, así como el vínculo que tienen con su entorno que es el fruto de la interacción entre las condicionantes socioculturales y personales. Esta interacción realza el atractivo de algunos modos de vida sobre otros. Los comportamientos son determinados por factores internos y externos que a continuación se señalan.

D. DE COMPORTAMIENTO INTERNO	D. DE COMPORTAMIENTO EXTERNO
ÁREA COGNITIVA -creencias -autoeficacia -atribución de las causas	-Acceso a servicios sanitarios con calidad -entorno físico
ÁREA AFECTIVA -emociones sociales -autoestima -actitudes -grado de adhesión a las normas sociales -resistencia a la presión de grupo	-situación laboral -Posición socioeconómica -educación y acceso a información adecuada -apoyo social -transiciones vitales
ÁREA DE LAS HABILIDADES -habilidades personales -habilidades sociales -habilidades psicomotoras	-ámbito comunitario -patrones culturales.

El estilo de vida es una categoría sociológica que refleja las formas típicas, estables y repetidas de la actividad vital de las personas²². Esto refleja lo social en lo individual. La OMS (1998), define el estilo de vida como la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento (coloquialmente llamados hábitos) identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Comprende creencias, valores, actitudes y comportamientos en relación con la dieta, ejercicio, el patrón regular del sueño, el uso de drogas, la sexualidad, manejo de estrés y emociones, etc.

Para Eduardo Menéndez, los estilos de vida se entienden como aquellos comportamientos que desarrollan los sujetos y los grupos intencionalmente, pero a partir de las condiciones estructurales de orden socioeconómico y cultural que están insertos.

Es fundamental entender que no todas las personas y grupos tienen las mismas posibilidades ni oportunidades para elegir y modificar sus comportamientos (adelgazar, hacer deporte, dejar de fumar o beber). Por tanto estos últimos no son totalmente responsabilidad de la libre elección de la persona, si no que están condicionados por los determinantes sociales de la salud.

Existe evidencia sólida sobre que el estilo de vida de una persona o una comunidad tiene el potencial de condicionar el nivel de salud. Y esto sencillamente podría resumirse en: a mayores excesos, habrá mayores posibilidades de deteriorar la salud. A lo que llamamos estilo de vida saludable hace referencia a las tomas de decisiones más adecuadas por parte de individuos y comunidades de acuerdo a sus circunstancias sociopolíticas para mantener y mejorar su salud.

Los estilos de vida que son poco saludables se pueden cambiar incidiendo en los factores predisponentes a través de la promoción de la salud y la educación para la salud. En el siguiente subtema se abordarán aspectos relevantes para que el personal de salud otorgue educación para la salud que tenga mayores posibilidades de desarrollar un

cambio positivo en la toma de decisiones de individuos y comunidades que influya positivamente sobre su salud.

Palmar señala que la adolescencia es una etapa vital de cambios e incorporación de nuevas conductas y roles sociales por lo que es una fase de transición. Los adolescentes son de otra forma en función de las posibilidades que tienen de serlo, de las dinámicas de las interacciones y de las respuestas que reciban de las instituciones adultas que los rodean.

Hay que tener presentes las culturas que crean y ponen de moda sus estilos de vida, las maneras de construir su identidad y los grupos a los que se incorporan o aquellos a los que aspiran a ser parte. Por tanto, no se puede abordar la adolescencia en general, si no la de determinada comunidad o grupo social. De la misma forma el peso de los determinantes más importantes relacionados con los principales problemas de salud que les afecta se distribuye de manera diferente según los grupos de edad, sexo o clase social.

3.6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Existen diversos enfoques que explican cómo llevar a cabo el proceso de la educación para la salud. La perspectiva principal que se tomó para esta investigación es la de Ana María Palmar Santos, vicedecano de la Universidad Autónoma de Madrid con apoyo de su bibliografía Métodos Educativos en Salud. En comparación con otros autores sin menospreciar su trabajo, logra adaptarse al enfoque social de esta investigación.

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

La educación para la salud tiene como objetivo principal la mejora de la salud colectiva, entendiendo que la persona forma parte de un conjunto social, Su foco de acción e intervención no son las conductas aisladas, ya que estas constituyen realidades fragmentadas del comportamiento, sino el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuren estilos de vida saludables.

Menéndez explica que educación e información no son términos equivalentes. Transmitir información no es lo mismo que educar. Educar no es informar ni persuadir. La educación es un proceso intencional, por el cual las personas adquieren mayor conciencia de su realidad y del entorno que las rodea al ampliar los conocimientos, los valores y las habilidades que les posibiliten el desarrollo de capacidades para adecuar sus comportamientos a dicha realidad. Su finalidad no es que lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el experto, sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones consientes y autónomas. La educación para la salud supone un intento de modificación de conductas, ya que implica promover un comportamiento alternativo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, en su proceso de socialización, todos los sujetos, y grupos humanos previamente han adquirido una educación en tanto con la salud y la enfermedad como con los factores que la protegen y que pueden suponer un riesgo.

3.6.1 PARADIGMAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y MODELOS DE INTERVENCIÓN.

Etimológicamente²³ el término educación proviene del latín educare (guiar, conducir, orientar) y semánticamente de educere (sacar a la luz, descubrir extraer). Estos dos significados distintos del término han sido la base que han condicionado el desarrollo, la evolución, y la coexistencia de dos posturas pedagógicas de referencia en el campo de la educación.

1.- Una tendencia tradicional, individualista, directiva que concibe el proceso educativo de forma vertical. Es decir, que únicamente es el profesor quien tiene la autoridad y el saber. Por el contrario, el aprendiz es concebido como receptáculo vacío de contenido que el educador debe llenar a base de transmitir, informar, explicar, repetir mientras que el sujeto educando ha de escuchar, recibir, asimilar y repetir. El punto de partida de esta tendencia se entiende como un proceso de socialización dirigido a lograr que el sujeto adquiera la capacidad de actuar congruentemente con el medio al que pertenece, mediante la interiorización de la cultura de cualquier medio sociocultural determinado. Parte de teorías educativas ligadas a las corrientes conductista, cognitiva y conductual. Por lo tanto, el sujeto aprendiz únicamente memorizará y repetirá contenidos y conductas a fin de evitar cualquier tipo de desviación.

2.- La otra tendencia se le conoce como participativa, social y no directiva, que se vincula al sentido de educere y se basa en la función de apoyo y asesoramiento. Desde este paradigma la educación tiene como fines el desarrollo personal del sujeto y la adquisición de un sentido crítico de la realidad sociocultural que lo rodea. Su punto de partida inicia de considerar el proceso educativo como bidireccional y al sujeto discente como alguien activo e implicado en el descubrimiento de la realidad, de forma que los contenidos son tan importantes como el proceso de aprendizaje y los métodos que lo facilita; así mismo esta tendencia pedagógica tiene en cuenta la base sociocultural que posee la persona, su sistema de valores y sus creencias. Por lo tanto, el papel del educador es el de asesorar, guiar y acompañar en el proceso de “aprender a aprender”

Los cimientos de este paradigma se encuentran en las teorías educativas sociologistas, ecológicas, crítico sociales y emancipatorias.

La siguiente tabla⁴ recoge los principales modelos de intervención educativa para la salud, dejando en claro que la orientación que tome la educación para la salud dependerá de los conceptos de educación y de salud de los que se parta, así como de los marcos teóricos y filosóficos empleados como referencia, los cuales pueden ser complementarios. En cualquier caso, es fundamental reflexionar los objetivos que se pretenden alcanzar con las personas y los grupos implicados, así como asegurar que los mismos son negociados y que los modelos de aprendizaje son congruentes con las diferentes estrategias planificadas en el proceso de educación para la salud.

Tabla. Modelos de intervención educativa para la salud.

Fragmento del modelo	Modelo informativo y prescriptivo	Modelo persuasivo motivacional	Modelo económico político	Modelo crítico emancipatorio
Concepto de Salud	Ausencia de enfermedad	Objetivo vital	Recurso vital	Multifactorial; determinada
Análisis de la realidad	Elude el papel de los condicionantes ambientales (físicos y sociales)	Orientado por las normas sociales dominantes. Considera los efectos medioambientales	Hace hincapié en el efecto de los factores sociales y del entorno físico en la salud	Tiene su base en el análisis de la estructura social y de los determinantes en la jerarquía del poder
Objetivos	Proporcionar información. El discente	Hacer que el discente adquiera habilidades que	Desarrollar la capacidad de análisis y	Autonomía del sujeto cognoscente

	interioriza normas de higiene y conducta	otros consideran beneficiosas para la salud	actuación (habilidades) del discente para participar en la generación de salud	para construir conocimiento y capacidad de transformación
Metodología	Transmisión de conocimientos, normas y valores	Persuasión para que se asuma la nueva conducta (conductismo)	Participación e intercambio colaborativo Aprendizaje contextual	Reflexión sobre las situaciones y los problemas de la realidad identificados por los propios sujetos
Practica educativa	Proteccionista Paternalista unidireccional	Unidireccional Controlada tecnológicamente	Bidireccional Búsqueda de la autonomía de las personas	Cogestión del proceso enseñanza aprendizaje
Papel del profesional	Prescriptivo: Es quien decide como experto	Controlador del proceso de aprendizaje	Mediador con la comunidad	Facilitador y apoyo Implicado en el proceso
Papel del educando	Obedecer: receptor pasivo. Responsable de la mala	Pasivo en la determinación del conocimiento. Activo en el ajuste a lo prescrito	Participativo: La acción tiene sentido sin los verdaderos protagonistas	Activo y cogestor de la acción educativa.

3.6.2 ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Para iniciar un proceso educativo de salud implica la necesidad de considerar las diferentes áreas de relación del sujeto con el entorno, las cuales fueron identificadas por José Bleger en su teoría sobre los ámbitos: ámbito psicosocial, que contempla la relación del sujeto con su mundo interno; el sociodinámico que se refiere a su relación con el grupo familiar y otros grupos primarios; el institucional o de relaciones con las instituciones, tales como escuela o trabajo; finalmente el comunitario que engloba a todos los anteriores. La responsabilidad de la educación para la salud recae en aquellas instancias que tienen una función socializadora, educativa o sanitaria de la que se derivan los ámbitos de actuación más relevantes.

1.- **Ámbito familiar:** La familia es el primer núcleo socializador en el que se empieza a adquirir la base de los comportamientos y hábitos relacionados con la salud: higiene, alimentación, formas de comunicación y relaciones, etc. Se reconoce que la infancia es una etapa clave para el aprendizaje responsable sobre el cuidado de la salud. En cualquier etapa de la infancia o adolescencia, una relación educativa, comunicativa, dialogante, y de transmisión de valores, como la salud, pueden dar sus frutos y contribuir con más eficacia a afrontar los cambios o las crisis que se den en cada etapa.

2.- **El ámbito escolar:** La escuela complementa la función socializadora de la familia y su papel con la educación para la salud es clave, al contar con recursos didácticos (en la mayoría de las escuelas) que permiten sistematizar el aprendizaje, mediante la aplicación de metodologías acordes a los diferentes objetivos del mismo, con la intervención en grupo, el trabajo con iguales y el desarrollo de un proceso educativo secuencial en los diferentes niveles educativos.

3.- **El ámbito laboral:** dado el tiempo considerable que ocupa el trabajo, así como el impacto que tienen las condiciones laborales en la vida, este también es un escenario

clave para la educación para la salud, en la cual no solo se dirige a la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, sino también a satisfacer las necesidades y producir cambios positivos, tanto de la organización como ambientales y de comportamiento.

4.- Las instituciones de salud y sus recursos humanos expertos en salud son agentes fundamentales en la educación para la salud, ya que pueden ofrecer apoyo, asesoría y acompañamiento en acciones educativas dirigidas a las necesidades y demandas de las personas y de los grupos. Estas funciones se pueden desarrollar de manera participativa, y dialéctica, analizando y decidiendo conjuntamente el plan a seguir a partir de las circunstancias personales y del contexto de las personas.

3.6.3 HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS PARA EL CORRECTO ABORDAJE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIFERENTES PERFILES

El intentar determinar que existe un modelo estándar del rol de educador para la educación de la salud en cualquier comunidad sería incorrecto, ya que este debe ajustar sus métodos o herramientas acorde a la diversidad de características de cada grupo o población. Sin embargo, se sabe que existe una serie de principios que darán esencia a un promotor o educador de la salud. Enfocados en modelos participativos y de construcción del propio aprendizaje podemos determinar que es de suma relevancia que el educador conozca mediante la práctica constante la valoración en conjunto con la comunidad de las necesidades principales de salud; para así poder diagnosticar oportunamente la situación y poder intervenir acorde al contexto social en el que se encuentra. Por lo tanto, esto implica el desarrollo de una gama esencial de habilidades comunicativas con las que el educador abordará a los individuos y grupos de personas en las comunidades.

Habitualmente concebimos la comunicación como el modo en el que transmitimos información a otra persona. En otras palabras, el emisor trasmite información al receptor. El objetivo es que dicha información sea entendida y comprendida por el receptor, el emisor se convierte en el responsable de comunicar. Por tanto, el comunicarse se convierte en un acto lingüístico, consciente y voluntario. En el proceso de comunicación,

en las dos direcciones que se establecen es necesario para que sea eficaz el contacto (conexión con la persona), la clarificación (entender el asunto) y el cierre (resumir).

El profesional de salud deberá desarrollar capacidades de comunicación para transmitir correctamente la información. Por lo tanto, se sugiere la adquisición del conocimiento y la práctica de algunas estrategias para lograr con mayor efectividad actos comunicativos: Practicar habilidades de discursos, practicar la retroalimentación, practicar la escucha activa y practicar la empatía. En la siguiente tabla se presentan tres perfiles de personas que en cualquier comunidad será posible de encontrar durante un proceso de educación para la salud⁴.

Perfil 1 Personas bien informadas	Perfil 2 Personas con creencias erróneas	Perfil 3 Personas procrastinadoras
<p>Estas personas dan más importancia a los resultados actuales de su conducta, que a los esperados con la modificación. Disponen de información fiable y veraz. Sus creencias están bien fundamentadas. Tienen buenos argumentos para mantener su estilo de vida.</p>	<p>Dan más importancia a los resultados actuales de su conducta que a los esperados con la modificación. Creen tener información objetiva y significativa de modo que tomando como guías la misma y la validez que le dan toman sus decisiones de salud. Sin embargo, la información que manejan no es correcta o válida.</p>	<p>Personas que creen en la necesidad e importancia de modificar su comportamiento, pero no lo hacen. Estos individuos ya saben que es necesario cambiar su conducta de salud y no necesitan más información; solo precisan ser “empujados” a llevar a cabo aquella.</p>
<p>Por tanto, lo que es necesario trabajar con ellos más que la información en si misma es el valor o la importancia de la misma. El</p>	<p>Para un correcto abordaje se abordará con ellos la técnica de preguntar. Preguntas que dirijan su respuesta a un razonamiento objetivo y</p>	<p>Para su adecuado abordaje el profesional ha de ayudar a que la persona se motive sin culpabilizarlo por su falta de decisión. Para que ellas</p>

<p>área fundamental sobre la que intervenir para cambiar las creencias son los conocimientos</p>	<p>replante su creencia a fin de que haya mayor posibilidad de generar un Insight</p>	<p>puedan tomar decisiones suelen emplear atajos mentales las que se tienen en cuenta aspectos más superficiales.</p>
--	--	---

3.6.4 TÉCNICAS DIDÁCTICAS EMPLEADAS DURANTE UN PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ENFOCADA A GRUPOS

Exposición²³:

Consiste en la presentación de un determinado contenido o materia por parte del educador. En él se utiliza la descripción, el relato y la narración de hechos, sucesos y datos. Para que este método sea efectivo, el educando debe tener dotes especiales de expositor y narrador. Debe cubrir las siguientes características: clara, precisa, libre, espontánea y el tono del educador debe ser alto.

Llenado de láminas²⁴:

Se requiere un pliego de papel amplio 130 cm x 65 cm, marcadores a base de agua o tinta permanente con múltiples colores. El objetivo será que el joven educando sea capaz de redactar a manera sintética cualquier punto de partida o idea a fin de esclarecer cierto tipo de salidas, planes o soluciones.

Rejillas⁴:

Se trata de un instrumento útil para el aprendizaje inductivo, ya que permite organizar las experiencias, actitudes, sentimientos, valores y creencias contrastados socialmente al tema que se proponga, favorece además la investigación de los factores que determinan un comportamiento y las relaciones que se producen entre ellos. Su diseño consta de un encabezamiento que señale el tema a tratar, y campos que señalan los contenedores de las experiencias de los miembros participantes. Posterior a que se haya finalizado su redacción cada participante tendrá un tiempo delimitado para platicar a su subgrupo de no más de 6 integrantes, su sentir, su pensamiento o razonamiento. El papel del educador

será fundamental con el objetivo de fomentar un ambiente seguro para la libertad de expresión oral.

Sociodramas²⁴:

El objetivo de esta técnica es presentar elementos para el análisis de cualquier tema con base en situaciones de la vida real. En ella se desarrolla una serie de competencias como cooperar, trabajar en equipo, hacer análisis, comprender, hablar, observar causas y efectos y redactar un guion.

3.7 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Una vez que se han razonado y comprendido los elementos de la salud pública, el significado de promocionar la salud, el trabajo significativo que implica educar para la salud, específicamente refiriéndonos a la juventud será elemental sumar un concepto revolucionario que emerge de la necesidad de activar el dinamismo de cada integrante de nuestra sociedad respecto a diversas temáticas de salud: La participación comunitaria.

El termino participar²⁵ proviene del latín participare que significa tomar parte. El termino comunidad se define como un grupo de personas que comparten el mismo espacio geográfico y que tienen ciertos intereses y lazos en común. De este término debemos tener en cuenta sus elementos estructurales que son: el territorio, los recursos, su población, y los problemas que la mayoría expresa. Las necesidades son el punto de arranque para emprender la acción participativa de cada integrante.

Por lo tanto, participación comunitaria es, un proceso en el cual diversos grupos específicos que presentan necesidades compartidas y que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, determinan su magnitud, toman decisiones y establecen mecanismos para conseguir resolverlas y/o superarlas.

La atención comunitaria comprende dos dimensiones principales: 1. El interés por la atención de salud de la comunidad como un todo o por alguno de sus subgrupos, y 2. La participación comunitaria orientada al mantenimiento o la mejora de la salud y de la atención de salud de los miembros de la comunidad.

La participación comunitaria¹⁷ es un modo de dar poder a la gente en lo que respecta a sus opciones de salud, es un medio en sí misma, es activa y se basa en las iniciativas de la comunidad. Se trata de un proceso en virtud del cual las comunidades se ven fortalecidas en su capacidad para controlar su propia vida y tomar decisiones, al margen de la dirección de profesionales y autoridades, siendo evaluadas por métodos cualitativos.

3.7.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACIÓN:

Contexto en el que tiene lugar la iniciativa, nivel económico de la comunidad, localización geográfica, contexto sociocultural y político, organización de la institución de salud y cobertura de la población.

El empoderamiento de la comunidad intenta subrayar el concepto de salud como derecho y anima a las comunidades a esforzarse por conseguir una atención de salud accesible y asequible. Este empoderamiento ofrece a la comunidad la oportunidad de exigir transparencia y responsabilidad a todas las partes implicadas en su atención de salud.

Papel de los trabajadores de salud comunitaria en la atención de salud: promotoras y otras iniciativas.

Una expresión de la participación comunitaria es la que ofrecen los miembros de la comunidad que se muestran motivados en lo referente a una vida sana y que han adquirido capacidades básicas en materia de cuidados de salud. Ellos constituyen el vínculo entre el servicio de salud y los miembros de la comunidad.

La atención comunitaria puede también beneficiarse de otro miembro de la comunidad, el educador de iguales. Los cuales son miembros de la comunidad que padecen alguna enfermedad y desean compartir su experiencia y la información de la que disponen en virtud de ella con otros miembros de la comunidad afectados por el mismo trastorno.

3.7.2. OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

Para profesionales: la formación biomédica centrada en el hospital y en el enfoque jerarquizado de la medicina constituye, en ocasiones, un obstáculo para los médicos en lo que a participación comunitaria se refiere. Los profesionales de salud mantienen, a menudo, una actitud indiferente o negativa hacia la participación y muestran dificultades para aceptar las opiniones de los miembros de la comunidad en lo referente a cuestiones de salud y a la atención de salud. La participación comunitaria requiere que los profesionales de salud tengan conocimientos, capacidades y aptitudes de apoyo. Las capacidades específicas son: comunicación, gestión de conflictos, organización de la comunidad y sensibilidad cultural. Si el hecho de contar con tales capacidades facilita la promoción de los servicios de salud a través de la participación comunitaria, su ausencia puede convertirse en un obstáculo. Tal inconveniente puede superarse mediante la capacitación.

Para miembros de la comunidad: las oportunidades de participación de los miembros de la comunidad y las barreras a la misma guardan relación con el contexto personal y social de los individuos, con el entorno local de trabajo colectivo o con el hecho de tener relaciones personales o sociales con miembros de la comunidad que ya participan en actividades. Las oportunidades también pueden surgir como consecuencia de características específicas de la población.

3.7.3. EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

Aunque la diversidad de experiencias de participación comunitaria es ciertamente extensa, la evaluación de su eficacia es limitada, debido, principalmente, a la ausencia de una planificación previa. La vaguedad de la definición de la comunidad y la falta de coherencia en la metodología hacen que sea difícil llegar a conclusiones concretas. Además, la mayoría de las evaluaciones se refieren al proceso, más que al impacto, y a los resultados a corto plazo, en lugar de a largo plazo. La evaluación de la participación comunitaria es necesaria para demostrar los resultados beneficiosos a las instituciones de salud, a los responsables de la política de salud y a la propia comunidad. Los

parámetros de la evaluación deben contemplar los efectos de la organización del servicio de salud, la satisfacción del equipo y de la comunidad, y el impacto sobre la salud y el bienestar de la comunidad. La evaluación ha de incluir valoraciones cuantitativas y cualitativas, con la finalidad de identificar los factores que influyen en la participación de los diferentes grupos de la comunidad, el objeto de movilización de recursos locales y la sostenibilidad con o sin fondos externos, ya que, para evaluar el proceso y los resultados de la participación comunitaria, es aconsejable, y en ocasiones necesaria, la intervención de las instituciones que reciben ayuda de organizaciones donantes

4. ESTADO DEL ARTE

Titulo	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusión
<p>La participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia desde la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación</p>	<p>Evaluar la participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia, de la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación.</p>	<p>Un estudio cuantitativo, realizado a partir de diciembre de 2010 a marzo de 2011, con 213 profesionales de la ESF en la región de Cariri-Ceará-Brasil. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario en relación con las acciones que se deben brindar a los adolescentes en la atención primaria. El cuestionario abordó aspectos que trataron las acciones desarrolladas y el modo de participación de los adolescentes, en estos momentos ofrecidos en el ESF, y así clasificados, con referencia a los niveles de participación de la estructura teórica. Se organizaron en SPSS 18.0.</p>	<p>El nivel de participación normativo se pone de manifiesto comenzando la búsqueda de servicios de salud por los adolescentes, motivados por enfermedad (77,9%). Aparecen la participación normativa + independencia cuando buscan atención prenatal y planificación familiar. Se identificó la participación emancipadora por la frecuencia de adolescentes en actividades de grupo, en las escuelas, y se observó un movimiento en la dirección del nivel de participación transformadora.</p>	<p>En este contexto, se entiende que existe una necesidad de estimular el proceso de participación de los adolescentes para un cambio en la promoción de la salud en este grupo. Es importante considerar que, en este proceso de participación de los adolescentes en el servicio, se siguen registrando como sujetos pasivos de la atención, difíciles de conquistar y dirigir y, también, que dependen de la reorganización de las prácticas de atención. Los adolescentes, por su parte, todavía no veían, en la práctica, la ESF como algo que contribuya a la promoción de su salud, lo que se reflejó en su participación no efectiva.</p>

<p>Promoción de estilos de vida saludable en niños y adolescentes con la participación activa de la población.</p>		<p>Se efectuó un estudio cuasiexperimental con una iniciativa educativa, con mediciones pre y post. El estudio se desarrolló en una localidad urbana y otra rural del municipio de Yautepec, Morelos, en las escuelas primarias Ignacio Manuel Altamirano y Emiliano Zapata y secundarias Belisario Domínguez y Agustín Melgar, presentes en estas comunidades, durante tres ciclos escolares de agosto de 2010 a julio de 2013. La iniciativa escolar se efectuó con escolares de primaria (4º, 5º, 6º grados), secundaria (1º, 2º, 3º grados), padres/madres, personal directivo, docentes y administrativos de las escuelas e integrantes de organizaciones comunitarias en las siguientes temáticas: nutrición/actividad física, adicciones, infecciones de transmisión sexual (its), accidentes viales, enfermedades transmitidas por vector: dengue y enfermedad de chagas.</p>	<p>Alta prevalencia de sobrepeso, obesidad e índice de cintura cadera (icc) de alto riesgo en adultos de ambas localidades.</p> <p>Los espacios para realizar actividad física dentro de las escuelas y en las comunidades son pocos y en mal estado.</p> <p>La participación de los niños y jóvenes dentro de un comité de salud fue positiva y les permitió organizarse y observar su entorno con una perspectiva diferente.</p>	<p>Rehabilitar espacios deportivos y crear un programa municipal de actividad física. Estructurar un programa anual de actividad física dentro de las escuelas y la realización de 15 minutos de activación física al inicio de clases. Impulsar comités de salud de escolares y padres de familia para identificar riesgos, fortalezas y mecanismos de solución de la problemática escolar y comunitaria</p>
--	--	---	--	---

