



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LA CONCIENCIA DEL AUTOCUIDADO
EN SALUD**

T E S I S

Que para obtener el título de:

Licenciado en Sociología

Presenta:

Ricardo García Rojas



Asesora de tesis:

Mtra. Gabriela Vázquez Cermeño

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

A la vida, la salud y el Desprecio.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales por haberme brindado todas las facilidades para estudiar y concluir mi preparación universitaria.

A mi prima Conchita que me motivó a estudiar en esta facultad.

A mis amigos del Colectivo Udi que me hicieron amena mi educación universitaria en todas las reuniones a las que asistí y en las actividades en las que participamos.

A mis entrevistados de la primera y en especial los de la segunda etapa por su generosidad al brindarme el tiempo para contestar mis preguntas.

A mis maestros que me brindaron su conocimiento y que se mostraron éticos, responsables y libres de prejuicios al momento de evaluarme.

A mis compañeros con los que compartí aulas, en especial a Débora, Marce, Elena, Sandra, Bere, Susy, Ime que me acompañaron y me brindaron su amistad sincera, les aprecio y valoro mucho todos los momentos de compañía.

A mi asesora de tesis, la maestra Gabriela Vázquez Cermeño por su tiempo, apoyo, comprensión, por todas esas pláticas que sirvieron para desarrollar y mejorar ésta investigación y también por los “jalones de orejas” en la elaboración de esta tesis, por toda su confianza y compromiso en la elaboración de esta investigación. Sin duda mucho agradecimiento a mi asesora por todo.

A mi familia por todo su apoyo y comprensión, a mi madre Hermelinda que me ha apoyado hasta este momento, se ha encargado de educarme y sobre todo por su paciencia, a mi hermanas Norma y Guadalupe por todo su apoyo, comprensión, ánimo y que sin su conocimiento sobre Enfermería esta investigación no sería la misma y mi hermano Mauricio y mis sobrinos que me apoyaron mucho.

A mi padre que Dios lo tenga en su santa gloria que me dio la vida, me educó, me llenó de alegrías y su recuerdo inspiró esta tesis.

Dedicado a todas aquellas personas que con amor han tocado mi vida y me han enseñado el enorme valor de la vida y la salud.



Tabla de contenido

Introducción	1
Justificación.....	1
Preguntas de investigación.....	2
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos:.....	3
Capítulo 1: La conciencia del autocuidado en salud. Aspectos teórico-conceptuales	6
1.1 Salud y su relación con aspectos sociales.....	6
1.1.1 La salud en la tradición sociológica y la sociología médica	6
1.1.2 Antecedentes en México	9
1.2 El concepto de Salud	15
1.3 La construcción social del conocimiento y la construcción del conocimiento social en salud.....	17
1.4 La teoría de Orem sobre el autocuidado a la salud.....	19
1.4.1 Contexto de la teoría de Orem.....	20
1.4.2 Aspectos de interés de la teoría sobre autocuidado de Orem	22
1.4.3 Requisitos universales del autocuidado de Orem	24
1.5 Conciencia del autocuidado.....	26
1.5.1 Conceptos clave para hablar de la conciencia del autocuidado desde un punto de vista sociológico	26
1.5.2 Autocuidado y Conciencia de autocuidado en salud en esta investigación	32
1.5.3 Tipos ideales de conciencia del autocuidado.....	33
1.5.4 Propuesta de análisis de las necesidades del autocuidado y su relación con las dimensiones de la salud	38
CAPÍTULO 2. El contexto de salud a nivel nacional, de la Ciudad de México y del Estado de México	44
2.1 Organización del análisis.....	44
2.2 Características de las encuestas revisadas	45
2.2.1 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.....	45
2.2.2 Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011	46
2.2.3 Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003	46
2.2.4 Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014	47
2.2.5 Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la delincuencia (ECOPRED) 2014.....	48

2.3 Indicadores de salud analizados	49
2.3.1 Indicadores Físicos: sobrepeso y obesidad, relacionados con la nutrición.....	49
2.3.2 Autocuidado físico preventivo: uso de programas preventivos.....	53
2.3.3 Autocuidado físico: actividad física	55
2.3.4 Indicadores psicológicos: trastornos psicológicos y psiquiátricos	57
2.3.5 Indicadores psicológicos: Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.....	59
2.3.6 Indicadores sociales: Violencia.....	62
2.3.7 Indicadores sociales: convivencia y tiempo disponible	64
Capítulo 3 Estrategia metodológica	68
3.1 Entrevista piloto	69
3.2 Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad en dos contextos diferenciados	69
3.3 Diseño del instrumento de recolección de información para la primera etapa: cuestionario 70	
3.3.1 Salud física.....	71
3.3.2 Salud mental	72
3.3.3 Salud social.....	73
3.4 Selección de entrevistados	74
3.5 Entrevistas 2ª etapa	76
Capítulo 4 Resultados	77
4.1 Resultados de la encuesta	77
4.1.1 Datos sociodemográficos de los participantes en el estudio.....	77
4.1.2 Sobre prácticas de autocuidado de salud física	79
4.1.2.1 Nutrición	79
4.1.2.2 Actividad física.....	85
4.1.2.3 Programas preventivos	86
4.1.3 Sobre prácticas de autocuidado de salud mental	88
4.1.3.1 Proyección personal	88
4.1.3.2 Actividades de riesgo o adicción	90
4.1.3.3 Autoestima.....	91
4.1.4 Sobre prácticas de autocuidado de salud social	92
4.1.4.1 Violencia.....	92
4.1.4.2 Cohesión social.....	94

4.1.5	Indicador resumen de nivel de autocuidado de la salud	95
4.2	Descripción de las entrevistas.....	98
4.2.1	Entrevistada estudiante UNAM.....	98
4.2.2	Entrevistado estudiante UNAM	109
4.2.3	Entrevistada residente Nezahualcóyotl	119
4.2.4	Entrevistado residente de Nezahualcóyotl	129
4.2.5	Discusión de los resultados de las entrevistas de la segunda etapa	137
5	Conclusiones	141
5.1	Revisión de objetivos.....	141
5.2	Recuperación de las preguntas de investigación	146
5.3	Conclusiones generales	148
5.4	Futuras investigaciones	148
	Trabajos citados.....	150
	Apéndices	155
	APÉNDICE A: Carta de consentimiento informado	155
	APÉNDICE B: Cuestionario de la encuesta.....	158
	APÉNDICE C: Guión de entrevista	169
	APÉNDICE D: Guion de entrevista piloto	177
	APÉNDICE E: Fórmulas de indicadores	180
	APENDICE F: Tablas complementarias	182

Índice de tablas

Tabla 1 Comparativo de muestra y representación a nivel nacional, Distrito Federal y Estado de México.....	45
Tabla 2 Regionalización de la ENA 2011.....	46
Tabla 3 Regiones en las que se estratificó la ENEP	47
Tabla 4 Resumen de la ENUT	48
Tabla 5 Distribución de la muestra de la ECOPRED a nivel nacional, Distrito Federal y Estado de México.....	49
Tabla 6 Comparativo de obesidad por IMC, de hombres y mujeres de 20 a 49 años, a nivel nacional, del Distrito Federal y del Estado de México, México 2012.	52
Tabla 7 Porcentaje de personas de 20 a 49 años que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y el conocimiento del resultado, ENSANUT 2012	54
Tabla 8 Distribución porcentual de la población de 20 a 59 años, según posesión de algún documento probatorio de vacunación por sexo, México ENSANUT 2012.....	55
Tabla 9 Distribución porcentual de la población de 20 a 59 años, según posesión de algún documento probatorio de vacunación nacional y por localidad, México ENSANUT 2012	55
Tabla 10 Distribución porcentual de adultos de 19 a 69 años según actividad física reportada en los últimos 7 días, México, ENSANUT 2012	56
Tabla 11 Prevalencia de trastornos, México, ENEP 2003.....	58
Tabla 12 Distribución de fumador activo, ex fumador y nunca ha fumado en población de 18 a 65 años, México, ENA, 2011.....	60
Tabla 13 Tendencias del consumo de alcohol en población de 18 a 65 años en los años 2002, 2008 y 2011, México, ENA-Alcohol 2011	62
Tabla 14 Distribución de población mayor de 20 años que sufrió daños a la salud por alguna violencia por sexo, México, ENSANUT, 2012.....	63
Tabla 15 Comparativo sobre agresiones a nivel nacional, Distrito Federal y Estado de México, ENSANUT, 2012	64
Tabla 16 Selección de entrevistados por puntaje obtenido en la encuesta.....	75
Tabla 17 Características sociodemográficas de los participantes en el estudio por muestra y sexo 77	
Tabla 18 Comparación por muestra y sexo del consumo de verduras la semana anterior a la entrevista	79
Tabla 19 Comparación por muestra y sexo del consumo de frutas en la semana anterior a la entrevista	80
Tabla 20 Comparación por muestra y sexo del consumo de cereales en la semana anterior a la entrevista	81
Tabla 21 Comparación por muestra y sexo del consumo de leguminosas en la semana anterior a la entrevista	82
Tabla 22 Comparación por muestra y sexo del consumo de productos de origen animal en la semana anterior a la entrevista.....	83
Tabla 23 Comparación por muestra y sexo del consumo de grasas y azúcares en la semana anterior a la entrevista	83

Tabla 24 Comparación por muestra y sexo del indicador de nutrición	84
Tabla 25 Comparación de mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras para el indicador de nutrición	85
Tabla 26 Comparación actividad física en la semana anterior a la entrevista según muestra y sexo	85
Tabla 27 Comparación del indicador de uso y resultados en programas preventivos según muestra y sexo	87
Tabla 28 Comparación del indicador de satisfacción de proyección personal según muestra y sexo	89
Tabla 29 Comparación mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras del indicador de satisfacción personal	90
Tabla 30 Comparación del número de actividades de riesgo o adicción evitadas según muestra y sexo	90
Tabla 31 Comparación mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras en actividades de riesgo o adicción evitadas	91
Tabla 32 Comparación del número de sentimientos relacionados con síntomas de depresión (CESD-7) según muestra y sexo	92
Tabla 33 Comparación del indicador de percepción y situaciones de violencia según muestra y sexo	93
Tabla 34 Comparación de mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras en el indicador de percepción y situaciones de violencia	94
Tabla 35 Comparación del indicador de cohesión social según muestra y sexo	95
Tabla 36 Comparación indicador grado de conciencia de autocuidado según muestra y sexo	96
Tabla 37 Cuadro comparativo de suma de programas utilizados y grupos de edad de 10 años ...	182
Tabla 38 Comparación del indicador de situaciones de conversación según muestra y sexo	182
Tabla 39 Comparación del indicador de situaciones de convivencia según muestra y sexo	183
Tabla 40 Comparación del indicador de situaciones de convivencia con vecinos según muestra y sexo	183

Índice de gráficas

Gráfica 1 Distribución del estado nutricional de hombres y mujeres de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), México, ENSANUT 2012.....	51
Gráfica 2 Promedio de horas semanales que la población de 12 años y más dedica a actividades de convivencia y entretenimiento por sexo, México, ENUT 2015	65
Gráfica 3 Participación de jóvenes en actividades o programas, ECOPRED 2014	66
Gráfica 4 Tipo de grupo o programa en el que participan los jóvenes, ECOPRED 2014	66
Gráfica 5 Objeto de las reuniones entre vecinos, ECOPRED 2014.....	67
Gráfica 6 Grado de autocuidado en salud según muestra y sexo	97

“Al morir los bosques, el ser humano se conoce como ‘ser natural con pretensiones morales’, como una cosa móvil y vulnerable más, como parte natural de un todo natural amenazado y del que es responsable. Se hieren y despiertan capas de la *conciencia humana de la naturaleza* que derrotan el dualismo de cuerpo y espíritu, de naturaleza y ser humano. En la amenaza, el ser humano comprende que respira como las plantas y que vive *del* agua como los peces *en* el agua. La amenaza de contaminación le hace sentir que su cuerpo forma parte de las cosas (un proceso metabólico con la conciencia y la moral) y que, por tanto, con las piedras y los árboles está expuesto a la lluvia ácida. Se vuelve sensible una comunidad entre la tierra, las plantas, los animales y los seres humanos, una *solidaridad de las cosas vivas* que en la amenaza afecta por igual a todos y a todo” (Beck, 1998, pág. 83)

Introducción

Justificación

En la actualidad existen una gran cantidad de enfermedades crónico-degenerativas (la diabetes, hipertensión, alcoholismo, entre otras), así como muertes prematuras (por enfermedades mortales como el cáncer o por accidentes), que, a pesar de ser prevenibles, afectan a la sociedad generando varios problemas a nivel individual, familiar y social, que van hasta el desgaste económico, social y emocional. Generalmente vemos a la relación salud-enfermedad como un problema individual, que debe ser resuelto por médicos y enfermeras, pero debemos tener en cuenta que esta relación tiene más que estas dimensiones. Por ejemplo la diabetes, enfermedad por la que, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el año 2016 murieron 105,572 personas en México, que comúnmente se relaciona con el sedentarismo, la mala alimentación y el sobrepeso o la obesidad. Otras enfermedades que se pueden prevenir son las enfermedades isquémicas del corazón (por lo general su consecuencia: el infarto) que en 2016 tomaron la vida de 97,743 personas; la enfermedad alcohólica del hígado de 14,029; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de 23,271 Cfr, (INEGI, (s/f)), muchas de las cuales podrían haberse evitado si las personas hubieran realizado acciones preventivas, a partir de tomar conciencia del daño que les provocan determinados hábitos.

El control de factores de riesgos asociados a cualquier enfermedad puede evitar su desarrollo, elemento que interesa en esta investigación toda vez que el autocuidado implica prevención de enfermedades, sobre lo cual abundaremos a lo largo de este trabajo.

Los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos, son otra medida que nos muestra también la necesidad de estudiar la conciencia del autocuidado en salud. Los AVISA perdidos es el tiempo que se pierden cuando una persona deja de vivir o ya no vive dignamente, tomando en cuenta la esperanza de vida al nacer y la mortalidad. Todo ese tiempo perdido pudo haber sido utilizado en trabajo por una remuneración, pero también en la convivencia con la familia y amigos, en el disfrute individual o cualquier otra actividad. Los Años de Vida Saludable perdidos no sólo implican la pérdida de tiempo o ingresos, implican de manera importante la pérdida de la oportunidad de disfrutar ese tiempo. Por ejemplo, las muertes prematuras por accidente de tráfico, para el año

1990 acumularon la pérdida de 637,428 años de vida saludable y para el año 2010 aumentó a 733,050 (AVISA) (Lozano, y otros, 2013). Las muertes prematuras por accidente de tráfico se encuentran en aumento en lugar de reducirse, los programas de prevención de accidentes como el alcoholímetro, conductores designados y la gran cantidad de publicidad para evitar esos accidentes, no han obtenido la eficiencia necesaria para poder realizar cambios dentro de la población.

Mostrado la magnitud de los efectos de la falta de prevención con datos de mortalidad y pérdida de AVISAs reiteramos que ésta investigación es de relevancia porque explora características de personas que han evitado el enfrentar situaciones que las lleven justamente a la pérdida de la salud y la vida, es decir que han cuidado de sí. La información contenida en el presente da paso a posibles escenarios en los que retoma importancia la prevención y cuidado de la salud en las personas.

Preguntas de investigación

Estos datos de estadísticas sobre causas de muerte representan de alguna manera la falta de conciencia de autocuidado y son la motivación para realizar esta investigación. Como preguntas iniciales se formularon: ¿Por qué existen personas que no se cuidan?, o en caso contrario ¿Qué hace que una persona cuide de sí?, ¿qué características son necesarias para que una persona pueda ejercer su autocuidado de manera adecuada? Estas preguntas si bien motivaron la investigación son tan amplias y generales que no sería factible responderlas sólo con ésta investigación

El desarrollo de la investigación y el estudio del tema, nos permitió acotar las preguntas de forma más específica para que fuera factible darles respuesta. Se plantearon dos tipos de preguntas. En el primer conjunto está las preguntas de tipo teórico:

1. ¿Puede investigarse el autocuidado desde una perspectiva sociológica?
2. ¿Es factible analizar la conciencia del autocuidado mediante tipos ideales?

En el segundo conjunto, a partir de la revisión de la literatura se plantearon las preguntas analíticas:

3. ¿Se puede medir el autocuidado?
4. ¿Hay personas que se autocuidan más que otras?
5. ¿Qué diferencias muestra el autocuidado en grupos sociales diferenciados?

Objetivo general

Esta investigación se ha tratado de explorar el grado de conciencia del autocuidado de la salud en personas adultas consideradas sanas en dos contextos diferenciados: estudiantes universitarios que residen en la Ciudad de México y personas residentes en una colonia del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, a través de una propuesta analítica de tipos ideales de conciencia de autocuidado de la salud.

Objetivos específicos:

1. Proponer un marco teórico-conceptual desde una perspectiva sociológica que permita identificar los elementos básicos de la conciencia de autocuidado de la salud, así como analizar el grado en que se presenta esta conciencia.
2. Examinar las prácticas de autocuidado de la salud a nivel físico, mental y social de personas adultas en grupos sociales diferenciados para distinguir su nivel de salud y, particularmente, identificar a las personas que realizan prácticas para estar sanas.
3. Examinar el conocimiento y las actitudes hacia el autocuidado de la salud a nivel físico, mental y social de personas adultas consideradas sanas en grupos sociales diferenciados para distinguir su grado de conciencia de autocuidado de la salud a través de la propuesta analítica de tipos ideales de conciencia de autocuidado de la salud.

Para cumplir con estos objetivos, se organizó la tesis de la manera que se expone a continuación.

En el capítulo 1 se encuentra el conjunto de conceptos utilizados y las teorías de las que fueron tomados para plantear nuestro objeto de estudio sobre la conciencia del autocuidado de la salud. Se inicia con los antecedentes al surgimiento y desarrollo de la investigación y teorías en temas de

salud relacionados con aspectos sociales, continuando con el desarrollo específico de estos estudios en México con las escuelas que fundaron la investigación en salud en el país, para terminar realizando la revisión de investigaciones más recientes en estudios relacionados con el tema de interés de esta investigación, entre los que destacan: el campo de la salud reproductiva, los estudios sobre subjetividad y salud, los estudios sobre utilización de servicios de salud, así como un estudio similar relevante de la disciplina de la enfermería. Se sigue con el desarrollo de conceptos relacionados con la investigación, primero se encuentra la definición de salud y sus características, después cómo es que se considera que el conocimiento en salud se construye socialmente y el desarrollo de los conceptos de autocuidado y requisitos de autocuidado, que se retoman de la Teoría sobre el Autocuidado a la Salud de Orem, el cual es un aporte fundamental retomado de la disciplina de Enfermería. Posteriormente, se exponen los conceptos y los elementos que se consideraron necesarios para entender la conciencia: *riesgo, propio ser y conciencia*, los cuales nos serán de utilidad para la investigación y que son básicos para presentar la propuesta de tipos ideales creada para diferenciar la conciencia de autocuidado. Al final del primer capítulo se encuentra la propuesta de análisis de esta investigación que contiene los parámetros en los cuales nos hemos basado.

En el capítulo 2 se presenta el contexto de salud, a partir del análisis de información estadística a nivel nacional. De la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, una de las principales fuentes de información sobre aspectos de salud a nivel nacional en los últimos años, se revisaron los temas de sobrepeso y obesidad, uso de programas preventivos, actividad física y violencia. De la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, se revisaron los resultados en temas de consumo de tabaco y consumo de alcohol, de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2014, se revisaron los resultados del tema de uso del tiempo en actividades de convivencia y entretenimiento, y de la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la delincuencia (ECOPRED) 2014 los resultados de los temas de factores de riesgo, satisfacción personal, reuniones entre vecinos, víctimas de delitos y maltratos. Los resultados de estas encuestas son un contexto para entender el resto de la investigación y comparar las características de los entrevistados con los resultados del resto del país.

El capítulo 3 contiene la estrategia metodológica. Contando con el marco teórico, la investigación continuó con la obtención de la información, como primera propuesta se planteó sólo entrevistas

abiertas para conocer las acciones intencionadas realizadas, la noción de riesgo y el conocimiento de los entrevistados, pero que al realizar la prueba piloto se encontraron limitantes en la obtención de la información. Ante tal situación se replanteó la estrategia y se optó por utilizar dos técnicas de investigación, por una parte la encuesta con la que se obtuvo información para comparar a los entrevistados y seleccionar a los que obtuvieron los indicadores deseables para la siguiente etapa, y la entrevista en profundidad para que los entrevistados desarrollaran sus ideas desde su subjetividad. En fin, la estrategia fue inspirarnos en las encuestas de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) para observar lo que las personas en dos grupos sociales diferenciados hacen y dicen conocer sobre los temas de autocuidado.

El capítulo 4 contiene el análisis de los resultados obtenidos con las técnicas utilizadas. Los resultados de la encuesta, están divididos en prácticas de salud física, psicológica y social, muestran las acciones de autocuidado que realizan las personas. Se analizó basándose en la propuesta de análisis de las necesidades del autocuidado descritas en el capítulo1 (apartado 1.5.4), éste apartado expone los indicadores deseables según las fuentes revisadas. Después se presentan las síntesis de las entrevistas que contienen la información de conocimiento y actitudes en los temas de salud física, psicológica y social, su análisis incluyó también la información de la encuesta que diera mayor contexto de estudio.

Finalmente, se presentan las conclusiones en las cuales primero se realiza una revisión de los objetivos, tanto específicos como el objetivo general planteados, para continuar posteriormente con la recuperación y respuesta de las preguntas de investigación. Lo anterior es seguido por la presentación de las conclusiones generales que son la síntesis de toda ésta investigación y para concluir se exponen las líneas de investigación que consideramos pueden seguirse a partir de los resultados obtenidos.

Capítulo 1: La conciencia del autocuidado en salud. Aspectos teórico-conceptuales

1.1 Salud y su relación con aspectos sociales

1.1.1 La salud en la tradición sociológica y la sociología médica

El establecimiento de la relación entre fenómenos de la salud y lo social ha existido desde hace siglos, ya en los escritos hipocráticos se tomaban en cuenta el ambiente social como parte de la enfermedad. No obstante, entre los escritos griegos y el actual conocimiento sobre esta relación hay cambios considerables que permiten ver el desenvolvimiento de las ideas en torno a ella y que presentamos en este apartado.

De acuerdo con Rosen (1998), para finales del siglo XVIII en Alemania comenzó el desarrollo en el pensamiento de los problemas de la salud ligados a lo social en un periodo mercantilista en el que el tema principal era la administración de la salud y la idea principal era la “policía médica” (*Medizinalpolizei*). El principal autor de esta corriente fue Johann Peter Frank quien observó la relación entre pobreza y desarrollo físico débil, deforme y poco resistente a las enfermedades. Las ideas de éste autor y en general la noción de la policía médica influyeron más allá de Alemania, desde países como Hungría, Italia, Dinamarca y Rusia, hasta países como Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos. Pero las ideas de la policía médica no eran aplicables a todos los países, además, no soportaron los cambios a los que se enfrentaría la sociedad alemana de aquella época. De acuerdo con Rosen en el escrito *La evolución de la medicina social*, “el ideal de una eficiencia ordenada siguió siendo la meta para aplicar el concepto de policía médica. Las progresivas aspiraciones sociales relacionadas con la Revolución francesa y los problemas creados por la naciente civilización industrial hicieron caduca la idea de una policía médica” (Rosen, 1998, págs. 46-47). Es así como la policía médica dejó de ser funcional, si bien influyó en los desarrollos posteriores en varios países.

Uno de los países influenciados por la idea de policía médica fue Francia en donde, desde finales del siglo XVII se reconocían los problemas de salud que afectaba a la población, pero fue hasta el siglo XIX cuando ocurrió el auge de las ideas, conceptos y teorías en relación con los fenómenos de la salud y lo social. Según Rosen (1998), en este periodo surgió el concepto de medicina social y el

término de higiene social, además de que se usaron nuevas técnicas como las topografías médicas¹, como influencia de Johann Peter Frank.

Rosen también describe las técnicas que se usaban en el periodo diciendo que: “los métodos disponibles para el estudio de estos problemas de salud eran el empirismo racional, la observación crítica, la encuesta y, desde finales del decenio de 1820, el análisis estadístico. Los métodos estadísticos, pronto aceptados y vigorosamente aplicados promovieron muchos estudios de los problemas de la salud basados en datos médicos” (Rosen, 1998, pág. 50).

En esta misma época, a partir de 1848, en un periodo de revolución, las ideas que surgieron en Francia, pasaron a Alemania y se usaron los términos de “salud pública”, “higiene social” y “medicina social”² y, los principales autores de este periodo en Alemania, fueron Salomón Neumann, Rudolf Virchow y Rudolf Leubuscher (Rosen, 1998, pág. 53). Para estos autores “la medicina como una ciencia social” buscó líneas de acciones, estas se basaban en tres principios: 1) “la salud de un pueblo es preocupación directa y obligación de la sociedad” (Virchow, 1848 tomado de Rosen, 1998, pág. 53); 2) las condiciones sociales influyen en la salud y la enfermedad por lo que deben ser investigadas y, 3) las acciones para promover la salud deben ser tanto sociales como médicas.

Entrando a la primera mitad del siglo XX, hubo un desarrollo de la teoría de la medicina social, impulsado por varios teóricos pero, principalmente, por Alfred Grotjahn, autor alemán, quien proponía el estudio sistemático de la enfermedad desde un punto de vista social, a través del estudio de enfermedades crónicas degenerativas e insistiendo en el uso de métodos y técnicas de investigación de áreas como estadística, antropometría, antropología, economía y sociología para abordar los temas de higiene social.

¹ De acuerdo con Rosen (1989) las topografías medicas tienen el objetivo de: “evaluar las influencias del clima, la tierra, las diferentes ocupaciones y las causas morales y físicas en la producción o modificación de enfermedades [en donde] había que prestar atención a la edad, el sexo, constitución, ocupación y alimentación de quienes más probablemente serían afectados por enfermedades endémicas o epidémicas” (Rosen, 1998, pág. 50)

² En la cita original se menciona que son utilizados como sinónimos.

Los principales aportes de Grotjahn se plantean en los siguientes principios:

“1. La significación social de una enfermedad es determinada, en primer lugar por la *frecuencia* con que ocurre.