<p>Implicación y participación comunitarias y ajuste psicosocial en adolescentes</p>	<p>Examinar las diferencias entre adolescentes con alta y baja participación e implicación comunitaria en el ajuste psicosocial.</p>	<p>Se consideraron ambas dimensiones de modo independiente y se relacionaron con la autoestima, la soledad, la satisfacción con la vida y la violencia escolar. Participaron en el estudio 565 adolescentes de ambos sexos distribuidos en función de sus puntuaciones en participación e implicación comunitaria, respectivamente. Se efectuaron análisis multivariados de la varianza y pruebas t.</p>	<p>Los adolescentes con una alta implicación en la comunidad tuvieron mayores puntuaciones en autoestima (global y social) y satisfacción con la vida, y menores en soledad y violencia escolar, manifiesta en las dimensiones pura, reactiva e instrumental. Además, tuvieron una mayor autoestima académica y social, vida más satisfactoria y menor soledad.</p>	<p>Los presentes hallazgos sugieren que lo que acontece en el mundo de los adultos también tiene lugar en el de los adolescentes, en el sentido de que cuanto más integrados se encuentren en su comunidad –entendiendo por esto la participación e implicación–, muestran un mayor ajuste psicosocial, en cuanto que son menos violentos, se sienten menos solos y manifiestan más autoestima académica y social y satisfacción con la vida. En otros términos, los resultados evidencian que si bien la participación es un elemento sobre el cual el adolescente se integra en la comunidad, es la percepción de ser parte de ella lo que favorece el ajuste psicosocial, lo cual se relaciona con el papel de la comunidad como generadora de recursos en la adolescencia.</p>
--	--	--	---	--

<p>Intervención para promover hábitos saludables y reducir obesidad en adolescentes de preparatoria</p>	<p>Determinar cambios en la prevalencia de sobrepeso/obesidad, hábitos alimenticios y ejercicio físico al inicio y final del primer año de preparatoria posterior a una intervención para promover hábitos saludables.</p>	<p>Se realizó antropometría y cuestionario sobre alimentación y ejercicio físico al inicio y final del año escolar a 304 alumnos de catorce a diecisiete años. Se implementó un programa anual de conferencias, superclases deportivas y redes sociales como Facebook y Twitter.</p>	<p>Se logró incrementar el consumo de raciones/día de frutas y verduras y reducir la ingestión en días/semana de refrescos y papas fritas. No hubo cambios significativos en la prevalencia de sobrepeso/obesidad. La intervención colectiva a través de clases y redes sociales mejoró los hábitos alimenticios, pero no logró disminuir el sobrepeso/obesidad.</p>	<p>Se requiere probar otro tipo de estrategia en adolescentes. Se requiere comprender mejor los factores que influyen el comportamiento hacia los alimentos en los adolescentes para desarrollar intervenciones nutricias efectivas para cambiar el comportamiento alimenticio.</p>
---	--	--	--	---

<p>Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España</p>	<p>Conocer las actitudes relacionadas con la alimentación, la sexualidad, las sustancias adictivas y la seguridad vial de adolescentes escolarizados en cuarto año de educación secundaria obligatoria en el área urbana de Sevilla, España. Determinar si existen diferencias en las actitudes entre los escolares que formaron parte del grupo de intervención – participantes en</p>	<p>Se utilizó un diseño evaluativo para analizar los efectos del programa “Forma Joven”, cuasi experimental y post intervención, con un grupo de intervención que había recibido el programa y un grupo de control que no lo había recibido. Cuando el programa objeto de evaluación ya se encuentra instaurado, puede evaluarse su impacto comparando el alumnado participante en el mismo, con un grupo control, tratando de controlar estadísticamente algunas variables que pudieran influir en la adopción de conductas de riesgo. Se utilizaron medida para realizar un “control interno” o de emparejamiento de grupos, conformando los grupos lo más similares posibles entre sí.</p> <p>Por la forma en que el programa se desarrolla, se asumió que el alumnado de cuarto año de educación secundaria obligatoria habría recibido en mayor grado sus efectos. La población de estudio fue</p>	<p>No se observaron diferencias significativas en las características sociodemográficas de los dos grupos, considerándose homogéneos. Las actitudes también fueron similares en ambos; únicamente se encontraron diferencias estadísticas en el grado de peligrosidad asignado a dos de las trece situaciones viales expuestas: “no usar el cinturón de seguridad” e “ir en un vehículo cuando el conductor ha bebido”, siendo menor el asignado por los participantes en el programa.</p>	<p>Esto coincide con lo verificado en trabajos previos e invita a reflexionar sobre la falta de efectividad de este tipo de programas. En el caso del programa “Forma Joven” podría atribuirse a una deficiente sistematización en su implementación. Sería recomendable proponer intervenciones para aumentar su efectividad.</p>
--	---	---	--	--

	<p>el programa “Forma Joven”– y aquellos que formaron parte del grupo control, no participantes en el programa.</p>	<p>la de adolescentes de entre 15 y 17 años escolarizados en institutos de educación secundaria de Sevilla capital. La muestra se tomó a partir de los 50 institutos de titularidad pública existentes, de los cuales 38 participaban en el programa. Se seleccionaron ocho institutos: cuatro formarían el grupo de intervención y cuatro el grupo control.</p>		
--	---	--	--	--

<p>Efectividad del programa Promoción de alimentación saludable en estudiantes de escuelas públicas del estado de Sonora.</p>	<p>Evaluar el efecto de un programa de intervención en escolares de seis a ocho años en Hermosillo, Sonora.</p>	<p>Fue un estudio experimental aleatorio y controlado, tres escuelas intervenidas (n= 62) y tres escuelas no intervenidas (n= 64). El programa de intervención incluyó talleres educativos, carteles publicitarios, disponibilidad de alimentos saludables, premiación por consumo de alimentos saludables, copla infantil y folletos informativos.</p>	<p>Se incrementó el consumo de frutas y verduras durante el recreo. Los escolares no intervenidos presentan mayor riesgo de consumir alimentos no saludables durante el recreo (RM, 95% IC, 3.7, 1.7-7.8, p=0.001). El consumo de los macro nutrientes fue menor ($p \leq 0.05$) en el grupo de intervención. El PI tuvo efecto positivo en el consumo de alimentos de los escolares. La disponibilidad de alimentos saludables en las tiendas escolares aumentó después de aplicar el programa de intervención ($p \leq 0.05$).</p>	<p>Una de las fortalezas del programa fue el haber involucrado a niños, padres, maestros y concesionarios de las tienditas. Es sumamente importante que haya una colaboración multisectorial en donde los participantes, llámense padres, autoridades y personal escolar, gobierno y sector privado, se comprometan y actúen activamente en la promoción de hábitos saludables.</p>
---	---	---	--	---

<p>Barreras percibidas en jóvenes universitarios para realizar actividad física.</p>	<p>Identificar el nivel de actividad física en estudiantes universitarios y su relación con las barreras percibidas para realizarla.</p>	<p>Estudio transversal realizado en el 2014 en la ciudad de Cali, Colombia, en una muestra de 155 estudiantes entre los 18 y 27 años, de una universidad privada. Se utilizó el cuestionario <i>International Physical Activity Questionnaire</i>, versión corta en español y el <i>Barriers to Being Active Quiz</i>.</p>	<p>El 75 % de los estudiantes notificaron un nivel alto o moderado de actividad física y el 25 %, bajo nivel de actividad física. El gasto calórico derivado de la actividad física vigorosa fue mayor en hombres, el gasto derivado de la actividad física moderada fue similar entre hombres y mujeres; las mujeres declararon estar sentadas mayor tiempo. Se encontró que las principales barreras en quienes registraron un nivel bajo de actividad física fueron la falta de tiempo y de voluntad.</p>	<p>La mayoría de los estudiantes realiza actividad física. Un cuarto de la población de estudiantes es sedentaria. Para promover mayores niveles de actividad física, las instancias encargadas de la promoción de estilos de vida saludables en universidades como la evaluada, deben abordar el problema del sedentarismo a través de estrategias que les permitan a estos jóvenes manejar barreras como la falta de tiempo y de fuerza de voluntad.</p>
--	--	--	--	--

<p>Cambio 2007-2010 de la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en estudiantes</p>	<p>Comparar los cambios en la prevalencia de riesgos de enfermedades crónicas en estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) al pasar del bachillerato a la licenciatura.</p>	<p>Se comparó información de los años 2007 y 2010 de la encuesta de valoración integral de la salud que aplica la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) a los estudiantes sobre consumo de alcohol, tabaco, actividad física o deportiva, cambios somato métricos, y la presencia de hipertensión arterial (HA), diabetes mellitus (DM), cáncer, sobrepeso y obesidad en ellos y sus familiares directos.</p>	<p>Participaron 593 alumnos, de ellos 69.6% eran mujeres. El índice de masa corporal (IMC) cambio en 3 años de 22.3 a 23.4 ($p < 0.001$) en los hombres y de 22.1 a 22.8 ($p < 0.001$) en las mujeres. La frecuencia de presión arterial alta cambió de 1.54 a 1.69%, el consumo de alcohol y tabaco se incrementó 32 y 7.6%, respectivamente. Los hombres resultaron más activos físicamente que las mujeres ($p < 0.05$); disminuyó la práctica de futbol en 21.7% y de corredores en 23%. En los familiares, la prevalencia de HA incrementó de 24.1 a 30.4%; obesidad de 27.6 a 31.3%, y DM tipo 2 de 12.8 a 16.2% con $p < 0.01$. El consumo de alcohol se incrementó de 11.4 a 13.3% y el tabaquismo de 24.5 a 24.9%.</p>	<p>El incremento de los factores de riesgo en los estudiantes y las enfermedades crónicas en sus familiares apuntalan hacia un perfil de mayor riesgo, por ello es importante promover conductas saludables y formar a los jóvenes como agentes de cambio, para que puedan influir en la reducción de daño en ellos y sus familiares.</p>
---	--	---	---	---

<p>Estilos de vida en adolescentes escolarizados de un municipio colombiano.</p>	<p>Establecer estilos de vida de adolescentes escolarizados residentes en la zona urbana del municipio de Villamaría (Caldas Colombia).</p>	<p>Estudio descriptivo transversal, en el que se empleó el instrumento FANTÁSTICO, versión chilena adaptada para la población de estudio (812 estudiantes de instituciones públicas y privadas), que evalúa 10 dimensiones de los estilos de vida: asociatividad, actividad física, nutrición, toxicidad, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad y actividades, imagen interior, control de la salud y sexualidad y orden.</p>	<p>La media de la edad fue 12,5 años \pm 1,16 años, y el 41,6 % de la población estudiada fue de sexo femenino. En las dimensiones analizadas la media más alta se registró en tipo de personalidad y actividades $5,67 \pm 1,36$ y la más baja en asociatividad y actividad física $2,26 \pm 1,2$. La desviación estándar de las dimensiones osciló entre 0,83 y 1,36. Se encontraron diferencias en los estilos de vida, a mayor edad más tendencia al riesgo, los hombres reportaron mejor valoración de los mismos ($p= 0,000$).</p>	<p>Los estilos de vida en los adolescentes estudiados se valoran como adecuados. Existe la necesidad de un trabajo integral sobre factores protectores más que de riesgo, en las etapas tempranas, sobre todo la afectividad como una dimensión soslayada en el campo de la salud adolescente.</p>
--	---	---	--	--

<p>Subculturas en los adolescentes de ciudad Nezahualcóyotl: Prácticas de riesgo para la salud</p>	<p>Identificar los resultados de las prácticas de riesgo en jóvenes pertenecientes a diferentes subculturas pertenecientes al municipio de Nezahualcóyotl.</p>	<p>Se trata de un estudio transversal y analítico de 1 139 adolescentes que fueron entrevistados en Ciudad Nezahualcóyotl a través de un instrumento de medición, el cual aportó información sobre las variables de determinación social para la salud, asociadas con la subcultura. Las variables de determinación social fueron: la subcultura, rango de edad en las subculturas, género, estado civil, consumo de drogas, ocupación de los adolescentes y arrestos policíacos.</p>	<p>Se encontró que las «subculturas» más destacadas en Ciudad Nezahualcóyotl fueron en porcentajes: reguetoneros con 36.4%, fresas con 24.1%, skate con 9%, punk con 5.9%, metalero con 4.5%, B boy con 4.3%, raperos con 4%, reggae con 3.3, dark con 3%, cholos con 2.3% y góticos con 2%. En todas las subculturas existe el consumo de drogas legales e ilegales como una práctica de asociación juvenil, además existe un alto índice de práctica sexual y una baja utilización de métodos de planificación familiar y de los servicios de salud. Las subculturas como los reguetoneros, fresas y cholos se encontraron correlacionadas directamente con el embarazo adolescente.</p>	<p>No se pretende estigmatizar a las subculturas, ni señalar qué grupos tiene menos prácticas de riesgo, sino que el adentrarnos en estas subculturas nos permite conocer —como profesionales de la salud— que la adolescencia es una etapa de transición en busca de una identidad, en la cual convergen prácticas de riesgo para la salud y en las que podríamos incidir para tener estilos de vida saludables.</p>
--	--	---	--	---

<p>Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes chilenos.</p>	<p>Determinar la prevalencia de conductas promotoras de la salud entre los adolescentes tempranos y sus factores asociados.</p>	<p>Encuesta transversal realizada en 1.465 estudiantes de alto, mediano y bajo nivel socioeconómico, atendiendo a quinto a octavo grado de escuelas ubicadas en una pequeña ciudad chilena. Los participantes respondieron a un cuestionario que recopiló información sobre la frecuencia de comportamientos promotores de la salud, como la responsabilidad y la nutrición, el ejercicio físico y el manejo del estrés, la apreciación de la vida, el apoyo social y diversos factores personales, escolares y familiares.</p>	<p>Una mayor frecuencia de comportamientos de promoción de la salud se asoció con un mejor rendimiento académico, un mejor compromiso escolar y una mayor percepción de la membresía escolar. También se asoció con una mejor percepción del estado de salud y una mayor conformidad con la apariencia física.</p>	<p>Las conductas de promoción de la salud en estos niños están relacionadas con un mejor rendimiento académico y una mayor integración con el entorno escolar.</p>
---	---	---	--	--

<p>Comportamiento s de salud y estilos de vida en adolescentes de tres colegios del municipio de Popayán</p>	<p>Identificar las prácticas saludables y conductas de riesgo en estudiantes matriculados en colegios del municipio de Popayán, durante junio y diciembre de 2009.</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal en 3 colegios del municipio de Popayán que acogen una población de 1 495 estudiantes. La información se colecto a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) de la OMS.</p>	<p>Los resultados arrojan que el 55,2 % de los adolescentes probaron el cigarrillo por primera vez entre los 10 y 12 años, la mayor frecuencia de inicio del consumo de alcohol se encuentra entre los 13 y 15 años, los episodios de soledad los experimentan alrededor de los 14 años y es preocupante la precocidad en el inicio de su actividad sexual</p>	<p>Los resultados obtenidos confirman la presencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas, violencia e infección del VIH y otras ITS.</p>
--	--	--	--	---

<p>Estilos de vida activa y saludable, salud física y mental, personalidad y rendimiento académico en adolescentes</p>	<p>Conocer la práctica de la actividad física, alimentación, descanso, variables personales y sociales en la adherencia a la práctica de actividad física, salud física, salud mental, calidad de vida y rendimiento académico en adolescentes</p> <p>Analizar la relación entre personalidad, estilos de vida activa y saludable con el rendimiento académico en adolescentes</p>	<p>Estudio descriptivo transversal, desarrollado con alumnos adolescentes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de un centro de titularidad pública de Salamanca, España.</p>	<p>Disponemos de 280 participantes en el estudio. El 52.9% eran mujeres, edad media 14.5 años (DE +1.4) sin diferencias entre géneros. Se constata un descenso progresivo en la calidad de la dieta, en la práctica de actividad física, junto al incremento del tiempo ocupado en actividades sedentarias, ocasionando un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas que provoca un aumento del sobrepeso y la obesidad que pueden causar diversos trastornos y complicaciones en la infancia y adolescencia, agravándose en la edad adulta.</p>	<p>Los estilos de vida activa y saludable deben considerarse un elemento central y fundamental en los programas de promoción de la salud para poblaciones infanto-juveniles con y sin patologías específicas, como las dificultades de aprendizaje, los síntomas de hiperactividad o conducta disocial. Diseñar, desarrollar y evaluar propuestas de intervención a partir de los datos obtenidos en este tipo de estudios que favorezcan un cambio de conducta hacia el desarrollo de estilos de vida saludable.</p>
--	--	---	--	---

<p>"Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semi urbana</p>	<p>Identificar los estilos de vida en adolescentes de una comunidad semiurbana</p>	<p>Se utilizó el cuestionario Fantastic, elaborado por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, para medir Estilos de Vida. Se partió de un diseño no experimental, que se centra en la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control sobre las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente (Kerlinger, 2001: 504).</p>	<p>La muestra la conforman 1088 estudiantes, 603 hombres y 485 mujeres. La religión de mayor prevalencia es la católica con 844. Del instrumento se obtuvo una fiabilidad de .79, con 6 factores identificados: sentimientos negativos y estrés, satisfacción y pensamiento positivo, alimentación dañina, relajación y sueño, alcohol y tabaco, cafeína.</p>	<p>Se concluye que se requiere manejo de hábitos saludables, prevención de adicciones y alimentación.</p>
--	--	--	---	---

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS sugiere que la participación comunitaria es una herramienta que coadyuva a mejorar la salud de diversos grupos etarios y múltiples comunidades mediante el accionar de estas, en actividades relacionadas a promover la salud. Poco es el registro de información que pueda generar conocimiento de cómo es la participación comunitaria entre adolescentes y qué objetivos ha llegado a lograr mediante su implementación en actividades de educación y promoción a la salud. Un escenario posible y adecuado para medir, estudiar y analizar el nivel de participación del adolescente y sus características en educación y promoción de la salud, es llevando a cabo un proyecto de educación para la salud relacionado a estilos de vida saludables, en una escuela del nivel medio superior con diversos grupos del sexto semestre. El proyecto se inicia con una valoración de necesidades en salud enfocadas a los estilos de vida saludable, posteriormente se realiza un diagnóstico situacional grupal para que así se pueda priorizar las necesidades en salud de dichos grupos de adolescentes. Después de esto se estructura una sesión educativa enfocada a los estilos de vida saludables priorizando en su principal necesidad de salud. Esto mediante un modelo educativo en el que se fomente la participación de los jóvenes a generar el conocimiento en coordinación de un personal de enfermería, para que, al término de la sesión educativa, solicitarles que ellos mismos difundan este conocimiento desarrollado en el proyecto a sus padres o tutores, y en un lapso no mayor a 24 horas se pueda evaluar vía telefónica con sus padres o tutores la difusión de estilos de vida saludables, comunicada por los adolescentes. De aquí surge la interrogante de:

¿Cuál es el nivel de participación de adolescentes del sexto semestre de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en la difusión de estilos de vida saludables a sus padres o tutores?

6. HIPÓTESIS

6.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial del Edo de México presentaran un nivel alto de participación en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

6.2 HIPÓTESIS NULA

Los adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos no presentaran un nivel alto de participación en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL.

Analizar el nivel de participación de las y los alumnos adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en la difusión de estilos de vida saludable a sus tutores.

7.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.

Determinar las principales características de participación de las y los alumnos adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en la difusión de estilos de vida saludable a sus tutores.

8. METODOLOGÍA

8.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Es un estudio: cuantitativo, transversal, y analítico de intervención.

8.1.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por los adolescentes del 6° semestre de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en el municipio de Nezahualcóyotl del Estado de México junto con un tutor. Integrada por 10 grupos, de los cuales 6 pertenecen al turno matutino y cuatro al turno vespertino, con un promedio de 41 alumnos por grupo, dando un total de 410 alumnos. Además, se evaluó vía telefónica la difusión por parte del adolescente de la sesión educativa grupal a un tutor de cada estudiante.

8.1.2 TIPO DE MUESTREO

Aleatorio, no probabilístico.

8.1.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra se determinó por medio de la fórmula para el cálculo de muestras en poblaciones finitas, con un margen de error del 5% y confiabilidad de 95% lo cual dio una muestra aproximada de 222 alumnos y por consiguiente 222 tutores.

8.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

8.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos que:
 - a) Contaron con el consentimiento informado firmado por el padre o tutor.
 - b) Desearon participar voluntariamente en el estudio.
 - c) Del turno matutino o vespertino

d) De 15 a 18 años de edad.

2. Padres o tutores de los estudiantes de Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos que:

a) Estuvieron presentes al momento de la primera reunión informativa y/ o hayan firmado el consentimiento informado.

b) Brindaron su consentimiento informado para recibir una llamada por parte de los investigadores.

c) Proporcionaron al menos 2 números telefónicos para ser contactados; uno local y/o uno de celular.

8.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos que:

a) No asistieron a la sesión informativa del estudio.

b) Durante la clase no desearon continuar en la investigación.

C) Que no hayan otorgado su consentimiento informado por escrito.

8.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Padres o tutores del adolescente que no desearon que sus hijos continúen en el estudio.
- Padres o tutores del adolescente que desearon salir del estudio. O
- Padres que no desearon recibir llamadas posteriores a proporcionar sus números de teléfono.

8.3 VARIABLES

8.3.1 Variables independientes

Variable	Definición conceptual	Tipo	Indicadores
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomiculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles. modalidad en los diversos medios donde se desenvuelva el sujeto.	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Sexo 3. Municipio 4. Situación laboral 5. Horas laborales por semana 6. Área laboral 7. Seguridad social 8. Número de residentes en domicilio 9. Habita con tutores 10. Religión
Características escolares	Conjunto de particularidades referentes al ámbito escolar de un estudiante	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo 2. Turno
Características antropométricas	Características físicas y medibles de un individuo	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peso 2. Talla 3. IMC
Características de los padres madres y tutores	Referencias académicas y laborales de los tutores	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel académico de padre, madre y/o tutores 2. Área ocupacional de padre, madre y/o tutores.