2. Además, la *forma* en que se manifiesta la enfermedad particular a menudo debe conocerse.

3. La relación etiológica entre las condiciones sociales y la enfermedad puede expresarse de cuatro maneras. Las condiciones sociales pueden: a) crear o favorecer una predisposición a una enfermedad; b) causar indirectamente la enfermedad; c) transmitir las causas de la enfermedad; d) influir en el curso de la enfermedad.

4. Las enfermedades originadas o causadas por factores sociales pueden, a su vez, influir en las condiciones sociales, particularmente en su resultado.

5. Debe establecerse si la prevalencia de una enfermedad importante desde un punto de vista social puede ser apreciablemente influida por tratamiento médico, y si el éxito terapéutico que pueda lograrse es importante desde un punto de vista social.

6. Prevenir enfermedades o influir sobre su curso a través de medidas sociales, requiere poner atención en el medio social y económico del paciente” (Rosen, 1998, págs. 60-61)

A pesar de los esfuerzos de Grotjahn por vincular los fenómenos de la salud con las ciencias sociales, tenía en su contra que el desarrollo de ambas ciencias era incompatible en su época; como señala Rondey Coe (1979) en el texto *El campo de la sociología médica*, una de las características que separaron a la sociología de la medicina en ese tiempo, fue el desarrollo de ésta última y su triunfo contra las bacterias. Citando a Coe: “Con el desarrollo de la teoría bacteriológica de la enfermedad y el simultáneo progreso de la medicina fisiológica (...) parecía que la teoría patológica había quedado reducida al análisis de la respuesta del organismo frente a un estímulo dañino físico y químico” (Coe, 1979, pág. 21), es decir, en la ciencia médica se dio mayor importancia a la biología y al organismo, y se dejaron de lado los componentes sociales de la salud.

Por el lado de la sociología, el esfuerzo por convertirla en una ciencia por pleno derecho, hizo que los sociólogos se inclinaran por las ideas positivistas de Comte, de acuerdo con Rosen: “La sociología en Alemania, formal y teórica, participaba en controversias sobre valores. En una época en que Max Weber exigía una clara separación entre la investigación clásica y la ciencia aplicada,

entre la ciencia social y la política social, era difícil establecer contacto con la higiene social, que Grotjahn consideraba tenía dos aspectos: descriptivo y normativo” (Rosen, 1998, pág. 61).

A pesar de las incompatibilidades entre ambas ciencias durante la época de Grotjahn, éste influyó en otros países, principalmente de Europa y en cada uno de ellos, los temas que se tomaban en cuenta representaban la situación que enfrentaba cada uno y sus problemas específicos. En Italia les interesaron la fisiología y patología de la ocupación, en Francia y Bélgica se interesaron más por los temas de la infancia, tuberculosis, enfermedades venéreas y la salud ocupacional, por mencionar algunos ejemplos de la influencia que ejerció Grotjahn.

Una vez consolidada la sociología como ciencia por derecho propio, durante el auge del estructural-funcionalismo de Parsons, para mediados del siglo XX se formalizó la sociología médica en la *American Sociological Association* cuando empezaron a ser de gran interés sociológico los cambios en la población. Según Rodney M. Coe (1979), un factor de convergencia entre la sociología y la medicina se presentó con el cambio en el estudio y control de la morbilidad en ese periodo: el siglo veinte “asistió a lo que se ha denominado ‘la conquista de la enfermedad epidémica’. En Norteamérica no solamente disminuyó a la mitad la tasa de mortalidad entre 1900 y 1960 sino que la contribución de las enfermedades infecciosas a la mortalidad bajó del 40 al 6 por 100 como ‘causa de muerte’” (Coe, 1979, pág. 22). Ligado al cambio de la mortalidad se encuentra el impacto de la medicina preventiva y la sanidad, así como el surgimiento de la medicina administrativa: el cómo y a quién atender, que ha generado estudios de la distribución de las enfermedades (Coe, 1979, págs. 22-37).

1.1.2 Antecedentes en México

A continuación se presentan los antecedentes en México, ya que el desarrollo de investigaciones que vinculan temas de la salud y lo social muestran características específicas en éste país.

Primera generación de estudiosos de la sociología de la salud

La vinculación de los temas sociales y de fenómenos de salud cuenta con una tradición en nuestro país que es antecedente de esta investigación. En el texto *Sociología de la salud en México*, Roberto Castro (2011), señala que: “La investigación sobre los problemas de salud desde una perspectiva social constituye una práctica académica que ha existido por varias décadas en

México. Diversos estudios han acreditado la existencia de una tradición tanto sociológica (...) como antropológica (...) en el estudio de los problemas de la salud enfermedad que se manifiestan ya con mucha fuerza por lo menos desde la década de los sesentas” (Castro, 2011, pág. 297).

De acuerdo con Castro (2011), las tres escuelas en el campo de la sociología médica en México son: 1) los antropólogos médicos, con la Escuela Nacional de Antropología e Historia, el Instituto de Investigaciones Antropológicas (UNAM) y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2) los investigadores con antecedentes de la medicina social, con la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; y 3) los investigadores procedentes de la salud pública, con el Instituto Nacional de Salud Pública.

Según Castro, (2011) la antropología médica mexicana a lo largo del siglo XX ha realizado aportes que hoy son un referente indispensable en la materia y señala que: “Autores como Aguirre Beltrán (...) dieron un impulso decisivo al proceso de re-legitimación de la perspectiva antropológica en el campo de las investigaciones en salud (...)” (Castro, 2011, pág. 298). Otros autores en esta corriente son: Luis Alberto Vargas (1993) y Eduardo Menéndez (1990) (1985), quienes han impulsado estudios que hasta el día de hoy siguen vigentes en la antropología médica en México. Las principales temáticas abordadas por esta escuela han sido: el papel de la medicina tradicional en la población mexicana, así como su exclusión por parte de la medicina moderna, también la práctica médica moderna, así como el concepto de “Modelo Médico Hegemónico”, para caracterizar el estilo de medicina dominante desde principios del siglo XIX, su apropiación de la enfermedad, biologista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática (Castro, 2011, pág. 298). En esta corriente también se abordaron temas sobre las instituciones que actúan sobre la salud y la enfermedad.

La segunda corriente fundacional mencionada por Castro (2011), está “más centrada en la perspectiva sociológica”, y se desarrolló, desde mediados de la década de los setentas, en la Maestría en Medicina Social, de la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco). Castro señala que “desde esta institución se ha impulsado la llamada corriente de Medicina Social que constituye uno de los mejores ejemplos, a nivel internacional, de los análisis que puede hacer el análisis marxista en cuestiones de salud” (Castro, 2011, pág. 299). Una figura representativa de esta corriente es Asa Cristina Laurell (1975) (1982), quien ha realizado investigaciones en

temáticas que abordan el análisis marxista en cuestiones de salud, demostrando la manera específica en que el sistema capitalista determina la naturaleza de las enfermedades, así como la diferencia en mortalidad en distintos estratos socioeconómicos, el vínculo salud-trabajo y el *desgaste obrero* (Castro, 2011, pág. 299).

La tercera corriente fundacional ha estado directamente vinculada a la salud pública. El principal representante de esta corriente es Julio Frenk (1984), fundador del Instituto Nacional de Salud Pública y quien contribuyó con el desarrollo de investigaciones sobre temáticas como el comportamiento del “mercado de trabajo médico”, la evolución de los servicios de salud y la “transición epidemiológica” (Castro, 2011, págs. 299-300), diferentes a las realizadas por las dos otras corrientes. (Castro, 2011, pág. 299)

Las tres escuelas mencionadas son un antecedente de esta investigación porque abordan temas de salud desde una perspectiva de ciencias sociales, pero que principalmente se han enfocado en la atención médica, la relación médico-paciente y la medicalización de la salud, por esta razón se considera que estas escuelas se vinculan indirectamente a nuestra investigación, y un referente de cualquier investigación interesada en la relación entre la salud y lo social.

Segunda generación de estudiosos de la sociología de la salud

A partir de estas escuelas fundacionales, el conocimiento de la sociología de la salud en México continuó con su desarrollo, por lo que, de acuerdo con Castro (2011), es posible hablar de una segunda generación de estudiosos del tema. Los autores de esta segunda generación fueron influidos por las tres escuelas precedentes y, dado que algunos de ellos y ellas se formaron en otros países, se generó una diferencia en el abordaje del estudio de la salud a través de las ciencias sociales.

Castro señala que, a partir de los años noventa del siglo pasado, “comenzaron a aparecer una serie de reflexiones tendientes a revisar el predominio – y los excesos – de los enfoques estructurales en salud (...) así como explorar las posibilidades de los marcos teóricos que privilegian el análisis de los fenómenos que son mejor observables a un nivel micro de análisis” (Castro, 2011, pág. 301). Estos autores y autoras criticaron la incapacidad de las grandes teorías para dar cuenta de la

diversidad de realidades existentes en nuestro país. De manera consecuente con esta crítica, un aporte metodológico de esta segunda generación es la utilización extensiva de métodos cualitativos aplicados a la investigación social en salud (Castro, 2011, pág. 302).

Asimismo, toda vez que hay una crítica a la visión estructural de las primeras corrientes, los temas que se abordan se diversifican y parten de la situación, problemas y necesidades consideradas por los investigadores. En esta segunda generación se han realizado estudios de diversa índole, enfocados, en general, en los siguientes temas: estudios en el campo de la salud reproductiva, estudios sobre subjetividad y salud y estudios sobre políticas, práctica médica y utilización de servicios de salud, que se describen brevemente a continuación, al ser los antecedentes más inmediatos de esta investigación

Estudios en el campo de la salud reproductiva

En el campo de la salud reproductiva existe un gran número de investigaciones vinculadas con aspectos sociales, impulsados por el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad del Colegio de México, se han abordado temas como mortalidad materna, la atención del parto, derechos en salud, sexuales y reproductivos, el problema del aborto, las dimensiones sociales de la sexualidad, sexualidad y embarazo adolescente, el problema del VIH/SIDA, así como la vinculación entre mujeres, trabajo y salud reproductiva (Castro, 2011), temas como la salud de la mujer es estudiada por autores como González (1995), Langer y Tolbert (1996), la mortalidad materna, estudiada por Reyes (1994), así Castro y otros (1991).

Los temas de salud sexual así como de los derechos sexuales y reproductivos, fueron estudiados por autoras como Marta Rivas con Ana Amuchástegui (1996) y Angélica Evangelista con Fernando Limón (2001). Específicamente en el tema de la sexualidad estudiado por Ana Amuchástegui (2001), Gabriela Rodríguez y Benno de Keijzer (2002), se han abordado temas como el significado de la virginidad y el cortejo; por último, en el tema del problema del VIH/SIDA, se han abordado temas como la relación entre VIH y migración (Infante, y otros, 2004) y el significado del VIH para hombres que tienen prácticas de riesgo (Cuadra, Baruch, Infante, & Granados, 2015). Estos temas son relevantes para el estudio del autocuidado de la salud sexual en cualquier adulto, pues han revisado los principales riesgos de salud sexual y las características de la población en mayor riesgo

Estos temas son un antecedente para esta investigación, en primer lugar, porque la sexualidad es un tema de salud, pero especialmente, son un antecedente ya que abordan estos temas desde una perspectiva subjetiva, dándole importancia a los sujetos.

Estudios sobre subjetividad y salud

En los estudios de subjetividad y salud, se ha investigado sobre los significados de la salud y la enfermedad para los individuos. Autores como Castro (2000) y Mercado (1996) han realizado investigaciones de este tipo, los temas que han abordado indagan sobre el significado de la virginidad, el significado de la salud en la pobreza y la experiencia de los padecimientos crónicos como la diabetes.

Mercado señala que: “Los estudios basados en la economía política de la salud han tendido a despersonalizar al sujeto ocupándose sólo del análisis de los sistemas sociales y dejando de lado lo particular, lo existencial, el contenido subjetivo de la enfermedad, del sufrimiento y la curación, como eventos de la vida y la experiencia” (Mercado, 1996, pág. 16). Para estos estudiosos, el sujeto ocupa el lugar central en la investigación ya que su experiencia contiene información subjetiva sobre cómo las personas entienden la salud y la enfermedad. De acuerdo con Mercado, “cada vez se ha hecho más evidente la necesidad impostergable de incorporar a la comunidad o a los diversos actores sociales (...) en la toma de decisiones en materia sanitaria. Sin embargo, en nuestro medio poco se ha avanzado en la definición de lo que se está entendiendo por comunidad o por sujetos, agentes o actores sociales; y sobre todo los mecanismos concretos a ser utilizados para escuchar e incorporar sus puntos de vista” (Mercado, 1996), para este autor la experiencia de los pacientes de padecimientos crónicos necesitan ser escuchados para mejorar la atención y las políticas públicas referente a este tema, ya que hacen partícipes a las personas a quienes van dirigidos estos programas.

Lo planteado por Mercado tiene relación con este trabajo de tesis toda vez que, de la misma manera, la experiencia del sujeto ocupa un lugar central en la investigación: es importante conocer el significado, la experiencia y el conocimiento de los sujetos sobre el autocuidado de la salud, ya que sólo ellos pueden explicar cómo y para qué han realizado acciones de salud, qué significan para cada uno de ellos o ellas, los temas que abordamos en esta investigación y cuáles han sido sus experiencias.

Estudios sobre utilización de servicios de salud

Las investigaciones de la segunda generación de estudiosos de la sociología de la salud en México, realizadas sobre el punto de vista de los usuarios, lo han hecho sobre temas como la relación entre la utilización de servicios prenatales y las redes sociales de ayuda (Infante C. , 1990), pero, de forma más cercana al tema de análisis de esta investigación, en el tema que aborda la perspectiva de los usuarios de servicios de salud (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, & Oviedo, 1997), que explica algunas dificultades que tienen los usuarios para la atención de la salud, como es el desconocimiento de políticas, insuficiencia de medicamentos y la burocratización de los padecimientos. Estos temas de investigación se relacionan directamente con el interés de la tesis que se presenta, toda vez que el conocimiento y uso de los servicios de salud resultan indispensables para un adecuado autocuidado.

Estudios sobre autocuidado de la salud desde el punto de vista de la enfermería

Esta tesis al abordar un tema de salud que se encuentra ligado a las ciencias de la salud, en especial a la Enfermería, se une en sus antecedentes de forma directa de esta disciplina, particularmente de tesis como la de Zamora (2000), quien descubrió que la conducta de autocuidado se ve afectada por la percepción del estado de salud y el sexo; y de la tesis de Da Silva (1997), en la que se toma como factores condicionantes el estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos, llegando a la conclusión de que, así como las acciones de autocuidado producen salud, también proporcionan calidad de vida. Una tercera investigación es la de Landeros (2003) que concluye, al igual que Zamora, que las prácticas de autocuidado se ven afectadas por el sexo, siendo las mujeres quienes se cuidan más; otra conclusión a la que llega Landeros es que, las prácticas de autocuidado no se ven afectadas por el grado de obesidad que presenten las personas, ya que no lo perciben como un riesgo (Landeros, 2003). Estas investigaciones son relevantes porque muestran el uso operativo del concepto de autocuidado y sus resultados muestran pautas para las hipótesis de este trabajo.

Otro de los antecedentes de esta investigación es una tesis de licenciatura en enfermería de 2010 titulada: "Nivel de autocuidado en los estudiantes de primer ingreso a la licenciatura en

Enfermería y Obstetricia, en México, D.F.” (Gutiérrez, Guzmán, Ortíz, & Sotero, 2010), de esta investigación, nos resultan de interés las variables utilizadas, que fueron divididas en 4 grupos:

1. autocuidado físico (ejercicio y aseo personal);
2. biológico (salud dental, alimentación y funcionamiento gastrointestinal);
3. psicológico (cuidado emocional y cuidado del estrés); y
4. social (Prevención de accidentes y enfermedades, y seguridad).

Estas variables y su división en esos grupos de estudio brindan un orden a los elementos necesarios sobre el autocuidado, que retomaremos en la operacionalización de variables de nuestra investigación.

Como hallazgos de esa investigación, se reportó que los alumnos de nuevo ingreso consideran que cuentan con buen autocuidado, con excepción en los rubros de actividad física y alimentación ya que reportaron poca actividad física y alto consumo de comida chatarra. Estos resultados son de relevancia porque muestran la autopercepción de autocuidado y dos de los principales problemas de salud como es el sedentarismo y la mala alimentación.

De esta manera es como se ha expuesto la ya larga tradición de investigaciones en temas de salud desde la perspectiva de ciencias sociales, tanto a nivel mundial como nacional. Estas investigaciones han abierto nuevas interrogantes por abordar, una de ellas es la temática del autocuidado de la salud, que se espera con esta investigación contribuir con nuevos conocimientos en estas temáticas. A continuación, se expondrá nuestra propuesta de abordaje teórico-conceptual para el estudio del autocuidado de la salud.

1.2 El concepto de Salud

Existen diversas formas de entender la salud, como mencionan Lozano *et al.*: “A lo largo de la historia el concepto de salud ha tenido múltiples significados. En ciertas sociedades se le identificó con la ausencia de enfermedad, como un fenómeno estrictamente biológico, y esta concepción determinó de manera importante el desarrollo reciente de la medicina” (Lozano, Infante, Schlaepfer, & Frenk, 1993, pág. 25). Como se mencionó en los antecedentes de la antropología médica, el “Modelo Médico Hegemónico” se apropió del campo de la salud y la enfermedad y de

la manera en que es predominantemente percibida, volviéndose esta percepción sumamente biologicista.

Frente a las limitaciones en las conceptualizaciones de la salud de la práctica médica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), contribuyó con un concepto más amplio que abarca más características que las biológicas, definiéndola como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, s/f). La OMS contribuyó a la aceptación de este concepto y se ha generalizado alrededor del mundo, aunque existen críticas hacia éste por que presenta también limitaciones, como por ejemplo, que en realidad la salud es un proceso y no un estado.

Ante estas críticas surge la noción de *proceso salud-enfermedad*, idea con la que se pretende superar los problemas del concepto de la OMS: “El proceso salud-enfermedad es un *continuum* que se manifiesta simultáneamente como la unidad de dos contrarios” (Ovalle Fernández, 1985, pág. 19). Esta noción asegura que el ser humano no es un ser estático, sino que es dinámico y se encuentra inmerso dentro de un proceso histórico (Ídem).

Si bien la idea del proceso salud-enfermedad es una concepción que contiene más elementos y se considera una superación del concepto de la OMS, para la operacionalización de conceptos de esta investigación se tomó a la salud como un estado de bienestar en sus diferentes formas, tanto física, mental y social.

Se reconoce que la vida, así como las personas viven en el fluir del tiempo y que de ninguna manera se encuentran estáticos y por eso la noción del proceso salud-enfermedad es amplia. Dado que en esta investigación se observarán las características del autocuidado de las personas en un tiempo determinado, más que a lo largo del tiempo, se ha considerado más adecuado concebir la salud como un estado.

1.3 La construcción social del conocimiento y la construcción del conocimiento social en salud

La forma en que cada persona entiende lo que es la salud puede ser diferente porque depende del conocimiento que tenga, el cual está supeditado a varios factores. Para su estudio desde una perspectiva sociológica, resulta relevante entender de dónde surgen los conocimientos de las personas, en tanto tales, toda vez que no son algo innato en ellas.

El aprendizaje de lo que conocemos es algo que se hace en sociedad, incluso la forma en que debemos cuidar de nuestra salud; a este conocimiento se puede llegar mediante dos vías: de forma individual y de forma social. El conocimiento de cuidado de cada persona se encuentra establecido por esta doble característica de los seres humanos. Al respecto, Durkheim señala que: “El hombre es doble. En él hay dos seres; un ser individual que tiene su base en el organismo y cuyo círculo de acción se encuentra, por eso mismo, estrechamente limitado, y un ser social que representa en nosotros la más alta realidad, en el orden intelectual y moral(...)” (Durkheim, 1968, pág. 20 en: Lamo de Espinoza, González, & Torres, 1994, pág. 206). De acuerdo con este autor, la persona tiene una dimensión individual que está limitada por el cuerpo y una dimensión social, y en ambas se genera conocimiento. Del primero, que se genera en la interacción con los objetos, se aprende mediante la experiencia: cuando un niño cae, se corta e incluso se quema, éste aprende a evitar aquellos accidentes que experimentó; del segundo tipo de conocimiento, que se transmite mediante el lenguaje y es de creación colectiva, se aprende a prevenir sin que sea necesario que ocurra primero el accidente o la enfermedad; de ambos tipos de conocimiento depende la mayor parte del autocuidado, toda vez que éste es un conocimiento construido empíricamente sobre el conocimiento individual y puede convertirse en conocimiento social. Lamo de Espinoza y otros., siguiendo las ideas de Durkheim, mencionan que: “El conocimiento propio del individuo se debe a estados individuales, se explica por su naturaleza psíquica y es incomunicable a no ser que se recurra al lenguaje y a otros conceptos que ya trascienden propiamente lo individual, mientras que el conocimiento colectivo tiene un carácter distinto, depende de las características del grupo y no se puede reducir a una mera suma de conocimientos individuales” (Lamo de Espinoza, González, & Torres, 1994, pág. 208). Estos autores explican la diferencia entre ambos tipos de conocimiento, en el caso del conocimiento del cuidado de la salud intervienen factores ecológicos, demográficos, económicos, históricos, culturales e incluso políticos.

No se nace con el conocimiento sobre el autocuidado de la salud, el ser humano es un ser con instintos poco desarrollados por lo que es necesario que aprenda cómo cuidar de sí mismo.

Lamo de Espinoza *et al.* (1994), dicen lo siguiente “el hombre es, además de un ser que puede conocer, un ser que debe conocer, pues es un ser biológicamente incompleto e inacabado, es decir, está dotado de un muy pobre equipamiento instintivo (...). Necesita del entorno natural pero también del societal, necesita del aprendizaje para construirse” (Lamo de Espinoza, González, & Torres, 1994, pág. 26). En esta tesis se retoma la idea de estos autores sobre la necesidad humana de conocimiento.

Este conocimiento sobre la salud está condicionado socialmente y no existe en completa libertad, hay temas de los que se puede hablar y otros de los que no, pueden existir tabús, sobre la autoexploración, por ejemplo, entre otros. Lamo de Espinoza y otros, con respecto a esto, señalan lo siguiente: “Todas las ideas están socialmente condicionadas, pues el ser social produce la conciencia y no viceversa. La conciencia es el ser consciente, luego la prioridad es otorgada al ser sobre su reflexividad, sobre su conciencia” (Lamo de Espinoza, González, & Torres, 1994, pág. 191). Si bien la conciencia no es libre, tampoco lo es el conocimiento, este tampoco se distribuye de forma igual para todas las personas; al respecto señalan que: “La acumulación de conocimiento es relativa en cada sociedad y dentro de ella depende de los grupos sociales y, en último término, también es diferente de un individuo a otro. Aquí radica la distribución social del conocimiento propia de la vida cotidiana. El conocimiento cotidiano está distribuido socialmente según la posición que los individuos ocupan en la sociedad y la función que realizan en ella” (Lamo de Espinoza, González, & Torres, 1994, pág. 409).

El conocimiento no se reparte socialmente de manera equitativa, en su distribución inciden sin duda características individuales; si bien uno de sus principales problemas reside en la desigual distribución del conocimiento básico para tener una buena vida. En el caso del cuidado de la salud, existen actitudes secretistas hacia los pacientes, que refieren intereses creados por grupos de poder que se verían afectados si hubiera un menor número de enfermos, ya que eso significaría menores ganancias por la venta de medicamentos, (Crf. (Costa & López, 1986). Una inadecuada distribución del conocimiento puede generar diversos problemas; en el caso específico de la salud, podría generar enfermedades, epidemias y muertes.

El conocimiento es diferente para cada grupo social y por ello también será diferente la manera en que se cuidará cada persona de esos diferentes grupos sociales. Puede entenderse por grupos sociales, a todos aquellos que comparten una característica, como lo es la religión, el nivel de estudios, la ocupación, la generación o cualquier otra: es muy diferente el conocimiento que existe actualmente sobre las enfermedades y cómo prevenirlas del que tenían nuestros abuelos o nuestros padres, lo mismo pasa con la religión y las otras clasificaciones mencionadas.

De acuerdo con Graham y Reeder, “La pauta de conducta o situación social puede actuar directamente sobre el organismo (...) o poner al individuo en contacto con un agente capaz de causar enfermedad” (Graham & Reeder, 1998, pág. 109), es decir que las características sociales pueden poner a un individuo en contacto con riesgos o conocimientos que promuevan, limiten u obstruyan su cuidado o atención.

El conocimiento de cualquier persona se ve afectado por sus características y los grupos a los que pertenece y de él dependerá que sea a favor o en contra de su bienestar. Otros factores que mencionan Graham y Reeder sobre la diferencia en la distribución del conocimiento, son la etnicidad y la religión, las características familiares, los procesos socioculturales y sociopsicológicos, al respecto señalan que, “un análisis de datos publicados, de acuerdo con informes del *National Health Survey*, y del *National Health Examination Survey*, Lefkowitz (1973), presentó testimonios de que la educación parece ser la variable socioeconómica más íntimamente relacionada con la salud” (Graham & Reeder, 1998, pág. 115). Estos autores mencionan que según Lefkowitz, la educación ofrece estilos de vida orientados hacia la salud, lo que indica que socialmente un mayor nivel educativo se asociará a mejor condición de salud. Por lo anteriormente señalado, en esta tesis se tomará en cuenta el nivel educativo de la población de estudio.

1.4 La teoría de Orem sobre el autocuidado a la salud

Un aporte de nuestra investigación, que consideramos novedoso para el estudio del autocuidado de la salud desde la perspectiva de las ciencias sociales, es la teoría del autocuidado de Orem. En este apartado se presenta a su autora, quien proviene de la disciplina de Enfermería, para después exponer los aspectos que se utilizan de su teoría en esta tesis.

1.4.1 Contexto de la teoría de Orem

Uno de los conceptos centrales de esta tesis, el autocuidado, se retoma de la disciplina de la Enfermería. Éste es un concepto que fue acuñado en la “Teoría del déficit de autocuidado” de Dorotea Elizabeth Orem (1914-2007) quien “nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE [Master of Sciences in Nurse Education]; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.” (Pareda, 2011, pág. 164).