8.3.2 Variables dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
1. Estilo de vida saludable	Forma saludable de vida que se basa en patrones de comportamiento (coloquialmente llamados hábitos) identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.	Forma saludable de vida del adolescente que se basa en patrones de comportamiento (coloquialmente llamados hábitos) identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación saludable (ítem 13 a ítem 31) 2. Realización de ejercicio físico (ítem 32 a ítem 42) 3. Patrón saludable de sueño y descanso (ítem 43 a ítem 52) 4. Prevención de hábitos toxicológicos. (ítem 53 a ítem 54) 5. Sexualidad segura 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
1.1 Alimentación Saludable	Ingesta en tiempo correcto de una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes que necesitas para mantenerte sana, sentirte bien y tener energía.	Ingesta en tiempo correcto de una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes que necesitas para mantenerte sana, sentirte bien y tener energía, dirigida al adolescente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoevaluación de hábitos alimenticios (ítem 13 a ítem 15) 2. Consumo saludable de alimentos (ítem 16 a ítem 23) 3. Consumo saludable de líquidos. (Ítem 24 a ítem 30) 4. Interés de mejoramiento de hábitos alimenticios (ítem 31) 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/ Nivel de medición	Escala de medición
1.2 Realización de ejercicio físico	Realización de cualquier movimiento voluntario realizado por los músculos, que gasta energía extra, además de la energía que nuestro cuerpo consume y	Realización de cualquier movimiento voluntario realizado por los músculos, que gasta energía extra, además de la energía que nuestro cuerpo consume y necesita para	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento sobre ejercicio físico y sedentarismo (ítem 32 a ítem 33) 2. Frecuencia de práctica de actividad física y/o deporte (ítem 34 a ítem 36) 3. Detección de integrantes de su entorno que realicen actividad física. (ítem 37 a ítem 39) 4. Interés acerca del ejercicio físico. 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

	necesita para mantener la vida o actividad basal (dormir, respirar, procesos metabólicos)	mantener la vida o actividad basal (dormir, respirar, procesos metabólicos) en el adolescente	(ítem 40 a ítem 42)		
--	---	---	---------------------	--	--

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
Patrón saludable de sueño y descanso	Conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable	Conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable en el adolescente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento sobre patrón saludable del sueño y descanso (ítem 43 a ítem 44) 2. Hábitos personales de sueño y descanso (ítem 45 a ítem 47 e ítem 51) 3. Detección de integrantes de su entorno que padezcan insomnio (ítem 48 a ítem 50) 4. Interés acerca del patrón saludable del sueño y descanso (ítem 52) 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
Prevención de hábitos toxicológicos	<p>Conjunto de actuaciones frente al consumo de drogas o a otras conductas adictivas encaminadas a:</p> <p>Fomentar factores de protección. Eliminar o modificar los factores de riesgo.</p>	<p>Conjunto de actuaciones frente al consumo de drogas o a otras conductas adictivas encaminadas a:</p> <p>Fomentar factores de protección. Eliminar o modificar los factores de riesgo. Esto incluye tabaquismo y alcoholismo en el adolescente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos sobre tabaquismo (ítem 53 a ítem 54) 2. Autoevaluación de hábitos de tabaquismo (ítem 55 a ítem 57 e ítem 61) 3. Detección de integrantes de su entorno que padezca tabaquismo (ítem 58 a ítem 60) 4. Interés acerca de la prevención del tabaquismo (ítem 62) 5. Conocimientos sobre alcoholismo (ítem 63 a ítem 64) 6. Autoevaluación de hábitos de alcoholismo tabaquismo (ítem 65 a ítem 68 e ítem 75) 7. Detección de integrantes de su entorno que padezca alcoholismo (ítem 69 a ítem 74) 8. Interés acerca de la prevención del alcoholismo (ítem 76) 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
Sexualidad segura	Llevar a cabo medidas antes y durante las relaciones sexuales para que puedan impedir infecciones de transmisión sexual y/o embarazo no planificado	Llevar a cabo medidas antes y durante las relaciones sexuales para que puedan impedir infecciones de transmisión sexual y/o embarazo no planificado en la etapa de adolescencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento sobre el uso del condón (ítem 77 a ítem 78) 2. Detección de medios y/o integrantes de su entorno que proporcionaron información acerca del uso del condón. (ítem 79 a ítem 83) 3. Detección de medios y/o integrantes de su entorno que proporcionaron información acerca de métodos anticonceptivos. (ítem 84 a ítem 88) 4. Autoevaluación del uso del condón y/o métodos anticonceptivos. (ítem 89 a ítem 90) 5. Interés cerca de la sexualidad segura. (ítem 91) 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
2.1 Participación adolescente durante un programa educativo	Acción del adolescente de involucrarse en cualquier tipo de actividad del programa educativo para la salud de forma dinámica y/o cognitiva.	Acción del adolescente de involucrarse en cualquier tipo de actividad del programa educativo para la salud de forma dinámica y/o cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participación del adolescente en la exposición 2. Participación del adolescente durante llenado de lamina 3. Participación del adolescente durante la rejilla 4. Participación del adolescente durante el sociodrama 5. Participación de adolescentes en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
Conductas y actitudes del adolescente durante un programa educativo	Comportamientos de carácter positivo y negativo manifestados, caracterizado por una variabilidad de expresiones, sentimientos y emociones que son detectados por el educador	Comportamientos de carácter positivo y negativo manifestados del adolescente, caracterizado por una variabilidad de expresiones, sentimientos y emociones durante una intervención educativa	Entusiasmo Seguridad y confianza Compromiso Seriedad Resignación Indiferencia Timidez y/o inseguridad Actitud asertiva Ambas criticas Critica positiva Critica negativa Actitud agresiva No critica Escucha activa- total atención Distracción ocasional Distracción constante SALE DEL AULA	ORDINAL	ESCALA LIKERT

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable/Nivel de medición	Escala de medición
2.2 Participación de adolescentes en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores	Difusión de aprendizaje a otra persona	Participación adolescente en la difusión del aprendizaje acerca de estilos de vida saludable a sus tutores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio de la entrevista (ítem 1 e ítem 2) 2. Contenido (ítem 3 a ítem 8) 3. Actitud del padre en la llamada 	ORDINAL	ESCALA LIKERT

8.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron dos instrumentos por cada adolescente, diseñados y validados por consenso de expertos para recolectar los datos. La encuesta de necesidades en salud en población escolar de nivel medio superior enfocada a estilos de vida saludable, es el primer instrumento que se aplicará cada adolescente de su grupo escolar que cumpla con los criterios de inclusión, haciendo énfasis en la privacidad de sus respuestas y tiene como objetivo determinar las necesidades de salud dirigidas a estilos de vida saludable del adolescente de nivel medio superior; posteriormente de acuerdo al análisis estadístico que se realizará en SPSS 24 se presentaran resultados de cada grupo a manera de frecuencias absolutas, porcentajes y resúmenes. De igual forma se establecerá un diagnóstico y priorización de necesidades en salud dirigido a estilos de vida saludables, con la cual se determinará la temática principal del proyecto de educación para la salud. (Ver Anexos)

La encuesta de necesidades en salud cuenta con 79 reactivos dividido en 5 dominios (alimentación=19 reactivos, ejercicio físico= 11 reactivos, patrón de sueño y descanso=10 reactivos, hábitos toxicológicos=24 reactivos y salud sexual=15 reactivos) La calificación designada a cada uno de los reactivos se reporta en escala ordinal de 1 a 5 puntos, siendo a mayor puntaje mejor estilo de vida saludable, y el menor puntaje indica riesgo de deterioro a la salud. De acuerdo a la evaluación de estilos de vida saludable realizada a estudiantes de nivel superior y docentes por Mora y Múnera (2015) se trabajará con 4 puntos de corte, que señalaran los rangos de calificación de estilos de vida saludables:

Rangos de calificación de los estilos de vida saludable	Indicador
319-395	Óptimo estilo de vida saludable
239-318	Adecuado estilo de vida saludable, pero con sugerencia a mejorar

159-238	Cuenta con estilos de vida saludable y también con estilos de vida que ponen en riesgo de deterioro su salud
< 158	Riesgo de deterioro a la salud por estilo de vida saludable

Similarmente se trabajará con 4 puntos de corte para cada uno de los 5 dominios:

RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.						INDICADOR
Escala global	Alimentación	Ejercicio físico	Patrón de sueño	Hábitos toxicológicos	Salud sexual.	
319-395	79-95	47-55	43-50	99-120	63-75	Optimo estilo de vida saludable
239-318	59-78	35-46	32-42	74-98	47-62	Adecuado estilo de vida saludable, pero con sugerencia a mejorar
159-238	39-58	23-34	21-31	49-73	31-46	Cuenta con estilos de vida saludable y también con estilos de vida que ponen en riesgo de deterioro su salud
< 158	<38	<22	<20	<48	<30	Riesgo de deterioro a la salud por estilo de vida saludable

8. 5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron pruebas de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para presentar las principales características de los participantes, mientras que para determinar el tipo de estilo de vida que presentan los adolescentes se realizaron graficas de pastel.

Para identificar diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje obtenido en los hábitos saludables de los alumnos según su agrupación por característica demográfica, se realizó el contraste por medio de pruebas de estadística paramétrica, que, según el número de grupos involucrados en el contraste fueron la prueba t de Student para muestras independientes en el caso de dos grupos o en su defecto la prueba de análisis de la varianza para 3 o más grupos.

Se corrieron pruebas de asociación paramétricas (r de Pearson) para determinar el tipo de asociación entre los hábitos saludables.

Respecto a la presentación del nivel de participación adolescente en (diversos momentos), se presentan graficas circulares para identificarlas.

A continuación, se realizó el contraste de puntajes medios respecto a la participación de los adolescentes según su agrupación por características sociodemográficas, utilizando las pruebas de contraste antes mencionadas (t de Student y Analisis de la varianza)

Como análisis complementario, se determinó el índice de consistencia interna que presenta el instrumento utilizado por medio de la prueba estadística de Alfa de Cronbach.

8.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se llevó a cabo la investigación con base en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud y a la declaración de Helsinki respetando los principios bioéticos de autonomía no maleficencia y beneficencia, así como el código deontológico de enfermería. La investigación se consideró *sin riesgo* debido a que se emplearon técnicas y métodos de investigación prospectivos y la intervención educativa que se realizó no represento riesgo físico, psicológico o espiritual para los participantes ya que no se realizó ninguna modificación intencionada en las variables fisiológicas o psicológicas de los individuos que participaron en la investigación.

Se realizó una invitación a participar de forma voluntaria en la investigación donde se declaró que bajo ninguna circunstancia había de coaccionarse la participación de los estudiantes en la investigación; así mismo que se resguardaría la información y su uso sería con fines académicos y relacionados a la investigación. Al término de la invitación y explicación de la investigación se solicitó el llenado del consentimiento informado. Se respetó el derecho de los participantes (estudiantes y padres o tutores) de permanecer o abandonar el estudio y se resolvieron las dudas que presentaron los involucrados durante antes y después del estudio.

8.6.1 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PARTICIPANTES

Debido a que la naturaleza de esta investigación implica la recolección de información de forma discreta y procurando sea en un ambiente de seguridad no se consideró necesario las medidas de bioseguridad para los participantes.

8.6.2 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA INVESTIGADORES Y PERSONAL PARTICIPANTE

Se buscó la mínima exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos y de cualquier otra naturaleza, así como actos de imprudencia y/o actos temerarios. También se consiguió la aprobación por el Comité Académico de la Carrera de Enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (U.N.A.M) así como de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos.

9. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados en el siguiente orden: primero las características sociodemográficas de los participantes, seguido por las características de vivienda, laborales y de seguridad social de los alumnos, así como de los niveles de estudio de los padres de los participantes y sus empleos.

Posteriormente se presentan los estilos de vida saludables de los alumnos y se muestra el tipo de desarrollo que tienen por medio de graficas de pastel. (Gráfica 1 a la 6).

En la tabla 4 se aprecian los tipos de estilos de vida saludables alcanzados por los alumnos de los diferentes grupos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

	Fr	%
Turno		
Matutino	102	45.9%
Vespertino	120	54.1%
Grupo		
302	42	18.9%
303	30	13.5%
304	36	16.2%
306	40	18%
308	35	15.8%
304 vespertino	39	17.6%

Edad

17 años	136	61.3%
18 años	84	37.8%
19 años	2	0.9%

IMC

Bajo peso	11	5%
Peso promedio	158	71.2%
Sobrepeso	45	20.3%
Obesidad grado 1	8	3.6%

Género

Masculino	105	47.3%
Femenino	117	52.7%

Municipio o delegación

Nezahualcóyotl	146	65.8%
Iztapalapa	58	26.1%
Otras alcaldías y municipios	18	8.1%

Religión:

Católica	149	67.1%
Cristiana evangélica	35	15.8%
Sin religión	33	14.9%
Mormones	1	0.5%
Otras	4	1.8%

Fr= Frecuencia, %= Porcentaje

Participaron 222 alumnos de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos de los turnos matutino y vespertino, predominantemente del turno vespertino, de 6 grupos con entre 30 y 42 estudiantes cada uno. Con una edad media de 17.40 años y con moda de 17 años, participaron alumnos de hasta 19 años.

Respecto al índice de masa corporal, la mayor parte de los alumnos tenían un IMC promedio, sin embargo, se encontró que algunos de ellos contaban con bajo peso o con Obesidad Grado I. La participación de alumnos respecto a su género fue similar en porcentajes.

La mayor parte de los participantes tienen su vivienda en el municipio de Nezahualcóyotl y un porcentaje importante en la alcaldía de Iztapalapa, seguido por quienes viven en La Paz y Los Reyes. Respecto a la religión que profesan los alumnos, la religión católica y cristiana fueron las más predominantes. (Ver Tabla 1.)

Respecto a las personas con las que viven los alumnos, la mayor parte de ellos refieren que viven con entre 1 a 5 personas, así como la gran mayoría refieren vivir con su padre y madre, seguido de quienes refieren vivir solo con su madre.

En su mayoría, los alumnos no trabajan, sin embargo, de quienes sí trabajan, la mayoría lo hace de entre 9 y 20 horas a la semana, es decir media jornada laboral.

De quienes trabajan, la mayoría de los alumnos refieren hacerlo en comercio y/o negocios, seguido de quienes trabajan en la construcción. Por otra parte, la gran mayoría de los participantes cuenta con algún tipo de seguridad social, sin embargo, casi el 5% de ellos no cuenta con ningún tipo de seguridad social. (Ver Tabla 2)

En torno al último grado de estudios de los padres de los participantes se observó lo siguiente:

Del lado paterno la mayor parte de los padres cuenta con estudios de preparatoria, al igual que del lado materno.

Mientras que la principal ocupación o actividad económica desarrollada por los padres de los participantes destacó lo siguiente:

Del lado paterno: la principal actividad es el comercio, mientras que del lado materno fue ser amas de casa. (Ver Tabla 3).

Tabla 2. Características de vivienda, laborales y de seguridad social de los alumnos.

	Fr	%
Personas con las que viven los participantes		
1 a 5 personas	149	67%
6 a 10 personas	68	31%
11 a 16 personas	5	2%
Personas con las que viven		
Padre y madre	151	68%
solo padre	12	5.4%

Solo madre	45	20.3%
Tutor o tutores	2	0.9%
Otro caso	12	5.4%

Situación laboral

No labora	181	81.5%
Trabajo	41	18.5%

Horas por semana que trabajan

No trabaja	182	82%
1 a 8 horas	13	6%
9 a 20 horas	20	9%
21 a 40 horas	7	3%

Actividad laboral que desempeñan

No trabaja	183	82.4
Hogar	1	0.5
Comercio y/o negocios	29	13.1
Construcción	3	1.4
Policía o seguridad	2	0.9
Transporte	2	0.9
Oficios	2	0.9

Tipo de seguridad social

IMSS	190	85.6
ISEMYN	4	1.8
ISSSTE	13	5.9
SEDENA	2	0.9
Institución privada	3	1.4
Sin seguridad social	10	4.5

Fr: Frecuencia, **%=** Porcentaje. **IMSS, ISEMYN, ISSSTE y SEDENA=** Corresponde a la abreviatura para diferentes instituciones que proporcionan seguridad social.

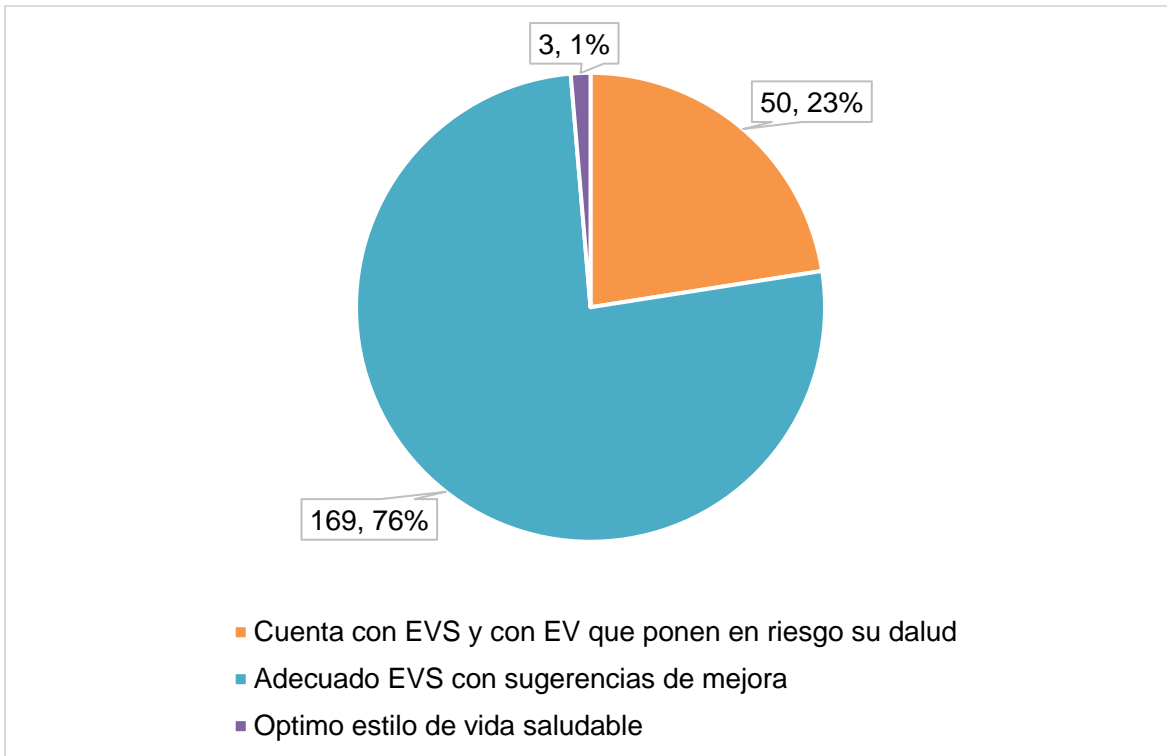
Tabla 3. Nivel de estudios y actividad principal de los padres de los participantes.

	Fr	%		Fr	%
Nivel de estudios del padre			Nivel de estudios de la madre		
Primaria	2	11.7	Ninguno	2	0.9%
	6	%		3	13.5
Secundaria	5	26.1	Primaria	0	%
	8	%		7	
Preparatoria	7	35.6	Secundaria	1	32%
	9	%		6	30.6
Normal	3	1.4%	Preparatoria	8	%
	2				
Carrera técnica	0	9%	Normal	1	0.5%
	2			2	10.4
Licenciatura	2	9.9%	Carrera técnica	3	%
				1	
Especialidad	2	0.9%	Licenciatura	6	7.2%
Maestría	5	2.3%	Especialidad	2	0.9%
No aplica	7	3.2%	Maestría	5	2.3%
Ocupación del padre			Doctorado	1	0.5%

Hogar	1		No aplica	3	1.4%
	4	6.3%			
	8	39.6			
Comercio y negocio	8	%	Ocupación de la madre		
	1			9	40.5
Construcción	2	5.4%	Hogar	0	%
				6	30.2
Ingenierías	8	3.6%	Comercio y negocio	7	%
Científica e investigación	2	0.9%	Ingeniería	2	0.9%
Jurídica	3	1.4%	Salud	7	3.2%
				1	
Salud	3	1.4%	Educación	4	6.3%
Educación	3	1.4%	Políticas	1	0.5%
Política	3	1.4%	Militar	2	0.9%
Militar	3	1.4%	Seguridad	2	0.9%
	1				
Seguridad	2	5.4%	Transporte	2	0.9%
	2				
Transporte	2	9.9%	Administrativa y financiera	7	3.2%
Administrativa y financiera	9	4.1%	Artísticas y artesanías	2	0.9%
Artística y o artesanía	1	0.5%	Gastronómica	2	0.9%
				1	
Gastronomía	1	0.5%	Oficio	1	5%
	1				
Oficio	5	6.8%	Desempleado	2	0.9%
				1	
Desempleado	2	0.9%	No aplica	1	5%
	2				
No aplica	1	9.5%			

Fr: Frecuencia, %= Porcentaje

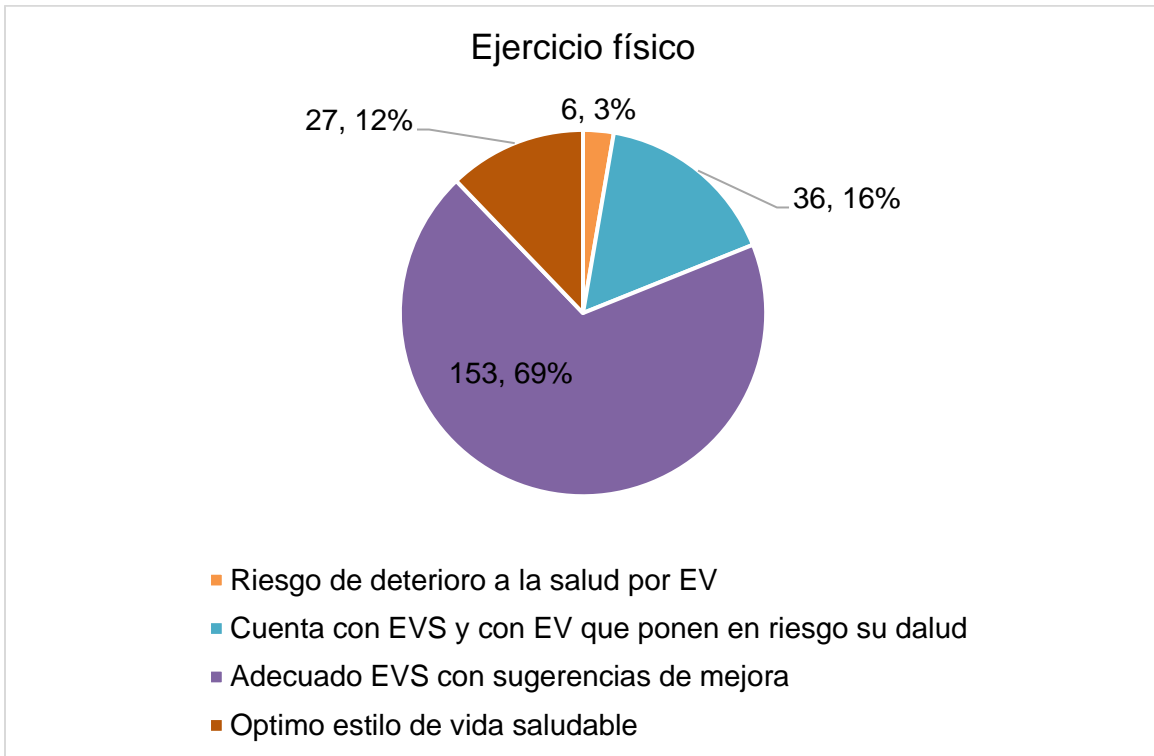
Gráfica 1. Hábito saludable: Alimentación



En la gráfica 1, se observa el tipo de hábito saludable que tienen los alumnos en torno a la alimentación. Se aprecia que la mayoría tiene un nivel “adecuado” que tiene sugerencias para su mejora, seguido de quienes cuentan con estilo de vida saludable pero que también pone en riesgo su salud.

Destaca, además, el hecho de que el estilo óptimo de vida saludable sea representado únicamente por el 1% de los participantes.

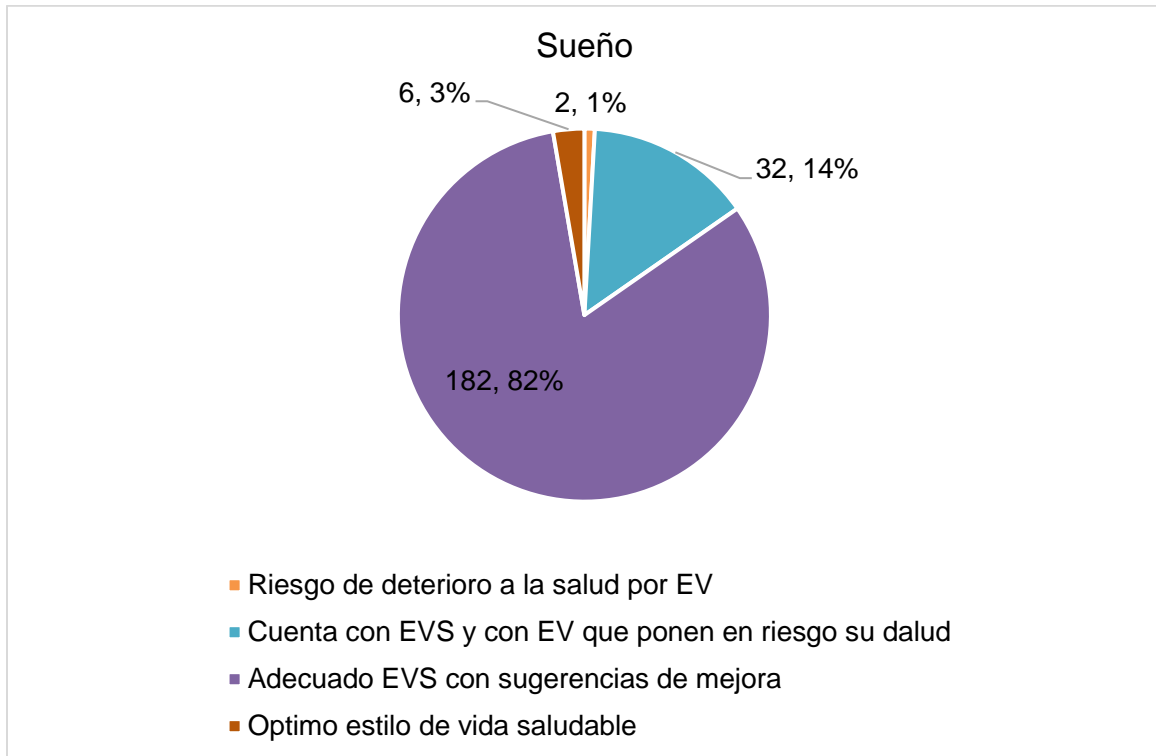
Gráfica 2. Habito saludable: Ejercicio físico



En la gráfica 2 se observa el tipo de hábito que tienen los alumnos en torno al ejercicio físico. Se aprecia que la mayor parte de ellos tienen un adecuado estilo de vida saludable pero que tiene sugerencias de mejora, este estilo es seguido por quienes tienen un estilo de vida que pone en riesgo su salud y de quienes tienen un estilo óptimo de vida saludable.

Por último, en esta gráfica se aprecia que únicamente el 3% de los participantes cuenta con un estilo de vida que pone en riesgo el deterioro de su salud.