Sobre el autocuidado no fue encontrado antecedente alguno desde la sociología en la literatura revisada, usando el concepto o la teoría de Orem. Asimismo, un aspecto que resaltamos, es que la teoría de esta autora se basa en su experiencia como enfermera: quien observó diario a sus pacientes durante su tratamiento y obtuvo información más allá de lo biológico, en su interacción con los pacientes, los familiares y los médicos, lo cual tiene relevancia para su estudio desde una perspectiva sociológica.

En los antecedentes de esta investigación respecto a *los estudios sobre utilización de servicios de salud*, una de las conclusiones de Bronfman *et al.* (1997), es que las personas no cuentan con una cultura de la prevención y se atienden sólo cuando ya están enfermos y para evitar enfermar de gravedad³; y en general, observamos que los estudios revisados en el apartado de antecedentes, se vinculan en mayor medida al estudio de las patologías que al de los estados de salud.

³ De acuerdo con Bronfman (1997), al estar enfermo se presentan síntomas y el caer enfermo es el avance de la enfermedad a tal grado que la persona ya no puede realizar sus actividades. El autor menciona lo siguiente: “Sólo cuando se está enfermo se toman medidas preventivas para evitar que la enfermedad evolucione negativamente, es decir, para evitar caer enfermo” (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, & Oviedo, Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios, 1997, pág. 445).

La teoría del déficit de autocuidado de Orem es el resultado de la experiencia de la enfermería, que además incluye el conocimiento obtenido a través de su educación e investigación; tuvo influencia de otras enfermeras como Virginia Herderson y Florence Nightingale, las cuáles son un referente teórico de esa disciplina, pero también tuvo otras influencias. Como lo señalan Berbiglia y Banfield: “La familiaridad de Orem con la bibliografía no se limitó a la enfermera. En su discusión de varios temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras disciplinas. En ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960a, 1960b), Barnard (1962), Fromm (1962), Harre (1970), Macmurray (1957, 1961), Maritain (1959), Parsons (1949, 1951), Pattel (1965) y Wallace (1979, 1996).” (Berbiglia & Banfield, 2010, pág. 267). La mayoría de estos autores provienen de la psicología, sin embargo, existen algunos sociólogos, como es el caso de Parsons.

En nuestra opinión, la teoría del déficit de autocuidado de Orem no se encuentra alejada de la sociología, al contrario, parece encontrarse en algún sentido influenciada por Talcott Parsons⁴. La influencia de Parsons en la teoría del déficit de autocuidado se observa en la noción de acción; Orem cita los textos “*The structure of social action*” y “*The social system*” como parte de las referencias de su obra. En la teoría de Parsons, “un acto implica lo siguiente: 1) Un agente, un ‘actor’. 2) A efectos de definición, el acto debe tener un ‘fin’ un futuro estado de cosas hacia el que se oriente el proceso de la acción. 3) Debe iniciarse en una situación cuyas tendencias de evolución difieran, en uno o más aspectos importantes, del estado de cosas hacia el que se orienta la acción (el fin)” (Parsons, 1968, pág. 82). Como se expondrá más adelante, el agente de autocuidado ocupa la función del actor, que es la persona quien realiza la acción y ambos coinciden en que se busca un fin deseado, en este caso, es el autocuidado. El punto al que se espera llegar al mencionar lo anterior, es mostrar que la teoría del autocuidado no se encuentra lejana a una perspectiva sociológica, al contrario, ya que existe la vinculación entre la teoría de Orem y la de Parsons quien es un clásico de la disciplina sociológica.

La teoría general del autocuidado se basa en tres teorías entrelazadas: la teoría de los requisitos de autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la de los sistemas enfermeros. Las

⁴ Hay que recordar que tanto Orem (1914-2007) como Parson (1902-1979) son norteamericanos y que fueron contemporáneos, con diferencia de 12 años, siendo Orem más joven y con una vida más longeva. Al vivir en el mismo país y ser contemporáneos es de suponer que vivieron sucesos históricos similares y que influyeron a ambos.

principales proposiciones del autocuidado desarrolladas por Orem están divididas en tres grupos:

1) Factores condicionales: el autocuidado se ve afectado por el autoconcepto, la madurez, los objetivos y las prácticas de la cultura, por el conocimiento de la salud y por los miembros de grupos sociales;

2) El autocuidado en la salud y la enfermedad: cada persona debe realizar un mínimo de actividades para sí misma para continuar con su existencia. Si la salud tiene que mantenerse o mejorarse, debe realizar actividades adicionales y a la vez se requiere de un conocimiento científico sobre salud; y

3) Demandas comportamentales y de recursos del autocuidado: el autocuidado requiere un conocimiento general de los objetivos y prácticas de autocuidado, así como un conocimiento específico sobre uno mismo, incluyendo su estado de salud, y sobre el ambiente físico y social, también requiere de actividades orientadas al control de la conducta y el uso de recursos que pueden incluir el vivir en un entorno físico y social saludable (Cfr. Orem, 1993, págs. 134-135).

Todas estas proposiciones hechas por Orem sobre el autocuidado las consideramos en nuestra propuesta de estudio sobre este tema.

1.4.2 Aspectos de interés de la teoría sobre autocuidado de Orem

En esta tesis, consideramos que las prácticas de autocuidado son acciones dirigidas a la persona para contribuir a un buen estado de salud. En términos de Orem, el autocuidado se define de la siguiente manera: “El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismos en situaciones ambientales. Las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción: la agencia o capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo” (Orem, 1993, pág. 131). Comprendemos de la definición anterior, que las acciones de autocuidado requieren de la capacidad para lograrlas y son capacidades que se van desarrollando junto con el propio crecimiento del cuerpo.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, el conocimiento puede construirse socialmente, y el caso del autocuidado no es la excepción; según Orem: “El autocuidado es una actividad

aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.” (Orem, 1993, pág. 71), este es un aspecto relevante ya que primero, la autora dice que es una actividad aprendida, es decir no es innata, aquí se refuerza la idea de que el autocuidado se construye socialmente. Otro aspecto que se retoma es que el autocuidado tiene una finalidad y que es dirigida hacia la persona misma.

De acuerdo con Orem el autocuidado se va aprendiendo desde la infancia, según la autora “es una conducta aprendida. A medida que el niño crece, se desarrollan las capacidades y disposiciones fundamentales para ocuparse en formas de acción intencionada, incluyendo el autocuidado. Aprenden qué hacer y qué no hacer en áreas progresivamente mayores de la vida humana. Desarrollan repertorios de conducta para emprender acciones cuando diversas combinaciones de condiciones y circunstancias prevalecen en ellos mismos o en su entorno.” (Orem, 1993, pág. 177). Hay que considerar que este conocimiento se va generando a lo largo de la vida de los seres humanos con base en sus propias experiencias, la exposición a medios de comunicación y las interacciones con la familia y otras personas, es decir, se construye socialmente.

Muchas veces, en la convivencia con familiares, así como en la escuela, nos enseñan ciertas prácticas que inciden en el autocuidado, la higiene es un buen ejemplo: se nos enseña a que debemos lavarnos las manos antes y después de ir al baño, pero puede ser que no se nos expliquen los motivos por los cuales debemos hacerlo; algunas otras veces, las actitudes de autocuidado parecerán más bien como reglas sociales; siguiendo con el ejemplo de la higiene, puede ser vista más como una regla social que como una medida de autocuidado, ya que no se percibe exactamente hasta qué punto una persona se lava sus manos para mantener su cuerpo limpio después de ir al baño o, si lo hace para asegurar a las personas que lo rodean que es una persona limpia.

Como en varios elementos aprendidos en la infancia, el autocuidado depende en primera instancia de la enseñanza de las figuras parentales y, en general, de la familia o círculo cercano de personas que conforman el entorno cotidiano. Siguiendo las ideas de Orem: “Los individuos aprenden primero los estándares culturales de la familia, por tanto, hay variaciones en las prácticas del

autocuidado. El niño aprende de sus padres o tutores, que a su vez aprendieron de los suyos. Mientras crecen, los niños aprenden maneras adicionales o mejores de autocuidado de otras personas: maestros, compañeros de clase, vecinos, amigos y compañeros de juego. Cuando el conocimiento sanitario es amplio y se aplica, las medidas preventivas de cuidados de forma complementaria (...) proporcionan no sólo un servicio comunitario, sino también una más amplia educación y guía de salud a la comunidad. En ella, los individuos deben proporcionar el liderazgo, el esfuerzo diario y los recursos económicos y otros requeridos para iniciar y mantener estos servicios.” (Orem, 1993, pág. 180). Siguiendo las ideas de la autora, se considera que los niños aprenden primeramente los estándares de autocuidado de los padres, incluso las malas prácticas de autocuidado, porque es el primer círculo en el que se forman, pero no es el único, también dependerá de los demás círculos a los que pertenezcan a lo largo de su vida.

Continuando con las ideas de Orem, para ella el autocuidado está integrado por dos partes: “El autocuidado tiene forma y contenido. La forma del autocuidado es la de la acción intencionada y sus fases. El contenido deriva del propósito hacia el cual se dirige, los requisitos del autocuidado, y los cursos de acción que son efectivos para satisfacerlos.” (Orem, 1993, pág. 164) Es decir que la forma del autocuidado son las acciones y las decisiones, por su parte, el contenido, es el objetivo que se persigue, es decir preservar o mejorar el estado de salud de la persona.

1.4.3 Requisitos universales del autocuidado de Orem

En este apartado se presentan los requisitos universales del autocuidado a la salud propuestos por Orem (1993), que serán retomados para la operacionalización de conceptos a analizar en esta investigación como parte del desarrollo de la conciencia del autocuidado.

Antes de presentarlos, cabe mencionar que Orem no ha sido la única autora interesada en plantear el tema de los mínimos básicos de la salud; otros autores, como Doyal y Gough (1994), revisados en (Groppa, 2004) “desarrollan una teoría de las necesidades humanas. El objetivo que persiguen es el de buscar indicadores para medir el bienestar entre las naciones.” (Groppa, 2004, pág. 7). Aunque resultan un interesante punto de comparación, las necesidades humanas propuestas por Doyal y Gough⁵ contienen elementos que abren la discusión sobre lo que significa

⁵ Las necesidades humanas propuestas son: a) agua limpia y comida nutritiva, b) vivienda protectora, c) ambiente laboral no riesgoso, d) medio ambiente no riesgoso, e) cuidado adecuado de la salud, f) seguridad

“mínimos de bienestar”, por ejemplo, con los cuidados neonatales o los adjetivos “significativo” y “apropiado”, por esta razón se privilegió la propuesta de Orem.

Los requisitos de autocuidado son acciones básicas y concretas que las personas deben de realizar para mantener su estado de salud. Orem (1993), los divide en tres: 1) universales: 2) de desarrollo; y 3) de desviación de la salud. Los dos últimos tipos no se retoman en esta investigación ya que incluyen los cuidados para personas dependientes, según el grado de desarrollo o deterioro de la persona, y toda vez que en esta investigación interesa precisamente que la persona ejerza el autocuidado de manera autónoma.

Continuando con la propuesta de Orem, “[l]os requisitos de autocuidado universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo con su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, y al bienestar general.” (Orem, 1993, pág. 140). Se retoma la idea de que los requisitos de autocuidado universales son comunes en todos los seres humanos sin importar las condiciones o a la cultura que pertenezcan y son de utilidad para esta investigación, en la mayoría de sus aspectos, ya que son aplicables a todos los adultos en aparente estado de salud⁶.

Orem (1993), propone los siguientes requisitos de autocuidado universal:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.

en la infancia, g) relaciones primarias significativas, h) seguridad física, i) seguridad económica, j) educación apropiada k) parto seguro y cuidado neonatal.

⁶ Se usará el concepto “en aparente estado de salud” para calificar a aquellas personas de las que se supone se encuentran en un estado de salud pero que no se confirma o rechaza esta condición.

- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal. Normalidad se usa en un sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéricas y constitucionales y los talentos de los individuos” (Orem, 1993, pág. 141).

En el apartado 1.5.4 sobre necesidades de autocuidado de la salud, se discute esta propuesta de Orem a la luz de nuestro planteamiento teórico-conceptual sobre el autocuidado.

1.5 Conciencia del autocuidado

De la misma manera en que se ha abordado los elementos de la salud y del autocuidado, ahora corresponde delimitar los conceptos con los que analizamos la conciencia de autocuidado en esta investigación.

1.5.1 Conceptos clave para hablar de la conciencia del autocuidado desde un punto de vista sociológico

A continuación se presentan los conceptos que utilizamos para entender y analizar la conciencia del autocuidado en esta investigación. Estos conceptos y elementos son los siguientes: propio ser, conocimiento, nociones de confianza, riesgo e inteligencia, así como acciones y decisiones intencionadas, y reflexividad.

Propio ser y seguridad ontológica

Este concepto se retoma del sociólogo inglés Anthony Giddens (2003). El *propio ser* es una característica de la persona y contiene propiedades específicas. Giddens define el *propio ser* como “la suma de las formas de recordación por las cuales el agente reflexivamente define ‘lo que’ se sitúa en el origen de su acción. El propio ser es el agente en tanto el agente lo define, por lo tanto, propio ser, cuerpo y memoria se relacionan íntimamente” (Giddens, 2003, pág. 86), siendo para este autor el agente o actor el “sujeto humano global localizado en el espacio-tiempo corpóreo del organismo vivo” (ibidem.). De acuerdo con Giddens, el *propio ser* se refiere a las formas de recordación, por lo que su función es la de hacer presente información que pueda ser útil para la persona en un momento dado.

En cada día estamos expuestos a una gran cantidad de estímulos, donde la característica del *propio ser* de cada persona, se encarga de seleccionar la realidad, la cual es asimilada por la rutina. La actividad de las personas no contiene pausas, sino que se encuentra en un fluir y se realiza mediante la confianza que trae aparejada la rutina: “Esa actividad del cuerpo, en el fluir de una acción está inmediatamente incluida en la seguridad ontológica o actitud de confianza en la continuidad del mundo y del propio ser envuelta en la duración de la vida cotidiana” (Giddens, 2003, pág. 100). Para Giddens la *seguridad ontológica* es la confianza en la continuidad de la vida y la rutina que seguimos, esta seguridad hace que evitemos cuestionarnos cosas que damos por hechas como la vida o la salud. El cuerpo experimenta cambios constantemente, al ser un organismo vivo, el cuerpo crece o se degenera lentamente, así entonces, el *propio ser*, con base en las acciones que repetimos de forma rutinaria, nos asegura la pertenencia de nuestros cuerpos y nuestras acciones.

Conocimiento

En esta investigación, se retoma de la teoría de Orem lo que señala sobre el conocimiento: “El autocuidado requiere de un conocimiento general de los objetivos y prácticas de autocuidado, así como un conocimiento específico sobre uno mismo, incluyendo el estado de salud, y sobre el ambiente físico y social.” (Orem, 1993, pág. 135). Esta autora explica que el autocuidado necesita de conocimiento para poder realizarse. Las formas de conocimiento que se generan afectan la conciencia del autocuidado de manera que sin éste difícilmente puede existir una conciencia del autocuidado. Asimismo, considerando lo que Giddens señala acerca de la conciencia: la que “denota mecanismos psicológicos de recordación” (Giddens, 2003, pág. 84). No se recuerda lo que no se conoce y para la conciencia es necesario recordar como lo señala Giddens. La función del conocimiento en el autocuidado es hacerse presente mediante recuerdos para que la persona sea capaz de realizar elecciones convenientes para su salud. Orem señala que las personas “deben disponer del conocimiento necesario para distinguir lo bueno y deseable de lo malo e indeseable, y para reflexionar sobre su conveniencia o inconveniencia. El objetivo y las formas de lograrlo deben ser conceptualizados o imaginados.” (Orem, 1993, pág. 90). Si bien Orem no explica cómo una persona puede distinguir lo bueno y lo malo, consideramos que el conocimiento puede ser adquirido mediante la educación, la práctica o la experiencia de vida.

El conocimiento se considera como un componente de la conciencia del autocuidado en la medida en que puede dar opciones para actuar de diferente manera, sobre todo si se vincula con la noción de riesgo, que discutimos más adelante. Para el sociólogo alemán Ulrich Beck, la “educación y un comportamiento sensible en relación a la información abren nuevas posibilidades de enfrentarse a los riesgos y evitarlos” (Beck, 1998, pág. 41). De acuerdo con la sociología del riesgo de Beck, el conocimiento permite acceder a opciones para enfrentar esos riesgos. Dado que no se puedan evitar riesgos si no se conocen, es necesario el conocimiento como elemento de la conciencia del autocuidado.

Es necesario que la persona obtenga conocimiento de sí misma y de los posibles riesgos a los que pueda enfrentarse, ya que, si no los tiene, difícilmente podrá hacer algo para evitarlos. En palabras de Graham y Reeder, la prevención de riesgos, “requiere de un entendimiento de cómo se desarrolla una determinada enfermedad” (Graham & Reeder, 1998, pág. 107), según estos autores el saber cómo se desarrollan o transmiten las enfermedades, será de ayuda para prevenirlas.

Confianza, Riesgo e Inteligencia predictiva

Consideramos en esta investigación que, a partir del conocimiento y la seguridad ontológica, se genera la noción de confianza o de riesgo en las actividades y actitudes emprendidas cotidianamente. Por ello retomamos de Giddens lo que señala respecto del sentimiento de seguridad: “La generación de sentimientos de confianza en otros, que es el estrato más profundo del sistema de seguridad básica, proviene en lo sustancial de rutinas predecibles y de cuidado instituidas por figuras parentales” (Giddens, 2003, pág. 85). Esto lo interpretamos como que, en tanto que el autocuidado es un conocimiento construido socialmente, lo que se aprende de las figuras parentales influye en la percepción de confianza y que lo que forma parte de la rutina, también genera confianza y es aceptado, cuando existe el conocimiento de salud necesario y es aceptado, las actitudes ante el autocuidado serán las que generen confianza.

De forma contraria, el conocimiento advierte la posibilidad de riesgo, el cual retomamos de Beck (2002), quien señala que hay que “distinguir entre los riesgos que dependen de decisiones, y que en principio pueden controlarse, y peligros” (Beck, 2002, pág. 49). Destacamos de las características del riesgo, el que existe la posibilidad de tomar decisiones y que puede haber un cálculo de daños predecibles, es decir, que se toma en cuenta el futuro, como señala Beck, “los

riesgos no se agotan en consecuencias y daños que ya han tenido lugar, sino que contienen esencialmente un componente *futuro*. Éste reposa tanto en la prolongación al futuro de los daños ya visibles como en la pérdida general de la confianza o en la suposición de un ‘fortalecimiento del riesgo’. Así pues los riesgos tienen que ver esencialmente con la previsión, con pérdidas que aún no han tenido lugar, pero que tienen posibilidad de ocurrir, y que, precisamente en éste sentido ya son reales hoy” (Beck, 1998, pág. 39). Retomamos de Beck la idea de que los riesgos pueden evitarse, en tanto se actúe de manera previsor. Sin embargo, dado que el propio ser posee el registro del conocimiento que se ubica en la memoria y, por lo tanto, en el pasado, y dado que futuro aún no ha ocurrido, la persona se vale de otro elemento de la mente que sí puede hacerlo, y que es la *inteligencia*; de acuerdo a lo que señala Mead, quien la concibe como “la capacidad para resolver los problemas de la conducta actual en términos de sus posibles consecuencias futuras tal como están involucradas en la base de la experiencia pasada (...)[,] involucra al mismo tiempo memoria y previsión. Y el proceso del ejercicio de la inteligencia es el proceso de demorar, organizar y seleccionar a los estímulos de la situación ambiental dada” (Mead, 1972, pág. 135). De este autor se toma la idea de que, por medio de la inteligencia, se puede acceder a posibles riesgos, pero se ha considerado que el concepto de inteligencia abarca más de lo que describe Mead.

Según Ardila, (2011) existen 7 formas en las que se puede agrupar la definición de lo que es la inteligencia, de las que llama la atención la de Howard Gardner que habla de inteligencias en plural, de acuerdo a Ardila, Gardner propone inicialmente 7 inteligencias (lógico-matemática, lingüística, musical, espacial, intrapersonal, interpersonal o social, corporal-sinestésica) y que posteriormente añadió 2 (naturalista y existencial). Consideramos que la inteligencia descrita por Mead es la que interesa en esta investigación pero es necesario delimitar el concepto, por lo que se propone el concepto de inteligencia predictiva a aquella capacidad con la que se busca resolver problemas de una manera previsor, que se basa en recordación, memoria y posibles escenarios.

Por sí sola, la característica del propio ser no puede acceder al futuro, pero a través de la mente y sus componentes, el ser humano, logra prever el futuro a través de la inteligencia predictiva.

De esta forma concebimos que, el pasado y la memoria, sirven de contexto y conocimiento inicial sobre el cual se puede desarrollar la proyección hacia el futuro. Como señalamos anteriormente,

de acuerdo con Beck (1998), la noción de riesgo está en el futuro: “El centro de la conciencia del riesgo no reside en el presente, sino en el futuro. En la sociedad del riesgo, el pasado pierde la fuerza de determinación para el presente. En su lugar aparece como ‘causa’ de la vivencia y de la actuación presentes el futuro, es decir, algo no existente, construido, ficticio” (Beck, 1998, pág. 40). No obstante lo señalado anteriormente, el ser humano se basa en conocimiento del pasado y por ello consideramos que le es posible hacer predicciones cercanas a la realidad, de ahí que coincidamos con lo que señala Mead (1972): “La forma en que reaccionemos se encuentra allí, y en las posibles conexiones tiene que haber conexiones de experiencias pasadas con reacciones presentes, a fin de que pueda producirse el pensamiento. Conectaremos toda una serie de cosas de afuera, especialmente las que han pasado, con nuestra situación presente a fin de poder hacer frente inteligentemente a algún peligro distante” (Mead, 1972, pág. 149). Consideramos que tanto Beck, como Mead, conciben que el riesgo se encuentra en el futuro, el cual aun cuando todavía no existe, se puede predecir mediante el conocimiento de experiencias anteriores similares.

Acciones y decisiones intencionadas

Cuando existe el conocimiento y éste genera una noción de riesgo, consideramos que se puede ejercer el poder, entendido éste, de acuerdo a lo señalado por Giddens (2003): “significa ser capaz de intervenir en el mundo o de abstenerse de esa intervención, con la consecuencia de influir sobre un proceso o un estado de cosas específicos” (Giddens, 2003, pág. 51). El poder entendido de esta manera implica que todas las personas tenemos la capacidad de intervenir en nuestras vidas, y para nuestro tema de estudio, se infiere que los seres humanos podemos intervenir en favor del autocuidado.

Consideramos que la persona puede ejercer su autocuidado basándose en el conocimiento y en la noción del riesgo, y puede hacerlo mediante decisiones y acciones intencionadas para, de esta manera, intervenir en su contexto. Por ello, consideramos que Giddens tiene razón al señalar que: “Ser capaz de obrar de otro modo significa ser capaz de intervenir en el mundo, o de abstenerse de esa intervención, con la consecuencia de influir sobre un proceso o un estado de cosas específico. Esto presupone que ser un agente es ser capaz de desplegar (repetidamente, en el fluir de la vida diaria) un espectro de poderes causales, incluido el poder de influir sobre el desplegado por otros” (Giddens, 2003, pág. 51). En esta investigación el poder explicado de esta manera nos resulta conveniente, ya que partimos del supuesto de que todas las personas, adultas y sanas

deben tener la capacidad de detener, modificar o continuar con las actividades que realizan para preservar su estado de salud.

Nos adscribimos a la definición que Giddens da de lo que es intencional: “Defino este concepto como lo propio de un acto de lo que su autor sabe, o cree, que tendrá una particular cualidad y resultado, y en el que ese saber es utilizado por el autor del acto para alcanzar esa cualidad o ese resultado” (Giddens, 2003, pág. 47). Consideramos así que lo intencional se basa en el conocimiento del que se espera un resultado deseado. Cuando existe esta intervención con una acción intencionada para evitar riesgos, se ejerce el autocuidado, de igual manera, se ejerce el autocuidado cuando se permiten consecuencias de acciones de las que se tiene el conocimiento de sus beneficios. Retomando lo que Orem señala al respecto, el autocuidado en concreto, “es la acción intencionada y dirigida que es sostenible al conocimiento de las personas sobre cómo el funcionamiento y el desarrollo humano puede y debería mantenerse dentro de una gama compatible con la vida humana y la salud y el bienestar en las condiciones y circunstancias existentes.” (Orem, 1993, pág. 77) Consideramos que las acciones intencionadas descritas por la autora de la teoría del autocuidado, siguen las características de lo “intencional” anteriormente definido, ya que en el autocuidado una acción intencionada requiere conocimiento y un resultado deseado, que en este caso es preservar o mejorar el estado de salud.

Reflexividad

En esta investigación seguimos la definición de Mead (1972) sobre la conducta reflexiva “La reflexión o conducta reflexiva surge sólo bajo las condiciones de la conciencia de sí, y hace posible el control y la organización intencionadas, por parte del organismo individual, de su conducta, con referencia a su medio social y físico, es decir, con referencia a las distintas situaciones sociales y físicas en las que se ve involucrado y a las cuales reacciona.” (Mead, 1972, pág. 128). Según este autor, la conducta reflexiva no es común en las personas ya que esta conducta implica una situación particular, donde la persona tiene las condiciones de sujeto y objeto, es decir que es capaz de conocerse a sí mismo e intervenir en él mismo.

Para abarcar diferentes aristas de la reflexividad, retomamos lo que señala Giddens al respecto: “Un humano es un agente intencional cuyas actividades obedecen a razones y que es capaz, si se le pregunta, de abundar discursivamente sobre esas razones” (Giddens, 2003, pág. 41), según este

autor la reflexividad es el proceso por el cual la persona da razón de las acciones que realiza. Así pues, entendemos que, cuando la persona es capaz de dar una explicación abundante del por qué realiza sus acciones, que refieren una intención en reacción a su entorno físico o social y una conciencia de sí mismo, está haciendo uso de su reflexión, está realizando una conducta reflexiva.

Conciencia

Si bien hay distintas formas de entender lo que es la conciencia, en esta investigación nos apegamos a la definición de Giddens (2003): “conciencia discursiva y conciencia práctica denotan *mecanismos psicológicos de recordación*, tal como se los emplea en contextos de acción. Conciencia discursiva connota las formas de recordación que el actor es capaz de expresar verbalmente. Conciencia práctica supone una recordación a la que el agente tiene acceso en la *duración* de una acción sin ser capaz de expresar lo que con ello ‘sabe’. Lo inconsciente designa modos de recordación a los que el agente no tiene acceso directo porque existe una ‘barrera’ negativa de algún tipo que inhibe su integración inmediata al registro reflexivo de la conducta y, más en particular, a una conciencia discursiva” (Giddens, 2003, pág. 84). Esta diferenciación entre conciencia práctica, discursiva e inconciencia ayudan en el entendimiento del autocuidado porque gracias a ella, se puede explicar la diferencia en el autocuidado de las personas en los aspectos que se toman en cuenta en esta investigación.

Desde nuestro punto de vista, la conciencia es el mecanismo por el cual se crea este vínculo entre el propio-ser y la inteligencia.

1.5.2 Autocuidado y Conciencia de autocuidado en salud en esta investigación

Para comenzar este apartado, se presenta la definición de autocuidado elaborada a partir de los conceptos sociológicos presentados. Con los elementos retomados de la teoría de Orem, señalamos que, para esta investigación, el autocuidado será entendido como:

Una actitud aprendida que se expresa mediante acciones y decisiones intencionadas y dirigidas a la persona misma, basadas en conocimiento registrado en el propio ser que, a través de la conciencia, se hace presente, y que tiene por objetivo preservar o mejorar el estado de salud.

Ahora que se hemos establecido las definiciones de los conceptos que emplearemos, es factible darla definición **conciencia de autocuidado en salud** para esta investigación:

La capacidad de hacer presente el conocimiento del registro reflexivo en el propio ser para que pueda ser utilizado en acciones intencionadas y auto-dirigidas a fin de mantener o mejorar el estado de salud físico, psicológico y social, y desarrollando para ello los requisitos del autocuidado.

La definición del autocuidado desde la sociología propuesta tiene como fin traducir dicha definición a los componentes sociales y operativos de la disciplina para su operacionalización e investigación

Tomando en cuenta que los requisitos de autocuidado se realizan de forma rutinaria, por lo que debería existir su registro reflexivo. No obstante, la forma en que cada persona perciba la salud, el conocimiento que tenga y los recursos con los que cuente, determinarán la conciencia de autocuidado en salud que poseerá.

En un día cualquiera una persona al bañarse, alimentarse, convivir con otras personas, caminar, respirar, ir al baño, evitar peligros presentes, al hacerlo constantemente lo registrará cada día que lo realice y la persona sabrá o creará saber por qué lo hace, esto es la conciencia discursiva ya que explica discursivamente sus motivaciones.

Cada persona enfrenta un contexto distinto y por ello las acciones que realicen no son iguales dando como resultados una diversidad en las acciones y registro de autocuidado, es por ello que se ha considerado que la conciencia de autocuidado dependerá en gran medida de su contexto.

De la misma manera, como se ha hecho mención en el apartado 1.3 sobre la construcción social del conocimiento, lo que sabemos depende del contexto social.

1.5.3 Tipos ideales de conciencia del autocuidado

De la reflexión de los conceptos anteriormente revisados, parte nuestra propuesta de tipos ideales de la conciencia del autocuidado, que son construcciones teóricas, no existentes en la realidad

concreta, pero consideramos ayudarán a comprender las diferencias personales que existen en torno al autocuidado. Concebimos que estos tipos de conciencia se encuentran siempre presentes a lo largo del proceso continuo de salud-enfermedad y tal vez son diferentes en cada uno de los aspectos de la salud (física, psicológica y social).

Retomamos la noción de tipos ideales de Max Weber (1949), que consideraba que: “Un tipo ideal está formado por la acentuación unilateral de uno o más puntos de vista, y por la síntesis de un gran número de fenómenos individuales mayormente difusos, discretos, más o menos presentes u ocasionalmente ausentes, que están ordenados de acuerdo con aquellos puntos de vista enfatizados unilateralmente en una construcción analítica unificada” (Weber, 1949: 90 en: Hekman, 1999, pág. 26). Esto apoya la idea de que la construcción de tipos ideales no es arbitraria o basada en creencias sin fundamento, se basa en observación y análisis. Los tipos ideales son conceptos construidos basados en compatibilidades, relacionados de una manera estructurada (Cfr. Hekman, 1999).

La creación de los tipos ideales de la conciencia del autocuidado se basa en el análisis de conceptos y teorías de los apartados anteriores, así como en un análisis de las experiencias empíricas e incluso la propia historia de vida del autor de esta tesis. Con base en esas reflexiones se han construido los tipos ideales que se describen en este apartado.

Según Weber los tipos ideales “ni son hipótesis, ni son descripciones de la realidad sino ‘patrones’ con los que la realidad puede ser comparada; no son ni realidad histórica, ni ‘realidad verdadera’, sino sí no sólo conceptos limitantes o utopías; el propósito de los tipos ideales es establecer un medio de comparación con la realidad concreta con el fin de revelar el significado de ella (Weber, 1949: 90-93) o, como lo expresaba en otra parte, la abstracción de la realidad histórica hecha posible por el tipo ideal posibilita la interpretación de esa realidad (Weber, 1968: p. 28 en Hekman, 1999, pág. 28).

Como ya se ha dicho, los tipos ideales de la conciencia del autocuidado son el resultado de nuestro análisis y reflexión; se presentan de manera pura, por lo que no se van presentar así en la realidad cotidiana.

Se proponen los tipos ideales de la conciencia del autocuidado en salud que a continuación se describen.

Inconciencia del autocuidado. Primero hay que entender lo que es la inconciencia y para esto tenemos que seguir las ideas de Giddens, “lo inconsciente sólo se puede entender en términos de memoria” (Giddens, 2003, pág. 81), como se mencionó anteriormente, en esta investigación la conciencia es un mecanismo psicológico de recordación, entonces la inconciencia es la falta de acceso a ésta, que a su vez se encuentra ligada a la percepción. “Si entendemos por percepción el conjunto de dispositivos de ordenación temporal configurados por los movimientos y orientaciones del cuerpo en los contextos de su conducta (...), ello nos hará ver la gravitación de la atención selectiva en la conducta cotidiana” (Giddens, 2003, pág. 83), en la realidad concreta estamos expuestos a un gran número de estímulos de los cuales tenemos que seleccionar los que nos importan según correspondan a nuestras motivaciones, al ser seleccionadas son percibidas y guardadas dentro de nuestra memoria, lo demás es desechado, “memoria denota simplemente lo pasado (...) una acción ocurre en la espacialidad del presente y se inspira en recuerdos del pasado cada vez que lo necesita o lo desea” (Giddens, 2003, pág. 81).

Por lo tanto, la inconciencia del autocuidado en salud denota una falta o errada selectividad de información sobre salud y/o una inaccesibilidad a la memoria que ayude en el presente en las acciones que ayuden en las motivaciones sobre el autocuidado.

Conciencia práctica. Continuando con las ideas de Giddens, “una conciencia práctica consiste en todas las cosas que los actores saben tácitamente sobre el modo de ‘ser con’ en contextos de una vida social sin ser capaces de darles una expresión discursiva directa” (Giddens, 2003, pág. 24). La conciencia práctica tiene el componente de percepción y es usado para realizar actividades dentro de la cotidianidad, es decir “circunstancias en la que la gente presta atención a sucesos que se producen en su derredor para poder referir su actividad a esos sucesos” (Giddens, 2003, pág. 80), las personas tienen la percepción sobre salud, es decir que tienen percepción y acceso a su memoria para que con base a las rutinas y el registro reflexivo sean capaces de realizar acciones que permitan el autocuidado.

La conciencia práctica, en ésta investigación, es lo que las personas saben sobre como ejercer el autocuidado pero que no pueden dar una explicación verbal.

Antes de pasar al siguiente tipo, hay que señalar que este tipo de conciencia presenta consecuencias no deseadas, ya sean positivas o negativas para la salud, de acuerdo con Giddens “Puesto que la gente no necesariamente tiene conciencia de sus motivos para actuar de una manera determinada, tampoco la tiene necesariamente de sus intereses en una situación dada. Desde luego, tampoco los individuos actúan de acuerdo con sus intereses” (Giddens, 2006, pág. 110), desconociendo los motivos, las consecuencias pueden ser diversas. Una persona que viaja en bicicleta para transportarse tendrá consecuencias positivas en su salud, aunque ese no sea su interés; una persona que se alimenta con comida rápida constantemente podría tener consecuencias negativas para su salud. En esta investigación ambas consecuencias se encuentran dentro de la conciencia práctica del autocuidado porque, desde la perspectiva que nos interesa, es lo mismo: “es importante ver que el análisis de consecuencias no buscadas no explica (...) formas o pautas de conducta social en las que parecen irracionales” (Giddens, 2003, pág. 49). Para nosotros los motivos de las personas son un elemento a resaltar ya que muestran qué tanto se preocupan por su salud y, de este modo, observar si tienen conciencia del autocuidado.

Conciencia discursiva del autocuidado. Este tipo ideal, de acuerdo con lo que retomamos de Giddens: “Presupone ser capaz de hacer un relato coherente de las propias actividades y de las razones que las motivaron” (Giddens, 2003, pág. 80). Este tipo de conciencia contiene los componentes de percepción y memoria, es decir que se es capaz de realizar acciones intencionadamente según las motivaciones obtenidas de la rutina y emplear la memoria para dirigir esas acciones como un proceso fluido en el cual cumple las intenciones y se es capaz de explicar estas mismas, tomando en cuenta la intencionalidad anteriormente explicada. En la vida cotidiana se puede tener acceso a información que puede ser guardada para después hacer presente ese conocimiento en las acciones y explicar los motivos por los cuales fueron hechos esos actos.

La conciencia discursiva en el análisis del autocuidado es lo que las personas saben y son capaces de dar una explicación verbal sobre las acciones que realizan para mantener o mejorar su salud.

De este tipo de conciencia surgen otras dos vertientes, que si bien, ambas implican la capacidad de hacer un relato coherente de sus actividades, la diferencia se encuentra en la respuesta ante la noción de riesgo, es decir en las acciones intencionadas, estos tipos son los siguientes: conciencia excesiva y conciencia relajada.

Conciencia excesiva del autocuidado. Este tipo de conciencia del autocuidado se caracteriza por una angustia alta ante el riesgo, puede ser tan elevada que implique demasiadas acciones intencionadas para evitar daños predecibles, también un exceso en la consideración de las intenciones para realizar las acciones de autocuidado. Se cuenta con un exceso de percepción y memoria.

Las consecuencias de los actos de individuos con conciencia excesiva del autocuidado no necesariamente son positivas, al contrario, éstas pueden resultar peligrosas o dañinas. La persona que siempre cuenta las calorías en sus alimentos, o aquella que sólo come verduras orgánicas sin excepción, incluso el que se ejercita diario sin falta, aunque se fatigue en exceso, son ejemplos de este tipo de conciencia. Éstos podrían tomarse como hábitos saludables, pero al realizarse de una manera rigurosa puede ser dañino en algún aspecto de la salud.

Conciencia relajada del autocuidado. Este tipo de conciencia se caracteriza por el conocimiento de los riesgos para la salud, pero al mismo tiempo, tiene una disminución en la percepción del riesgo. Es decir que este tipo de conciencia tiene el conocimiento de cómo prevenir las enfermedades o riesgos, pero no se les considera peligrosas o llegan a la “fatiga de la prevención”, por lo que aceptan riesgos que fácilmente podrían ser evitados. Tomamos en cuenta, siguiendo a Beck, que, “el proceso por el que se toma conciencia de los riesgos siempre es reversible. A tiempos y generaciones agitados e intranquilos pueden seguirles otros en los que el miedo a través de las interpretaciones es un componente doméstico de su pensamiento y de su vivencia.” (Beck, 1998, pág. 84). Incluso es posible un “retroceso” de la conciencia sea sobre la misma persona y pueden ser diversas causas por lo que llegue a pasar, una de ellas puede ser, por ejemplo, el miedo: “La situación de amenaza no desemboca necesariamente en la toma de conciencia de peligro, sino que también puede provocar lo contrario: la *negación por miedo*” (Beck, 1998, págs. 83-84). Como menciona el texto de Cuadra y otros (2015) existe lo que se denomina “fatiga de la prevención”

usado en dicho documento para explicar que algunas personas se exponen intencionalmente al riesgo de contraer VIH ya que no asumen atractiva la prevención.

Estos tipos ideales no son rígidos, se pueden entrelazar dentro de los diferentes aspectos del autocuidado y en los aspectos de la salud. Puede ser posible que una persona tenga conciencia discursiva sobre el autocuidado en la alimentación y conciencia práctica en el autocuidado psicológico. Estamos de acuerdo con Giddens cuando señala: “No pretendo que el distingo entre conciencia discursiva y práctica sea rígido e impermeable. Al contrario, diversos aspectos de las experiencias de socialización y aprendizaje del agente pueden alterar esa división. Entre conciencia discursiva y práctica no hay separación” (Giddens, 2003, pág. 44). De la misma manera consideramos que la separación entre conciencia de autocuidado discursiva y práctica u otras mencionadas no es una separación rigurosa, sino que se pueden encontrar mezclas de acuerdo a cada requisito.

1.5.4 Propuesta de análisis de las necesidades del autocuidado y su relación con las dimensiones de la salud

A partir de los elementos expuestos en los apartados anteriores de este capítulo, procedemos a exponer nuestro planteamiento analítico para el estudio del autocuidado de la salud.

Para los fines de esta investigación, basados en los requisitos universales de autocuidado de Orem se ha realizado una categorización que abarca los componentes de la salud según el concepto de la OMS, por su parte, los cambios específicos serán expuestos más adelante. Se tomarán en cuenta los siguientes criterios como necesidades de autocuidado:

1. Nutrición. Alimentación balanceada, adecuada y aporte de nutrientes suficientes.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la higiene y la tolerancia a la contaminación.
3. Mantenimiento de una adecuada autopercepción y actitud positiva ante la vida
4. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.
5. Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción humana.
6. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
7. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas.

Se parte de la revisión hecha sobre los requisitos universales del autocuidado de la salud de Orem, y se considera la definición de salud de la OMS (Cfr. Apartado 1.2) para analizar cada componente según el tipo de salud que se busca, ya sea física, psicológica o social, de acuerdo con lo siguiente:

- La salud física, incluye la nutrición, la actividad física y la prevención de peligros para la vida.
- La salud psicológica aborda el mantenimiento de una adecuada autopercepción y actitud positiva ante la vida.
- La salud social en la que se ubican los requerimientos el equilibrio entre la interacción humana y la soledad, así como el funcionamiento del desarrollo humano.

Esta es una separación analítica que se plantea con el fin de poder estudiarlas y, de esta manera, describir las características de autocuidado con los elementos de la salud que se han retomado de la definición de la OMS.

A continuación, se realiza una discusión sobre las necesidades de autocuidado antes mencionadas y las fuentes de información que se emplearon para elaborar los instrumentos de recolección de información.

En cuanto al aporte suficiente de alimentos, balanceados y adecuados, se considera que existe una desventaja si se utiliza este concepto de la manera como lo expone Orem, porque el hecho de que una persona tenga un aporte suficiente de alimentos no quiere decir que estos sean adecuados. Si una persona consume carne todos los días, podrá tener un aporte suficiente de alimentos, pero se considera que no tendrá una alimentación adecuada ya que ésta debe ser balanceada y en cantidades adecuadas de acuerdo con las necesidades requeridas. En contraste, la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, señala las características de una dieta correcta deben ser: que sea completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada (Norma Oficial Mexicana (Diario oficial), 2017, pág. 36); por ello, en esta investigación se tomará en cuenta esto, así como lo señalado en “El plato del bien comer” (Norma Oficial Mexicana (Diario oficial), 2017, pág. 43), como elementos de autocuidado en nutrición.

Asimismo, se toma en cuenta lo relativo a “La jarra del buen beber” que refiere recomendaciones para una hidratación adecuada y se agrupa por niveles, los cuales se explican a continuación: “**Primer nivel** destaca el consumo de 6 a 8 vasos de agua simple; en el **segundo**, tomar un máximo de dos vasos de leche semi descremada y descremada; en el **tercer nivel**, un máximo de cuatro tazas de café o té sin azúcar.

En el **cuarto nivel** se recomienda consumir máximo dos vasos de bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales; en el **quinto nivel**, medio vaso de jugo 100% de frutas, leche entera, bebidas deportivas o bebidas alcohólicas, mientras que en el **sexto nivel** se propone el consumo esporádico de refresco o agua de sabor.” (Senado de la República , 2016) negritas en original.

Para poder dar cuenta del mantenimiento entre la actividad física y el reposo, se utilizó, para medir la actividad física, la clasificación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), que se basa en las *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud de la OMS* (OMS, 2017). Estas recomendaciones establecen el tiempo mínimo de actividad física considerado necesario para las personas. Dependiendo de la actividad física que se realice, se clasifica de la siguiente manera: Inactivos, no cumplen con lo mínimo recomendado por las guías de la OMS; Moderadamente activos, actividad física vigorosa igual o mayor a 75 min/sem, o actividad física moderada igual o mayor a 150 min/semana; Activos, Actividad física vigorosa igual o mayor 150 min/sem o actividad física moderada igual o mayor a 300 min/sem. Cfr. (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 192).

En el tema del descanso, por su parte, se tomó en cuenta lo que en medicina se conoce como “la higiene del sueño”, que comprende una serie de recomendaciones para un descanso satisfactorio. Es interesante saber que en las guías de la salud, publicadas por el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), se encuentra en el módulo de prevención de la salud del adulto mayor, pero no en la del adulto joven (IMSS, 2017). Para la elaboración de este indicador, se tomaron en cuenta las recomendaciones de la Dra. Arana Lechuga (Tomado de: Cacho, 2016), que se refieren a las recomendaciones sobre higiene del sueño. Entre estas recomendaciones están: no dormir en exceso fines de semana, mejorar el ambiente donde se duerme, cenar dos horas antes de dormir, evitar el uso de computadoras o juegos de videos cuatro horas antes de dormir, no hacer ejercicio intenso cercano a la hora de dormir, no forzar el sueño e identificar factores que causan estrés. En cuanto a las horas de sueño de los adultos, se menciona lo siguiente: “Con relación a los adultos,

aunque el tiempo ideal varía de una persona a otra, el promedio general es de entre siete y nueve, de ahí la recomendación universal de ocho horas. Sin embargo, hay quien con cuatro o cinco horas se siente perfectamente funcional, mientras que otros requieren hasta 10 horas, el problema es sentirse cansado durante el día por haber dormido poco o incluso mucho” (Cacho, 2016).

La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano para esta investigación, estarán guiados por la Cartilla Nacional de Salud usada en las unidades médicas del sector público de salud (que incluye a la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, el DIF, entre otros), la que para hombres y mujeres de 20 a 59 años recomienda “Evaluación y vigilancia del estado nutricional” por lo menos una vez al año. De acuerdo con esta Cartilla, tanto para hombres como para mujeres, la medición de la glucosa y el colesterol deben realizarse cada 3 años a partir de los 45, o a partir de los 20 si hay factores de riesgo; la medición de la presión arterial se recomienda cada año a partir de los 30 o a partir de los 20 si hay sobrepeso, obesidad o diabetes. La basiloscopía (detección de tuberculosis), se recomienda sólo a aquellos que presentan tos con flemas. Para las mujeres, se recomienda el examen clínico de mama cada año a partir de los 25 años de edad, y el Papanicolaou cada 3 años (después de dos resultados negativos) a partir de los 25 años. Para los hombres, aunque la Cartilla Nacional de Salud no lo tiene, en la *Guía técnica para la cartilla nacional de salud*, se menciona que entre los 40 y 50 años la prueba de tacto rectal debe practicarse anualmente (Secretaría de Salud, 2008), de acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata) “La detección integral está compuesta por los siguientes elementos, que son complementarios y no excluyentes entre sí: CSP [Cuestionario de Síntomas Prostáticos], TR [Tacto rectal] y APE [Antígeno prostático específico] cuantitativo]” (Diario Oficial de la Federación, 2017) a hombres de una edad igual o mayor a 45 años y de 40 en caso de que existan antecedentes familiares.

Se ha tomado el mantenimiento de una adecuada autopercepción y actitud positiva ante la vida como requerimiento de autocuidado aunque no es considerado por Orem, lo mental es parte de la salud de acuerdo a la OMS. Primero se expondrá la definición de salud mental, que de acuerdo a la OMS es: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es

capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004), en esta definición se resumen las características que se considera forman parte de la salud mental, en los que se puede incluir el afecto, la felicidad, autoestima y resiliencia. De estas se han considerado a la actitud positiva ante la vida porque de acuerdo con la OMS “Se conoce que las creencias psicológicas tales como el optimismo, el control personal y un sentido de propósito son factores que protegen la salud mental así como la física.” (OMS, 2004). También se ha considerado la autoestima porque la OMS le ha considerado dentro de la prevención y tratamiento de la depresión (OMS, 2017), existen varias definiciones de lo que es la autoestima, pero en general se refieren al sentimiento de valía por uno mismo.

En cuanto al aspecto del bienestar social no se encontró un marco conceptual de referencia que nos ayudara a delimitar o atender este tema, sin embargo el no tomar en cuenta estos aspectos sería continuar dejando un vacío importante de la dimensión social. Ante esta falta y para emplear indicadores que fueran comparables con otros estudios, se tomaron en cuenta indicadores de violencia y cohesión social, para utilizarlos como parte de los indicadores que nos permitirían acercarnos a la dimensión social, específicamente a los requerimientos del equilibrio entre la interacción humana y la soledad.

Se tomaron indicadores de violencia, en la medida en que se consideran como lo opuesto a la convivencia que se considera un indicador de salud social. Se tomaron en cuenta el indicador de agresiones enfrentadas utilizado en la ECOPRED 2014. Se tomó también la percepción de seguridad como un aspecto necesario para el desenvolvimiento de las personas en el grupo social al que pertenecen, para ello se utilizaron las variables de este tema de la ECOPRED 2014.

Por último, consideramos que la cohesión social es componente del bienestar social, para ello se utilizó un cuadro donde se preguntó sobre el número de relaciones sociales habituales de las personas como indicador de cohesión social.

La dimensión social de la salud es un tema que no está consolidado en sociología, por lo cual, si bien nuestros indicadores son incipientes y requieren mayor discusión, para los fines de esta investigación, los consideramos necesarios.

Límites en la investigación del autocuidado

La propuesta de Orem sobre los requisitos de autocuidado universales han mostrado límites, entre ellos podemos encontrar los siguientes.

Para el desarrollo de esta investigación, se consideró que el aporte de aire suficiente no solo implica el respirar, sino que también implica el aporte de la cantidad suficiente ya que en exceso puede ser dañino, al igual que su falta. A pesar de que el oxígeno en el aire es necesario para la vida, su aporte no depende en su mayoría de la conciencia, ya que las personas no piensan en cuánto respirar o de qué manera se puede respirar mejor, esto suele hacerse hasta que se presentan problemas. En esta investigación no fue posible integrar este requisito ya que no se encontraron antecedentes conceptuales o metodológicos para abordar el tema y las preguntas realizadas a los entrevistados no mostraron la profundidad del tema como en los abordados.

Consideramos, asimismo, que la higiene está de manera limitada en la teoría de Orem. Bañarse, lavarse las manos o cepillarse los dientes no están presentes en los requisitos universales. Por esta razón, se proponen como el mantenimiento de una adecuada higiene como un requisito de autocuidado, aunque no se tomarán en cuenta para esta investigación, debido a que son muy específicos y no hay suficiente información sobre ellos en la literatura relacionada con ciencias sociales.

En los siguientes capítulos se empleará este marco teórico-conceptual para el análisis de la información y la discusión de resultados.

CAPÍTULO 2. El contexto de salud a nivel nacional, de la Ciudad de México y del Estado de México

Para dar contexto a esta investigación sobre la conciencia en autocuidado de la salud, se realiza un análisis de datos secundarios ligados a la salud y el autocuidado a partir de las siguientes encuestas:

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012,
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011,
- Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014, y
- Encuesta de Cohesión Social para la prevención de la violencia y la delincuencia (ECOPRED) 2014.

Los indicadores mostrados en éste apartado son a los que se obtuvo acceso y no todos fueron utilizados para el siguiente apartado, aun así consideramos relevante mostrar los datos que existentes que muestran la diferencias en cuanto a información obtenida por ambos instrumentos.

2.1 Organización del análisis

Como se mencionó en el capítulo anterior, en esta investigación se entiende el autocuidado como una actitud aprendida que se expresa mediante acciones y decisiones intencionadas y autodirigidas a la persona, basadas en conocimiento registrado en el propio ser que a través de la conciencia se hace presente y que tiene por objetivo preservar o mejorar el estado de salud; asimismo, consideramos que una manera de analizarla es mediante el análisis de eventos y prácticas de salud que puedan medir esas acciones y que nos acerquen en cierta medida a la observación del autocuidado.

En este capítulo se muestran algunos resultados de las encuestas mencionadas y que consideramos relevantes. Primero se muestra las características de cada encuesta ya que cada una es diferente en cuanto a año de realización, muestra, etc. Después se mostrarán los resultados que se han considerado.

2.2 Características de las encuestas revisadas

Antes de empezar con el análisis de los datos se describen las características e información que proveen estas encuestas, dado que cada encuesta fue realizada en distintos años y tiene diferente representatividad poblacional.

2.2.1 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 es un instrumento para medir las condiciones de salud de la población cuyos resultados están dirigidos a tomadores de decisiones de políticas públicas, estrategias y programas de salud, a investigadores, académicos y a toda persona que se interese por los temas que contiene. La información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) es útil para esta investigación ya que muestra las características y condiciones de la salud en la población mexicana.