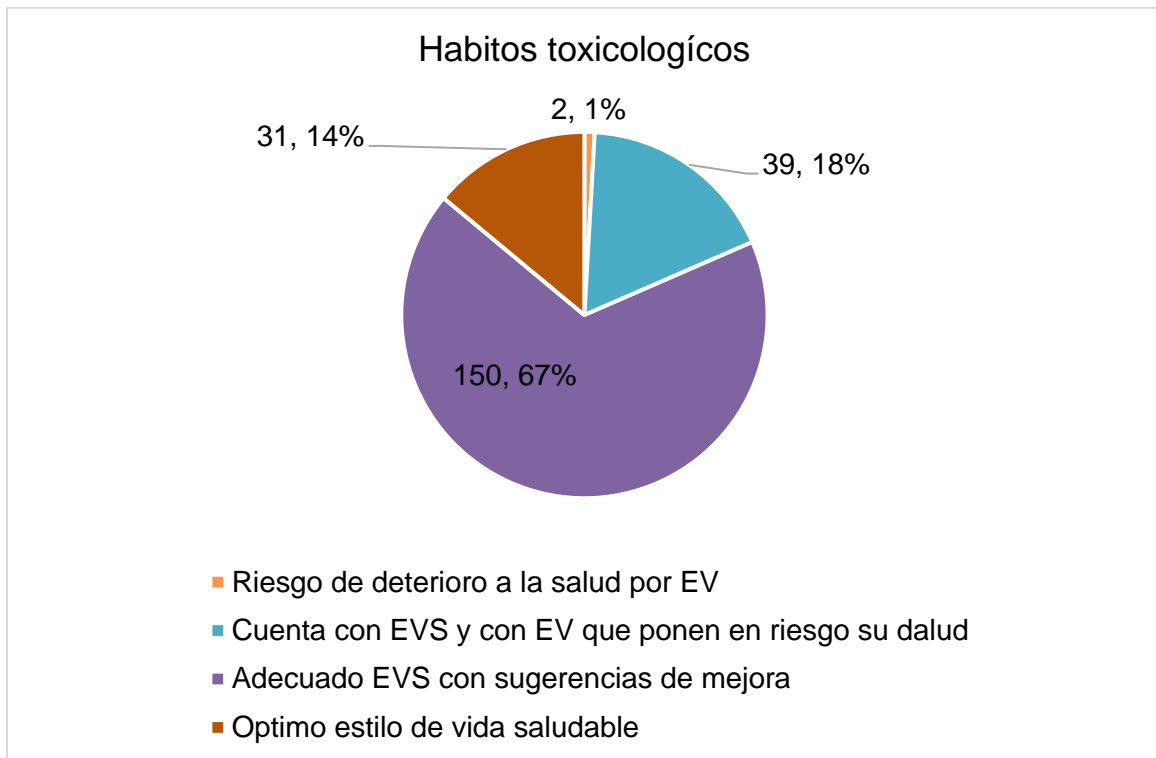
Gráfica 3. Habito saludable: Sueño



En la gráfica 3 se aprecia el estilo de vida de los participantes en relación al sueño, destaca que la mayor parte de ellos cuentan con un estilo de vida adecuado pero que tienen sugerencias de mejora, seguido de un porcentaje importante de alumnos que cuentan con un estilo de vida que pone en riesgo su sueño.

En menor proporción, se encuentran los alumnos con un estilo óptimo de vida saludable, seguido de quienes tienen un riesgo de deterioro a la salud por su estilo de vida en relación al sueño.

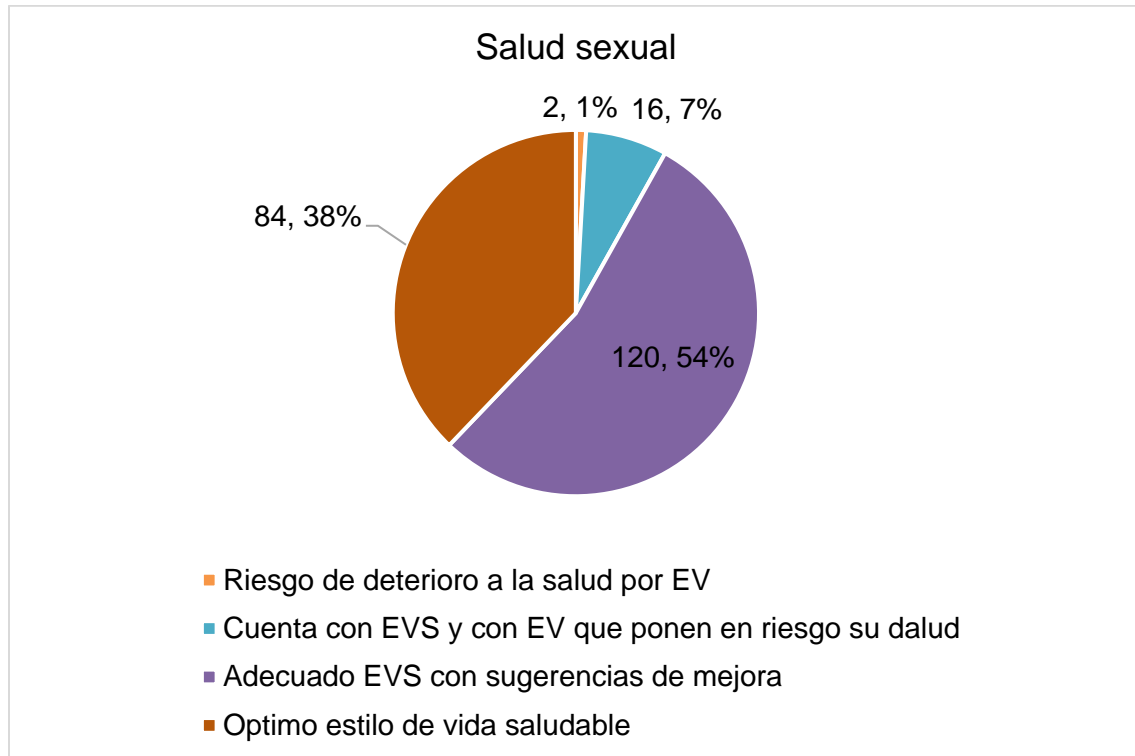
Gráfica 4. Hábitos toxicológicos



En la gráfica 4 se aprecia el estilo de vida de los participantes en relación a sus hábitos toxicológicos, destaca que la mayor parte de ellos cuentan con un estilo de vida adecuado pero que también tienen sugerencias de mejora, seguido de quienes tienen estilos de vida que ponen en riesgo su salud, seguido por quienes tienen un óptimo estilo de vida saludable.

Destaca que el 1% de los participantes cuenta con un deterioro a la salud por causa de sus estilos de vida.

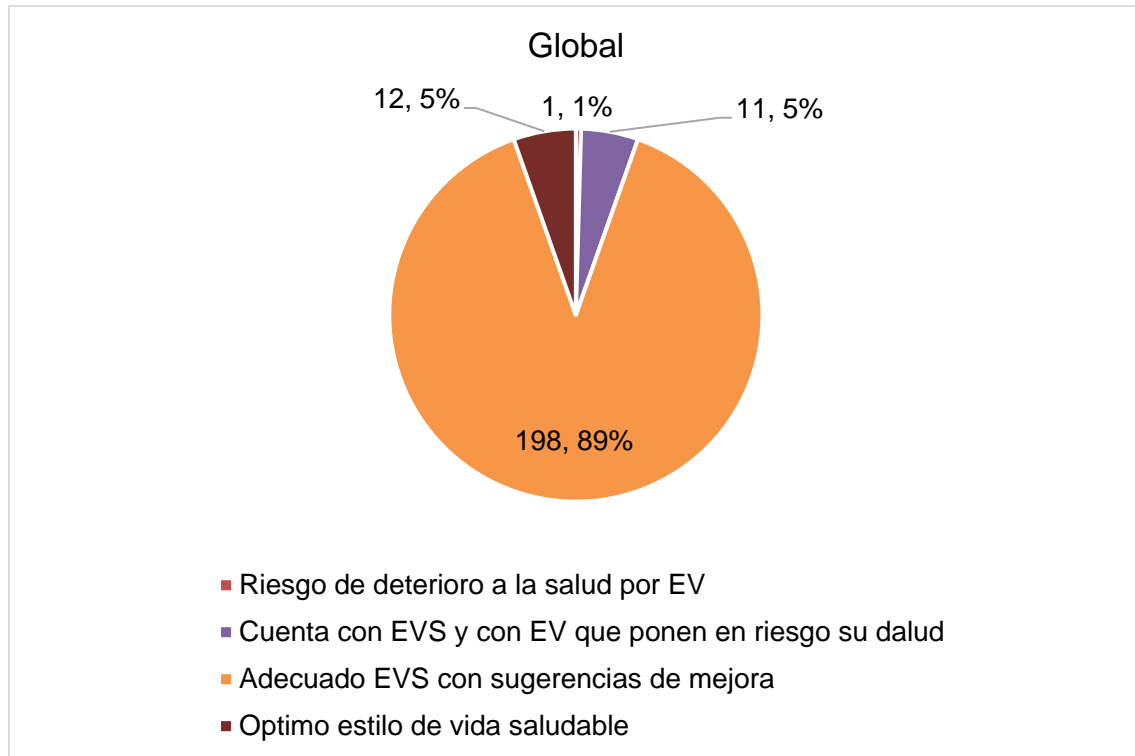
Gráfica 5. Habito saludable: Salud sexual



En la gráfica 5 se aprecia el estilo de vida de los participantes en relación a su salud sexual en el que poco más de la mitad tiene un estilo de vida saludable “adecuado” con sugerencias de mejora, seguido de quienes tienen un estilo de vida saludable “optimo”.

En menor medida se encuentran quienes tienen estilos de vida que ponen en riesgo su salud, finalmente, el 1% de los participantes

Gráfica 6. Puntuación global de hábitos saludables.



En cuanto a la puntuación global sobre los estilos de vida de los alumnos se observa en la gráfica 6 que la gran mayoría de los alumnos presentan un “adecuado” estilo de vida y que sin embargo tienen varias sugerencias de mejora.

Tabla 6. Comparación de medias en los hábitos saludables entre los participantes acorde a sus características sociodemográficas.

	Global	Alimentación	Ejercicio	Patrón de sueño	Hábitos toxicológicos	Salud sexual
Turno						
Matutino	286.6 ± 31.0 ^a	64.8 ± 6.9 ^b	40.7 ± 6.4 ^c	35.0 ± 4.9	86.0 ± 15.3 ^d	59.9 ± 9.9
Vespertino	276.4 ± 24.0	62.3 ± 7.1	38.5 ± 6.5	35.0 ± 4.2	82.1 ± 12.8	58.3 ± 8.9
Grupo						
302	276.7 ± 27.6 ^e	62.1 ± 7.7	38.1 ± 7.2	35.3 ± 4.7	83.4 ± 12.6	57.6 ± 9.9
303	277.4 ± 43.4	62.9 ± 6.6	41.2 ± 7.2	35.0 ± 7.7	80.4 ± 21.0	57.7 ± 13.7
304	285.6 ± 22.4	64.5 ± 7.4	40.4 ± 5.8	34.6 ± 3.4	85.8 ± 10.5	60.1 ± 7.4
306	282.4 ± 21.9	63.8 ± 7.0	39.2 ± 5.3	35.2 ± 3.5	84.6 ± 13.4	59.5 ± 8.3
308	295.2 ± 24.1 ^f	66.6 ± 6.5 ^g	40.6 ± 6.5	35.4 ± 3.1	90.9 ± 12.4 ^h	61.4 ± 8.4
304 vespertino	270.6 ± 20.5	60.9 ± 6.1	38.4 ± 6.7	34.4 ± 4.4	78.4 ± 11.9	58.0 ± 8.4

Edad

17 años	283.6 ± 24.9	64.0 ± 7.6	39.3 ± 6.5 ⁱ	34.9 ± 4.0	85.5 ± 12.2	59.7 ± 8.5
18 años	277.1 ± 32.0	32.3 ± 6.0	40.1 ± 6.2 ^j	35.1 ± 5.4	81.2 ± 16.6	58.1 ± 10.6
19 años	278.5 ± 14.8	69.5 ± 3.5	28.0 ± 8.4	34.0 ± 1.4	91.0 ± 5.6	56.0 ± 12.7

IMC

Bajo peso	289.7 ± 31.4	63.0 ± 7.9	39.4 ± 4.5	34.4 ± 4.1	90.5 ± 16.2	61.2 ± 9.0
Peso Promedio	279.9 ± 28.5	63.1 ± 6.9	39.4 ± 6.7	34.8 ± 4.8	83.9 ± 14.5	58.6 ± 9.5
Sobrepeso	282.7 ± 24.4	63.6 ± 7.4	39.8 ± 6.7	35.6 ± 3.7	83.6 ± 12.0	60.0 ± 8.7
Obesidad Grado 1	282.6 ± 30.8	70.2 ± 5.0	42.0 ± 3.9	34.7 ± 5.7	76.5 ± 13.6	58.8 ± 12.8

Género

Masculino	284.6 ± 25.5	63.9 ± 7.1	40.8 ± 6.9 ^k	35.7 ± 4.4 ^l	85.2 ± 13.6	58.7 ± 9.4
Femenino	277.9 ± 29.5	63.0 ± 7.1	38.4 ± 6.0	34.3 ± 4.6	82.7 ± 14.5	59.3 ± 9.5

Municipio

Nezahualcóyotl	281.1 ± 30.0	63.4 ± 7.6	39.6 ± 6.5	34.8 ± 4.9	83.4 ± 15.0	59.5 ± 9.8
Iztapalapa	280.6 ± 25.4	62.5 ± 6.0	39.3 ± 6.6	35.4 ± 4.2	85.7 ± 13.0	57.5 ± 9.2
Otras alcaldías y municipios	282.3 ± 14.6	66.1 ± 5.6	39.0 ± 6.4	35.0 ± 2.8	81.7 ± 9.6	60.4 ± 5.5

Situación laboral

No labora	282.3 ± 24.5	63.4 ± 6.7	39.2 ± 6.3	35.0 ± 3.7	84.8 ± 12.7 ^m	59.7 ± 8.0
Trabajo	275.6 ± 39.2	63.7 ± 8.6	40.8 ± 7.2	35.0 ± 7.3	79.8 ± 18.8	56.2 ± 13.9

Religión:

Católica	280.9 ± 28.5	63.7 ± 6.6	39.9 ± 6.3	35.2 ± 4.6	82.7 ± 14.7	59.3 ± 9.5
Cristiana evangélica	289.0 ± 26.0	63.2 ± 6.6	41.6 ± 4.5	35.4 ± 3.6	88.9 ± 13.3	59.7 ± 8.8
Mormones	280.0 ± 0.0	71.0 ± 0.0	--	36.0 ± 0.0	80.0 ± 0.0	56.0 ± 0.0
Sin religión	275.0 ± 25.7	62.1 ± 8.4	36.1 ± 7.5	33.9 ± 5.3	85.0 ± 11.9	57.7 ± 10.5
Otras	268.0 ± 28.7	65.0 ± 16.0	36.7 ± 11.9	33.2 ± 5.4	76.5 ± 10.4	56.5 ± 3.1

Comparaciones entre grupos: Para identificar diferencias entre los puntajes de los participantes debidos a sus características como el turno, género y situación laboral se realizó una comparación por medio de la prueba estadística de T de Student para muestras independientes.

a= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación global de hábitos saludables entre los turnos matutino y vespertino, siendo este último menor que el del primero. b= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación de la alimentación entre los alumnos de los turnos matutino y vespertino, siendo este último menor que el del primero. c= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación del ejercicio entre los alumnos de los turnos matutino y vespertino, siendo este último menor que el del primero. d= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación de los hábitos toxicológicos entre los turnos matutino y vespertino, siendo este último menor que el del primero. k= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación de ejercicio entre hombres y mujeres, siendo esta última media menor a la de los hombres. l= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación de patrón de sueño entre hombres y mujeres, siendo esta última media menor a la de los hombres. m= Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la media de la puntuación de hábitos toxicológicos entre quienes laboral y quienes no laboran, siendo esta última media mayor a la de los que no laboran.

Por otra parte, al momento de realizar la comparación entre el puntaje obtenido en los grupos, edad, IMC, municipio de procedencia y religión, se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la prueba de ANOVA (Análisis de la varianza) y tras el contraste post hoc con las pruebas de Bonferroni (Bf.) y Games Howell (GH.) como se detalla a continuación:

e= Bf. Media del puntaje global del grupo 302 es menor que del grupo 308. f= Bf. Media del puntaje global del grupo 308 es mayor que del grupo 304 vespertino. g= Bf. Media del puntaje de alimentación del grupo 308 es mayor que del grupo 304 vespertino. h= GH. Media del puntaje de hábitos toxicológicos del grupo 308 es mayor que del grupo 304 vespertino. i= Media dl puntaje de ejercicio es mayor en quienes tienen 17 años que en quienes tienen 19. j= Media dl puntaje de ejercicio es mayor en quienes tienen 18 años que en quienes tienen 19.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes de los estilos de vida saludables entre los participantes según su agrupación por Índice de masa corporal, el municipio en que radican o por su religión.

Tabla 7.

		Alimentación	Ejercicio físico	Sueño	Hábitos toxicológicos	Salud Sexual	Escala global
Alimentación	Pearson	1	.375**	.219**	.139*	.359**	.573**
	Sig.	-	.000	.001	.038	.000	.000
Ejercicio físico	Pearson		1	.239**	.042	.333**	.505**
	Sig.		-	.000	.532	.000	.000
Sueño	Pearson			1	.345**	.430**	.599**
	Sig.			-	.000	.000	.000
Hábitos toxicológicos	Pearson				1	.372**	.737**
	Sig.				-	.000	.000
Salud Sexual	Pearson					1	.770**
	Sig.					-	.000
Escala global	Pearson						1
	Sig.						-

Sig. Significancia estadística.

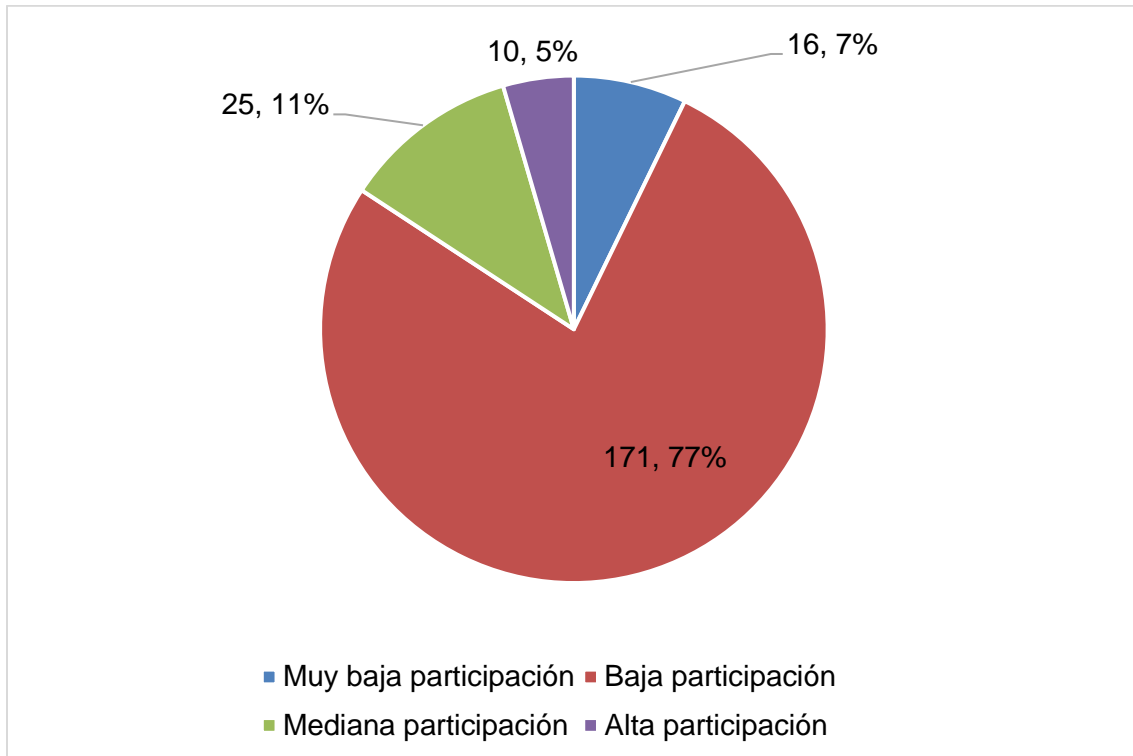
El grado máximo de estudio de los padres de los participantes tiene una relación de intensidad baja, inversamente proporcional con el patrón de sueño de los participantes. r de Pearson -0.179 sig. 0.007 .

El grado máximo de estudios de los padres no guarda relación estadísticamente significativa con las puntuaciones globales de los siguientes estilos de vida saludables: Alimentación, ejercicio físico, patrón de sueño, hábitos toxicológicos y salud sexual.

El grado máximo de estudio de los padres de los participantes tiene una relación de intensidad moderada, directamente proporcional con el grado de estudio de las madres de los participantes. r de Pearson 0.356 , sig. 0.000 .

Las variables: horas laborales a la semana, número de personas con las que viven los participantes, índice de masa corporal y grado máximo de estudios de la madre no guardan relación estadísticamente significativa con las dimensiones de los estilos de vida saludable y su puntaje global.

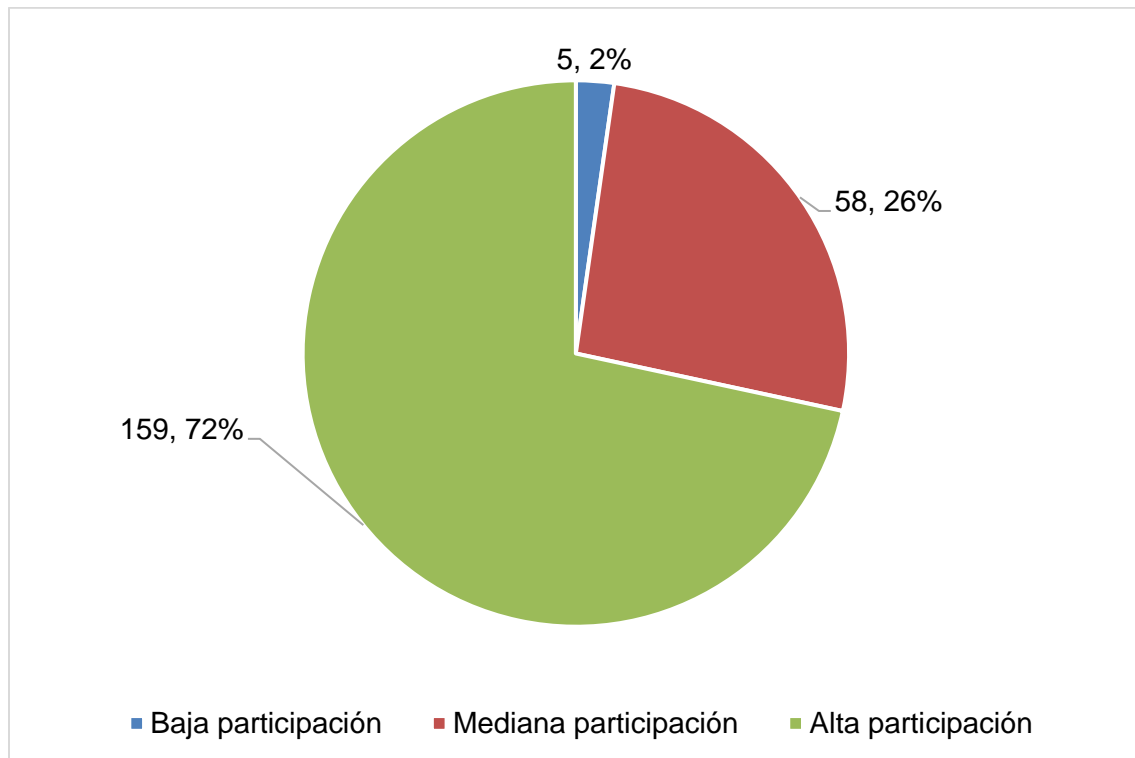
Gráfica 7. Nivel de participación adolescente durante la exposición



En la gráfica 7 se aprecia el nivel de participación del adolescente durante la exposición por parte del promotor de salud. Destaca que la mayor parte de ellos presento una baja participación, seguido de una mediana participación y posteriormente una muy baja participación.