De acuerdo con Gutiérrez et al., “la ENSANUT 2012 obtuvo información de 50 528 hogares a nivel nacional, en los que se aplicaron adicionalmente 96 031 cuestionarios individuales en los diferentes grupos de edad, así como 14 104 cuestionarios de utilizadores de servicios de salud. La ENSANUT 2012 incluyó la toma de mediciones antropométricas y sangre capilar en individuos seleccionados, la medición de tensión arterial en una submuestra de adolescentes y adultos y la toma de sangre venosa en una submuestra de individuos de cada grupo de edad, así como información dietética y sobre actividad física.” (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 22)

La muestra de la encuesta es probabilística por lo que se pueden hacer generalidades a partir de los resultados. Tiene representación nacional y estatal por lo que se puede generar comparaciones.

Tabla 1 Comparativo de muestra y representación a nivel nacional, Distrito Federal y Estado de México

		Nacional	DF	Edo. Mex.
Hogares	Muestra	50 528	1 549	1 642
	Representación	29 429 252	2 523 487	3 856 790
Personas	Muestra	194 923	5 980	6 859
	Representación	115 170 278	9 041 051	15 575 329
Adultos	Muestra	46 303	1 382	1 443
	Representación	69 889 616	6 253 207	9 523 317

Fuente: Elaboración propia con base en ENSANUT, 2012

Para la elaboración de la ENSANUT 2012 se obtuvo la información de 50 528 hogares a nivel nacional, que representa 29 429 252 personas, según las proyecciones de población de ese año. De los hogares seleccionados se entrevistaron a 194 923, siendo los adultos 46 303.

2.2.2 Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011

La Encuesta Nacional de Adicciones, es un trabajo conjunto de organismos de salud pública, así como de organismos para la prevención y control de las adicciones.

Su objetivo general es estimar las prevalencias del uso y abuso de tabaco, alcohol y drogas, tanto médicas como no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad y en la población adulta de entre 18 y 65 años. Además, la encuesta busca conocer los factores asociados a la utilización de estas sustancias, así como las necesidades de atención y el uso de servicios relacionados con el abuso de las mismas. (ENA, 2011, p. 4)

Como su nombre lo indica, se trata de una encuesta nacional, por lo que se generaron muestras para lograr una representatividad, se realizó una regionalización quedando de la siguiente manera:

Tabla 2 Regionalización de la ENA 2011

Región	Estados
Norcentral	Coahuila, Chihuahua y Durango
Noroccidental	Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa
Nororiental	Nuevo León, Tamaulipas y San Luís Potosí
Occidental	Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit
Centro	Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato
Ciudad de México	Distrito Federal
Centro Sur	Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Michoacán
Sur	Yucatán, Quintana Roo, Chiapas y Tabasco

Fuente: Elaboración propia con base en ENA, 2011, p. 5

2.2.3 Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003) es un trabajo iniciado por la Organización Mundial de la salud (OMS) en el año 2000, en México se realizó en 2003, por lo que es la encuesta menos actualizada de las que se presentan (Senado de la República , 2016), su

diseño fue probabilístico, multietápico y estratificado. La población objetivo se trató de adultos de 18 a 65 años y que tuvieran un hogar fijo. Las áreas en las que se desarrolló la encuesta se muestran a continuación:

Tabla 3 Regiones en las que se estratificó la ENEP

1) Áreas metropolitanas auto seleccionadas	Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey
2) Noroeste	Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora
3) Norte.	Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo Monterrey), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas
4) Centro-oeste	Aguascalientes, Jalisco (excluyendo Guadalajara), Colima, Guanajuato y Michoacán
5) Centro-este.	Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo el área metropolitana de la Ciudad de México), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla
6) Sureste.	Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

Fuente: Elaboración propia con base en Medina, y otros, 2003

2.2.4 Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014

La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT 2014) es un trabajo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Instituto Nacional de las Mujeres (InMujeres), su representatividad es nacional.

El objetivo general de la ENUT 2014 es proporcionar información estadística para la medición de todas las formas de trabajo de las y los individuos, tanto remunerado como no remunerado; hacer visible la importancia de la producción doméstica y su contribución a la economía y en general, la forma como usan su tiempo los hombres y las mujeres, así como la percepción de su bienestar, todo ello respecto a la población de 12 años y más, de áreas urbanas, rurales e indígenas.

El siguiente cuadro es un resumen de la metodología usada para la encuesta:

Tabla 4 Resumen de la ENUT

Unidades de observación	Vivienda seleccionada
	Hogar principal
	Informante seleccionado de 12 años y más.
Esquema de muestreo	Probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados
Población objeto de estudio	Población de 12 años y más.
Tamaño de muestra	Alrededor de 19,000 viviendas
Fecha de levantamiento	13 de octubre al 28 de noviembre del 2014.
Periodicidad	No definida
Cobertura geográfica	Nacional, con corte urbano-rural y poblaciones indígenas seleccionadas.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT), 2014, http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_2.pdf

2.2.5 Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la delincuencia (ECOPRED) 2014

La Encuesta de Cohesión Social Para la Prevención de la Violencia y la delincuencia (ECOPRED) 2014 fue elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con la colaboración de la Secretaría de Gobernación (SEGOB).

El objetivo de esta encuesta fue: “Medir en los jóvenes de 12 a 29 años de edad, los factores de riesgo y exposición a situaciones de violencia y delincuencia que incrementan la posibilidad de que esta población, objeto de estudio, replique posteriormente situaciones similares en la sociedad. Estos factores incluyen el contexto individual de los jóvenes; el desarrollo y relaciones dentro de sus familias; la influencia e interacción con amistades y compañeros; y las relaciones y apoyos entre los miembros de una comunidad, así como el contexto social en general.” (INEGI, 2015, pág. 1)

La selección de la muestra fue de forma independiente para cada localidad y estrato, así es que algunas fueron en tres etapas y otras en cuatro. A continuación se presenta la distribución de la muestra:

Tabla 5 Distribución de la muestra de la ECOPRED a nivel nacional, Distrito Federal y Estado de México.

Entidad	Localidad	Muestra
Distrito Federal	Gustavo A. Madero	2 150
	Iztapalapa	2 150
Estado de México	Ecatepec de Morelos	2 150
	Ciudad Nezahualcóyotl	2 150
	Toluca de Lerdo	2 150
Nacional		97 850

Fuente: Elaboración propia con base en: INEGI, Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia 2014 : diseño muestral, 2015.

2.3 Indicadores de salud analizados

Se organizó esta investigación tomando el ejemplo de Gutiérrez, Guzmán, Ortiz, & Sotero (2010), pero tomando en cuenta las características de la salud como expone la OMS en su definición, dividiéndola en física, psicológica y social, esta es la primera separación analítica de los componentes de la conciencia del autocuidado.

La segunda división analítica, son los componentes seleccionados de cada una de los elementos de la salud. Estos fueron seleccionados de un análisis de encuestas nacionales relacionados con la salud física, psicológica y social. De esta manera para la salud física se le atribuyeron temas de nutrición.

2.3.1 Indicadores Físicos: sobrepeso y obesidad, relacionados con la nutrición

Un indicador recurrente para estudiar la salud poblacional es el peso corporal, esto ocurre porque es un indicador fácil de conseguir en comparación con las pruebas de sangre, además el sobrepeso y obesidad se encuentran relacionados con otras enfermedades como hipertensión y diabetes. La ENSANUT tomó en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura como indicadores, tomando en cuenta las clasificaciones como a continuación se explica:

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor de cintura en diferentes personas. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

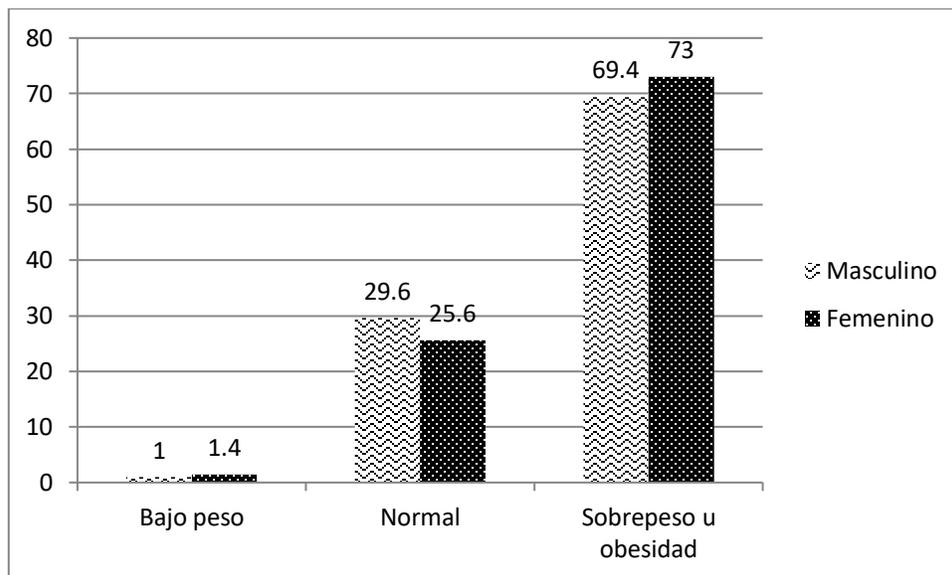
“La clasificación utilizada para categorizar el IMC fue la de la OMS que propone cuatro categorías: desnutrición (<18.5 kg/m²), IMC normal (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²), y obesidad (≥30.0 kg/m²). (...)

Para identificar a los adultos con obesidad abdominal se utilizó como referencia la clasificación de la Secretaría de Salud de México y la de la Federación Internacional de Diabetes (IDF),¹² que definen como punto de corte una circunferencia de cintura >80 cm en mujeres y >90 cm en hombres.” (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 133)

El peso a través del Índice de Masa Corporal es un indicador recurrentemente utilizado porque es fácil de obtener y barato en comparación con otros indicadores.

En cuanto a los resultados se puede observar que para el año 2012 existe una mayor proporción de personas con sobrepeso y obesidad (Hombres 69.4%, mujeres 73.0%) que de personas con peso normal (hombres 29.6% y mujeres 25.6%). En el caso de peso bajo el porcentaje es bajo (1.0 en hombres y 1.4 en mujeres)

Gráfica 1 Distribución del estado nutricional de hombres y mujeres de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), México, ENSANUT 2012



Nota: Puntos de corte propuestos por la OMS: bajo peso <18.5 kg/m³, normal 18.5-24.9 kg/m³, sobrepeso 25-29.9 kg/m³, y obesidad >30 kg/m³.

Fuente: Elaboración propia con base en: (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 180)

El aumento en las prevalencias de obesidad en México se ha documentado como uno de los más rápidos a nivel mundial. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012), la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento, que era cercana al 2% anual (en el periodo 2000-2006) para ubicarse en un nivel inferior al 0.35% anual.

Después del rápido aumento en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, se ha observado una menor aceleración en el porcentaje relativo de aumento entre los años 2006 y 2012. A nivel mundial se han propuesto diversas explicaciones sobre este fenómeno. Entre las principales destacan las siguientes: a) equilibrio de saturación: existe un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo (por razones genéticas o de otra índole), que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en la población mexicana, b) efecto de intervenciones: los factores de riesgo inmediatos (ingestión de energía o actividad física) se han modificado como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales como resultado de la socialización del problema mediante

medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación. Para responder a estas interrogantes se requerirán análisis detallados de las encuestas de nutrición así como otros estudios actualmente en curso, y de evaluaciones rigurosas de las políticas de prevención de obesidad. (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 185).

Para conocer los factores de la reducción en la velocidad del aumento de la proporción de personas con sobrepeso y obesidad aún debe realizarse más investigación. Para el estudio del efecto de las intervenciones en la generación de la conciencia colectiva a favor de conductas saludables, es necesario conocer la conciencia, y es en este caso que la presente tesis puede ser de utilidad.

En cuanto a la comparación entre el nivel nacional, el Distrito Federal y el Estado de México a continuación se muestra un cuadro con los resultados.

Tabla 6 Comparativo de obesidad por IMC, de hombres y mujeres de 20 a 49 años, a nivel nacional, del Distrito Federal y del Estado de México, México 2012.

	Seso	Nacional	DF	Edo Mex.
Peso bajo	Hombres	1.00%	0.10%	1.40%
	Mujeres	1.40%	1.15%	2.00%
	Total	1.20%	0.70%	
Peso adecuado	Hombres	29.60%	25.60%	31.70%
	Mujeres	25.60%	25.40%	25.10%
	Total	27.60%	25.50%	
Sobrepeso	Hombres	42.60%	44.80%	47.30%
	Mujeres	35.50%	35.74%	37.70%
	Total	39.05%	39.90%	42.30%
Obesidad	Hombres	26.80%	29.50%	19.70%
	Mujeres	37.50%	37.72%	35.30%
	Total	32.15%	34.00%	27.80%

Fuente: elaboración propia con base en Gutiérrez, y otros, 2012, Instituto Nacional de Salud Pública , 2013.

Se puede observar que en el Estado de México existía una menor proporción de personas con obesidad (27.8%) en comparación con el DF (34%) y el nivel nacional (32.15%).

2.3.2 Autocuidado físico preventivo: uso de programas preventivos

Detección oportuna

Los programas preventivos son aquellos que buscan prevenir daños a la salud de la persona que deberían distinguirse de la detección oportuna de posibles enfermedades. Comúnmente los exámenes para la detección oportuna contienen un cuestionario de factor de riesgo que indaga sobre los antecedentes, familiares o situacionales, que impliquen la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad. Un ejemplo son las pruebas para la detección de VIH.

De acuerdo con la ENSANUT las pruebas preventivas permiten acceder oportunamente a un diagnóstico y a su tratamiento para evitar el desarrollo de enfermedades (Instituto Nacional de Salud Pública, 2013, pág. 45). Las pruebas preventivas desde este punto de vista son un indicador de acciones para la prevención y atención oportunas de las enfermedades y por lo tanto de autocuidado.

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, más de 23% de los adultos de 20 años o más se realizó una prueba de glucosa en sangre en los 12 meses anteriores a la encuesta, cifra superior a la reportada en 2000 y 2006 con cerca de 22 y 10.5%, respectivamente. Dicho incremento se observó en ambos sexos: 8.8% de hombres y 12.1% de mujeres acudieron a realizarse la prueba el año previo al levantamiento de la encuesta de 2000; en 2012 fueron 23% de los hombres y 29% de las mujeres. Las mediciones de tensión arterial el año previo a la encuesta han incrementado de 13.4% en 2000 a cerca de 22% en 2006, y 28.4% en 2012, en mayor medida en mujeres con 30.6 que en hombres, 26.2%.

Para las pruebas de detección de sobrepeso y obesidad en los 12 meses previos a la encuesta, 21.0% de los adultos de 20 años o más (20.8% en hombres y 20.1% en mujeres) y determinación de triglicéridos, 19.9% (20.7% en hombres y 19.1% en mujeres) acudió a la prueba respectiva. Sobre la detección de tuberculosis, el reporte en las ENSANUT 2006 y 2012 es similar, con cerca de 3% de los adultos de 20 años o más que se realizaron la prueba durante los 12 meses previos al levantamiento de las encuestas (Gutiérrez, y otros, 2012, págs. 93-94).

Otra prueba de detección oportuna conocida es la de VIH, “de acuerdo con la ENSANUT 2012, 22.3% de los adultos de 20 a 49 años de edad se realizaron una prueba de VIH alguna vez en la

vida (21% entre hombres y 24% entre mujeres). De éstos, 33.3% reportó habérsela hecho en los últimos 12 meses, y de los que se hicieron la prueba, 90.7% conoce los resultados” (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 102)

Tabla 7 Porcentaje de personas de 20 a 49 años que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y el conocimiento del resultado, ENSANUT 2012

	Prueba de VIH (%)	En los últimos 12 meses (%)	Conocimiento del resultado (%)
Si	22.3	33.3	90.7
No	77.3	66.6	9
No reportó	0.3	0.1	0.3
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 102.

La problemática existente de sobrepeso, obesidad y diabetes ha generado condiciones para que estos temas sean estudiados y se generen programas para su atención y prevención. Si bien se observa, existe un desequilibrio entre la atención a la enfermedad y su control en la población con la promoción del autocuidado. Sin embargo se acepta que existe un incremento en el uso de estas pruebas.

Una característica que se nota es que el comportamiento del incremento del uso de estas pruebas es similar a la disminución de la obesidad y el sobre peso. Por ejemplo, la prueba de glucosa en sangre, asociada a la diabetes, se incrementó en mayor proporción en el periodo de 2000 (10.5%) al año 2006 (22%), casi al doble mientras que en el periodo 2006 (22%) al año 2012 (23%) el incremento de estas pruebas fue menor con relación al periodo anterior.

Vacunación

La vacunación forma parte de los programas preventivos considerados en este análisis. De acuerdo con la ENSANUT 2012, las acciones de vacunación en la población adulta de 20 a 59 años fueron dirigidas principalmente a la prevención y vigilancia de rubéola congénita, tétanos, difteria y tétanos neonatal en mujeres en edad fértil (15-49 años). Para asegurar el registro y seguimiento de la cobertura de vacunación en la población adulta se estableció la estrategia de distribución en este sector de la población de la Cartilla Nacional de Salud (CNS). En el cuadro que se presenta en la tabla no.8, se observa que 16.7% de los adultos de 20 a 59 años mostró la CNS o algún

comprobante, 36.7% informó que tiene cartilla pero no la mostró y casi la mitad de la población de 20 a 59 años (45.6%) manifestó que no tiene la CNS.

Tabla 8 Distribución porcentual de la población de 20 a 59 años, según posesión de algún documento probatorio de vacunación por sexo, México ENSANUT 2012

Sexo	Mostró	Tiene pero no la mostró	No tiene	No especificado	Total
Hombre	12.4	35.8	50.4	1.3	100
Mujer	20.6	37.5	41.1	0.7	100
Total	16.7	36.7	45.6	1	100

Fuente: Elaboración propia con base en Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 92

Tabla 9 Distribución porcentual de la población de 20 a 59 años, según posesión de algún documento probatorio de vacunación nacional y por localidad, México ENSANUT 2012

	Mostró CNS	Tiene pero no la mostró	No tiene CNS
Nacional	16.70%	36.70%	45.60%
Distrito Federal	11.10%	31.90%	56.30%
Estado de México	14.50%	33.80%	50.60%

Fuente: El autor basado en Gutiérrez, y otros, 2012, págs. 92-93 e Instituto Nacional de Salud Pública, 2013, pág. 44

De acuerdo al cuadro anterior, se observa que el DF cuenta con un menor porcentaje de personas con CNS (11.1%) comparado con el Estado de México (14.5%), situación parecida a la de las personas que afirman contar con la cartilla pero no la mostraron (31.9% para el DF, 33.8% Estado de México). Ambas situaciones están por debajo del nivel nacional.

El alto porcentaje de personas que no tienen Cartilla Nacional de Salud (45.6%) se puede considerar para fines del autocuidado como deficiencia generalizada en el conocimiento y uso de una herramienta para la prevención de enfermedades.

2.3.3 Autocuidado físico: actividad física

La actividad física es uno de los aspectos en el requisito de autocuidado que consideramos relevante para esta investigación: “el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo”. De acuerdo con la ENSANUT, “en el área de actividad física la agrupación de las edades atendió a criterios distintos, relacionados con los cuestionarios validados específicamente para cada grupo de edad: a) niños y adolescentes de 10-14 años y b) adultos de 15 a 69 años.” (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 133).

Para medir la actividad física utilizaron el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ short) que mide el tiempo de actividad física para clasificar a las personas en activos, moderadamente activos e inactivos de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Tabla 10 Distribución porcentual de adultos de 19 a 69 años según actividad física reportada en los últimos 7 días, México, ENSANUT 2012

	Nacional	Urbano	Rural
Inactivos ¹	17.4	18	15.4
Moderadamente activos ²	11.9	13	8
Activos ³	70.7	69	76.6
Total	100	100	100

¹ No cumplen lo mínimo recomendado por las guías de la OMS

² Actividad física vigorosa igual o mayor a 75 min/sem o actividad física moderada igual o mayor a 150 min/sem.

³ Actividad física vigorosa igual o mayor a 150 min/sem o actividad física moderada igual o mayor a 300 min/sem.

Fuente: Elaboración propia con base en Gutiérrez, y otros, 2012

“De acuerdo con esta clasificación, aproximadamente 17.4% de los adultos mexicanos son inactivos, 11.9% son moderadamente activos, es decir, realizan lo mínimo sugerido por la OMS y 70.7% son activos. Al estratificar por localidad, el porcentaje de personas clasificadas como activas es significativamente mayor (...) en las localidades rurales (76.6%) comparado con las localidades urbanas (69%)” (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 192)

La recomendación de la OMS es de mínimamente 150 min. semanales de actividad física moderada o 75 min. de actividad física vigorosa, pero para ser considerado como activos es necesario de 300 minutos de actividad física moderada o 150 minutos de actividad física intensa a la semana⁷. La recomendación de la OMS es como mínimo realizar 21.4 minutos diarios de alguna actividad física moderada como por ejemplo realizar labores domésticas. Para la OMS, las personas activas son aquellas que realizan el doble de lo mínimo en actividad física moderada, es decir 42.8 minutos diarios.

“Si bien más de 60% de los adultos son clasificados como activos de acuerdo a los criterios de la OMS, al evaluar por tipo de actividad encontramos que aproximadamente 81.8% (casi 16 horas) de las actividades reportadas durante el día son sedentarias e inactivas (dormir, estar sentado frente

⁷ Para mayor información sobre los conceptos de actividad física moderada y vigorosa veáse: “Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud” elaborado por la OMS

a una pantalla, transporte inactivo), este porcentaje es ligeramente menor en las localidades rurales que en las urbanas 78.3% (14 horas) y 82.7% (16 horas) respectivamente” (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 193).

De acuerdo con las conclusiones existe un exceso de actividades que han contribuido al sedentarismo y de esta manera al incremento de sobrepeso y obesidad. (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 193).

Como bien lo señala la ENSANUT, la actividad física recomendada por la OMS parece ser insuficiente para evitar el sobrepeso y la obesidad ya que las actividades sedentarias prevalecen en mayor proporción.

La proporción de 70.7% de la población nacional considerada como físicamente activos no corresponde a la proporción similar de personas con sobrepeso y obesidad.

Vista como un elemento de autocuidado, la actividad física es una parte del requisito universal planteado por Orem (1993), necesario para el equilibrio entre la actividad y el reposo. La alta proporción de actividades sedentarias requieren de una proporción equivalente de actividad física para lograr ese equilibrio deseado.

2.3.4 Indicadores psicológicos: trastornos psicológicos y psiquiátricos

Como se ha mencionado anteriormente, los resultados de la ENEP 2003 forman parte del contexto pero es información atrasada por lo que sólo se presenta de manera general ya que han pasado más de 10 años de esta encuesta y sus resultados no pueden ser de alguna manera comparables con la prevalencia psiquiátrica actual.

A continuación tenemos los datos totales nacionales de los trastornos con mayor prevalencia en México para el 2003.

Tabla 11 Prevalencia de trastornos, México, ENEP 2003

Diagnóstico	Total		
	Alguna vez	Ult.12-meses	Ult. Mes
Trastorno Afectivo	%	%	%
Episodio depresivo mayor	3.3	1.5	0.6
Episodio depresivo menor	1.5	0.7	0.3
Manía(Bipolar I)	1.3	0.9	0.4
Hipomanía(Bipolar II)	2	1.1	0.4
Distimia con jerarquía	0.9	0.4	0.2
Cualquier trastorno afectivo	9.1	4.5	1.9
Trastorno de Ansiedad	%	%	%
Trastorno de pánico	2.1	1.1	0.4
Agorafobia sin trastorno de pánico	2.5	1.7	0.5
Fobia social	4.7	2.3	0.7
Fobia específica	7.1	4	1.5
Trastorno de ansiedad generalizada	1.2	0.7	0.4
Trastorno de estrés postraumático	2.6	0.6	0.2
Cualquier trastorno de ansiedad	14.3	8.1	3.2
Trastorno de Substancias	%	%	%
Consumo perjudicial de alcohol	2.4	0.5	0
Dependencia al alcohol	5.9	1.8	0.6
Consumo perjudicial de drogas	1.1	0.4	0.1
Dependencia a las drogas	0.4	0.1	0
Dependencia a la nicotina	1.8	1.1	0.3
Cualquier trastorno de sustancias	9.2	3.5	1
Otro Trastorno	%	%	%
Adult Separation Anxiety Disorder	2.5	0.7	0.4
Bulimia nerviosa	1.2	0.4	0.3
Trastorno disocial	6.1	1.2	0
Cualquier trastorno "Core"	22.5	10.9	4.2
Cualquier trastorno	28.6	13.9	5.8

Fuente: Elaboración propia con base en Medina, y otros, 2003, pág. 8(Fragmento)

Los resultados de la ENEP 2003 presenta la prevalencia de trastornos psicológicos, en el cuadro anterior se muestran los más comunes a nivel nacional. De acuerdo con Medina *et al* "28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE [Clasificación Internacional de Enfermedades] alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días" (Medina, y otros, 2003, pág. 6). Entre los

trastornos más comunes se encuentran los de ansiedad con 14.3%, los trastornos por uso de sustancias con un 9.2% y los trastornos afectivos en un 9.1%.

Los trastornos mentales según sexo, muestran que para mujeres los tres principales trastornos fueron las fobias específicas, sociales y el episodio depresivo mayor, mientras que para los hombres fueron la dependencia al alcohol, trastornos de conducta y el abuso del alcohol sin llegar a la dependencia. (Medina, y otros, 2003, pág. 7).

El tener como contexto la ENEP 2003 es de relevancia para esta investigación porque muestra riesgos a los que la población está potencialmente expuesta, a más de 10 años de esta encuesta existe la posibilidad de que la prevalencia de trastornos haya cambiado, pero ante la ausencia de datos recientes es el indicio que existe para entender los posibles trastornos actuales.

2.3.5 Indicadores psicológicos: Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas implica un deterioro físico y un riesgo social, pero en esta investigación se toma como un indicador psicológico ya que el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) ubica el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno adictivo como una enfermedad neurobiológica (Portero, 2015). Estos trastornos son multifactoriales y de la misma manera afectan en todos los aspectos de la salud, tanto físico, con el deterioro del cuerpo; psicológico, con la comorbilidad de otros trastornos; y social como factor que aumenta la violencia.