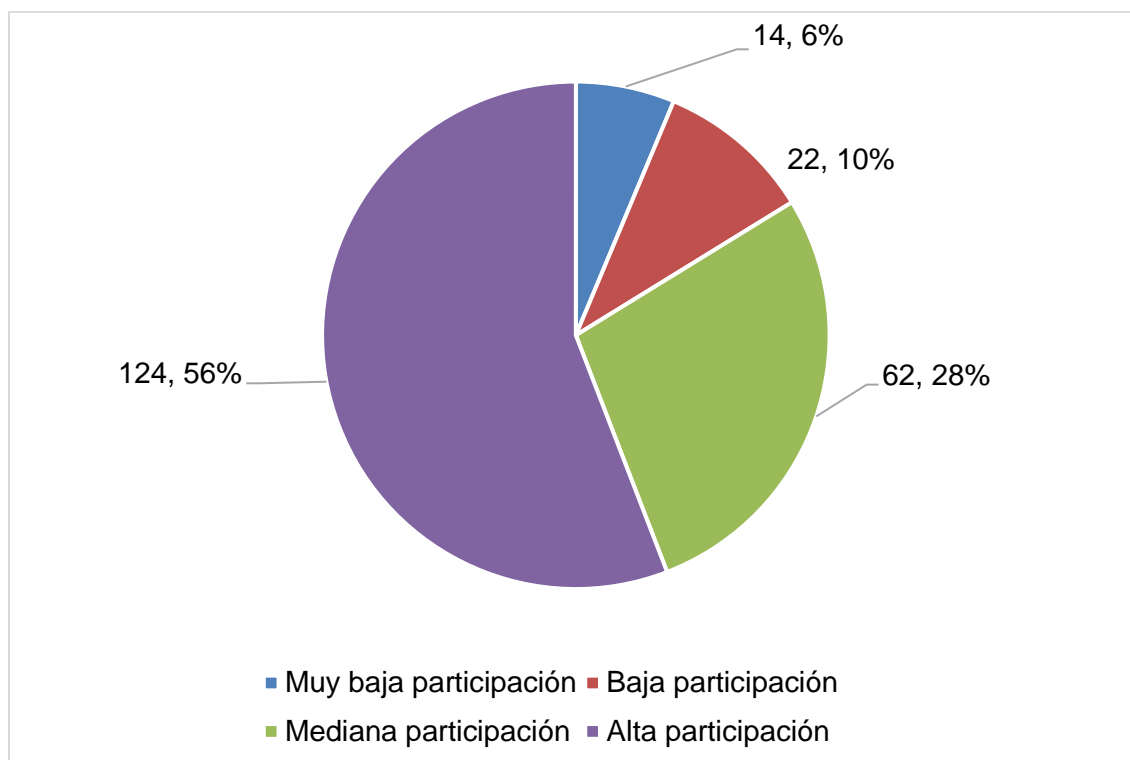
También se enfatiza que el 5% de los adolescentes, presento un alto nivel de participación durante la exposición.

Gráfica 8. Nivel de participación adolescente durante el llenado de lámina.



La gráfica 8 ilustra el nivel de participación del adolescente durante el llenado de lámina para la valoración de necesidades en su grupo. Destaca que la mayor parte de ellos presento una alta participación, seguido de una mediana participación. También enfatiza que el 2% de los adolescentes, presento una baja participación durante el llenado de lámina.

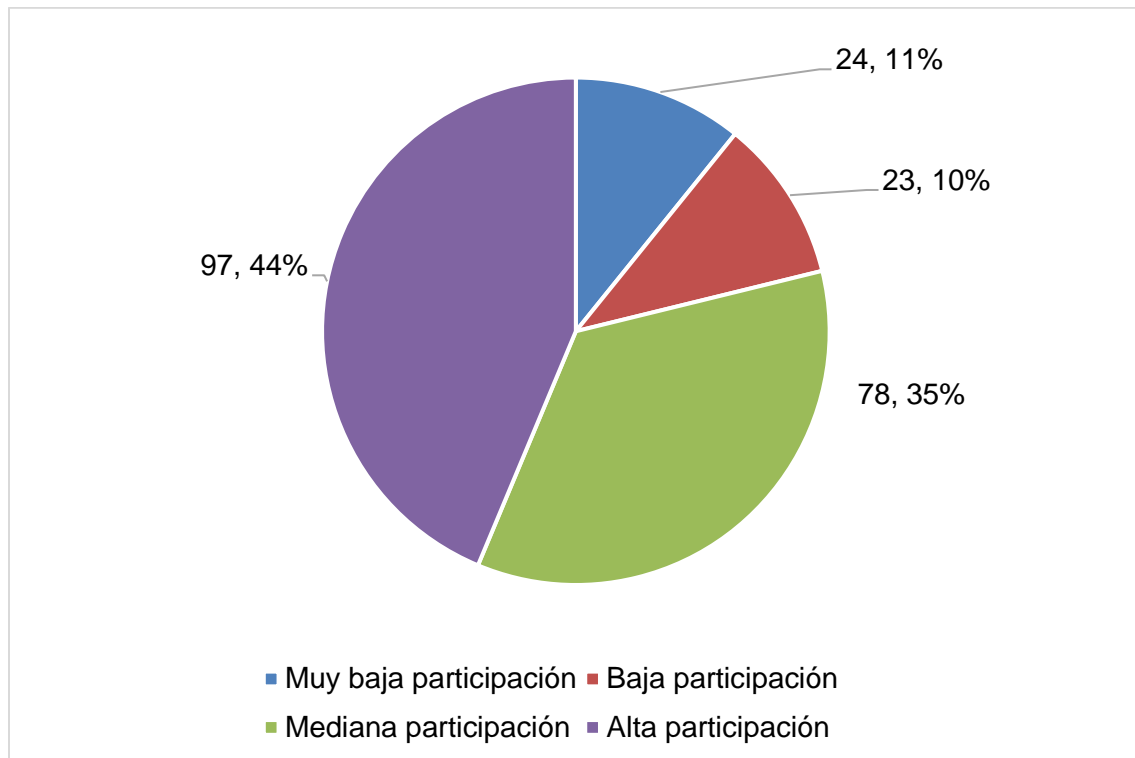
Gráfica 9. Nivel de participación adolescente durante la técnica de rejilla.



La gráfica 9 ilustra el nivel de participación del adolescente durante la técnica de rejilla, para para la sugerencia de planes de acción ante las causas de la problemática de salud. Destaca que la mayor parte de ellos presento una alta participación, seguido de una mediana participación, y posteriormente una baja participación.

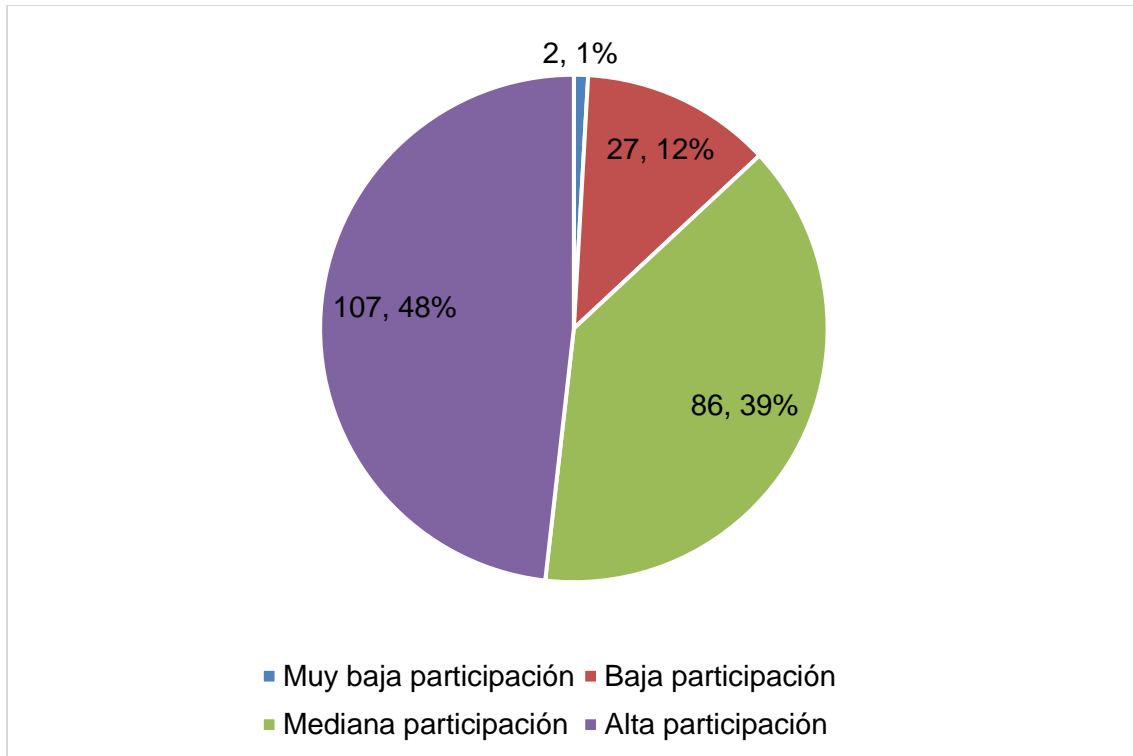
Resalta que el 6% de los adolescentes, presento una muy baja participación durante el llenado de lámina.

Gráfica 10. Nivel de participación adolescente durante la didáctica de sociodrama.



En la gráfica 10 se muestra el nivel de participación adolescente durante la didáctica de sociodrama. Destaca que la mayor parte de ellos presento una alta participación, seguido de una mediana participación, y posteriormente una muy baja participación. Destaca que el 10% de los adolescentes, presento una baja participación durante el sociodrama

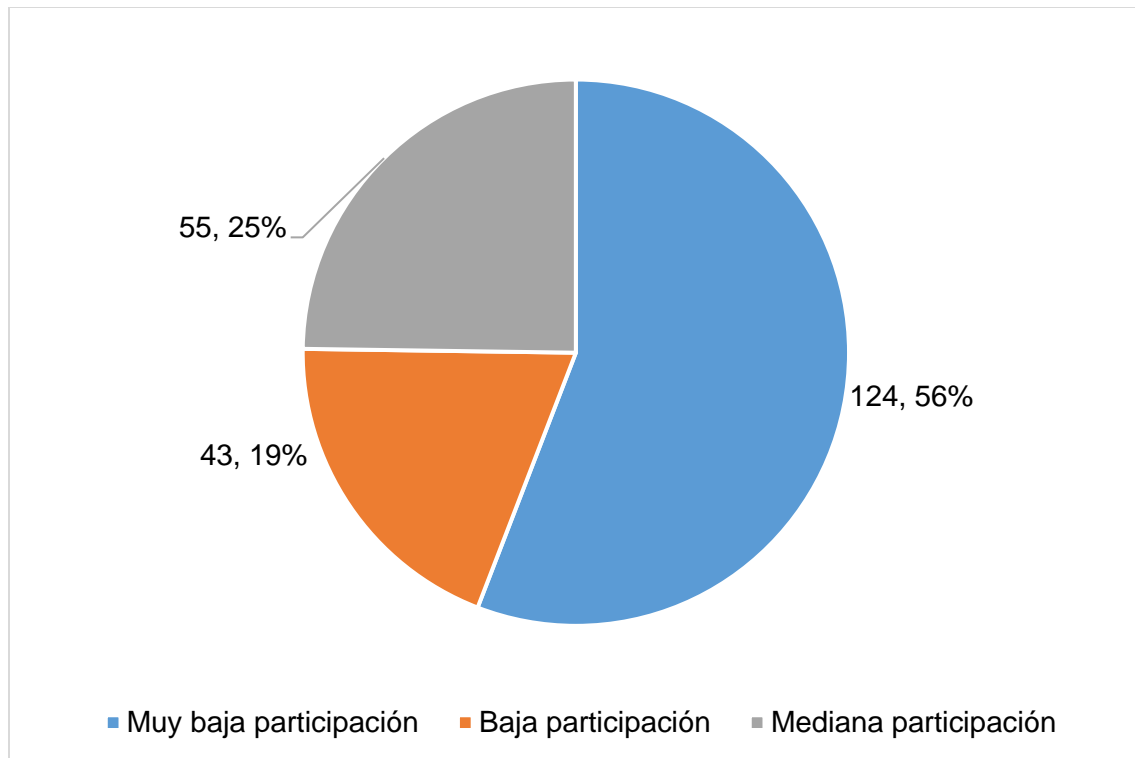
Grafica 11. Nivel de participación adolescente durante el programa educativo para la salud.



La gráfica 11 ilustra de manera general el nivel de participación adolescente durante la aplicación del programa educativo para la salud. Destaca que la mayor parte de ellos presento una alta participación, seguido de una mediana participación, y posteriormente una baja participación.

Destaca que el 1% de los adolescentes, presento una muy baja participación durante el programa.

Gráfica 12. Nivel de participación adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores posterior a un programa educativo para la salud.



La gráfica 12 muestra el nivel de participación adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores posterior a un programa educativo para la salud. Destaca que la mayor parte de ellos presento una muy baja participación, seguido de una mediana participación.

Destaca que el 19% de los adolescentes, presento una baja participación durante la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores posterior al programa educativo de salud.

Tabla 8. Comparación de medias en la participación de los adolescentes durante el programa de salud y durante su difusión entre los participantes acorde a sus características sociodemográficas

	Participación adolescente global	Participación adolescente durante la exposición	Participación adolescente durante la lamina	Participación adolescente durante la reja	Participación adolescente durante el socio drama	Difusión de los adolescentes
Turno						
Matutino	112.2 ± 20.9	10.1 ± 3.8	42.9 ± 6.8	27.0 ± 7.1 ^a	22.1 ± 10.4 ^b	13.2 ± 9.8
Vespertino	106.5 ± 24.4	10.8 ± 3.6	42.3 ± 7.5	24.2 ± 8.6	29.1 ± 11.4	13.0 ± 9.4
Grupo						
302	105.9 ± 27.4 ^c	10.4 ± 3.8 ^{h,i}	41.7 ± 8.0 ^o	24.4 ± 9.5 ^r	49.3 ± 12.7	14.8 ± 9.9
303	105.9 ± 20.8 ^d	7.6 ± 1.8 ^{j,l}	41.2 ± 6.1 ^p	24.9 ± 8.2	32.1 ± 10.1	11.2 ± 10.1
304	106.9 ± 21.2 ^e	11.7 ± 4.8	41.0 ± 7.9 ^q	25.3 ± 6.3 ^s	28.8 ± 12.1	15.0 ± 9.8

306	107.9± 20.8 ^f	9.9 ± 2.7 ^m	43.1 ± 6.8	25.8 ± 7.7	29.0 ± 10.1	14.2 ± 9.3
308	122.3 ± 16.8	10.6 ± 2.9 ⁿ	46.2 ± 4.7	30.2 ± 5.9	35.2 ± 7.8	13.3 ± 9.5
304 vespertino	106. 5±24.8 ^g	12.8 ± 3.7 ^k	42.3 ± 7.8	22.6 ± 8.4 ^t	39.2 ± 11.6	9.7 ± 8.4
Edad						
17 años	112.5±21.5 ^u	10.5 ± 3.5	43.7 ± 6.7 ^x	26.5 ± 7.7 ^y	31.7 ± 9.9	11.9 ± 9.4 ^A
18 años	103.2±24.3 ^v	10.4 ± 3.3	40.7 ± 7.7	23.7 ± 8.5	28.3 ± 12.5 ^z	15.4 ± 9.6
19 años	126.0±2.8 ^w	12.0 ± 2.8	48.5 ± 2.1	30.5 ± 0.7	35.0 ±1.4	3.0 ± 4.2
IMC						
Bajo peso	116.2 ± 15.5	11.1 ± 3.2	45.0 ± 5.5	26.0 ± 5.6	34.0 ± 9.1	13.3 ± 10.1
Peso Promedio	109.8 ± 22.5	10.6 ± 3.9	42.7 ± 7.4	25.8 ± 7.7	30.6 ± 10.8	12.7 ± 9.6

Sobrepeso	104.4 ± 25.9	9.9 ± 2.7	41.7 ± 6.9	23.9 ± 9.7	28.8 ± 12.7	14.0 ± 9.9
Obesidad Grado 1	113.3 ± 21.9	11.6 ± 4.1	43.2 ± 8.2	26.6 ± 9.4	31.8 ± 6.4	16.0 ± 10.2
Género						
Masculino	105.7±23.3 *	10.6 ± 3.9	41.8 ± 7.5	24.4 ± 8.3	28.8 ± 11.4 *	12.8 ± 9.3
Femenino	112. 2±22.3	10.4 ± 3.5	43.4 ± 6.8	26.4 ± 7.8	32.0 ± 10.5	13.9 ± 9.4
Delegación						
Nezahualcóyotl	108.1 ± 23.3	10.2 ± 3.6	42.4 ± 7.2	45.2 ± 8.0	30.2 ± 11.5	13.8 ± 9.6
Iztapalapa	109.5 ± 23.8	11.2 ± 3.8	42.5 ± 7.4	25.2 ± 8.9	30.4 ± 10.4	11.4 ± 9.4
Otras alcaldías y municipios	116.1 ± 16.3	10.4 ± 4.1	44.8 ± 5.7	28.0 ± 5.6	32.8 ± 9.6	13.3 ± 10.2
Situación laboral						

No labora	109.5 ± 23.0	10.5 ± 3.5	42.5 ± 7.1	25.7 ± 7.8	30.0 ± 10.9	13.4 ± 9.7
Trabajo	107.5 ± 23.0	10.6 ± 4.5	43.0 ± 7.5	24.6 ± 9.1	29.2 ± 11.7	11.8 ± 9.0
Religión:						
Católica	108.7 ± 24.2	10.3 ± 3.5	42.9 ± 7.4	25.4 ± 8.3	29.9 ± 12.1	13.9 ± 9.6
Cristiana evangélica	109.7 ± 22.8	11.4 ± 4.4	42.4 ± 7.0	25.1 ± 9.3	30.7 ± 9.5	10.9 ± 9.3
Mormones	109.0 ± 0.0	10.0 ± 0.0	44.0 ± 0.0	29.0 ± 0.0	26.1 ± 0.0	22.0 ± 0.0
Sin religión	111.3 ± 18.4	10.6 ± 3.7	41.8 ± 6.3	26.2 ± 5.9	32.7 ± 8.0	11.4 ± 9.4
Otras	101.7 ± 16.9	7.7 ± 2.0	40.5 ± 9.9	24.0 ± 4.3	29.5 ± 4.0	15.5 ± 10.4

*No hay diferencias acordes al IMC

Comparaciones entre grupos: Para identificar diferencias entre los puntajes de los participantes debidos a sus características como el turno, género y situación laboral se realizó una comparación por medio de la prueba estadística de T de Student para muestras independientes.

a= Se observa una diferencia entre la media del puntaje de la participación adolescente durante la reja entre los alumnos del turno matutino y vespertino, siendo la media del

turno matutino mayor que la del vespertino. b= Se observa una diferencia entre la media del puntaje de la participación adolescente durante el socio drama entre los alumnos del turno matutino y vespertino, siendo la media del turno matutino menor que la del vespertino.

Por otra parte, al momento de realizar la comparación entre el puntaje obtenido en los grupos, edad, IMC, municipio de procedencia y religión, se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la prueba de ANOVA (Análisis de la varianza) y tras el contraste post hoc con las pruebas de Bonferroni (Bf.) y Games Howell (GH.) como se detalla a continuación:

c= GH. Media del puntaje global del grupo 302 es menor que del grupo 308. d= GH. Media del puntaje global del grupo 303 es menor que del grupo 308, e= GH. Media del puntaje global del grupo 304 es menor que del grupo 308. f= GH. Media del puntaje global del grupo 306 es menor que del grupo 308, g= GH. Media del puntaje global del grupo 304 vespertino es menor que del grupo 308. h= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 302 es menor que del grupo 308. i= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 302 es mayor que del grupo 303. j= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 303 es menor que del grupo 304. k= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 304v es mayor que del grupo 306. l= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 303 es menor que del grupo 304v. m= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 303 es menor que del grupo 306 n= GH. Media del puntaje durante la exposición del grupo 303 es menor que del grupo 308. o= GH. Media del puntaje durante la lámina del grupo 302 es menor que del grupo 308. p= GH. Media del puntaje durante la lámina del grupo 303 es menor que del grupo 308. q= GH. Media del puntaje durante la lámina del grupo 304 es menor que del grupo 308. r= GH. Media del puntaje durante la reja del grupo 302 es menor que del grupo 308, s= GH. Media del puntaje durante la reja del grupo 304 es menor que del grupo 308. t= GH. Media del puntaje durante la reja del grupo 304v es menor que del grupo 308. u= GH. Media del puntaje global de los alumnos de 17 años es mayor que de los alumnos de 18 años v= GH. Media del puntaje global de los alumnos de 18 años es menor que de los alumnos de 19 años w=GH. Media del puntaje global de los alumnos de 17 años es menor que de

los alumnos de 19 años. $x = GH$. Media del puntaje de la participación en la lámina de los alumnos de 17 años es mayor que de los alumnos de 18 años $y = GH$. Media del puntaje de la participación en la reja de los alumnos de 17 años es mayor que de los alumnos de 18 años $z = GH$. Media del puntaje del Socio drama en la lámina de los alumnos de 18 años es menor que de los alumnos de 19 años. $A = GH$. Media del puntaje de la participación en la difusión de estilos de vida saludables con sus tutores de los alumnos de 17 años es menor que de los alumnos de 18 años.

Consistencia interna Alfa de Cronbach

Encuesta de necesidades de salud enfocada a estilos de vida saludable.

DOMINIOS	ALFA DE CRONBACH	N. DE ELEMENTOS
Global	0.878	79
Alimentación saludable	0.567	19
Ejercicio físico	0.698	11
Patrón regular del sueño	0.574	10
Hábitos toxicológicos	0.871	24
Salud sexual	0.825	15

Participación y actitud de los alumnos

actitud de los padres

Participación y

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.878	31

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.952	9

10. DISCUSIÓN

En investigaciones previas se ha destacado la necesidad de estimular la participación de los adolescentes, ^{35, 36, 38, 28} mostrando su efectividad en la promoción de hábitos alimenticios y saludables ³¹. No obstante, en las ocasiones en que no se han conseguido resultados positivos estadísticamente significativos se ha sugerido probar otros enfoques educativos de salud en los adolescentes. ²⁸

Sin embargo, no todos los enfoques previos presentan las características necesarias planteadas por la OMS para proporcionar educación para la salud. Al respecto, destacan aspectos particulares en las investigaciones previas, por ejemplo, los referentes al enfoque que toman los programas educativos ya que en ellos predomina como meta el prevenir la enfermedad y no el promover la salud. ^{28,33,34}

De esta forma, no es de extrañar que la diversidad entre las investigaciones esté lejos de lograr una verdadera educación para la salud, ya que, esta se consigue únicamente cuando existe una participación cognitiva y activa de la comunidad en la que se presentan. Situación que se vislumbra en trabajos antecedentes en los que el enfoque promotor de la salud se limita a transmitir los conocimientos a los adolescentes y se deja de lado su difusión hacia su comunidad y por ende su participación. ^{29, 30, 31, 36}

Así mismo como lo referente al significado que toman para dichas investigaciones el tipo de participación, tal es el caso de aquellas en las que se enuncian como un tipo de participación positiva/negativa o con base en su intensidad: alta o baja y que en pocas de ellas se mencionan de forma normativa o emancipadora. ^{26,27,28}

De igual forma, en pocos estudios se han valorado las necesidades en salud de las poblaciones adolescentes antes de crear un programa educativo, ³⁰ en las que, el papel del educando figura como un receptor pasivo del conocimiento y no como un actor, o cogestor del mismo. ²⁹

La repercusión que tiene la ausencia de una valoración de necesidades en salud limita al contexto estadístico de las principales temáticas del adolescente, que son los hábitos

toxicológicos, los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual dando poca relevancia a otros estilos de vida saludable. ^{27,29,30,33,34,37,38}

La revisión de investigaciones previas, así como de los métodos, las temáticas, recursos, enfoques, terminología y objetivos, presentan el estudio de los estilos de vida saludables desde el alcance de modelos informativos – prescriptivos, persuasivos – motivacionales e incluso económico – políticos, sin alcanzar un tipo de modelo de intervención educativa crítica. A partir de lo cual se limitan los puntos susceptibles de comparación entre los resultados de la presente tesis y los resultados de trabajos previos.