Las sustancias psicoactivas son legales e ilegales, actualmente la DSM los clasifica en: alcohol, THC, alucinógenos, cafeína, opiáceos, inhalantes, hipnóticos, sedantes, estimulantes, tabaco y otras sustancias. Entre estos, las sustancias psicoactivas que se analizaron son el tabaco y el alcohol ya que son las que se presentan con mayor frecuencia y también son de las que existe más información.

Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es relevante en éste apartado porque muestra información menos atrasada de un trastorno, pero además de esto hay que retomar que el consumo de tabaco está relacionado con la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) así como enfermedades de vías

respiratorias que pueden llegar hasta la muerte. En esta investigación se considera el trastorno por consumo de tabaco como un riesgo que se puede evitar por medio del autocuidado.

“La ENA 2011 reportó una prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores (...). Al desagregar por sexo, el 34.6% (11 millones) de los hombres y el 13.5% (4.6 millones) de las mujeres se encontraron en esta categoría. El 10.3% (6.8 millones de personas) de los adultos son fumadores diarios, 15.5% de los hombres y el 5.5% de las mujeres fuman diariamente. Es importante resaltar que los adultos fumadores son principalmente ocasionales (13.3%). La prevalencia de ex fumadores es de 29.7% (19.7 millones de personas), 35.1% en los hombres y 24.7% en las mujeres. El 46.7% (30.1 millones) de los adultos mexicanos nunca ha fumado. Esta proporción es significativamente mayor en el grupo de las mujeres comparado con los hombres (61.7% vs 30.3%, respectivamente)” (ENA-Tabaco 2011, p. 49).

Tabla 12 Distribución de fumador activo, ex fumador y nunca ha fumado en población de 18 a 65 años, México, ENA, 2011

Consumo de tabaco	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Fumador activo	34.6	13.5	23.6
Fumador diario	15.5	5.5	10.3
Fumador ocasional	19.1	8	13.3
Ex Fumador	35.1	24.7	29.7
Ex Fumador Diario	11	4.3	7.5
Ex Fumador Ocasional	24.1	20.4	22.2
Nunca ha fumado	30.3	61.7	46.7

Fuente: Elaboración propia con base en ENA-Tabaco 2011, p. 49

Cerca de la mitad de la población (46.7%) nunca ha fumado, cerca de un cuarto de la población es fumado activo (23.16%) de los cuales se dividen en fumadores diarios (10.3%) y fumadores ocasionales (13.3%). El resto de la población se encuentra en la característica de ex fumador, divididos en exfumador diario (7.5%) y en exfumador ocasional (22.2%). Es menor la proporción de exfumadores diarios con respecto a los fumadores ocasionales por lo que la cesación en el consumo de tabaco es baja en esa categoría, pero también existe una diferencia en la cesación del consumo de tabaco por nivel de ingresos.

En la población fumadora adulta, 58% reportó haber intentado dejar de fumar en algún momento, sin diferencia por sexo. Un porcentaje ligeramente mayor de fumadores en la categoría de mayor ingreso reportó haberlo intentado en comparación con los fumadores de menor ingreso (74% a 67%). En adultos exfumadores, el 34% de los entrevistados mencionaron que la razón principal para dejar de fumar fue por conciencia del daño, con diferencias significativas por sexo (39.4% en hombres y 28.4% en mujeres) pero no por nivel de ingresos. El 4.7% de las mujeres reportó que dejó de fumar porque se embarazó (ENA-Tabaco 2011, p. 54).

No se puede saber si la población que nunca ha fumado lo ha hecho por autocuidado ya que se desconoce los motivos por los cuales no lo ha hecho, en cambio en la cesación en el consumo de tabaco se reconoce que la conciencia puede generar motivos para cambiar hábitos poco saludables.

Consumo de alcohol

Al consumo de alcohol comúnmente se le relaciona con actos violentos como son los accidentes, pleitos y homicidios, incluso con el suicidio. Entre las enfermedades orgánicas con las que se relaciona está la cirrosis hepática, hepatitis e hipertensión, también está relacionado con la comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos y psicológicos, además con la pérdida de AVISAs. Por estas razones es importante conocer los indicadores de consumo de alcohol.

Para esta investigación el consumo de alcohol es importante porque muestra la prevalencia de esta enfermedad que causa daño en varios aspectos de la persona, por esto es importante el autocuidado, para evitar o por lo menos minimizar las consecuencias del consumo del alcohol.

De acuerdo con la ENA (2011), "El consumo diario [de alcohol en la población en general] sigue siendo muy poco frecuente en el país, solamente 0.8% de la población reportó beber alcohol con esta frecuencia; esta baja prevalencia se ha mantenido a partir de las primeras encuestas realizadas en nuestro país. El consumo de altas cantidades por ocasión de consumo, es en cambio el patrón más reportado con una tercera parte de la población y se mantuvo sin cambios de 2008 a 2011. Poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo. En los hombres hay un aumento en la proporción que reportó este patrón de consumo (45% en 2008 y 47.2% en 2011), en las mujeres adultas es un

fenómeno estable y menos frecuente (20%). También lo reportaron 17% de los hombres y 11% de las mujeres adolescentes, con una diferencia menor entre hombres y mujeres (una mujer por cada 1.5 hombres) que la que se observa en la población adulta (2.68 hombres por cada mujer)” (ENA, Alcoholismo, p. 38).

El consumo del alcohol es tan generalizado que no se puede hablar de una categoría de nulo consumo de alcohol y al contrario, el 53% de los adultos reportaron haber tenido un episodio de consumo alto de alcohol.

Tabla 13 Tendencias del consumo de alcohol en población de 18 a 65 años en los años 2002, 2008 y 2011, México, ENA-Alcohol 2011

	2002 %	2008 %	2011 %
Consumo alguna vez	72	67.9	77.1
Consumo último año	51.3	48.6	55.7
Consumo último mes	22.2	30.8	35
Consumo alto	NC	36.2	36.5
Consumo diario	1.6	1.1	0.9
Consuetudinarios	6.5	7	6.3
Dependencia	4.6	5.6	6.6

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2011 pág. 26

El consumo de alcohol es el trastorno con mayor rezago en atención, ya que solo 6.8% de los enfermos recibieron tratamiento. El rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2 hombres con dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición (ENA, Alcoholismo, 39).

El alcoholismo es un problema en la medida que se encuentra socialmente aceptado y existen poca propaganda para la prevención de esta enfermedad. Las campañas relacionadas al consumo del alcohol son aquellas para prevenir accidentes automovilísticos y en las botellas se encuentra la leyenda “evite el exceso”, pero existe poca divulgación sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud.

2.3.6 Indicadores sociales: Violencia

La sana convivencia, en esta investigación forma parte de la salud ya que pueden tener consecuencias físicas y psicológicas importantes. Un entorno social agresivo afecta y dificulta las relaciones sociales, por este motivo se ha incluido la información sobre violencia de la ENSANUT.

La ENSANUT reportó que "Durante los 12 meses previos a la entrevista, 3.0% de los adultos de 20 años o más sufrió algún robo, agresión o violencia, con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (3.5 contra 2.5%) (...), proporción significativamente mayor a la identificada en la ENSANUT 2006 de 1.6% y a la ENSA 2000 de 1.9%. La proporción es significativamente mayor entre los adultos más jóvenes, y llega a 5.7% entre los hombres de 20 a 29 años, es menor entre los hombres de 80 años o más, con 1.0%". (Gutiérrez, y otros, 2012, pág. 98)

Tabla 14 Distribución de población mayor de 20 años que sufrió daños a la salud por alguna violencia por sexo, México, ENSANUT, 2012

Tipo de violencia	Hombres	Mujeres	Total
Agresiones con sustancias	1.5	0.5	1
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento	1.2	0.3	0.8
Arma de fuego	1.4	2	1.6
Objetos cortantes	8.4	3.8	6.3
Empujón desde un lugar elevado	1.3	1.8	1.5
Golpes, patadas, puñetazos	51.7	25.7	40.1
Agresión sexual	0.6	5.3	2.7
Envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias	0.1	0.3	0.1
Agresiones verbales	35.5	55.1	44.3
Otras agresiones o maltrato	9.9	12.7	11.1
Otro	11.4	13.9	12.5
Lugar donde ocurrió la violencia			
Hogar	13	38	24.2
Escuela	1.1	0.4	0.8
Trabajo	7.6	5.9	6.8
Transporte público	10.4	13.7	11.9
Vía pública	60	34.9	48.7
Campo	0.6	0.3	0.8
Lugar de recreo o deportivo	1.4	0.2	0.8
Centro nocturno	0.8	0	0.4
Establecimiento comercial	1.5	1.9	1.7
Otro	3.6	4.4	3.9

Nota: Los porcentajes suman más de 100% por doble motivo de agresión
Fuente: Fuente: Gutiérrez, y otros, 2012, p. 98.

Las agresiones verbales (44.3%) y los golpes, patadas y puñetazos (40.1%) son los tipos de violencia con mayor proporción. Los lugares donde ocurrieron esas agresiones en mayor proporción son en la vía pública (48.7), en el hogar (24.2%) y el transporte público (11.9%).

Tabla 15 Comparativo sobre agresiones a nivel nacional, Distrito Federal y Estado de México, ENSANUT, 2012

	Nacional	DF	Edo. Mex.
Proporción de violencia	3.0%	5.3%	5.3%
Agresión por golpes, patadas y puñetazos	40.1%	56.8%	50.3%
Lugar donde ocurrió la agresión			
Vía pública	48.7%	52.5%	43.4%
Transporte público	11.9%	21.5%	25.5%
Hogar	24.2%	17.1%	16.4%

Fuente: elaboración propia basado en: (Gutiérrez, y otros, 2012) (Instituto Nacional de Salud Pública , 2013) (Instituto Nacional de Salud Pública , 2013)

La proporción de personas que han sufrido algún tipo de agresión en el año anterior a la entrevista es igual para el Distrito Federal y el Estado de México (5.3%) y tiene una diferencia significativa a nivel nacional (3.0%). El tipo de agresión más frecuente es por golpes, patadas y puñetazos tanto a nivel nacional (40.1%), como en el Distrito Federal (56.8%) y el Estado de México (50.3%).

En cuanto al lugar de agresión, la vía pública tiene la mayor proporción de casos, especialmente en el Distrito Federal (52%), el transporte público tiene el segundo lugar en el Distrito Federal y con mayor proporción en el Estado de México (25.5%) y el hogar se encuentra en tercer lugar para estas entidades federativas mientras que a nivel nacional está en segundo lugar (24.2%).

2.3.7 Indicadores sociales: convivencia y tiempo disponible

Actividades de convivencia y entretenimiento

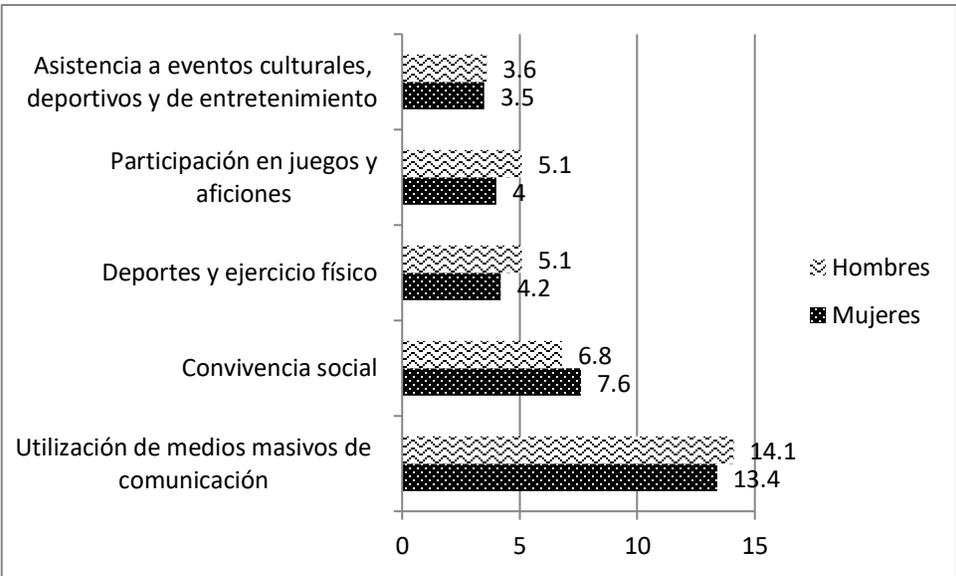
Las actividades recreativas forman parte del autocuidado en el sentido que genera un equilibrio entre la actividad y el reposo, así como el equilibrio entre la soledad y la compañía.

De acuerdo con la ENUT, en promedio en México las personas mayores de 12 años en 2014, consumían 13.75 horas a la semana para el uso de medios masivos de comunicación, es decir, cerca de dos horas al día para el uso de internet y televisión como medios masivos de

comunicación para el entretenimiento. Por su parte la asistencia en eventos culturales tiene un promedio de 3.55 horas a la semana (INEGI, 2015).

En la convivencia social hay un promedio de 7.2 horas a la semana, lo que equivale a una hora al día de convivencia social, en cuanto al deporte y ejercicio físico hay un promedio de 4.65 horas a la semana. Por último, la participación en juegos y aficiones tiene un promedio de 5.55 horas a la semana (INEGI, 2015).

Gráfica 2 Promedio de horas semanales que la población de 12 años y más dedica a actividades de convivencia y entretenimiento por sexo, México, ENUT 2015



Fuente: Elaboración propia basado en INEGI, Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT), 2014, http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_2.pdf

La ENUT muestra que a este tipo de actividades recreativas y de convivencia la población de 12 años y más en México en 2014 le dedicaba de dos horas a menos de media hora al día. El uso de medios masivos de comunicación era el que tenía más tiempo de uso, cerca de dos horas al día, mientras que para la convivencia social, se usaba cerca de una hora, es decir, la mitad del tiempo que se empleaba para los medios de comunicación.

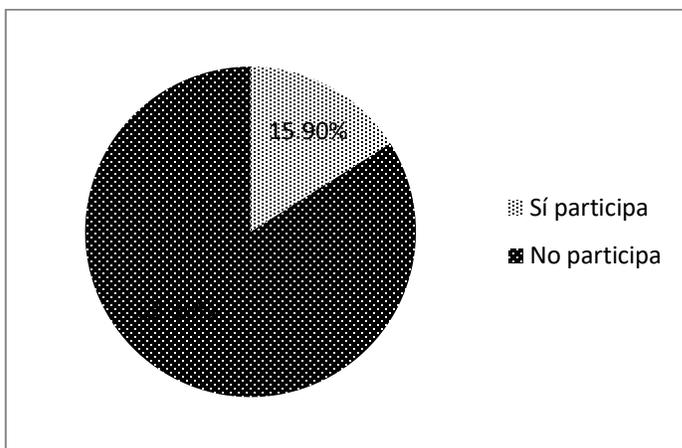
Convivencia y participación en la comunidad

Como se mencionó en el apartado de violencia, en esta investigación se considera a la sana convivencia como un componente de la salud, específicamente en el caso de la salud social, por

esa razón en los indicadores sociales se retoman los resultados de la ECOPRED en participación y convivencia en grupos.

Empezando con la participación de los jóvenes dentro de su colonia o barrio, el 15.9% sí participa en estas actividades, mientras que el 83.3% negó haber participado.

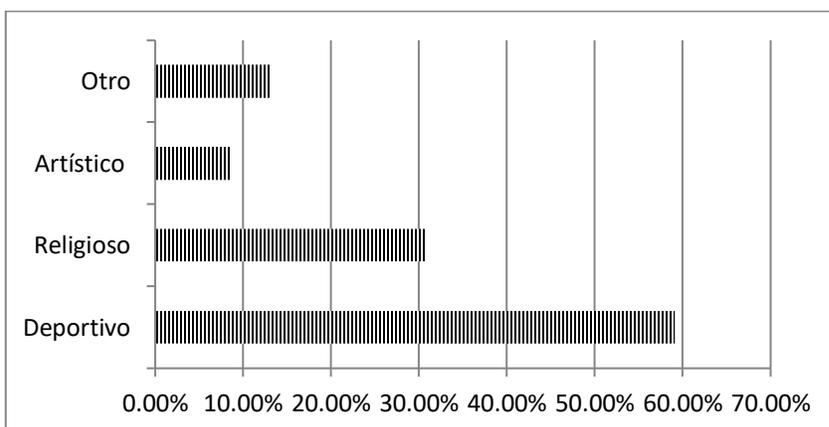
Gráfica 3 Participación de jóvenes en actividades o programas, ECOPRED 2014



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, <http://internet.contenidos.inegi.org.mx/>, 2015

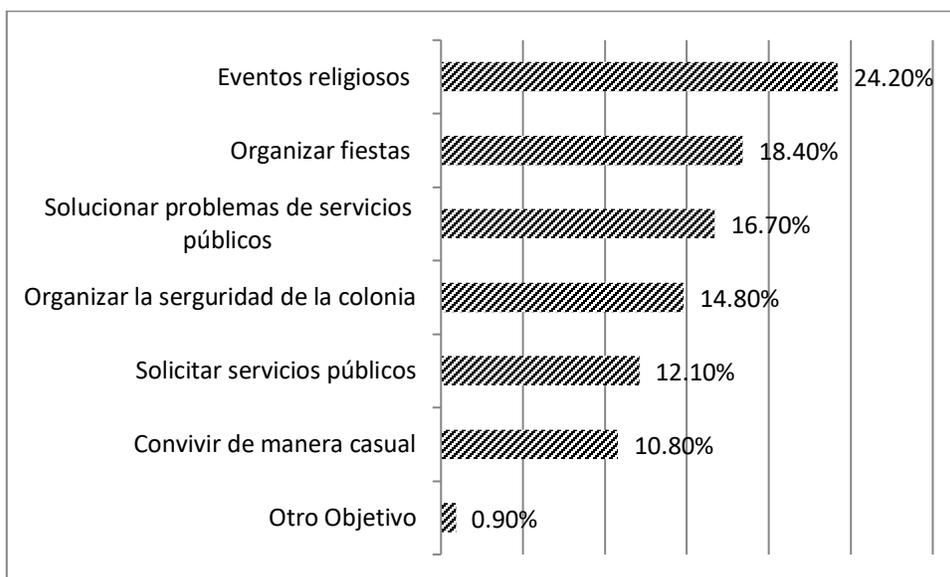
De los que sí participan, el 59.1% lo hace en un grupo o programa deportivo, el 30.7% en uno religioso, el 8.7% en uno artístico y un 13.1% participa en algún otro tipo de grupo o programa.

Gráfica 4 Tipo de grupo o programa en el que participan los jóvenes, ECOPRED 2014



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, <http://internet.contenidos.inegi.org.mx/>, 2015

Gráfica 5 Objeto de las reuniones entre vecinos, ECOPRED 2014



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, <http://internet.contenidos.inegi.org.mx/>, 2015

Continuando con la convivencia, el objetivo por el cual los jóvenes consideran que se reúnen sus vecinos es 24.2% para eventos religiosos, 18.4 % para organizar fiestas, 16.7% para solucionar problemas de servicios públicos, 14.8% para organizar la seguridad de la colonia, 12.1% para solicitar servicios públicos, 10.8% para convivir de manera casual y 0.9% con algún otro objetivo

Capítulo 3 Estrategia metodológica

El marco teórico expuesto en el capítulo 1 y el contexto mostrado por las encuestas en el capítulo 2, son la base de la construcción del objeto de estudio de esta tesis. Para investigar el autocuidado de la salud, se diseñó un estudio que constó de dos etapas: la obtención de información para elegir personas con prácticas de autocuidado, de acuerdo a los parámetros expuestos en el capítulo 1, como primera etapa y, a partir de la selección de las personas con los estándares más altos de autocuidado a la salud encontrados, el estudio de sus conocimientos y actitudes hacia éste, en la segunda etapa. Las técnicas de investigación empleadas para la realización del trabajo de campo, fueron una encuesta diseñada para conocer las prácticas de cuidado a la salud, en la primera etapa y, en la segunda la realización de entrevistas estructuradas seleccionadas a partir de las y los entrevistados en la encuesta⁸.

Los temas que se abordan en la encuesta están relacionados con las prácticas de autocuidado. Para la elaboración del cuestionario se utilizaron preguntas provenientes de las encuestas analizadas en el capítulo 2. Posterior al análisis de la información obtenida con la encuesta, fueron seleccionados cuatro casos, un hombre y una mujer por cada muestra (estudiantes universitarios y residentes de Nezahualcóyotl), la selección se realizó considerando que sus condiciones de vida y salud fueran lo más cercanas a las recomendaciones de instituciones como la Secretaría de Salud o considerados lo más saludables o que realizan las mejores prácticas, dependiendo del tema, esto con la intención de encontrar a las personas que cuidaran más de su salud.

Como ya se mencionó, la segunda etapa consistió en la realización de entrevistas, cuyos temas estuvieron relacionados con las actitudes y conocimientos de los temas de autocuidado de las personas seleccionadas, y de esta manera fuera posible comparar el conocimiento y las actitudes con las prácticas de las personas que cuidan más de su salud de las muestras diferenciadas.

⁸ Se hizo una revisión de las encuestas CAP (Conocimiento, Actitud y Práctica), que nos sirvieron de inspiración, al separar las prácticas para la encuesta y los conocimientos y actitudes para la segunda fase de obtención de información de campo.

3.1 Entrevista piloto

La decisión de realizar dos etapas para la selección de las personas sobre las que se indagarían sus conocimientos y actitudes hacia el autocuidado, partió de la entrevista piloto que se realizó con el primer instrumento de investigación elaborado, que fue la primera guía de entrevista elaborada para el estudio del tema de esta tesis.

La entrevista piloto se realizó en mayo de 2016, a una persona (mujer, estudiante universitaria, en el rango de edad de 25 -30 años) que accedió a participar en dicha prueba y nos brindó información valiosa sobre los diferentes aspectos a abordar en este proyecto.

Uno de los principales hallazgos de esta entrevista piloto, fue que la guía de entrevista no nos permitía conocer las condiciones de salud en las tres dimensiones concebidas: física, mental y social, razón por la cual, realizamos una revisión de encuestas y se decidió diseñar una encuesta que abordara las prácticas de salud de interés para nuestro abordaje teórico-conceptual, antes de indagar específicamente el conocimiento y las actitudes de autocuidado a la salud.

En el apéndice D, se incluye el primer guion de entrevista diseñado para esta tesis.

A continuación se describe a detalle cada etapa de la investigación diseñada y realizada.

3.2 Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad en dos contextos diferenciados

Con fines de comparación, se definió tener dos grupos de estudio en esta tesis, que se seleccionaron de la siguiente forma:

Muestra "A" – Estudiantes universitarios

Se invitó a estudiantes de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, a participar en el estudio. Aceptaron participar 14 personas, de las cuales 10 son mujeres y 4 hombres. La invitación para participar se hizo a 3 grupos en los que sus profesoras me permitieron hacer la invitación, en las

materias de Demografía (4º semestre), Taller de investigación (6º semestre) y Desarrollo de proyectos sociales (8º semestre).

Esta encuesta fue realizada del 3 al 10 de diciembre de 2016 en la misma facultad.

Se decidió seleccionar este contexto porque, como se menciona en el cap. 1, la educación es un factor determinante en la salud, por tal motivo una variable necesaria era el nivel educativo. Otro motivo por el cual fueron seleccionados en este contexto es por la cercanía del autor de esta tesis con la población.

Muestra “B” - Residentes en el municipio de Nezahualcóyotl

A través de una informante quien tiene el puesto de cuidadora de salud (CS) que trabaja en campo en el municipio de Nezahualcóyotl y por lo mismo, conoce a la población del lugar, se tuvo contacto con los participantes y se les invitó a participar en esta investigación. En este grupo aceptaron participar 25 personas, de las cuales 20 fueron mujeres y 5 hombres.

Esta encuesta fue realizada del 9 al 26 de enero del 2017.

Se decidió seleccionar este contexto porque de manera opuesta a la anterior muestra, se seleccionó una población con bajo nivel educativo y al igual que en la muestra “A” fue seleccionado este contexto por la cercanía del tesista con la población.

3.3 Diseño del instrumento de recolección de información para la primera etapa: cuestionario

A continuación se describe el instrumento utilizado en la primera etapa de la investigación. Se trata de un cuestionario cerrado, construido a partir de otras encuestas; asimismo, se describe el método de análisis empleado.

3.3.1 Salud física

Nutrición

Para este elemento del autocuidado de la salud, se utilizó la forma abreviada del cuestionario “Dieta-frecuencia de consumo adolescentes-adultos (>12 años de edad)”, de la ENSANUT, sin tomar en cuenta PA3 y PA4, preguntas sobre el tamaño y peso de las porciones ya que estas preguntas son para un análisis minucioso. Las preguntas tomadas son relacionadas a los alimentos consumidos durante los últimos 7 días anteriores a la encuesta.

La información se analizó agrupando el número de consumos de cada alimento. Una vez recodificada, se multiplicó las veces por semana y las veces por día para obtener el total de veces por semana, posteriormente se sumaron según el grupo alimenticio al que pertenecen. El ideal de consumo es de 27 consumos de cada grupo alimenticio por semana según el plato del bien comer, excepto el grupo de cereales el cual se recomienda el doble de consumo.

El grupo de verduras, frutas y leguminosas permaneció con el total de veces por semana de consumo. El grupo de cereales está conformado por la suma de cereales, sopas y tortillas; los alimentos de origen animal son la suma de productos lácteos, pescado, huevo y carne; y el grupo 6, grasas y azúcares es la suma de comida rápida, bebidas azucaradas, misceláneos, botanas, dulces y postres

Para el análisis individual por grupo alimenticio se agrupó por rangos de consumos desde el consumo nulo hasta el máximo., El rango de 19 a 23 consumos fue considerado el más cercano a las 21 veces de consumo a la semana recomendadas, se recodificó de tal manera en que entre más se alejara de rango recomendado obtuvieran una mayor puntaje. Esto se hizo con los cinco grupos alimenticios del plato del bien comer, mientras con el grupo de grasas y azúcares se agrupó de manera sumatoria, es decir que entre mayor consumo obtendrían mayor puntaje.

Actividad física

Para el apartado de actividad física, se empleó la versión corta y validada del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ short), utilizado en la ENSANUT 2012, el cual contabiliza los minutos que realizaron las personas actividad física moderada y vigorosa.