Los estilos de vida saludables en los adolescentes, principalmente los que refieren al autocontrol en el consumo de tabaco y/o alcohol y la salud sexual, han sido plenamente estudiados, ya sea a modo descriptivo y/o diagnóstico, es decir, con la finalidad de conocer el tipo de estilo que predomina en una población, como en investigaciones dirigidas a determinar la efectividad que intervenciones educativas o programas educativos tienen sobre la adherencia o modificación de estos en los adolescentes. De tal motivo, surge la pertinencia de un estudio comparativo de algunos datos relevantes de la presente investigación con los resultados de investigaciones similares con enfoque de Estilos de vida saludables:

10.1. AUTOCONTROL EN EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y SALUD SEXUAL.

En relación al estilo de vida saludable: Autocontrol en el consumo de tabaco y alcohol la presente investigación: Nivel de participación del adolescente en la difusión de Estilos de vida saludables a sus tutores, encontró que el 51.4% de los estudiantes adolescentes han presentado consumo de tabaco y 10.8% se considera fumador o refiere fumar muchas veces, consumiendo de 3 o más cigarrillos al día el 7.7% de estos adolescentes. Al indagar sobre los antecedentes familiares, el 73.3% de los estudiantes identifica tener familiares fumadores. En una investigación realizada a 593 alumnos recién ingresado a la Facultad de Medicina de la UNAM³³, se encontró que el 11.3% de los estudiantes refiere ser fumador, y el 76.6% de estos, consume de uno a 3 cigarros al día, así mismo 24.9% de estudiantes señala que sus familiares directos padecen tabaquismo. Un

segundo estudio realizado en Morelos²⁷, refiere que el 43.8% de los estudiantes adolescentes ha consumido tabaco, destacando que el 11.8% de éstos inicio el consumo a la edad de 10 años. En un tercer estudio revisado³⁷, la información fue recogida a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) de la OMS. En esta, se encuestaron a 563 estudiantes de tres colegios públicos de la ciudad de Popayán, Colombia, arrojando que el 41,2 % (231/563) de los adolescentes fuman. Al comparar los resultados de esta investigación, podemos observar una diferencia mínima del consumo de tabaco, con respecto a los estudios de Morelos y Pompoza. Siendo una probable razón de esta diferencia la alta urbanización de la ubicación de la escuela, en comparación de las otras dos regiones. Respecto a los adolescentes que tienen una dificultad de autocontrol en el consumo de tabaco se observa una semejanza de resultados: 10.8 % vs 11.3 %, y de estos porcentajes puede destacarse que el estudio de la UNAM³³ se realizó en el año 2010, y el presente en el año 2019, observando que la prevalencia de esta cifra se ha mantenido. Siendo un indicador importante, buscando disminuir estas cifras mediante el ajuste de programas educativos en salud, que den herramientas solidas al adolescente antes de tomar como decisión el consumo de tabaco. La principal diferencia entre ambas poblaciones de estudio está en la cantidad de cigarrillos que refieren consumir al día quienes tienen una dificultad de autocontrol: 7.7% vs 76.6%, siendo una probable causa la cantidad económica que pudiera tener un estudiante de nivel bachillerato contra un estudiante de nivel licenciatura. Un aspecto que es también totalmente desigual entre ambas poblaciones es la referencia de familiares directos con tabaquismo, 73.3% vs 24.9%. La respuesta a esta diferencia podría hallarse en alguna variable de carácter sociodemográfico.

Respecto a los datos de dificultad en el autocontrol de alcoholismo el presente estudio encontró que el 77% de los adolescentes ha consumido alcohol, destacando que 51.8% lo realiza algunas veces al mes, siendo ésta la mayoría. Con relación a los problemas de beber alcohol de uno o más familiares, éste ha sido referido por un 39.7 de adolescentes. Retomando el estudio realizado en Popayán Colombia³⁷, respecto a la dimensión alcoholismo se encontró que 43.7% de los adolescentes consumen alcohol. Así mismo 57.3 % de los estudiantes de medicina de la UNAM⁸ consumen alcohol de vez en cuando,

referenciando que el 13 % de sus familiares padecen alcoholismo. Un estudio realizado en el municipio de Ixtlahuaca Estado de México³⁹ encontró que el 84.1 % de los estudiantes ingiere alcohol 7 veces a la semana. Al comparar el consumo de alcohol de la población de este estudio con el de Popayán, se detecta una clara diferencia de porcentajes siendo una posible razón cualquier variable sociodemográfica. Al contrastar la frecuencia de consumo se observa una mínima similitud con la población de la UNAM del 51.8% contra 57.3 % y una clara diferencia con el estudio de Ixtlahuaca. Cabe señalar que este último no señala en sus resultados que no consumen alcohol, dejando este resultado con hipotéticos análisis que no pueden ser objeto de comparación con esta investigación. De igual manera se evidencia una marcada diferencia entre la referencia de familiares con problemas de beber alcohol: 39.7 contra 13. Esta disparidad podría manifestarse por diversos factores socioculturales.

Los principales resultados de esta investigación respecto a la salud sexual arrojan que el 60 % de los estudiantes afirman haber iniciado a tener relaciones sexuales, 32 % utiliza condón siempre, mientras que el 20.8 % lo utiliza a menudo, y el 12.2 menciona utilizar algún método de planificación familiar. De igual modo un estudio realizado a 1139 adolescentes pertenecientes a diferentes subculturas de Cd Nezahualcoyotl³⁵, refiere un alto índice de practica sexual y baja utilización de métodos anticonceptivos. El estudio de Popayán³⁷ encontró respecto a la utilización de preservativo que solamente el 17,6 % de los adolescentes declara siempre utilizarlo, mientras que el 82,4 % expresa utilizarlo a menudo. La estadística descriptiva observada en esta investigación demuestra que más de la mitad de nuestra población estudiada ya inició su vida sexual. Respecto al uso del preservativo se observa una diferencia significativa entre poblaciones en cuanto a la frecuencia de su utilización "siempre", sin embargo, nos podemos percatar aun cuando la frecuencia de su utilización no sea constante hay un interés por hacer uso de él en sus encuentros sexuales, por lo que es importante hacer uso de intervenciones educativas que concienticen y refuercen esta iniciativa detectada. Por otra parte, en el estudio de Cd. Nezahualcóyotl³⁵ detectaron un dato importante sobre la frecuencia de las prácticas sexuales, variable que en este estudio no fue considerada, por lo que es relevante considerar para futuras investigaciones debido a las implicaciones que conlleva como

enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Por otro lado, se concuerda que la adherencia a métodos anticonceptivos es baja, por lo que se deben estudiar las condiciones socioculturales como tabús que imposibilitan la utilización de esta importante herramienta para la planificación familiar.

10.2. LA BASE DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO, ALIMENTACIÓN SALUDABLE E HIGIENE DEL SUEÑO.

La escala de Estilo de vida saludable que se utilizó para una valoración de necesidades en salud, está conformada por 5 dominios (Alimentación saludable, Ejercicio físico, patrón regular del sueño, prevención de hábitos toxicológicos y salud sexual) que sumando la mayor cantidad de ítems positivos señalará un nivel más saludable de estilo de vida. Esta encuesta fue diseñada con 4 indicadores que a continuación señalarán los porcentajes hallados en los dominios de Alimentación saludable, Ejercicio físico y patrón regular del sueño:

En el hábito de la alimentación saludable se halló que el 23% Cuenta con estilos de vida saludable y también con estilos de vida que ponen en riesgo de deterioro su salud, se realza que el 76% obtuvo un adecuado estilo de vida saludable, pero con sugerencia a mejorar, y solo el 1% logro un Optimo estilo de vida saludable.

Con respecto al ejercicio físico se encontró que El 3% cuenta con Riesgo de deterioro a la salud por estilo de vida saludable, el 16% Cuenta con estilos de vida saludable y también con estilos de vida que ponen en riesgo de deterioro su salud, se realza que el 69% obtuvo un adecuado estilo de vida saludable, pero con sugerencia a mejorar, y el 12% logro un Optimo estilo de vida saludable.

Respecto al patrón regular del sueño El 1% cuenta con Riesgo de deterioro a la salud por estilo de vida saludable, el 14% Cuenta con estilos de vida saludable y también con estilos de vida que ponen en riesgo de deterioro su salud, se realza que el 82% obtuvo un adecuado estilo de vida saludable, pero con sugerencia a mejorar, y solo el 3% logro un Optimo estilo de vida saludable.

Una investigación que fue realizada en la Universidad de Caldas, Colombia³⁴, a una población de 812 estudiantes mediante la adaptación realizada al instrumento fantástico que evaluó las siguientes dimensiones: familiares y amigos, asociatividad y actividad física, nutrición, toxicidad, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad y actividades, imagen interior, control de la salud y sexualidad, orden. Presentando tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, siendo el puntaje mayor 12 para sexualidad, ejercicio, sueño, nutrición, consumo de alcohol, y se califica por medio de una escala tipo Likert con una calificación de 0 a 120 puntos para medir estilo de vida. A mayor puntaje de la dimensión, la calificación es más positiva hacia la salud. Sus indicadores (que pueden ser considerados similares al instrumento de la presente investigación) de mayor a menor son los siguientes: Felicidades, tienes un estilo de vida fantástico; Buen trabajo, estas en el camino correcto; Adecuado, estas bien; Algo bajo, podrías mejorar; Estas en zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor. Los principales hallazgos medidos en promedio, de acuerdo a estos indicadores respecto a los hábitos de alimentación saludable, ejercicio físico e higiene del sueño son para el total de su población: Higiene del sueño 4.45 considerado como algo bajo y podrías mejorar; Alimentación saludable 5.47 considerado como Adecuado estas bien; Ejercicio físico 2.26 estas en zona de peligro, pero tu honestidad es tu mejor valor.

El cuestionario Fantástico fue diseñado y certificado por la Universidad Mc Master de Canada³⁴. Al evaluar las características del cuestionario, se puede describir una gran practicidad y sencillez para que pueda ser realizado por cualquier persona y sea de gran utilidad para tener un contexto de su estilo actual de vida. Sin embargo, a consideración del investigador, este no cumple con las suficientes características para poder rescatar datos relevantes que pudieran otorgar un panorama más específico de cada dominio de los Estilos de Vida para una investigación, y principalmente en la población adolescente. Por lo que se optó, por el diseño de un cuestionario que mide las necesidades principales de adolescentes con enfoque de estilo de vida saludable, que son competencia del personal de enfermería, pudiendo generar un diagnóstico situacional que permita la adaptación correcta de una intervención educativa. Los enunciados de los indicadores de ambos cuestionarios, pueden ajustarse de acuerdo al significado de cada oración. En

este caso, al comparar que la mayoría en Caldas respecto a la higiene de sueño obtuvieron un déficit en este hábito en comparación con los estudiantes de la EPO 264, que la mayoría obtuvo un adecuado estilo de vida, pero con sugerencia a mejorar. En la búsqueda de referencias con el objetivo de comparar los resultados de este estudio con los resultados de otros estudios iguales o similares se encontró escasa información^{27,29,30,33,34,37,38} en el hábito de higiene del sueño o patrón regular del sueño. En el caso de la Universidad de Caldas nos hace suponer cualquier otro aspecto sociodemográfico a evaluar.

De igual manera, las investigaciones con enfoque de Estilos de vida saludable referente a adolescentes y alimentación saludable son escasas, por lo que dificulta un análisis comparativo con una sola población. rescatando el resultado de la Universidad de Ixtlahuaca, Edo de México³⁹ en el que se halló que respecto al consumo de grasa animal o comida chatarra, el 28.5% de adolescentes lo realiza algunas veces, el 33.8% rara vez, y casi nunca el 28%. Es difícil realizar una comparación exacta cuando en la EPO 264 Se encontró que el 59% de los adolescentes consumen de 3 a 4 veces por semana dulces y alimentos chatarra. El sistema de medición es totalmente diferente, e intentar medirlo con *algunas veces* o *rara vez* suele ser dudoso. Sin embargo, se puede determinar un importante consumo de alimentos chatarra en la EPO 264 en comparación de Ixtlahuaca considerando al principal factor de esta diferencia a un aspecto socioeconómico.

Respecto al hábito de ejercicio físico, se señalan una serie de resultados más específicos que tendrán como utilidad comparar con hallazgos de otras poblaciones de diferentes características. Referente a los datos más relevantes que indican la realización de ejercicio físico de los adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos se presenta que el 24.8% de la población estudiada afirma que realizan constantemente ejercicio y el 17.1% de manera ocasional. Se destaca que el 9% es considerada población sedentaria, ya que afirma no realizar alguna actividad física. Los datos referidos a continuación corresponden a los indicadores de índice de masa corporal de la población adolescente del presente estudio: 71.2% fue detectada con normopeso, 20.3% con sobrepeso y 3.6% obesidad grado I.

Por otro lado, estos son los principales resultados de otros estudios en distintas poblaciones que serán objeto de comparación:

Un estudio de la Universidad de Cali Colombia³² refiere que el 67.1% de la población total realiza ejercicio constantemente, y el 25.7% es ocasionalmente, versus 24.8% de la población estudiada afirma que realizan constantemente ejercicio y el 17.1% de manera ocasional de la EPO 267. Esto revela una clara evidencia de un área de oportunidad que nuestra población juvenil mexicana debe mejorar. El fomento a la actividad física queda plasmado solo un par de horas a la semana que indica su plan de estudios de bachillerato.

Por su parte el estudio de la Facultad de Medicina de la UNAM³³ detectó que el 39.9% de su población es sedentaria y refiere los siguientes indicadores de índice de masa corporal: 78.7 tiene normopeso, y 20.6 tiene sobrepeso y obesidad versus la EPO 267, refiriendo que el 9% es considerada población sedentaria, ya que afirma no realizar alguna actividad física. Los datos referidos a continuación corresponden a los indicadores de índice de masa corporal de la población adolescente del presente estudio: 71.2% fue detectada con normopeso, 20.3% con sobrepeso y 3.6% obesidad grado I. Si se considera que solo el 24% de la población de la EPO 264 refiere tener constancia con su actividad física diaria, y que el solo algunas veces a la semana pertenece al 42.3%; el 9% de sedentarios parece un porcentaje engañoso, respecto a la cultura de actividad física. De esta manera se puede apreciar un gran déficit en nuestra población estudiantil sumando aspectos meramente tangibles como es la suma de personas con sobre peso y obesidad para comparar con los datos de la UNAM. Es 3.3% el aumento de esta problemática, por lo que debe considerarse un ajuste de modelo educativo a la salud que impacte en el fomento de este estilo de vida saludable.

11. CONCLUSIONES

1. De acuerdo al estudio de la Facultad de Medicina de la UNAM³³, el incremento de los factores de riesgo en los estudiantes y las enfermedades crónico degenerativos en sus familiares, apuntalan hacia un perfil de mayor riesgo, por ello es importante promover conductas saludables y formar a los jóvenes como agentes de cambio, para que puedan influir en la reducción de daño en ellos y sus familiares.
2. El personal de enfermería desde nivel estudiantil, hasta nivel posgrado debe fortalecer la visión de potencial que puede tener un adolescente en materia de promoción de salud, detectando principalmente los casos de jóvenes entusiastas que mantienen conductas participativas y proactivas en su comunidad.
3. Las causas de muy baja participación, y baja participación debe seguir siendo una temática explorada a través de nuevos modelos educativos y de investigación con el objetivo de detectar los principales factores que orillan a mantener los modelos educativos tradicionales.
4. El mejoramiento, la actualización y el ajuste de instrumentos que midan la participación comunitaria de adolescentes debe realizarse constantemente por el personal de salud comunitaria, haciendo énfasis en el personal de enfermería favoreciendo así, la praxis de promoción de la salud.
5. El mejoramiento, la actualización y el ajuste de instrumentos que midan los estilos de vida de adolescentes debe realizarse constantemente por el personal de salud comunitaria, haciendo énfasis en el personal de enfermería favoreciendo así, la detección oportuna de necesidades e intereses, para buscar llegar a un acuerdo con la comunidad juvenil acerca de cualquier problemática de salud comunitaria a resolver mediante enfoques participativos.

12. APORTE AL CONOCIMIENTO DE LA PROFESIÓN

Se logró analizar el nivel de participación de adolescentes en la difusión de estilos de vida saludables por medio de un proyecto de educación para la salud, sirviera para:

1. Identificar al adolescente como un posible actor difusor de estilos de vida saludables en su comunidad. Que en caso contrario sirva para identificar (en estudios posteriores) las causas que limitan dicha participación.
2. Fortalecer el papel del profesional de enfermería como educador de la salud.
3. Fortalecer el papel del profesional de enfermería como parte clave entre los profesionales de salud en la prevención de la enfermedad y fortalecedor de la calidad de vida en las comunidades.
4. Fortalecer el método de investigación de enfermería dirigido a la comunidad y al adolescente.

13. SUGERENCIAS

Se sugiere que para el desarrollo de futuras investigaciones se considere los siguientes aspectos de viabilidad:

1. La investigación presentó características similares al de un proceso de atención de enfermería en adolescentes, cuyo enfoque puede demostrar su eficacia, debido a su moderado costo en materia financiera y temporal, gran alcance en la población blanco y en poblaciones en contacto con la población blanco, es decir los padres o tutores de los alumnos.
2. Es importante mencionar que la viabilidad financiera, recursos materiales, tecnológicos, temporales y espaciales se encontraron en disposición del pasante de enfermería que propuso el proyecto, sin embargo, fue evidente la necesidad del apoyo académico de un tutor.
3. Además, cordialmente se solicitó del apoyo logístico de la carrera de Enfermería en autorizar los oficios necesarios para la aplicación del presente estudio en la Escuela Preparatoria Oficial, y el apoyo del comité de carrera a fin de evaluar la relevancia social-profesional, la pertinencia metodológica y el respeto a los principios bioéticos del presente proyecto.

14. ANEXOS

14.1 ANEXO 1: INFORME DE LA SESIÓN EDUCATIVA PARA LA SALUD ENFOCADO A ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON GRUPOS DE ADOLESCENTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL 267 REGINA AVALOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE
ENFERMERÍA



- 1. Título del proyecto:** Participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables y búsqueda de soluciones y alternativas en áreas con necesidades de salud.
- 2. Ámbito:** Centro educativo.
- 3. Grupo de población al que va dirigido:** Adolescentes.
- 4. Sexo y edad:** Mujeres y hombres con edades de 15 a 18 años.
- 5. Área temática:** Estilo de vida saludable.
- 6. Áreas Subtemáticas:** Hábitos alimenticios, ejercicio físico, salud sexual, prevención de hábitos toxicológicos y patrón regular del sueño.
- 7. Justificación:** La Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad señala que se deben realizar acciones de información, comunicación, educación, prevención y promoción de la salud con énfasis en nutrición, conductas alimentarias de riesgo, prevención del consumo del tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, orientando sobre la importancia de estilos saludables para evitar riesgos, tener un crecimiento y desarrollo saludable.
- 8. Población:** Alumnos de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos.

9. Objetivo general: Fomentar la participación de adolescentes en la búsqueda de soluciones o alternativas en áreas con necesidades de salud y en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

10. Objetivos específicos: Analizar el nivel de participación y determinar las principales características de participación de alumnos adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en la difusión de estilos de vida saludable a sus tutores.

11. Análisis de la situación: La población estudiantil con la que se trabajó este proyecto consta de 6 grupos del sexto semestre. 3 de estos pertenecen al turno matutino y 3 al turno vespertino.

De acuerdo a los resultados se priorizo al área de mayor índice de necesidades existentes que puedan poner en riesgo su estado de salud, ocasionado por un deficiente estilo de vida. La siguiente tabla señala la temática de trabajo en cada grupo.

Grupo y turno	Temática abordada
303 MATUTINO	Hábitos toxicológicos
304 MATUTINO	Alimentación saludable
308 MATUTINO	Ejercicio Físico
306 VESPERTINO	Ejercicio Físico
302 VESPERTINO	Alimentación saludable
304 VESPERTINO	Alimentación saludable

Tabla 4. Tipos de estilo de vida saludables en los alumnos por grupos.

	302		303		304		306		308		304 V	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Alimentación												
Cuenta con EVS y con EV que ponen en riesgo su salud	1	29	20	19	20	11	1	33	2	5%	1	33
	2	%	6	%	7	%	8	%	4	%	3	%
Adecuado EVS con sugerencias de mejora	2	69	2	80	2	78	3	80	3	86	2	67
	9	%	4	%	8	%	2	%	0	%	6	%
Optimo estilo de vida saludable	1	2%	0	0%	1	3%	0	0%	1	3%	0	0%
Ejercicio												
Riesgo de deterioro a la salud por EV	2	5%	1	3%	0	0%	0	0%	1	3%	2	5%
Cuenta con EVS y con EV que ponen en riesgo su salud	17		13		19		23		11		13	
	7	%	4	%	7	%	9	%	4	%	5	%
Adecuado EVS con sugerencias de mejora	3	74	1	63	2	67	2	70	2	60	3	77
	1	%	9	%	4	%	8	%	1	%	0	%
Optimo estilo de vida saludable	2	5%	6	%	5	%	3	8%	9	%	2	5%
Sueño												
Riesgo de deterioro a la salud por EV	1	2%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cuenta con EVS y con EV que ponen en riesgo su salud	10		10		17		18				1	26
	4	%	3	%	6	%	7	%	2	6%	0	%
Adecuado EVS con sugerencias de mejora	3	83	2	83	3	83	3	83	3	89	2	72
	5	%	5	%	0	%	3	%	1	%	8	%
Optimo estilo de vida saludable	2	5%	1	3%	0	0%	0	0%	2	6%	1	3%
Hábitos toxicológicos												
Riesgo de deterioro a la salud por EV	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%
Cuenta con EVS y con EV que ponen en riesgo su salud	1	24	27		15						1	28
	0	%	8	%	3	8%	6	%	1	3%	1	%
Adecuado EVS con sugerencias de mejora	2	62	1	57	2	81	2	68	2	69	2	69
	6	%	7	%	9	%	7	%	4	%	7	%
Optimo estilo de vida saludable	6	14	13		11		18		26		1	3%
	6	%	4	%	4	%	7	%	9	%		
Salud sexual												
Riesgo de deterioro a la salud por EV	1	2%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cuenta con EVS y con EV que ponen en riesgo su salud	10		10		10		10				10	
	2	5%	3	%	1	3%	4	%	2	6%	4	%
Adecuado EVS con sugerencias de mejora	2	64	1	50	2	67	2	53	1	43	2	54
	7	%	5	%	4	%	1	%	5	%	1	%
Optimo estilo de vida saludable	1	29	1	37	1	39	1	38	1	51	1	36
	2	%	1	%	4	%	5	%	8	%	4	%

EVS: Estilo de vida saludable, **EV:** Estilo de vida

Tabla 5. Estilo de vida global de los alumnos por grupos.

	302		303		304		306		308		304V	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Global												
Riesgo de deterioro a la salud por EV	0	0 %	3	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Cuenta con EVS y con EV que ponen en riesgo su salud	12	5 %	7	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	10 %
Adecuado EVS con sugerencias de mejora	3	86 %	2	83 %	3	92 %	3	95 %	3	89 %	3	90 %
Optimo estilo de vida saludable	6	2 %	5	7 %	3	8 %	8	5 %	1	11 %	5	0 %
	1	1 %	2	2 %	3	3 %	2	2 %	4	4 %	0	0 %

EVS: Estilo de vida saludable, **EV:** Estilo de vida, **304V=** Vespertino

En la tabla 4 se aprecia el tipo de estilo saludable que los alumnos por grupo presentaron, en torno a lo cual destacan los siguientes resultados:

En torno a la alimentación en todos los salones solo un alumno tenía un hábito saludable de alimentación de tipo óptimo. Además, que en el caso del grupo 304 vespertino destacó el hecho de que el 33% presento un estilo de vida alimentario que pone en riesgo a su salud.

Respecto al ejercicio en 4 de 6 salones al menos un alumno presento riesgo de deterioro a la salud por su estilo de vida, no obstante, en este caso se observó un porcentaje consistente de alumnos con adecuados estilos de vida saludables.

En cuanto al sueño, este es uno de los hábitos con mayor porcentaje de alumnos con adecuado estilo de vida saludable y con sugerencias de mejora, con al menos un 72% de ellos por grupo y con 5 grupos con un porcentaje igual o mayor a 83% de sus alumnos.

La situación de los alumnos con hábitos toxicológicos se encuentra principalmente con un estilo de vida saludable adecuado, sin embargo, es la dimensión que en más grupos y con mayor porcentaje de participantes presenta alumnos con estilos de vida que ponen en riesgo su salud.

En cuanto al estilo de vida de salud sexual ésta fue la dimensión con un mayor porcentaje de alumnos (en todos los grupos) con niveles óptimos del estilo de vida, seguido por quienes tienen un adecuado estilo de vida saludable.

Por otra parte, en torno al contenido de la tabla 5 en la que se presenta el estilo de vida global de los alumnos por grupos se destaca que los grupos 304 y 306 presentaron los mejores porcentajes de alumnos con adecuados estilos de vida saludables, aunque con sugerencias de mejora.

12. Metodología:

12.1 Contenido general del proyecto:

Apartados	Técnica didáctica	Materiales	Tiempo.
1.- Participación del adolescente, estilos de vida saludables y definición de la temática.	Exposición	-Cartel de Estilo de vida saludable -Marcadores o gises -Señalador	25 min
2. Participación del adolescente en la valoración y priorización de causas y consecuencias de la problemática de salud detectada.	Llenado de lamina	-8 pliegos de papel bond diseñados de acuerdo al proceso de la dinámica por grupo. - 8 marcadores de colores	30 min.
3. Participación del adolescente en la sugerencia de propuestas de soluciones, alternativas y/o planes de acción ante las causas de la problemática.	Rejilla	-40 modelos de rejillas ya estructuradas en un cuarto de papel tamaño carta. - 4 bolígrafos para los encuestadores	35 min.
Refrigerio de 10 minutos			

4. Participación del adolescente en Información al grupo de las principales soluciones, alternativas y/o planes de acción que consideren importantes de llevar a cabo ante una o diversas causas de distinto sector.	Socio drama	No aplica	35 min
5. Participación del adolescente en la Evaluación y breves sugerencias.	Comentario u opinión por escrito y breve exposición.	No aplica	10 min.