Después de la captura de la información, en un primer momento, se agrupó la información de acuerdo a las siguientes categorías: Actividad física vigorosa y Actividad física moderada. Esto con base a la clasificación en la ENSANUT con base en las recomendaciones mundiales de la OMS.

Posteriormente, se hizo una nueva reagrupación a partir del primer análisis, para separar a los activos, de los inactivos y los moderadamente activos.

Programas preventivos

En este módulo, se utilizaron las preguntas 10.1, 10.2, 10.5 y 10.6 con los incisos a), b), c), d) e) f) y g) del módulo “X Programas preventivos” de la ENSANT 2012, donde se pregunta sobre el uso de pruebas preventivas. Además se agregó una pregunta sobre la aplicación de alguna vacuna durante los últimos 12 meses.

Después de la captura, se sumaron los programas preventivos que mencionaron haber utilizado los entrevistados, para después separar los resultados normales y de los patológicos. En estos análisis no se incluyeron las pruebas realizadas de las que los entrevistados señalaron desconocer su resultado. En el análisis final de pruebas preventivas, se restaron los resultados patológicos a los normales, y se incluyó el número de veces que mencionaron haber sido vacunados.

3.3.2 Salud mental

Proyección personal

Este apartado del cuestionario está conformado por dos partes: la primera consiste en preguntas relacionadas con la satisfacción o no de aspectos de la vida de la persona, preguntas retomada de la “Sección VIII Proyección personal” de la ECOPRED 2014, con excepción de la pregunta 8.1. numeral 05; la segunda parte fue retomada de la sección “I Sobrepeso y obesidad” del cuestionario de adultos de 20 años o más de la ENSANUT 2012, la cual contiene las siluetas de Stunkard.

El análisis partió de la categorización de respuestas a partir de las siluetas de Stunkard contrastando la silueta que preferirían tener las y los entrevistados con la que consideran tener. Con las preguntas de la ECOPRED 2014 se realizó un índice de satisfacción con aspectos de la vida de la persona de menor a mayor grado de satisfacción.

Actividades de riesgo o adicción

Para éste apartado se utilizó la pregunta 4.6 (con 13 ítems) de la sección “IV Hábitos personales” de la ECOPRED 2014, donde se pregunta por situaciones de riesgo o adicción que pudieron haber experimentado las personas.

Después de la captura de los datos, se agrupó a los que no han estado expuestos a esas actividades de riesgo o adicción, para compararlos con los que sí han estado en riesgo, así como para los que no quisieron contestar. Se generaron variables resumen con las que se puede observar la cantidad de actividades de riesgo o adicción que pudieron haber evitado los entrevistados. En total son 13 preguntas, siendo ese el puntaje máximo que pudieron haber obtenido, conforme baja el número en este indicador quiere decir que han estado expuestos a más riesgos.

Autoestima

Para éste apartado se retomó la versión breve de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de 7 reactivos (CESD-7) tomado de la sección “II Depresión” en el cuestionario de adultos de la ENSANUT 2012.

En el primer análisis, se creó un indicador con las siguientes categorías: sin depresión, depresión moderada y depresión. Con fines analíticos y para la selección de la segunda etapa de la recolección de datos, se realizó una segunda reagrupación para separar a los que tienen depresión de los que no la tienen.

3.3.3 Salud social

Violencia

En este apartado se utilizaron las preguntas 6.1, 6.2 y 6.7 (con 8 ítems) de la sección “VI Victimización y percepción del desempeño de las autoridades de seguridad pública” de la ECOPRED 2014.

La primera parte hace referencia a preguntas sobre el sentimiento de seguridad que pueden percibir los entrevistados en lugares enlistados; en la segunda parte se pregunta sobre situaciones de violencia que pudieron haber sufrido los entrevistados.

En ambas partes se agrupó en categorías dicotómicas: seguro/inseguro y no han tenido esa situación de violencia/sí ha tenido situación de violencia.

Cohesión social

Este apartado está conformado por 4 partes las cuales son: 1) la parte de las situaciones de plática, donde se pregunta sobre los hábitos de conversación que tiene con las personas o grupos sociales que tiene (de la pregunta 9.3 a 9.12); 2) la parte de las actividades de convivencia, donde se pregunta de los hábitos de convivencia que tiene con las personas o grupos sociales (de la 9.13 a la 9.20); 3 la parte de frecuencia de actividades de reuniones en la colonia (de la 9.21 a la 9.27); y 4) la frecuencia de situaciones de convivencia con vecinos (9.28 a .32).

Las dos primeras partes se agruparon en las opciones: No realiza la actividad, No platica con ninguna persona, Platica con una persona y Platica con más de una persona. La tercera parte fue descartada, debido a que fallas en la redacción pudieron haber creado confusión y no se obtuvo información concluyente. La cuarta parte hace referencia a la frecuencia de circunstancias como saludar y visitar a los vecinos realizan, las respuestas van de muy frecuente, frecuente, poco frecuente, nunca y no sé.

3.4 Selección de entrevistados

Para la selección de los entrevistados se creó una variable resumen por cada módulo. Estas variables se elaboraron a partir del análisis y tomando en cuenta al cuartil (una cuarta parte) con los valores deseables, a estos se codificó con 1 y al resto con 0, después se sumaron para de esta manera obtener los puntajes.

Para la segunda etapa fue seleccionado a un hombre y una mujer por cada muestra, la siguiente tabla muestra a los 10 puntajes más altos y de entre estos a los seleccionados.

Tabla 16 Selección de entrevistados por puntaje obtenido en la encuesta

No	M	Edad	Sexo	Seg	Nut	AF	PP	Proy	Ries	Au	Vi	Coh	Puntaje	Entrevista
3	A	40	Masculino	si	1	1	1	0	0	1	1	1	6	Seleccionado
32	B	28	Femenino	No	0	1	1	1	1	1	1	0	6	
37	B	52	Femenino	si	1	1	1	1	0	1	1	0	6	Seleccionado
1	A	48	Femenino	si	0	1	0	1	0	1	1	1	5	
4	A	41	Femenino	si	0	1	1	1	0	1	0	1	5	
9	A	49	Femenino	si	1	1	0	1	0	0	1	1	5	Seleccionado
13	A	24	Femenino	si	0	1	0	1	0	1	1	1	5	
15	B	42	Femenino	No	1	0	1	0	1	1	1	0	5	
16	B	49	Femenino		1	1	1	0	0	1	0	1	5	
20	B	57	Femenino	si	0	0	1	1	1	1	1	0	5	
24	B	58	Masculino	si	0	0	0	1	1	1	0	0	3	Seleccionado

No.	Número de entrevistado	Nut	Variable resumen nutrición
M	Muestra	AF	Variable resumen Actividad física
Seg.	Aceptación de entrevista de seguimiento	PP	Variable resumen programas preventivos
Puntaje	Puntaje obtenido en la suma de variables resumen	Proy	Variable resumen proyección personal
Entrevista	Selección de entrevistados para la segunda etapa	Ries	Variable resumen actividades de riesgo
		Au	Variable resumen autoestima
		Vi	Variable resumen violencia
		Coh	Variable resumen de cohesión social

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

Para la selección de entrevistados se tomaron en cuenta dos aspectos, 1) que obtuvieran el puntaje mayor en su categoría y 2) que aceptaran participar en la segunda etapa. Tomando en cuenta estos criterios en el caso de los hombres fue seleccionado el entrevistado No. 3 de la muestra “A” que fue quien obtuvo mayor puntaje de los hombres de su muestra, por su parte en la muestra “B” fue seleccionado el entrevistado No. 24 que empató con otro entrevistado el cual no aceptó participar en la segunda etapa.

Para las mujeres, hay dos mujeres de la muestra “B” con el puntaje más alto (6) pero solo una aceptó participar, por lo que fue seleccionada para la segunda etapa. De la muestra “A” fue seleccionada la entrevistada con mayor similitud a la de la muestra “B”, ésta fue la entrevistada 9 ya que en edad y en los módulos son similares.

3.5 Entrevistas 2ª etapa

Las entrevistas fueron realizadas entre el 1 y el 15 de junio 2017 haciendo citas a los entrevistados previamente y tomando en cuenta sólo a aquellos que aceptaron participar en esta segunda etapa además de que fueran los mejores resultados en los indicadores por módulo de la etapa anterior. Ésta segunda entrevista está conformada por los aspectos de conocimientos y actitudes en torno al autocuidado en los temas de la primera etapa, de esta manera se complementa.

Las entrevistas en profundidad tenían la meta de ahondar en los temas de autocuidado y al mismo tiempo analizar la capacidad discursiva de los entrevistados ya que es un aspecto de diferenciación entre la conciencia discursiva y la conciencia práctica o inconciencia.

El guión de entrevista (Apéndice C) cuenta con preguntas en temas relacionados a las prácticas, conocimiento y actitudes ante el autocuidado en la salud en sus dimensiones física, psicológica y social. Las fueron las mismas para todos los entrevistados a menos que se necesitara que desarrollara más alguna idea o no entendiera la pregunta.

Con fines de análisis y transcripción las entrevistas fueron grabadas por medio de la aplicación de un teléfono celular. A los entrevistados se les fue informado en dos ocasiones, la primera en la carta de consentimiento informado y la segunda justo antes de iniciar la entrevista. En ambas ocasiones se les informó que la información proporcionada es totalmente confidencial.

Después de elaborar la transcripción, el análisis de las entrevistas se hizo describiendo las características de las respuestas de los entrevistados y comparándolas para establecer las diferencias existentes entre ellas.

A continuación los resultados obtenidos

Capítulo 4 Resultados

4.1 Resultados de la encuesta

4.1.1 Datos sociodemográficos de los participantes en el estudio

La encuesta recaba información que permite ubicar las principales características sociodemográficas de los entrevistados en ambas muestras, las cuales de manera sintética se presentan en la tabla no. 1 y se describen en seguida.

Tabla 17 Características sociodemográficas de los participantes en el estudio por muestra y sexo

Variable	Medida o categoría	Muestra "A"		Muestra "B"	
		Masculino n= 4	Femenino n = 11	Masculino n= 5	Femenino n= 20
Edad	Mediana	27.5	27.5	30	47
	Moda	22	27	25	39
Años de escolaridad	Mediana	13	14	9	9
	Moda	13	14	6,9	9
Estado civil	Soltero (a)	3	5	-	3
	Casado (a)	1	1	3	10
	Unión libre	-	2	2	6
	Divorciado (a)	-	2	-	-
Ocupación	Estudiante*	2	1	-	-
	Maestro (a)	-	3	-	-
	Empleado	1	4	2	7
	Ama de casa	-	2	-	10
	Actividades relacionadas a la construcción	1	-	1	-

Variable	Medida o categoría	Muestra "A"		Muestra "B"	
		Masculino n= 4	Femenino n = 11	Masculino n= 5	Femenino n= 20
	Comerciante	-	-	1	1
	Trabajo doméstico remunerado	-	-	-	2
Número de integrantes del hogar	Mediana	4	2.9	3	4.7
	Media	2.5	3	2	4.5
	Moda	2	2	2	4

*Nota: La mayoría de los estudiantes universitarios reportaron tener otras actividades además de estudiar, por lo que ésta categoría muestra a aquellos que son exclusivamente estudiantes.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

La edad mediana de la muestra "A" es de 27.5, mientras que la muestra "B" es de 47.5.

La moda de muestra "A" es 22 años para los hombres y de 27 para las mujeres, mientras que la muestra "B" es de 39 para las mujeres y de 25 para los hombres.

En cuanto al estado civil, la moda de la muestra "A" es estar soltero ya que 3 hombres y 5 mujeres se encuentran en esta categoría, mientras que los casados son 1 hombre y 1 mujer, en unión libre hay 2 mujeres y hay 2 mujeres divorciadas. En la muestra "B" la moda es estar casado, ya que hay 3 hombres y 10 mujeres en dicha categoría, le sigue la unión libre con 2 hombres y 6 mujeres y 3 mujeres son solteras.

En cuanto a la ocupación en la muestra "A" la moda es ser empleado con un hombre y cuatro mujeres en esa categoría, también en esta muestra hay 2 hombres y una mujer que declararon ser solo estudiantes, además de 3 mujeres que son maestras, 3 que son amas de casa y un hombre que trabaja en actividades relacionadas a la construcción. En la muestra "B" hay 10 mujeres que son amas de casa, otras 7 que son empleadas y 2 hombres también en ésta categoría, 1 hombre que trabaja en actividades relacionadas a la construcción, 1 hombre y una mujer que son comerciantes y 2 mujeres que realizan trabajo doméstico remunerado.

La mediana del número de integrantes en el hogar de la muestra “A” es 4, la media es de 2.5 y la moda es de 2 para los hombres y de 2.9, 3 y 2 para las mujeres, respectivamente. En la muestra “B” la mediana del número de integrantes en el hogar es de 4.7, la media es de 4.5 y la moda es de 4 para las mujeres y de 3, 2 y 2 para los hombres, respectivamente.

Es pertinente mencionar, que estas muestras son analíticas y su importancia radica en la información que nos proveen para profundizar en el conocimiento de autocuidado de la salud, tema central de esta investigación.

4.1.2 Sobre prácticas de autocuidado de salud física

4.1.2.1 Nutrición

El análisis de la nutrición de los entrevistados se realizó con base en el plato del bien comer explicado en el capítulo 1. A continuación se explican los resultados por grupo alimenticio y al final el indicador de nutrición utilizado.

Tabla 18 Comparación por muestra y sexo del consumo de verduras la semana anterior a la entrevista

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
de 0 a 3 consumos por semana	2	1	3	2	4	6
de 4 a 8 consumos por semana	0	1	1	0	1	1
de 9 a 13 consumos por semana	0	2	2	1	7	8
de 14 a 18 consumos por semana	0	1	1	1	2	3
de 19 a 23 consumos por semana*	2	4	6	1	3	4
de 34 a 39 consumos por semana	0	1	1	0	1	1

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

El consumo de verduras en la semana anterior a la entrevista en las mujeres de la muestra “A” está ligeramente concentrado con cuatro casos en el rango de 19 a 23 consumos por semana, los demás están distribuidos principalmente en los consumos por debajo de éste rango. Para las mujeres de la muestra “B”, la moda fue en el rango de 9 a 13 consumos por semana de verduras. En los hombres de la muestra “A” hay dos en el bajo consumo de 0 a 3 y otros dos en el consumo

de 19 a 23 consumos en la semana anterior a la entrevista, los hombres de la muestra “B” hay dos en el consumo de 0 a 3 y los otros tres están distribuidos en otros rangos de consumo.

En general, la muestra “A” cuenta con más integrantes en el rango que se propone como deseable según el plato del bien comer, mientras que la muestra “B” se encuentra por debajo de lo recomendable.

Tabla 19 Comparación por muestra y sexo del consumo de frutas en la semana anterior a la entrevista

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
de 0 a 3 consumos por semana	2	3	5	4	9	13
de 4 a 8 consumos por semana	0	3	3	0	2	2
de 9 a 13 consumos por semana	0	2	2	0	5	5
de 14 a 18 consumos por semana	1	1	2	0	1	1
de 19 a 23 consumos por semana*	1	0	1	1	2	3
de 34 a 39 consumos por semana	0	1	1	0	0	0

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

En general, el consumo de frutas es bajo, ya que sólo 4 personas del total de entrevistados están dentro del rango de consumo que se consideró como deseado según las recomendaciones del plato del bien comer, el resto en su mayoría, están por debajo.

En la muestra “A” una persona está por encima de lo recomendado en el consumo de frutas y un hombre está dentro del consumo que se consideró deseado. En la muestra “B” 1 hombre y 2 mujeres está en el rango propuesto como deseado, los demás están por debajo del rango propuesto como deseado en el consumo de frutas siguiendo el plato del bien comer.

Tabla 20 Comparación por muestra y sexo del consumo de cereales en la semana anterior a la entrevista

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
de 0 a 3 consumos por semana	1	0	1	0	1	1
de 4 a 8 consumos por semana	0	0	0	0	2	2
de 9 a 13 consumos por semana	1	5	6	1	3	4
de 14 a 18 consumos por semana	0	0	0	0	2	2
de 19 a 23 consumos por semana*	0	1	1	2	0	2
de 24 a 28 consumos por semana*	1	1	2	0	2	2
de 29 a 33 consumos por semana*	0	1	1	0	3	3
de 34 a 39 consumos por semana*			0	0	1	1
de 40 a más consumos por semana (Consumo excesivo)	1	1	2	2	4	6

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

Como se hace mención en el apartado 1 el plato del bien comer recomienda dos consumos por comida de cereales, por esta razón se toman como deseables los rangos entre 19 y 39 consumos de cereales por semana. En la muestra "A" hay 1 hombre y 1 mujer por encima de los 40 consumos de cereales la semana pasada a la entrevista, mientras que en la muestra "B" hay 2 hombres y 4 mujeres. Dentro del consumo deseado de cereales en la muestra "A" hay un hombre y 4 mujeres, en la muestra "B" hay 2 hombres y 6 mujeres dentro del consumo propuesto como deseable. En el consumo debajo del deseado hay 2 hombres de la muestra "A" y 6 mujeres. En la muestra "B" hay 8 mujeres por debajo del consumo deseado y 1 hombre.

En conjunto, en la muestra "A" durante la semana anterior a la entrevista la mitad consumió menos de la cantidad propuesta de cereales recomendados. En la muestra "B" hay 9 personas por debajo del consumo propuesto, otras 8 personas están en el rango propuesto como deseable y 6 que están por encima. Es decir que en ambas muestras el consumo de cereales está distribuido entre la propuesta de consumo bajo, deseable y elevado.

Tabla 21 Comparación por muestra y sexo del consumo de leguminosas en la semana anterior a la entrevista

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
de 0 a 3 consumos por semana	3	8	11	4	9	13
de 4 a 8 consumos por semana	1	0	1	0	1	1
de 9 a 13 consumos por semana	0	1	1	0	2	2
de 14 a 18 consumos por semana	0	0	0	1	2	3
de 19 a 23 consumos por semana*	0	0	0	0	3	3
de 34 a 39 consumos por semana	0	0	0	0	1	1
de 40 a más consumos por semana (Consumo excesivo)	0	1	1	0	0	0

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

La muestra "A" se caracteriza porque cuentan con un consumo bajo de leguminosas la semana anterior a la encuesta ya que la mayoría están dentro del rango de 0 a 3 consumos la semana anterior a la encuesta. La muestra "B" también tiene una concentración en el consumo bajo de leguminosas pero también hay más distribución en otros rangos de consumo y hay 3 mujeres en el rango considerado como deseable.

A pesar de que en ambas muestras hay concentración en el bajo consumo de leguminosas, la muestra "B" tiene una mayor distribución y hay personas dentro del rango considerado como deseable.

Tabla 22 Comparación por muestra y sexo del consumo de productos de origen animal en la semana anterior a la entrevista

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
de 0 a 3 consumos por semana	0	0	0	0	2	2
de 4 a 8 consumos por semana	0	1	1	0	5	5
de 9 a 13 consumos por semana	2	2	4	2	7	9
de 14 a 18 consumos por semana	0	3	3	0	0	0
de 19 a 23 consumos por semana*	1	1	2	0	1	1
de 24 a 28 consumos por semana	0	2	2	0	1	1
de 29 a 33 consumos por semana	1	0	1	2	1	3
de 40 a más consumos por semana (Consumo excesivo)	0	1	1	1	1	2

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

En el consumo de productos de origen animal la moda en general es el rango de 9 a 13 consumos de este tipo de productos la semana anterior a la entrevista. En el consumo considerado deseado hay 1 hombre y 1 mujer en la muestra "A" y una mujer de la muestra "B"

Tabla 23 Comparación por muestra y sexo del consumo de grasas y azúcares en la semana anterior a la entrevista

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
de 0 a 4 consumos por semana*	0	2	2	1	9	10
de 5 a 9 consumos por semana	1	2	3	0	2	2
de 10 a 19 consumos por semana	0	1	1	0	4	4
de 20 a 29 consumos por semana	2	1	3	2	2	4
de 30 a 39 consumos por semana	0	2	2	1	0	1
de 40 a 59 consumos por semana	1	1	2	1	1	2
de 120 a 150 consumos por semana	0	1	1	0	0	0

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

El consumo de productos grasos o azucarados la semana anterior a la entrevista cuenta con un rango muy grande que va del 0 al 150, en la muestra "A" hay una distribución concentrado ligeramente en el bajo consumo, aunque una mujer de esta muestra que presenta el más alto consumo de este grupo de alimentos. La muestra "B" presenta un rango menos largo que va del 0 al 59 y también se concentran en el bajo consumo aunque la distribución es amplia.

Tabla 24 Comparación por muestra y sexo del indicador de nutrición

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
7*	0	0	0	0	1	1
8	0	0	0	0	1	1
9	2	1	3	1	2	3
10	0	0	0	0	3	3
11	0	1	1	0	2	2
12	0	2	2	0	2	2
13	0	1	1	0	1	1
14	0	1	1	1	0	1
15	0	1	1	0	0	0
16	0	0	0	0	2	2
17	0	1	1	1	1	2
18	0	0	0	0	2	2
19	2	1	3	1	1	2
20	0	0	0	1	0	1
23	0	1	1	0	0	0

*Rango de consumo deseable

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

El indicador de nutrición, como se explica en el apartado de 3.3. diseño del instrumento, resume el equilibrio de consumo entre los grupos alimenticios basados en el plato del bien comer. Por cada grupo alimenticio se elaboró una variable resumen y se asignó el valor 0 al rango deseable mientras que más se alejara se éste se asignaría un mayor número, de manera que un número menor en el indicador de nutrición representa un mayor equilibrio en la alimentación de acuerdo al plato del bien comer.

La muestra "A" tiene un rango de 9 a 23 en éste indicador, mientras que la muestra B" se encuentra en el rango de 7 a 20. Las modas en la muestra "A" son 9, y 19 para los hombres y de las mujeres es 12. En la muestra "B" la moda general es 9 y 10 respectivamente.

Tabla 25 Comparación de mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras para el indicador de nutrición

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Hombres	Mujeres	Total "A"	Hombres	Mujeres	Total "B"
Mediana	14	13.5	13.5	17	11.5	12
Moda	9	12	9	9	10	9

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

La mediana en la muestra "A" es de 13.5, igual que para las mujeres y de 14 para los hombres, por su parte, en la muestra "B" la mediana es de 12 en general, 11.5 para las mujeres y 17 para los hombres

De acuerdo con el indicador utilizado las personas de la muestra "B", en especial las mujeres, tienen una alimentación más balanceada según las recomendaciones del *plato del bien comer*.

4.1.2.2 Actividad física

El análisis de la actividad física se hizo conforme lo mencionado en el apartado instrumentos y métodos de acuerdo con las Recomendaciones mundiales para actividad física de la OMS

Tabla 26 Comparación actividad física en la semana anterior a la entrevista según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
De inactivos a moderadamente activos	1	2	3	4	7	11
Activos	3	8	11	1	13	14
Total	4	10	14	5	20	

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

Tomando en cuenta sólo a los activos físicamente, en la muestra "A" son 3 de 4 hombres y 8 de 11 mujeres que son activos. En la muestra "B" es 1 de 5 hombres y 13 de 20 mujeres. En total son 25

personas activas físicamente por actividad física moderada o vigorosa de las 39 que fueron entrevistadas.

En proporción son más las personas activas físicamente en la muestra "A" que en la muestra "B". Si se toma en cuenta la edad de manera agrupada (ver apéndice F), en la muestra "A" en el grupo de edad de 18 a 29 años hay dos personas de inactivos a moderadamente activos y 7 que son activos, mientras que en el grupo de 40 a 49 años las cuatro personas que forman este grupo de edad son activos y en el grupo de edad de 50 a 59 años, la persona que pertenece a este grupo de edad es inactiva.

En la muestra "B" tomando en cuenta los grupos de edad en el grupo de 18 a 29 años, dos de las tres personas que integran este grupo son activos, en el grupo de edad de 30 a 39 años 4 de 7 son activos, en el grupo de edad de 40 a 49 años 2 de 6 son activos y en el grupo de 50 a 59 años 6 de 9 son activos físicamente.

4.1.2.3 Programas preventivos

De acuerdo con lo mencionado en el apartado 3.3 diseño del instrumento, el indicador de resultados en el uso de programas preventivos muestra no sólo el uso de los programas preventivos, sino también el estado de salud conocido con el uso de estos programas.

Tabla 27 Comparación del indicador de uso y resultados en programas preventivos según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Mayor uso de programas preventivos con resultados normales*	0	1	1	1	1	2
Alto uso de programas preventivos con resultados normales	0	0	0	0	1	1
Moderado uso de programas preventivos con resultados normales	0	0	0	0	6	6
Moderado uso de programas preventivos con resultados normales	0	0	0	1	0	1
Bajo uso de programas preventivos con resultados normales	0	3	3	0	5	5
Bajo uso de programas preventivos con resultados normales	2	1	3	1	3	4
Resultado neutro o nulo en uso de programas preventivos	2	4	6	2	2	4
Bajo uso de programas preventivos con resultados anormales	0	0	0	0	2	2
Bajo uso de programas preventivos con resultados anormales	0	1	1	0	0	0

*Mayor uso de programas preventivos con resultados normales

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

El usar pruebas preventivas, de acuerdo con el cap. 1, siempre es útil porque de esta manera podemos conocer el estado de salud que tenemos y si necesitamos realizar acciones intencionadas para cubrir algún requisito de autocuidado por desviación de la salud. En la muestra "A" hay una mujer con un bajo uso de programas preventivos y con resultados anormales y en la muestra "B" hay dos.

Los 4 casos de la muestra "A" y 2 de la muestra "B" en la categoría de resultado neutro o nulo representa un nulo uso de programas preventivos o que así como han tenido buenos resultados en sus pruebas y uso de programas preventivos, también tienen problemas que necesitan atención.

Los valores positivos encontrados en este indicador representan las personas que han realizado pruebas preventivas con resultado en los rangos determinados normales en alguna prueba preventiva y además se han vacunado.

En la muestra "A" hay una mujer con un puntaje de 6, separada de ella, los valores positivos de concentran en el 1 y 2 con tres personas en cada categoría, la mitad de las personas de la muestra "A" tienen valores positivos en este indicador, la otra mitad tienen 0 o números negativos. En la muestra "B" hay una mayor distribución, quedando como rango entre el 6 y el -1, la moda de las mujeres es 6 y la de los hombres es 0 y en proporción la mayoría están dentro de los números positivos.