12.2 Descripción de las características del proyecto:

Previo a una valoración de necesidades en salud y análisis situacional de los grupos de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos, se determinó la temática de salud prioritaria para trabajarla a nivel grupal. (Alimentación saludable, ejercicio físico, precaución con los hábitos toxicológicos: alcoholismo, tabaquismo u otro tipo de droga, sexo seguro, patrones regulares del sueño).

a). El promotor de salud expuso al grupo de escolares la importancia de la participación del adolescente en la comunidad para el abordaje de las problemáticas en salud. (Tiempo estimado: 10 min)

b). El promotor de salud señaló el cartel principal: “Estilo de vida saludable”, como eje principal del aprendizaje; y especifico los puntos más relevantes de los factores de riesgo para la salud detectadas en su grupo. (Tiempo estimado: 10 min)

c). El promotor de salud expuso al grupo de escolares los datos estadísticos más importantes de su valoración de necesidades en salud. (Tiempo estimado: 3 min)

d). El promotor de salud solicito una división en subgrupos de 7 a 10 adolescentes para conseguir 4 subgrupos en total. Cada subgrupo conto con 2 pliegos de papel bond, 5

hojas tamaño carta y plumones para trabajar. Posteriormente proporciono cinta adhesiva para adherir el papel bond a la pared. Cada pliego de papel bond se estructuro previamente de la siguiente manera (Tiempo estimado: 5 min):

CAUSAS DE PROBLEMÁTICA EN SALUD			
CAUSAS PERSONALES	CAUSAS FAMILIARES	CAUSAS ESCOLARES	CAUSAS SOCIALES

e). El promotor de salud solicito la participación de cada integrante del subgrupo para una valoración de causas y consecuencias a nivel personal, familiar, escolar, y social de la problemática en salud detectada en todo el grupo. La información que proporciono cada integrante fue de acuerdo a su conocimiento y/o creencias, y se fomentó en cada subgrupo la empatía y el respeto de la participación de terceros; y se escribió en el papel bond una a tres causas y una a tres consecuencias en cualquier sector que haya tenido el conocimiento. Se informo que cada integrante contaría con 90 segundos para esta actividad, y no era válido escribir más de una causa y una consecuencia en un mismo sector (Tiempo estimado: 20 min)

CONSECUENCIAS DE PROBLEMÁTICA EN SALUD			
CONSECUENCIAS PERSONALES	CONSECUENCIAS FAMILIARES	CONSECUENCIAS ESCOLARES	CONSECUENCIAS SOCIALES

Ejemplo:

CAUSAS DEL ALCOHOLISMO			
CAUSAS PERSONALES	CAUSAS FAMILIARES	CAUSAS ESCOLARES	CAUSAS SOCIALES
Integrante 102: Tristeza Integrante 104: Soledad	Integrante 102: Falta de comunicación.	Integrante 104: Presión de los compañeros	Integrante 104: Medios de comunicación.

CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO			
CONSECUENCIAS PERSONALES	CONSECUENCIAS FAMILIARES	CONSECUENCIAS ESCOLARES	CONSECUENCIAS SOCIALES
	Integrante 102: Desintegración Integrante 104: Conflictos	Integrante 102: Ausentismo	Integrante 102: Accidentes viales

f). En la siguiente etapa del proyecto el promotor de salud solicito la participación de cada integrante del subgrupo para tachar de acuerdo a su criterio el principal sector de causas de la problemática que prioritariamente necesita atención. Gentilmente se solicitó respeto a la decisión tomada de los diversos integrantes. (Tiempo estimado: 5 min)

Ejemplo:

CAUSAS DEL ALCOHOLISMO			
CAUSAS PERSONALES X X X X	CAUSAS FAMILIARES X X	CAUSAS ESCOLARES X X	CAUSAS SOCIALES X
Integrante 102: Tristeza	Integrante 102: Falta de comunicación.	Integrante 104: Presión de los compañeros	Integrante 104: Medios de comunicación.
Integrante 104: Soledad			

g). Posteriormente de acuerdo al sector de causas seleccionadas, este fue el encabezamiento de una técnica de rejilla, que fue entregada por parte del promotor a cada integrante y tuvo como campo las posibles soluciones, alternativas y/o planes de acción contra la problemática. En la parte posterior de la rejilla, pudieron escribir su idea principal para auxiliarse a la hora de compartirla verbalmente, misma que al finalizar por completo la dinámica fue entregada al promotor; esto en un lapso no mayor a 5 minutos. Se les sugirió que cada participación oral no debía exceder 3 minutos, con el objetivo de darle oportunidad de narrar su experiencia a todos los integrantes del subgrupo; se escuchó y se respetó la información de los demás integrantes (Tiempo estimado: 35 min)

Ejemplo:

Parte frontal de la rejilla:

Temática: Alcoholismo	
Encabezamiento	Platica desde tu experiencia en las causas “Familiares” del alcoholismo:
Campo	1.- Soluciones, alternativas y/o planes de acción para esa problemática.

Parte posterior de la rejilla:

Idea principal de una posible solución, alternativa y/o plan de acción contra la causa del tipo “familiar”

h) Se proporcionará 10 minutos para ingerir un refrigerio y/o asistir al sanitario.

i). La última didáctica consistió en la elaboración y ejecución de un breve sociodrama con un tiempo no mayor a 5 minutos que señale la o las principales soluciones, alternativas y/o planes de acción que consideraran muy importantes de llevar a cabo ante una o

diversas causas de distinto sector. También pudieron señalar algunas consecuencias en el socio drama. El promotor de salud en colaboración de los encuestadores proporcionó un breve ejemplo improvisado de sociodrama. Se les informo que esta actividad es por subgrupo y podían participar en la elaboración y/o en la ejecución del sociodrama. El tiempo de elaboración no debía exceder 15 minutos. Se sugirió integrar a todos los miembros del subgrupo para realizar esta acción. (Tiempo estimado: 35 min)

j). Al finalizar se agradeció a todos los adolescentes por su valiosa participación y se solicitó gentilmente un breve comentario u opinión por escrito acerca del trabajo realizado en un pequeño formato que fue entregado a cada integrante del subgrupo, mismo que fue devuelto al promotor. Posteriormente el promotor de salud explico la importancia de difundir a sus padres o tutores los estilos de vida saludables, las causas, consecuencias y posibles soluciones a la problemática de salud identificada. (Tiempo estimado: 10 min)

Ejemplo del formato de opiniones y/o sugerencias:

Tu opinión o comentario nos es muy importante, por favor
háznoslo saber:

14.2 ANEXO 2: RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS EN LAS SESIONES EDUCATIVAS PARA LA SALUD

14.2.1 RECURSOS HUMANOS

1. 1 investigador (Coordinador)
2. 1 asesor de tesis
3. 4 colaboradores para la recolección de datos. (Solo para la ejecución de las sesiones educativas para la salud y recolección de datos del nivel de participación del adolescente).

14.2.2 RECURSOS FÍSICOS- ESPACIALES

1. 6 aulas grupales del 6° semestre de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos.
2. 1 auditorio para la ejecución de la sesión educativa.
3. Espacio personal para la evaluación telefónica de los padres o tutores.

14.2.3 RECURSOS MATERIALES

1. 3400 fotocopias de instrumentos de medición.
2. 8 bolígrafos
3. 4 tablas para registrar
4. 1 báscula
5. 2 cintas métricas
6. 1 cartel didáctico de trabajo enfocado a los estilos de vida saludables
7. 48 pliegos de papel bond
8. 18 plumones (2 negros, 8 rojos, 8 azules)

14.2.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS

1. 1 computadora de escritorio
2. 4 teléfonos celulares
3. 2 programas de análisis estadístico (Microsoft Office Excel 2010, SPSS versión 24)

14.2.5 RECURSOS FINANCIEROS

La inversión económica se realizó en todos los recursos materiales a excepción de las tablas para registrar y la báscula; también en el saldo de los teléfonos celulares y en los viáticos del investigador y los colaboradores (pasajes y alimentos).

1. Fotocopias de instrumentos de medición. \$1300

2. Bolígrafos (8 bolígrafos) \$32
 3. 2 cintas métricas \$20
 4. 1 cartel didáctico de trabajo enfocado a los estilos de vida saludables. \$150
 5. 48 pliegos de papel bond \$100
 6. 18 plumones \$180
 7. Viáticos del investigador y los 4 colaboradores por 3 días de recolección de datos: Pasajes \$1200, Alimentos \$900
 8. Saldo celular \$200
- Total: \$ 4082 cantidad máxima.

14.3 ANEXO 3 CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La siguiente tabla señala cronológicamente las actividades planeadas para lograr la recolección de datos en tiempo y forma. Las fechas fueron sugeridas a la dirección de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos, ajustándose a su calendario anual de actividades escolares y demostrando disposición para poder llevar a cabo la investigación.

Fecha	Actividad	Objetivo	Requisitos	Datos específicos de la actividad	Horarios
Martes 23 de abril del 2019	“Difusión oral y escrita a los alumnos sobre el proyecto de educación para la salud.	Explicar a los alumnos candidatos a participar en el proyecto de educación para la salud la importancia del proyecto, los requisitos para su participación, y el tiempo y fechas que se dispondrán para su realización.	-Un horario de 15 a 20 minutos por grupo. (6 grupos)	-Se explico brevemente a los alumnos el objetivo y las características del proyecto de educación para la salud enfocado a estilos de vida saludables. -Se informó la importancia de la asistencia de sus padres a la reunión. -Se entrego el consentimiento informado por escrito a los alumnos, mismo que debieron entregar a sus padres o tutores.	-12:00 -12:20 -12:40 -14:00 -14:20 -14:40

<p>Mates 30 de octubre de 2018</p>	<p>“Reunión de padres de familia”</p>	<p>Explicar a los padres de familia o tutores de los alumnos el objetivo y las características de la participación de su hijo del proyecto de salud enfocado a estilos de vida saludables</p>	<p>-Dos horarios de 20 a 25 minutos por turno. -Un espacio para llevar a cabo la reunión</p>	<p>-Se expuso a los padres o tutores de familia la importancia de la participación de sus hijos en esta clase de proyectos de educación para la salud. - Se explico las características principales de los instrumentos de recolección de datos a utilizar con sus hijos. -Se respondió a cualquier interrogante surgida de los padres o tutores. - Se recolecto los consentimientos informados que autoriza la participación del o la adolescente en el proyecto de educación para la salud. (Anexo 4)</p>	<p>-9:00 -14:00</p>
------------------------------------	---------------------------------------	---	--	---	-------------------------

Martes 7 de mayo de 2019	Llenado del formato de la encuesta de necesidades en salud, enfocado a los estilos de vida saludable.	Recolectar los datos que determinan las necesidades en salud a nivel grupal.	<ul style="list-style-type: none"> -Un horario por grupo de 30 a 40 minutos por grupo. - Un espacio o salón para llevar a cabo la valoración. 	<ul style="list-style-type: none"> -Para el caso de los tutores que no pudieron asistir a la reunión y los alumnos pudieran participar en el proyecto, se solicitó el consentimiento informado firmado con una copia de si INE/IFE del padre o la madre que lo firmo, además de un numero celular o telefónico para poder contactarlo. -Los alumnos llenaron la encuesta de necesidades en salud en un lapso de 20 a 30 minutos. - Posteriormente de concluir la encuesta, se tomaron datos de peso y estatura con una báscula y una cinta métrica. - Al finalizar se proporcionaron las debidas indicaciones para 	8:00 9:00 10:00 14:00 15:00 16:00
--------------------------	---	--	---	--	--

llevar a cabo el proyecto de salud.						
20, 21 y 22 de mayo de 2019	Ejecución de las sesiones educativas para la salud, enfocado a los estilos de vida saludables, determinación de la temática principal de acuerdo al análisis situacional de la valoración de necesidades; y Recolección de datos mediante el Instrumento de medición del nivel de participación y características conductuales y actitudes de la y del adolescente.	Realizar las sesiones educativas para la salud, enfocado a estilos de vida saludables y desarrollo de temática prioritaria; recolectar datos del nivel de participación y características conductuales y actitudes de la y del adolescente en un proyecto de educación para la salud enfocado a los estilos de vida saludables.	-Un horario de dos horas y treinta minutos por grupo. (6 grupos del turno matutino y vespertino distribuidos en tres días) -Auditorio.	-La intervención educativa se llevó a cabo de acuerdo a la información especificada en el "Proyecto de educación para la salud dirigido a estilos de vida saludables con grupos de adolescentes" (Anexo 1) - Para la recolección de datos se requirió que el grupo se subdivida en cuatro, por lo que dará un total de 7 a 10 integrantes por subgrupo. En cada subgrupo se integró un colaborador que se encargara de aplicar a cada integrante el instrumento de medición del nivel de participación y características conductuales del adolescente	-11:00 13:45 -14:00 16:45	a a

14.4 ANEXO 4: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Enfermería



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:

Participación de adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en la difusión de estilos de vida saludable

Objetivo

Analizar el nivel de participación de adolescentes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en la difusión de estilos de vida saludable.

Procedimiento

Se realizara un cuestionario de valoración sobre estilos de vida saludables a los adolescentes, a fin de identificar en que área (alimentación, ejercicio físico, patrón de sueño, hábitos toxicológicos, y salud sexual) presentan conocimientos y estilos deficientes que pongan en riesgo de deterioro su salud, posteriormente se realizara una sesión educativa para la salud objetivo de mejorar sus conocimientos en estilos saludables, y este aprendizaje pueda ser difundido a sus padres de familia o tutores. Finalmente se realizará una encuesta vía telefónica de 7 preguntas al padre o tutor, de no más de 4 minutos con el objetivo de analizar el nivel de difusión de información que proporcionaron los adolescentes.

Condiciones para ingresar al estudio

Estudiantes de la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en el oriente del Estado de México que, cuenten con el consentimiento informado del padre o tutor. Que deseen participar voluntariamente en el estudio, del turno matutino o vespertino, entre 15 y 18 años de edad, y proporcionen 2 números de teléfono celular o domiciliario para poder ser encuestados por no más de 4 minutos vía telefónica.

Riesgos

No existe ningún riesgo agregado para la salud de los adolescentes, el cuestionario será aplicado por personal experimentado.

Beneficios

Se espera que el resultado de la investigación sea benéfico para los adolescentes participantes y sus familiares en torno a la adquisición de estilos de vida saludable.

Confidencialidad

Toda la información obtenida es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL** por lo que solo se le proporcionara al adolescente.

Preguntas

Toda duda que tenga durante el tiempo que dura el estudio la podrá consultar con el equipo de investigación al siguiente celular: 5528856858

Derecho a rehusar

La aceptación a participar en este estudio es enteramente **VOLUNTARIA**. Por lo que si decide renunciar en alguna de las etapas del estudio puede hacerlo sin ninguna clase de compromiso, repercusión social o hacia su persona.

CONSENTIMIENTO

Consiento en participar en el estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo o me lo han leído en presencia de un familiar responsable.

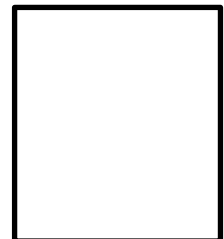
Nombre y firma del o la adolescente participante: _____

Nombre y firma de un tutor: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Ciudad de México a _____ de _____ de 2019.

Para el tutor en caso de no saber leer y escribir, poner huella digital.



14.5 ANEXO 5: ENCUESTA NECESIDADES DE SALUD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA



Encuesta de necesidades de salud en población adolescente enfocado a estilos de vida saludables.

Datos de identificación

Turno: a) Matutino b) Vespertino Grupo: _____

Peso _____ kg Talla _____ m

Instrucciones: Marca con una X la opción que consideres de acuerdo a tu estilo de vida. Solo puedes marcar una opción.

I. Datos sociodemográficos.

1. Edad en años cumplidos: _____

2. Género: a) Masculino. b) Femenino.

3. Municipio o delegación donde vives:

_____.

4. Situación laboral: a) No trabajo b) Trabajo

(Si trabajas contesta las preguntas posteriores, de no ser así procede a la pregunta 5.)

b.1 ¿Cuántas horas trabajas a la semana? _____

b.2 ¿Cuál es tu área ocupacional o laboral?

A) Hogar B) Comercio y/o negocios C) Construcción D) ingenierías E) Científica e investigación G) Jurídica H) Salud I) Educación J) Agricultura y/o ganadería K) Política L) Militar M) Seguridad N) Transporte O) Administrativas y financieras. P) Artísticas y/o artesanías Q) Gastronómica R) Oficio

5. Seguridad social:

- a) IMSS b) ISSEM c) ISEMYN d) ISSSTE e) PEMEX f) SEDENA
g) INSTITUCION PRIVADA H) Sin afiliación a seguridad social.

6. Sin contarte, ¿Cuántas personas residen en tu domicilio?: _____

7. ¿Con quién vives?

- a) Padre y madre b) Solo padre c) Solo madre d) Tutor o tutores e) Otro caso (especifique por favor) -

8.- ¿Cuál es el máximo grado de estudios de tu padre o tutor?

- A) Ninguno B) Preescolar C) Primaria D) Secundaria E) Preparatoria o bachillerato F) Normal G) Carrera técnica H) Licenciatura I) Especialidad J) Maestría K) Doctorado U) No aplica

9.- ¿Cuál es el área ocupacional o laboral de tu padre o tutor?

- A) Hogar B) Comercio y/o negocios C) Construcción D) ingenierías E) Científica e investigación G) Jurídica H) Salud I) Educación J) Agricultura y/o ganadería K) Política L) Militar M) Seguridad N) Transporte O) Administrativas y financieras. P) Artísticas y/o artesanías Q) Gastronómica R) Oficio S) Desempleado T) No aplica

10.- ¿Cuál es el máximo grado de estudios de tu madre o tutora?

- A) Ninguno B) Preescolar C) Primaria D) Secundaria E) Preparatoria o bachillerato F) Normal G) Carrera técnica H) Licenciatura I) Especialidad J) Maestría K) Doctorado L) No aplica

11.- ¿Cuál es el área ocupacional o laboral de tu madre o tutora?

- A) Hogar B) Comercio y/o negocios C) Construcción D) ingenierías E) Científica e investigación G) Jurídica H) Salud I) Educación J) Agricultura y/o ganadería K) Política L) Militar M) Seguridad N) Transporte O) Administrativas y financieras. P) Artísticas y/o artesanías Q) Gastronómica R) Oficio S) Desempleado T) No aplica

12.- Religión:

- A) Católica B) Cristiana/ Evangélica C) Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (Mormones) D) Testigos de Jehová E) Judaísmo F) Sin Religión G) Otra (especifique por favor)

II. Alimentación.

	A	B	C	D	E
13. ¿Consideras que tu alimentación es saludable?	Creo que mi alimentación no es sana	Muchas veces no lo es	Pocas veces lo es	Normalmente lo es	Siempre lo es
14. Normalmente después de terminar de comer un alimento, ¿En cuánto tiempo vuelves a comer de nuevo?	Menos de 1 hora	1-2 horas	2 a 3 horas	4 a 5 horas	Más de 5 horas
15. De acuerdo a tu estilo de alimentación diaria que comúnmente realizas, ¿Cuántas comidas realizas en todo tu día?	1 comida	2 comidas	3 comidas	4 comidas	5 comidas
16. Consumo de frutas a la semana	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
17. Consumo de verduras a la semana	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
18. Consumo de cereales y tubérculos a la semana (Tortilla, trigo, pan, pastas, papa)	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
19. Consumo de leguminosas y oleaginosas a la semana (Frijol, garbanzo, soya, lentejas)	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
20. Consumo de carne y huevo a la semana (res, cerdo, pollo, pescado)	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
21. Consumo de leche a la semana	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
22. Consumo de derivados de la leche a la semana (yogurt, quesos)	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces
23. Consumo de dulces y frituras a la semana	7 veces	5 a 6 veces	3 a 4 veces	1 a 2 veces	No consumo
24. Consumo total de líquidos al día (Agua natural, agua con fruta, refresco o agua con polvo saborizante)	1 vaso (500 ml)	2 vaso (1000 ml)	3 vasos (1500 ml)	4 vaso (2000 ml)	5 vasos o más (2500 ml)
25. Consumo de agua natural a la semana	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces o mas
26. Consumo de agua de fruta natural a la semana	No consumo	1 a 2 veces	3 a 4 veces	5 a 6 veces	7 veces o mas
27. Consumo de refresco a la semana	7 veces o mas	5 a 6 veces	3 a 4 veces	1 a 2 veces	No consumo
28. Consumo de agua con polvo saborizante a la semana	7 veces o mas	5 a 6 veces	3 a 4 veces	1 a 2 veces	No consumo
29. Consumo de café a la semana	7 veces o mas	5 a 6 veces	3 a 4 veces	1 a 2 veces	No consumo
30. Consumo de té a la semana	7 veces o mas	5 a 6 veces	3 a 4 veces	1 a 2 veces	No consumo

31. Te interesaría mejorar tus hábitos de alimentación	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que mejorarlos.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.
--	-------------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------

III. Ejercicio físico.

	A	B	C	D	E
32. Realizar ejercicio en la adolescencia disminuye la posibilidad de tener una enfermedad crónica en la vida adulta (Diabetes, hipertensión arterial, infartos)	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
33. Tener una vida sedentaria es sinónimo de salud	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
34. ¿Con que frecuencia realizas alguna actividad física? (Correr o caminata mayor a 20 minutos, practicar algún deporte, baile)	No realizo actividad física	Algunos días al año	Algunos días al mes	Algunos días a la semana	Constantemente realizo actividad física
35. ¿Cuándo has hecho actividad física cuanto tiempo le has dedicado por día?	No realizo actividad física	10 a 15 minutos	15 a 20 minutos	20 a 30 minutos	Más de 30 minutos
36. ¿Practicas o has practicado algún deporte?	No practico	Rara vez lo he practicado	Algunas veces practico alguno	Ocasionalmente practico alguno	Constantemente
37. ¿Tienes familiares cercanos que realizan alguna actividad física?	Ninguno realiza alguna actividad física	No me he dado cuenta	Solo un familiar	Sí, más de un familiar	Sí, toda mi familia realiza actividad física
38. ¿Tienes amigos de la escuela que realicen alguna actividad física?	Ninguno realiza alguna actividad física	No me he dado cuenta	Solo un amigo	Sí, más de un amigo	Sí, todos mis amigos realizan actividad física
39. ¿Has observado vecinos o personas de tu colonia que realicen alguna actividad física?	Ninguno realiza alguna actividad física	No me he dado cuenta	Solo un vecino o conocido	Sí, más de un vecino o conocido	Sí, todos mis vecino o conocidos realizan actividad física
40. ¿Te interesaría comenzar a realizar alguna actividad física?	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que mejorarlos.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.

41. ¿Te gustaría conocer las ventajas de realizar ejercicio físico?	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que mejorarlos.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.
42. ¿Te interesaría practicar algún deporte?	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que mejorarlos.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.

IV. Patrón de sueño y descanso.

	A	B	C	D	E
43. Estar desvelado aumenta el riesgo de tener un accidente vial.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
44. El tiempo correcto que tengo que dormir para mantenerme saludable es de 8 a 9 horas.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
45. Habitualmente el tiempo que duermo por día es:	2 horas	3-4 horas	5-6 horas	7-8 horas	Más de 8 horas
46. Por semana tomo siestas de:	No tomo siestas	Normalmente tomo siestas mayores de 1 hora	Normalmente tomo siestas de 25 a 60 minutos	A veces tomo siestas de 15 a 25 minutos	Regularmente tomo siestas de 15 a 25 minutos
47. Comúnmente en la escuela me siento:	Mal y con sueño	Bastantes veces con sueño	Algunas veces con sueño	Rara vez con sueño	Bien y descansado
48. He observado que mis amigos de la escuela:	Todos están desvelados	Muchos tienen sueño	Algunos tienen sueño	La mayoría no tiene sueño	Ninguno tiene sueño
49. He observado que en mi familia	Todos están desvelados	Muchos tienen sueño	Algunos tienen sueño	La mayoría no tiene sueño	Ninguno tiene sueño
50. He observado que mis vecinos y conocidos de mi localidad	Todos están desvelados	Muchos tienen sueño	Algunos tienen sueño	La mayoría no tiene sueño	Ninguno tiene sueño
51. Creo que padezco de insomnio	Si padezco	Muchas veces	Algunas ocasiones	No lo creo	No padezco
52. Me gustaría saber los hábitos saludables para poder dormir.	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que aprender.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.

V. Hábitos toxicológicos.

	A	B	C	D	E
53. Fumar tabaco es un riesgo para desarrollar cualquier tipo de cáncer.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
54. Fumar un tabaco a la semana ya se considera tabaquismo.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
55. Soy una persona que:	Me considero fumador	Muchas veces ha fumado tabaco	Pocas veces ha fumado tabaco	Alguna ocasión ha fumado tabaco	No ha fumado tabaco.
56. Cuando fumo lo hago:	Diario	Pocas veces a la semana	Una vez a la semana	Alguna vez al mes	No fumo
57. Cuando fumo comúnmente consumo	Cuatro o más cigarrillos	Tres cigarrillos	Dos cigarrillos	Un cigarrillo	No fumo
58. He observado que en mi familia	Todos fuman	Muchos fuman	Pocos fuman	Alguno fuma	No fuman
59. He observado que mis amigos de la escuela	Todos fuman	Muchos fuman	Pocos fuman	Alguno fuma	No fuman
60. He observado que mis vecinos o conocidos de la calle	Todos fuman	Muchos fuman	Pocos fuman	Alguno fuma	No fuman
61. Creo que tengo un problema de tabaquismo	Si lo tengo	Posiblemente	Lo dudo	No lo tengo	No fumo
62. Me gustaría saber más acerca del tabaquismo y como evitarlo	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que aprender.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.
63. Consumir alcohol excesivamente es un riesgo para desarrollar cirrosis hepática	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
64. Beber una copa de vino ocasionalmente se considera alcoholismo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo.	Totalmente en desacuerdo
65. Soy una persona que:	Me considero alcohólica (o)	Muchas veces ha bebido alcohol	Pocas veces ha bebido alcohol	Alguna ocasión ha bebido alcohol	No ha bebido alcohol

66. Cuando bebo alcohol lo hago:	Muy seguido	Pocas veces a la semana	Una vez a la semana	Algunas veces al mes	No bebo alcohol
67. Cuando bebo alcohol comúnmente consumo	6 vasos o mas	4 o 5 vasos	2 o 3 vasos	Un vaso	No bebo alcohol
68. Cuando bebo alcohol comúnmente	Pierdo la conciencia	Me mareo demasiado sin perder la conciencia	Me mareo un poco	No me emborracho	No bebo alcohol
69. He observado que en mi familia	Todos beben alcohol	Muchos beben alcohol	Pocos beben alcohol	Un integrante bebe alcohol	No beben alcohol
70. He notado que un integrante de mi familia o varios tienen problemas con su manera de beber.	Sí, bastantes	Sí, dos o tres personas	Sí, una persona	No lo considero así	No beben alcohol
71. He observado que mis amigos de la escuela	Todos beben alcohol	Muchos beben alcohol	Pocos beben alcohol	Un amigo (a) bebe alcohol	No beben alcohol
72. He notado que un amigo de mi escuela o varios tienen problemas con su manera de beber.	Sí, bastantes	Sí, dos o tres personas	Sí, una persona	No lo considero así	No beben alcohol
73. He observado que mis vecinos o conocidos de la calle	Todos beben alcohol	Muchos beben alcohol	Pocos beben alcohol	Un vecino (a) bebe alcohol	No beben alcohol
74. He notado que un vecino o conocido de mi calle o colonia o varios tienen problemas con su manera de beber.	Sí, bastantes	Sí, dos o tres personas	Sí, una persona	No lo considero así	No beben alcohol
75. Creo que tengo un problema de alcoholismo	Si lo tengo	Posiblemente	Lo dudo	No lo tengo	No bebo
76. Me gustaría saber más acerca del alcoholismo y como evitarlo	No, hay cuestiones más importantes.	No es una prioridad, pero después tengo que aprender.	Sí, pero no tengo las posibilidades	Sí, pero necesito saber cómo hacerlo.	Claro, lo necesito.

VI. Sexualidad segura y métodos anticonceptivos.

	A	B	C	D	E
77. El usar condón en una relación sexual disminuye el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
78. El usar condón en una relación sexual disminuye el riesgo de un embarazo no planeado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo.	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
79. Mis padres o tutores me han brindado la información necesaria acerca del uso del condón.	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
80. Algunos profesores nos han brindado la información necesaria acerca del uso del condón.	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
81. Algunos amigos me han brindado la información necesaria acerca del uso del condón.	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
82. Personales de la salud me han brindado la información necesaria acerca del uso del condón.	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
83. Internet u otros medios de comunicación me han brindado la información necesaria acerca del uso del condón.	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
84. Mis padres o tutores me han brindado la información necesaria acerca de diversos métodos anticonceptivos	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
85. Algunos profesores nos han brindado la información necesaria acerca de diversos métodos anticonceptivos	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.

86. Algunos amigos me han brindado la información necesaria acerca de diversos métodos anticonceptivos	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
87. Personales de la salud me han brindado la información necesaria acerca de diversos métodos anticonceptivos	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
88. Internet u otros medios de comunicación me han brindado la información necesaria acerca de diversos métodos anticonceptivos	No me han proporcionado esa información	Sí, pero creo que fue información inadecuada	Sí, pero creo que fue información incompleta	Sí, me proporcionaron información necesaria	Sí, me proporcionaron la información adecuada.
89. Hago uso del condón en las relaciones sexuales	No lo uso	A veces lo uso y a veces no lo uso	Habitualmente lo uso	Siempre lo uso	No he iniciado vida sexual
90. Hago uso de algún método anticonceptivo en mutuo acuerdo con mi pareja	No lo usamos	Solo una vez	A veces lo usamos y a veces no	Habitualmente lo usamos	No he iniciado vida sexual
91. Me gustaría saber más acerca de la sexualidad segura y métodos anticonceptivos	No lo necesito saber	No es una prioridad, pero después tengo que aprender.	Sí, pero no tengo las posibilidades.	Sí, pero necesito que alguien me explique.	Claro, es importante

14.6 ANEXO 6: INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTE EN LA SESIÓN EDUCATIVA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



INSTRUCCIONES :En los cuadros de opciones referentes a cada ítem, señálela con una X la respuesta del adolescente que detecte. **Propósito:** Analizar el nivel de participación del adolescente en la Escuela Preparatoria Oficial 267 Regina Avalos en actividades didácticas de un proyecto de educación para la salud.

A) Participación del adolescente en la exposición:	Opciones	B) Conductas y actitudes del adolescente	Opciones
1. Respecto a la información brindada y/o conceptos relacionados a la temática	(5) A) Cita información de alguna fuente (3) B) Describe y/o define información extra. (1) C) Pregunta o cuestiona (0) D) No participó o su intervención fue ajena a la temática.	1. Nivel de atención detectada:	(5) A) Escucha activa- total atención (3) B) Distracción ocasional (0) C) Distracción constante
2. Quiere retomar nuevamente la palabra después de haber intervenido.	(5) A) Si (0) B) No	2. Sale del aula	(5) A) No (0) B) Si
		3. Al momento de participar, intervenir, comunicarse y/o discutir con lo relacionado a la información, se muestra:	(5) A) Actitud asertiva (4) B) Seguridad y confianza (3) C) Interesado y/o asombrado (2) D) Escéptico (0) E) Imponente (0) F) Actitud agresiva (0) G) Inseguro y tímido. (0) H) No participo

C) Participación del adolescente durante Llenado de lamina	Opciones	D) Conductas y actitudes del adolescente	Opciones
3. Escribió causa de ámbito:	(5) A) Personal (5) B) Familiar (5) C) Escolar (5) D) Social (0) E) Ninguna	4. Nivel de atención detectada:	(5) A) Escucha activa- total atención (3) B) Distracción ocasional (0) C) Distracción constante
4. Escribió consecuencias de ámbito:	(5) A) Personal (5) B) Familiar (5) C) Escolar (5) D) Social (0) E) Ninguna	5. Sale del aula	(5)A)No (0)B) Si
5. Priorizó atención al sector de causas:	(5) A) Personal (5) B) Familiar (5) C) Escolar (5) D) Social (0) E) Ninguna	6. Al realizar la actividad demuestra	(5) A) Entusiasmo (4) B) Seguridad y confianza (3) C) Compromiso (1) D) Seriedad (0) E) Resignación (0) F) Indiferencia (0)G) Timidez y/o inseguridad
6. Observó y leyó algunas o todas las valoraciones de sus compañeros.	(5)A)Si (0)B) No	7. Con relación a la valoración de otro u otros compañeros se detectó en el o la adolescente:	(5) A) Actitud asertiva (4) B) Ambas criticas (3) C) Critica positiva (1) D) Critica negativa (0) E) Actitud agresiva (0) F) No critica

	8. Con relación a la priorización de otro u otros compañeros se detectó en el o la adolescente:	(5) A) Actitud asertiva (4) B) Ambas críticas (3) C) Crítica positiva (1) D) Crítica negativa (0) E) Actitud agresiva (0) F) No crítica
	9. Cumplió con tiempo y forma las instrucciones	(5)A) Si (0)B) No

E) Participación del adolescente durante la rejilla	Opciones	F) Conductas y actitudes del adolescente	Opciones
7. Respecto a las soluciones, alternativas y/o planes de acción ante el sector de causas elegido:	(5)A) Demuestra la viabilidad que tiene su propuesta (5)B) Analiza y/o explica su propuesta. (4) C) Cita información de alguna fuente. (4)D) Describe el procedimiento de su solución (3)E) Sugiere o recomienda lugares y tiempo donde ejecutar su propuesta (3)F) Hace comparaciones de diversas soluciones (2) G) Valora y/o detecta puntos que generan las causas (1) H) Cuenta o relata alguna experiencia personal que tenga relación (0) I) No participo o su intervención fue ajena al tema	10. Nivel de atención detectada:	(5) A) Escucha activa- total atención (3) B) Distracción ocasional (0) C) Distracción constante
8. Complementa la propuesta de otro compañero.	(5)A) Si (0)B) No	11. Sale del aula	(5)A) No (0)B) Si

	12. En el momento de platicar las propuestas al subgrupo demuestra:	(5) A) Entusiasmo (4) B) Seguridad y confianza (3) C) Compromiso (1) D) Seriedad (0) E) Resignación (0) F) Indiferencia (0)G) Timidez y/o inseguridad
	13. Con relación a la propuesta de otro u otros compañeros se detectó en el o la adolescente:	(5) A) Actitud asertiva (4) B) Ambas criticas (3) C) Critica positiva (1) D) Critica negativa (0) E) Actitud agresiva (0) F) No critica
	14. Cumplió con tiempo y forma las instrucciones brindadas por el promotor	(5)A)Si (0)B)No

G) Participación del adolescente durante el sociodrama:	Opciones	H) Conductas y actitudes del adolescente	Opciones
9. Aporta a la temática, al guion y/o detalles extras del sociodrama:	(5) A) Más de tres ideas (3) B) dos o tres ideas (1) C) Una idea (0)D) Ninguna idea	15. Nivel de atención detectada:	(5) A) Escucha activa- total atención (3) B) Distracción ocasional (0) C) Distracción constante
10. Toma un papel de actor :	(5)A)Primario (3)B)Secundario (1)C)Extra (0) D)Ninguno	16. Sale del aula	(5)A)No (0)B) Si
		17. En el proceso de elaboración y estructuración demuestra	(5) A) Liderazgo (2) B) Subordinación (0) C) No participo

	<p>18. Al platicar su idea de la temática y el guión del sociodrama al subgrupo demuestra:</p>	<p>(5) A) Entusiasmo</p> <p>(4) B) Seguridad y confianza</p> <p>(3) C) Compromiso</p> <p>(0) D) Indiferencia</p> <p>(0) E) Timidez y/o inseguridad</p> <p>(0)F) No platico</p>
	<p>19. Con relación a la propuesta de temática, al guión y/o detalles extras del sociodrama de otro u otros compañeros se detectó en el o la adolescente:</p>	<p>(5) A) Actitud asertiva</p> <p>(4) B) Ambas criticas</p> <p>(3) C) Critica positiva</p> <p>(1) D) Critica negativa</p> <p>(0) E) Actitud agresiva</p> <p>(0) F) No critica</p>
	<p>20. Con la propuesta de sociodrama elegida por todos los compañeros</p>	<p>(5) A) Se muestra satisfecho</p> <p>(2) B) Se muestra insatisfecho</p> <p>(0)C)Se muestra indiferente</p>
	<p>21. Al momento de actuar se muestra:</p>	<p>(5) A) Entusiasmo</p> <p>(4) B) Seguridad y confianza</p> <p>(3) C) Compromiso</p> <p>(1) D) Seriedad</p> <p>(0) E) Resignación</p> <p>(0) F) Indiferencia</p> <p>(0)G) Timidez y/o inseguridad</p>

14.7 ANEXO 7: INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA DIFUSIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES A SUS TUTORES.

INSTRUMENTO: NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA SESIÓN EDUCATIVA

Propósito: Analizar el nivel de participación del adolescente en la difusión de estilos de vida saludables a sus tutores.

Instrucciones: En los cuadros de opciones referentes a cada ítem, señálela con una X la respuesta del adolescente que detecte

Afirmaciones	OPCIONES	ACTITUDES DE LOS PADRES EN LA ATENCIÓN DE LA LLAMADA	OPCIONES
Atendió la llamada	(3) A) SI (0) B) NO	9. al comunicarse con el encuestador se percibió:	(3) A) Cordialidad y amabilidad (2) B) Entusiasmo y alegría (0) C) Resignación e indiferencia (0) D) Enojo y antipatía
¿Su hijo(a) le informó las actividades realizadas en el Proyecto de educación para la salud enfocada a estilos de vida saludables?	(+) (3) A) SI (-) (0) B) NO		
Señale algunos hábitos saludables:	(3) A) 3 hábitos señalados o más (2) B) 2 hábitos señalados (1) C) un hábito señalado (0) D) No señalo		
¿Su hijo(a) le informo las causas y consecuencias que genera la problemática_____?	(3) A) SI		

	<p>(2)B) Solo causas, o solo consecuencias</p> <p>(0) C) NO</p>	
<p>Señale algunas causas:</p>	<p>(3) A) 3 causas señaladas o mas</p> <p>(2) B) 2 causas señaladas</p> <p>(1) C) una causa señalada</p> <p>(0) D) No señalo</p>	
<p>Señale algunas consecuencias:</p>	<p>(3) A) 3 consecuencias señaladas o mas</p> <p>(2) B) 2 consecuencias señaladas</p> <p>(1) C) una consecuencia señalada</p> <p>(0) D) No señalo</p>	
<p>¿Su hijo(a) le informo algunas propuestas de soluciones, alternativas y/o planes de acción ante los diversos sectores de causas de la problemática_____?</p>	<p>(3) A) SI</p> <p>(0)B) NO</p>	
<p>Señale algunas soluciones o alternativas ante la causa de la problemática:</p>	<p>(3) A) 3 soluciones o alternativas señaladas o más</p> <p>B) 2 soluciones o alternativas señaladas</p> <p>(1)C) una solución o alternativa señalada</p> <p>(0)D) NO señalo</p>	

14.8 ANEXO 8 ¿POR QUÉ MEDIR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA DIFUSIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES A SUS TUTORES? UNA PERSPECTIVA PERSONAL.

El título de esta temática es el alcance máximo que pretendió analizar esta investigación. El punto de partida inicia con un pasante de la licenciatura en enfermería analizando una interrogante que lo llevó a este pensamiento: Por qué la doctora me indica: “Pásale una solución Hartman de 500mL a la obesa de la 504”, cuando sencillamente me pudo haber dicho: “Pásale una solución Hartman de 500 mL a Doña Esperanza”. Casos así nos encontramos día a día: El hipertenso de la cama 202, o el diabético de la 305, como si fuese una especie de despersonalización. Adjetivos que en verdad nuestra población con necesidades en salud los toma como parte de su esencia. Se llamaba Arturo, vendía plásticos y productos de limpieza en un tianguis cerca de metro Acatitla y por la despedida que su hija le hizo en la cama 202 me hizo pensar que fue un padre responsable. Padecía hipertensión y estaba descontrolada, lo que causó un evento cerebro vascular del cual no pudo recuperarse. A partir de estas reflexiones surgen más interrogantes como: ¿Quiénes fueron los responsables de educar a Don Arturo para que pudiera llevar una vida más saludable y disminuyera considerablemente las posibilidades de desarrollar complicaciones a causa de la HTA? ¿La enfermedad de don Arturo se pudo prevenir fomentando un estilo de vida saludable? ¿Por qué don Arturo no logró adquirir un estilo de vida saludable? ¿Qué más se necesitó para haber convencido a Don Arturo de adquirir un estilo de vida saludable que impidiera el desarrollo de complicaciones a su salud?

En efecto, la responsabilidad de llevar a cabo un estilo de vida saludable era de don Arturo, pero el intentar convencerlo y evaluar que lo llevase de una manera correcta le pertenecía al personal de salud, los modelos preventivos de riesgos a la salud. En el estudio de la literatura en salud y sus referencias, se observó que la mayoría de modelos preventivos estaban enfocados al estudio de los procesos de enfermedad, dándole poca relevancia a los procesos que implica tener salud. Pensamientos de este tipo hicieron que reflexionara sobre la importancia de cambiar paradigmas cuadráticos y estandarizados que pareciera su único objetivo es otorgar información a través de rotafolios sin generar una retroalimentación que cerciore o evalué el nivel de

conocimiento adquirido, pero sobre todo sin la seguridad de que éste en verdad impacte a la mayoría de la población, y este a su vez desarrolle un cambio de pensamiento y actuar. Paradigmas que den apertura a la flexibilidad, a la accesibilidad, a la integración comunitaria, pero sobre todo a la participación comunitaria. De acuerdo al contexto socioeconomicoculturales y político, las comunidades tienen desarrollado un nivel de conocimiento en materia de salud. Conocimiento que tal vez bajo la lupa científica no esté evidenciado, pero que, si un promotor de salud tiene la capacidad analítica y científica de detectar que no es dañino para su salud ese saber, puede ser un área de oportunidad para desarrollar programas de intervenciones en salud con perspectiva participativa. El intentar convencer a una comunidad acerca de una verdad en salud o enfermedad, sin empatía no ayuda en lo absoluto. Es de vital importancia practicar diferentes modelos de comunicación que tengan como objetivo entender y hasta comprender a las personas de cualquier grupo etario y después dar apertura de manera meticulosa para que acepte más alternativas sin excluir por completo la suya. La sensibilidad en las personas existe. Por faltas de oportunidades, por temores, por pobreza, por falta de educación y por muchos más factores, y esa sensibilidad tiene gran potencial de generar una resistencia al cambio. De aquí que no es tan sencillo otorgar dietas con alimentos caros o rehabilitación física con instrumentos que tal vez no están al alcance de un integrante de la comunidad. Pero oh sorpresa: la integración de Don Armando a una asociación de personas con el mismo padecimiento de diabetes le dio la oportunidad de conseguir un glucómetro mucho más accesible sin tener que retirar de la canasta básica algún ingreso. Y el estar en algún tipo de esa asociación implica ya, de un instante estar participando. Escuchando las clases de salud, opinando al respecto, dándole solución a alguna problemática de la seguridad de su parque, cooperando con un costal de tierra para hacer crecer las áreas verdes o ayudando a proporcionar dos cajas de metformina para alguna persona que por razones de seguridad social no alcanzó. Esa integración comunitaria da como resultado la apertura a cambios respecto al valor de la salud en una persona. Y es cierto que hay una lluvia de ideales en cada integrante de la población. Ideales que seguramente detendrán el proceso de avance o cambio. Sin embargo, existen personas con características de mediar los ideales y de llegar a acuerdos respecto a múltiples temáticas de salud. Se llaman promotores de salud, y un promotor de salud puede ser un

personal de enfermería, un médico, un dentista, un psicólogo y porque no un abogado, un sacerdote, un veterinario, un carpintero, un tortillero. Si Don Juan de la carnicería, ya le sugirió que se vacunara contra la COVID 19 a Bertha que estudio una ingeniería, Don Juan habrá participado en pro de la salud. Don Juan fue un promotor.

Vi en el adolescente tiempo, dinero, energías y muchas ganas de aprender. El interés seguramente no existía en muchos. Pero cuando una llega a un salón de jóvenes, y le pregunta amablemente y con respeto que necesitan y que les interesa saber acerca del cuidado de su salud, la mayoría te responde y te da ideas. Una lluvia de ideas que se debe organizar en el momento para llegar a un acuerdo y poder estructurar algún instrumento que mida cual es el principal déficit que debe ser abordado con respecto a su salud.

Y aquí es donde el promotor hace su diagnóstico situacional, estructura un plan de intervención educativa que haga participar al más tímido y busquen generar un alto impacto. Tan alto que sea capaz de que el aprendizaje que ellos mismos han desarrollado a través de las herramientas otorgadas y su sabiduría juvenil, pueda llegar a oídos de tan si quiera sus tutores.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 48ª ed. Ginebra Suiza: OMS; 2014.
2. Colectivo de Practicas Narrativas-América Bracho [Página principal en Internet], CDMX: TED MED; 2013 [actualizada en 2021; ACCESO 16 DE ABRIL DEL 2021] <https://colectivo.org.mx/amrica-bracho>
3. Declaración Universal de los Derechos humanos. Asamblea General en su resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948. Art 25.
4. Palmar A. Métodos educativos en salud. 1ª ed. España: Elsevier; 2014. P 2,
5. Álvarez R, Kuri-Morales P. Salud Publica y Medicina Preventiva 4ª ed. México: El Manual moderno; 2012. p10-14.
6. Martínez G. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas un manual para ciencias de la salud. 1ª ed. España: Elseiver; 2013.p 1-9.
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. 1ª ed. Ottawa:Government of Canadá; 1974. p 57-63.
8. Leavell H., Clark E. Levels of aplication of preventive medicine. In: Preventive medicine for the doctor in his community. USA: Mc Graw-Hill Book company; 1965 pp 14-28.
9. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 9a ed. España: Elsevier; 2018. p 198-211
10. Vega M., González D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. 2017;4 (1): 28-35
11. Hernández A., Lazcano E. Salud publica teoría y práctica. 1ª ed. México: Manual moderno; 2013. p. 1-26.
12. Malagon L., Moncayo M. Salud Publica Perspectivas. 2ª ed. Colombia: Panamericana; 2011. p 1-7.

13. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud una antología. 1ª ed. Washington: OPS; 1996. P 25-36.
14. González R., Castro J., Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de la vida. 1ª ed. México: Mc Graw Hill; 2012. pp.17-33.
15. Maddaleno M., Munist M., Serrano C., Silber T. Suarez E., Yunes J, editores. La salud del adolescente y del joven. Washington: OPS; 1995. Pp 46-56, 87-124
16. Martínez G. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas un manual para ciencias de la salud. 2ª ed. España: Elseiver; 2018. P 131-139
17. Gofin J., Gofin R. Salud comunitaria global principios métodos y programas en el mundo. 1ª ed. España: Elsevier Masson; 2012. Pp 3-16
18. Solís R. Nuevo diccionario para el análisis e intervención social con infancia y adolescencia. 1ª ed. España: Unión Europea; 2016 Pp 36-37
19. Dulanto E. El adolescente. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. Pp 143-157
20. Almario J. Una mirada existencial a la adolescencia. 2ª ed. Colombia: El manual modern;2016
21. Burth M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? 1ª ed. USA: OPS; 2000
22. Martin A., Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 1ª ed. España: Elsevier; 2011.
23. Trejo K. Metodología del proceso enseñanza aprendizaje. 1ª ed. México: Trillas; 2012.
24. Islas N. Didáctica practica diseño y preparación de una clase. 1ª ed. México: Trillas; 2009.
25. Barquín C. Sociomedicina salud pública – medicina social. 4ª ed. México: Méndez Editores; 2002.

26. Peixoto R, Pereira S, Antero M, Machado S, Pinheiro I, Caroline A. La participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia desde la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2):309-16
27. Instituto Nacional de Salud Pública. Promoción de estilos de vida saludable en niños y adolescentes con la participación activa de la población-resumen ejecutivo. 1ª ed. Cuernavaca, Morelos México: INSP; 2013.
28. Martínez B, Amador L, Moreno D, Musito G. Implicación y participación comunitarias y ajuste psicosocial en adolescentes. *Revista Psicología y salud*. 2011 julio- diciembre; 21(2):205-5014.
29. Elizondo L, Gutiérrez N, Moreno D, Monsiváis F, Martínez U, Nieblas B, et al. Intervención para promover hábitos saludables y reducir obesidad en adolescentes de preparatoria. *Revista Estudios Sociales*. 2014; 22(43):217-239.
30. Lima M, Neves S, Lima J. Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Revista Salud Colectiva*. 2012;8(1):47-60
31. Quizan T, Anaya C, Esparza J, Orozco M, Espinoza A, Bolaños A. Efectividad del programa Promoción de alimentación saludable en estudiantes de escuelas públicas del estado de Sonora. *Revista Estudios Sociales*. Dic 2013;(42): 176-203
32. Rubio R, Varela M. Barreras percibidas en jóvenes universitarios para realizar actividad física. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(1):61-69
33. Alvear M, Yamamoto-Kimura L, Moran A, Rodríguez A, Fernández H, Solís C. Cambio 2007-2010 de la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en estudiantes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Ago 2014;57(4):5-13

34. Vélez C, Betancurth D. Estilos de vida en adolescentes escolarizados de un municipio colombiano. *Revista Cubana de Pediatría*. 2015;87(4):440-448
35. Casas D, Rodríguez A, Contreras G, Becerril Z, Vela A, Ibarra L. Subculturas en los adolescentes de ciudad Nezahualcóyotl: Prácticas de riesgo para la salud. *Revista Archivos de investigación materno infantil*. Dic 2013 5(3):126-138
36. Gaete J, Olivares E, Rojas C, Labbé N, Rengifo M, Silva M. Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*. 2014; 142 (4):418-427
37. Vernaza P, Vernaza M. Comportamientos de salud y estilos de vida en adolescentes de tres colegios del municipio de Popayán. *Revista de Salud Pública*. Diciembre 2012;14(6)946-955.
38. Sanchez A. Estilos de vida activa y saludable, salud física y mental, personalidad y rendimiento académico en adolescentes [tesis doctoral]. Salamanca, España: Universidad de Salamanca
39. Solórzano M, Arellano A, Cruz B, Flores J, Mejía A, Nava M, et al. Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semi urbana. [Revista Eureka Asunción en línea]. 2013;10(1) Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/58640/0>