Un análisis adicional es comparar el número de suma de programas preventivos usados con los grupos de edad para saber si el uso de programas preventivos se ve afectado por la edad. Es interesante ver que 5 de 12 personas de 19 a 29 años no hicieron uso de ningún programa preventivo, en comparación el grupo de 50 a 59 años de edad, ninguno cuenta con el nulo uso de programas preventivos, aunque su distribución es amplia ya que va de 1 hasta 6. En general, la moda de uso de programas preventivos es de 2 (Véase Apéndice F).

4.1.3 Sobre prácticas de autocuidado de salud mental

4.1.3.1 Proyección personal

El indicador usado en éste módulo se hizo con base en la percepción de la persona en diferentes aspectos de su vida, los números menores representan mayor satisfacción.

Tabla 28 Comparación del indicador de satisfacción de proyección personal según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
13*	0	0	0	0	1	1
14	0	1	1	1	0	1
15	0	2	2	1	2	3
16	0	0	0	0	4	4
17	1	3	4	1	2	3
18	1	2	3	0	1	1
19	1	0	1	0	0	0
20	1	0	1	0	0	0
21	0	0	0	1	1	2
22	0	1	1	0	1	1
23	0	1	1	0	2	2
24	0	0	0	0	1	1
26	0	0	0	0	1	1

*Mayor satisfacción personal

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

Los resultados del indicador muestran que los hombres de la muestra "A" se encuentran en el rango de 17 a 20, mientras que los hombres de la muestra "B" están en el rango de 14 a 21. Por su parte las mujeres de la muestra "A" están en el rango de 14 a 23 con una moda de 17, las mujeres de la muestra "B" están en el rango de 13 a 26 con una moda de 16.

Aunque la muestra "B" presenta mejores resultados en los datos individuales, ya que los datos de la muestra "A" están concentrados en rangos menores, es decir que en la muestra "B" presentan mayor diversidad en respuesta en el indicador de satisfacción personal, dicho de otra manera, en la muestra "B" están tanto los resultados más altos como los más bajos.

Tabla 29 Comparación mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras del indicador de satisfacción personal

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Hombres	Mujeres	Total "A"	Hombres	Mujeres	Total "B"
Mediana	18.5	17	17.5	17	18	18
Moda	17	17	17	14	16	16

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

La mediana de la muestra "A" es 17.5, para las mujeres es de 17 y para los hombres es de 18.5. En la muestra "B" la mediana es de 18, para los hombres 17 y mujeres de 18, la diferencia es ligeramente menor en la muestra "A", es decir hay ligeramente mayor satisfacción de esta muestra, en especial de las mujeres, mientras que en la muestra "B" son los hombres los que tienen mayor satisfacción de su muestra.

4.1.3.2 Actividades de riesgo o adicción

Este módulo consta de 13 preguntas relacionadas a actividades de riesgo o adicción que deseablemente tienen que ser evitadas para conservar la salud. En este indicador, entre mayor es el número de actividades de riesgo evitadas es el deseable.

Tabla 30 Comparación del número de actividades de riesgo o adicción evitadas según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
13*	0	0	0	0	4	4
12	0	0	0	1	4	5
11	0	0	0	0	5	5
10	2	2	4	1	3	4
9	0	3	3	2	3	5
8	0	1	1	0	0	0
7	1	2	3	1	0	1
6	0	1	1	0	0	0
5	0	1	1	0	0	0
4	1	0	1	0	0	0

*Mayor cantidad de actividades de riesgo o adicción evitadas

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

La muestra “B” presenta un mayor número de actividades de riesgo o adicción evitadas, el rango de éste número es de 13 a 7 para dicha muestra con una moda de 12, 11 y 9, mientras que la muestra “A” el rango de la suma es de 10 a 4 con una moda en la muestra de 10.

Tabla 31 Comparación mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras en actividades de riesgo o adicción evitadas

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Hombres	Mujeres	Total "A"	Hombres	Mujeres	Total "B"
Mediana	8.5	8.5	8.5	9	11	11
Moda	10	9	10	9	11	9

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

La mediana de la muestra “A” es de 8.5 y para la muestra “B” es de 11, es decir que en la muestra “B” han evitado un mayor número de situaciones de riesgo. La moda muestra los valores más comunes entre los entrevistados por lo que la moda de 11 en las mujeres residentes de Nezahualcóyotl representa que lo común en éstas mujeres es evitar un mayor número de actividades de riesgo o adicción en comparación con las mujeres estudiantes universitarias.

4.1.3.3 Autoestima

El indicador usado en éste módulo es el nivel de depresión que se obtiene al sumar los puntajes de los reactivos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de siete reactivos (CESD-7 por sus siglas en inglés), los valores teóricos son, el mínimo es 0 que representa una total ausencia de depresión y el valor máximo es 21 que implica depresión.

De los 39 entrevistados 6 no contestaron por completo este módulo por lo que quedaron fuera del análisis. De los que sí contestaron todo el módulo sólo una persona obtuvo el valor máximo, el resto estuvieron entre los valores 0 y 16.

Tabla 32 Comparación del número de sentimientos relacionados con síntomas de depresión (CESD-7) según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Sin sentimientos relacionados a síntomas de depresión	2	5	7	4	12	16
Con sentimientos relacionados a síntomas de depresión	2	5	7	1	2	3

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

El punto de corte para los sentimientos relacionados a la depresión es de 5, según las recomendaciones de Salinas et al (Salinas, y otros, 2014, pág. 283). De esta manera se puede determinar que de las 33 personas que respondieron completo éste módulo, 23 no tienen sentimientos relacionados a la depresión y 10 tienen algún grado de depresión.

En la muestra "A" hay una simetría entre los que tienen sentimientos relacionados a la depresión y los que no los tienen, ya que de las 14 personas que pertenecen a esta muestra 2 hombres y 5 mujeres corresponden a cada categoría.

En la muestra "B" de las 25 personas que pertenecen a esta muestra, son 6 las que no contestaron el módulo completo, de las que sí lo hicieron hay 1 hombre con sentimientos relacionados a la depresión y 4 que no lo tienen. De las mujeres hay 2 con sentimientos relacionados a la depresión y 12 que no los tienen

De manera general, los estudiantes universitarios de la UNAM presentan la mitad de los entrevistados con sentimientos relacionados a los síntomas de la depresión, mientras que los residentes de Nezahualcóyotl, la mayoría están en la categoría sin sentimientos relacionados a síntomas de depresión.

4.1.4 Sobre prácticas de autocuidado de salud social

4.1.4.1 Violencia

El instrumento de violencia se encuentra dividido en dos partes, la primera es sobre la percepción de seguridad en distintos lugares, la segunda parte es sobre situaciones de violencia que pudo

haber enfrentado la persona, la suma de estas variables hizo el indicador de percepción y situaciones de violencia. Entre menor es el indicador se siente más seguro y ha sufrido menos situaciones de violencia.

Tabla 33 Comparación del indicador de percepción y situaciones de violencia según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
2*	0	2	2	0	0	0
3	1	0	1	0	0	0
4	0	4	4	0	1	1
5	3	0	3	1	1	2
6	0	2	2	2	3	5
7	0	1	1	0	4	4
8	0	1	1	0	1	1
9	0	0	0	0	2	2
10	0	0	0	1	4	5

*Mayor percepción de seguridad y menor situaciones de violencia enfrentadas

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

La muestra "A" en general muestra menos percepción y situaciones de violencia ya que el rango de resultado del indicador va del 2 al 8 con la moda de 4 para las mujeres y 5 para los hombres según el indicador de percepción y situaciones de violencia. La muestra "B" presenta un rango de 4 a 10 la moda en los hombres es 6 y en las mujeres es 7 y 10.

La muestra "A" presenta resultados del indicador menores por lo que tienen mayor percepción de seguridad y menos situaciones de violencia que la muestra "B". Especialmente hay diferencias en las mujeres ya que las de la muestra "A" tienen la moda del indicador de percepción y situaciones de violencia de 4 y las mujeres de la muestra "B" tienen las modas de 7 y 10. La diferencia entre las modas de los hombres es de 1, siendo menor la muestra "A", mientras que de las mujeres es de 3 con respecto a la moda menor de la muestra "B" y 6 con respecto de la moda mayor de dicha muestra. En el caso de la mediana son similares los datos. Lo dicho anteriormente quiere decir que en las mujeres residentes de Nezahualcóyotl es más común sentirse menos seguras y sufren más violencia y por caso contrario las mujeres estudiantes de la UNAM se perciben más seguras y sufren menos violencia.

Tabla 34 Comparación de mediana y moda para hombres y mujeres de ambas muestras en el indicador de percepción y situaciones de violencia

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Hombres	Mujeres	Total "A"	Hombres	Mujeres	Total "B"
Mediana	5	4	4.5	6	7	7
Moda	5	4	4	6	7	6

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

4.1.4.2 Cohesión social

En esta investigación la cohesión social se midió a través del número de personas con las que la persona platica, realiza actividades y la frecuencia de las situaciones de convivencia que tiene con los vecinos, con esto se pudo realizar un indicador con el que se mide lo cercano o menor cercanía existente entre el entrevistado y sus grupos sociales, en el apartado de instrumento y métodos se explica con mayor detalle. A continuación los resultados.

La muestra "A" tiene un rango de 12 a 20 en el indicador de situaciones de conversación, con una moda de 20 muestran conversar más con personas o grupos sociales que los participantes de la muestra "B", ésta muestra tiene un rango amplio que va del 2 al 20 y una moda de 10 (Ver tabla 22 en apéndice F).

En el indicador de situaciones de convivencia la muestra "A" presenta un rango de 16 a 3 con saltos en los rangos 14 a 13 y 9 a 6, la moda de las mujeres es 10 y la de los hombres es 5. La muestra "B" tiene un rango de 16 a -1 con una moda en las mujeres de 7 (Véase tabla 23-apéndice F).

El indicador de situaciones de convivencia con vecinos en la muestra "A" presenta un rango de 8 a -2, con una moda de -1, mientras que la muestra "B" tiene un rango de 6 a -3 con una moda de 0.

Tabla 35 Comparación del indicador de cohesión social según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Mayor cercanía	2	6	8	2	1	3
Moderada	0	4	4	2	4	6
Media	1	0	1	0	8	8
Baja cercanía	1	0	1	1	6	7

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

El indicador construido para éste módulo muestra lo cercano que es el entrevistado con las personas con las que convive y el tamaño de sus relaciones sociales. En los resultados podemos ver que las personas de la muestra "A" muestra mayor cercanía ya que un poco más de la mitad de sus integrantes están en esta categoría. Las personas de la muestra "B", en especial las mujeres muestran de media a baja cercanía con sus círculos sociales y los hombres de esta muestra están entre moderada y mayor cercanía con sus grupos sociales con excepción de uno.

La muestra "A" en éste módulo presenta mejores resultados que la muestra "B", y la mayor diferencia se encuentra entre las mujeres.

4.1.5 Indicador resumen de nivel de autocuidado de la salud

Para la selección de los entrevistados se creó una variable resumen por cada módulo. Estas variables se elaboraron a partir del análisis y tomando en cuenta los valores que se consideraron deseables según lo establecido en el capítulo 1, a estos se codificó con 1 y al resto con 0, después se sumaron para de esta manera obtener los puntajes. Así un número más alto representa mayor autocuidado.

El valor superior posible es ocho que representaría un autocuidado en todos los aspectos estudiados y el menor sería cero que representaría una ausencia de autocuidado necesario para mantener el estado de salud. Los resultados muestran que los entrevistados van del grado 6 al 1 según el grado de conciencia de autocuidado utilizados.

Tabla 36 Comparación indicador grado de conciencia de autocuidado según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
6*	1	0	1	0	2	2
5	0	4	4	0	6	6
4	0	2	2	1	4	5
3	1	3	4	3	3	6
2	1	1	2	1	2	3
1	1	0	1	0	1	1

*Mayor grado de autocuidado

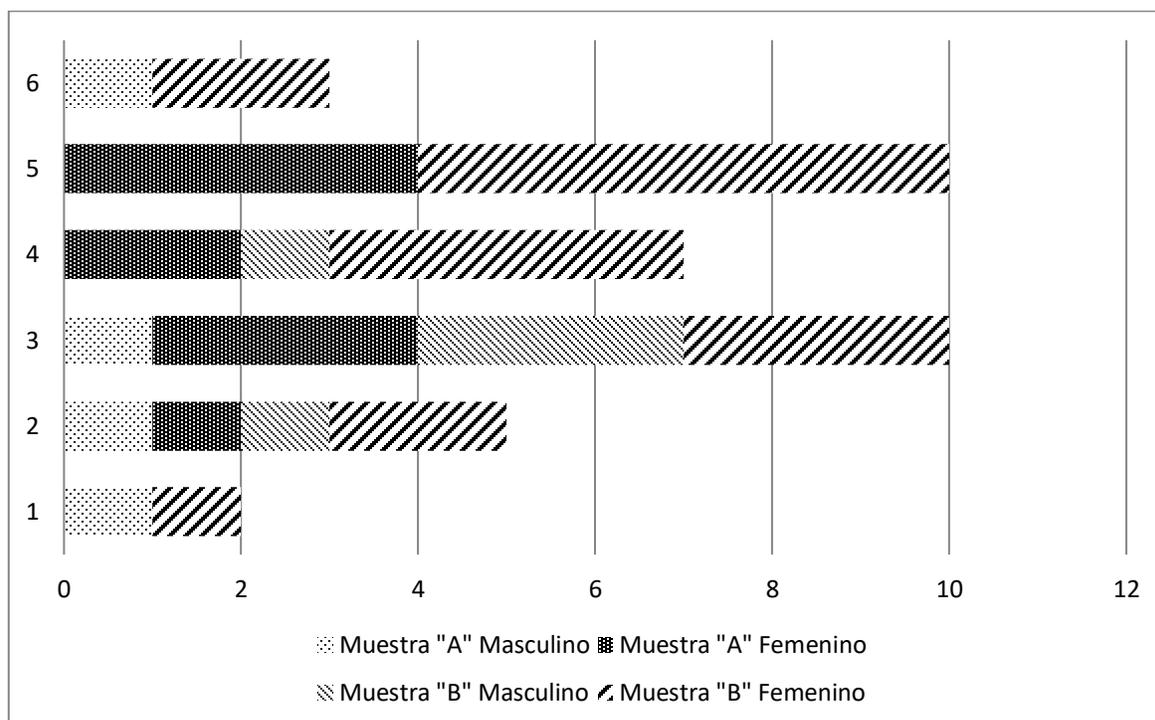
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

Se puede observar que en la muestra "A" se concentran en el grado 5, mientras que para las mujeres de la muestra "B" se encuentran mayormente entre el 5 y el 3, esto quiere decir que relativamente las mujeres estudiantes universitarias tienen mayores prácticas de autocuidado que las residentes de Nezahualcóyotl.

En cuanto a los hombres, los de la muestra "B" se concentraron en el nivel 3, mientras que los de la muestra "A" se encuentran dispersos entre el 1 y el 6 en el grado de autocuidado. Es decir que los hombres entrevistados residentes de Nezahualcóyotl tienen un grado moderado de autocuidado, mientras que los hombres estudiantes universitarios de la UNAM son menos consistentes ya que hay uno que se cuida mucho y está en grado 6 de autocuidado y al mismo tiempo hay otro con grado 1, es decir que se cuida muy poco. Probablemente existan factores, no estudiados en ésta investigación, que influyan en ésta dispersión en el grado de autocuidado en los hombres universitarios entrevistados.

De manera gráfica los resultados fueron los siguientes:

Gráfica 6 Grado de autocuidado en salud según muestra y sexo



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017

En la gráfica se puede observar la distribución de los entrevistados según el grado de conciencia de autocuidado, aquí se puede observar que la distribución de las mujeres residentes de Nezahualcóyotl se encuentra en los 6 grados de conciencia de autocuidado, mientras que las estudiantes de la UNAM están entre el grado 2 y 5 de autocuidado.

El mostrar de manera gráfica la información obtenida por el indicador muestra de manera visual la distribución de los entrevistados en la encuesta. De manera general los grados 3 y 5 son los que tienen más casos, el grado 3 de conciencia de autocuidado es el que tiene a los 4 grupos de análisis y el 2 en menor medida. El punto al que se ha llegado es a que cada grupo de análisis se distribuye de manera diferente según del grado de conciencia de autocuidado por lo que es posible encontrar ciertas tendencias semejantes dentro de cada grupo y diferencias entre estos mismos, por lo que nos es posible decir que existe una diversidad en cuanto a prácticas de autocuidado.

4.2 Descripción de las entrevistas

A continuación el resultado de la entrevistas realizadas. Con el fin de respetar la confidencialidad de las personas entrevistadas, no se mencionarán sus nombres.

4.2.1 Entrevistada estudiante UNAM

Sexo femenino de 49 años, divorciada, estudiante de 7º semestre de licenciatura, obtuvo 5 en su puntaje de grado de autocuidado

Nutrición

En la declaración sobre sus prácticas, la entrevistada UNAM, la semana anterior a la entrevista 1 dijo haber consumido verduras 21 veces, frutas 7 veces, cereales en 43 ocasiones, leguminosas en 9 veces, alimentos de origen animal 28 veces y en 34 ocasiones alimentos azucarados o grasosos. Su alimentación se consideró moderadamente balanceada según las recomendaciones del plato del bien comer, porque consumió las verduras las veces consideradas necesarias y los grupos de alimentos de origen animal y cereales estuvieron cercanos a lo deseable.

En las actitudes, la entrevistada UNAM reconoce que en su alimentación hay elementos buenos y otros no tanto, ella responde: *“como muchas verduras, como fruta, trato de tener una alimentación parecida a la de mis abuelos, que son frijoles, tortillas, una salsita. El problema es cuando salgo a la calle pero ya en casa con tiempo es lo que hay en la despensa”*. En la noción de riesgos ella explica que también por enfermedad busca cuidar su alimentación al cuestionarle los alimentos que evita ella responde: *“Todos los embutidos Eso si me abstengo, no tanto porque no me gusten, sino porque yo tengo artritis. Entonces los embutidos para una persona con artritis son veneno ¿no? Inmediatamente hay inflamación”* y al cuestionarle si considera que tiene una alimentación saludable ella menciona que no.

En el conocimiento al preguntarle sobre las características de una sana alimentación, la entrevistada dijo lo siguiente: *“Las características de una sana alimentación yo diría que debe ser una alimentación variada, que incluya todos los grupos de alimentos... hee poca sal, o disminuirla y poca azúcar y las harinas refinadas, que es también..., los embutidos, toda esta cuestión con conservadores disminuirla al máximo”*, es decir mencionó dos recomendaciones incluidas en la NOM-043-SSA2-2005 y al cuestionarle si es que se había informado sobre la sana alimentación ella respondió que sí, después al cuestionarle en dónde se informó del plato del bien comer, ella dijo:

“Bueno mira ese me lo enseñó un médico y cuando fui, no sé a veces, en las escuelas, en los hospitales tienen unos pequeños posters donde, incluso como pay ¿no? Están las verduras, los cereales, la carne y dos, tres veces en mi vida he estado en tratamiento con un nutriólogo. Entonces me han hablado del plato”. Se considera que se ha informado de una manera adecuada.

En el apartado de nutrición la entrevistada de la UNAM ha buscado información sobre la sana alimentación ya que por la artritis y el sobrepeso ha necesitado vigilar lo que come, por lo que se considera que tiene una alimentación moderadamente saludable según las recomendaciones del plato del bien comer.

Hidratación

En la declaración de la práctica la entrevistada UNAM tomó 1 vaso de agua el día anterior a la entrevista 1 y respondió tomar regularmente medio litro de agua al día y bebidas azucaradas en 9 ocasiones a la semana anterior a la entrevista 1.

En las actitudes, considera que no consume el agua suficiente y a la pregunta de cuánta agua considera necesaria para estar hidratado ella respondió: *“Para estar hidratado yo creo que litro y medio”.*

En cuanto al conocimiento respondió no conocer la jarra del buen beber y en lo peligros de no tomar el agua suficiente la entrevistada respondió: *“lo más extremo que he escuchado es que si te deshidratas te puedes desmayar y de ahí vamos hacia abajo a que tu piel no está sana, a que tienes estreñimiento que también este... todo tu organismo empieza a luchar por la poca agua que tiene. Entonces todo se afecta y es cuando puedes tal vez eso que te digo al principio de llegar un desmayo”*

En el tema de hidratación la entrevistada estudiante de la UNAM cuenta con información empírica y reconoce que no cuenta con un aporte suficiente de agua.

Actividad física

La semana anterior a la entrevista hizo la suma de 30 minutos de actividad física vigorosa y 35 horas de actividad física moderada a la semana, por lo que es considerada activa físicamente. En la segunda entrevista ella dijo: *“Pero lo que estoy haciendo es caminar, este... dejo el coche en casa y*

me vengo en metrobus, pumabus, camino, parto de subir escaleras. Es lo que puedo hacer y el ejercicio del trabajo doméstico, que no es poco eh."

Las actitudes ante la actividad física, al preguntar el por qué ella dijo: *"Porque quiero estar sana, porque quiero empezar, bueno he estado desde hace tiempo buscando un estilo de vida más sano"*. Ante los riesgos ella reconoce las consecuencias que la falta de actividad física le traería *"Pues mira de entrada la artritis va a empeorar, porque no estiro mis músculos, no los utilizo, eso primero. Mentalmente quedarse quieto es, básicamente te lleva a una depresión, mentalmente está terrible y bueno, pues físicamente esta cuestión de, nuestro cuerpo está hecho para moverse ¿no?, estamos diseñados para eso"*. La actividad física que realiza se infiere que es importante para ella.

En conocimiento, ella menciona no informarse directamente, aunque también menciona que lo ha hecho de la siguiente manera: *"Yo creo que como mínimo yo tengo que caminar o ejercitarme de manera que me lo permita mi cuerpo mínimo media hora 5 veces a la semana, fue lo que también investigué de un médico."* La entrevistada se ha informado por su problema de artritis, como lo menciona: *"cuando me diagnosticaron artritis busqué información sobre las actividades que se podían hacer y decía que si hay que tener cuidado de no ejercitarse cuando tienes una articulación inflamada, pero que no debes quedarte quieto, porque si no es peor."* Su padecimiento ha sido un elemento que la ha llevado a entender su cuerpo y cuidarlo ya que sabe que puede empeorar.

En el tema de actividad física la entrevistada estudiante de la UNAM tiene información variada que va desde la médica hasta las recomendaciones que escucha por radio sin conocer la fuente, considera que tiene que hacer más actividad física y reconoce su importancia para su salud, pero la artritis limita su actividad, a pesar de esto es considerada activa físicamente según las recomendaciones de la OMS., ya que de acuerdo a la declaración de la práctica en la semana anterior a la primera entrevista, ella realizó una suma de 35 horas de actividad física moderada y la OMS recomienda una suma de 5 horas de actividad física moderada a la semana.

Descanso

En la declaración de la práctica la entrevistada UNAM señaló que actualmente duerme 5 horas y realiza 31 horas de actividades sedentarias en la semana anterior a la entrevista.

En actitudes, considera que el sueño no es suficiente, pero en el descanso es importante ya que sabe que es necesario para ella por su padecimiento *“bueno particularmente el sueño yo creo que no es suficiente. Sí estoy satisfecha con el tiempo que descanso porque precisamente una de las cosas que mi médico me dijo y que me ha resultado mucho es, para no depender tanto de las pas, de los analgésicos, de las pastillas, me dijo usted en cuanto se canse, deje de hacer lo que está haciendo y siéntese a descansar y lo he seguido ese consejo y me ha servido muy bien”*

En conocimiento sobre las horas de sueño ella dice: *“Pues yo creo que un descanso satisfactorio sería, para mí como dormirme a las 10 y despertarme a las 5. Con 7 horas según yo”*

En el tema de descanso la entrevistada estudiante de la UNAM sabe las horas que debe dormir y reconoce que actualmente no duerme lo suficiente.

En general, tomando en cuenta los temas de actividad física y descanso, la entrevistada estudiante de la UNAM considera que no cuenta con el equilibrio de estos temas, ella dice: *“No, porque me falta actividad física. Porque el descanso lo tengo que cuidar porque mi misma cuerpo me ha obligado”* y su opinión acerca de este equilibrio es la siguiente: *“creo una cosa que también se, hay una cultura del endiosamiento del, por ejemplo gimnasio, el fitness, el correr ¿no? Y eso me parece que está bien pero también creo que en nuestra cultura ha devaluado mucho el descansar”*. La entrevistada estudiante de la UNAM ha explicado que por su padecimiento de artritis tiene que cuidar de su cuerpo y por lo mismo se ha informado.

Programas preventivos

En la declaración sobre su práctica, la entrevistada estudiante, en los 12 meses anteriores a la entrevista, no se vacunó y se hizo dos pruebas preventivas de las cuales obtuvo resultados patológicos y son las pruebas que se realiza periódicamente. Además de éstas, ella respondió haberse hecho en los últimos 5 años se ha realizado las biometrías hemáticas y revisión de los ojos. Además reconoce que las cuestiones ginecológicas las ha dejado de lado.

En actitudes mencionó lo siguiente sobre la función de las pruebas de laboratorio *“La función de estas pruebas pues primero económica y mantener esos laboratorios ¿no? [risas]. Digámoslo como es ¿no? Entonces y la segunda es precisamente atender de manera temprana ciertos hábitos que pudieran llevarte a parecer ciertas enfermedades como la diabetes”*. Además ella considera lo

siguiente: *“Pues mira es que la cultura médica en nuestro país está dirigida a buscar el problema y no a prevenirlo. Entonces lo que yo sé y he visto es que el médico te dice – Ha ya traes esto, pues hazte esto ya nada más para confirmar que ya estas enfermo – no es vamos a ver como tus antecedentes para diseñar tu vida. No es preventiva nuestro sistema de salud. Entonces es cuando ya casi está instalado el cuadro de la enfermedad”.*

En conocimiento, ella menciona que de acuerdo a su edad y sexo las pruebas que necesita son: *“pues sí sería básicamente la glucosa, estar checando la glucosa, la presión arterial, esas son de cajón, el colesterol y los triglicéridos y de acuerdo a mi edad yo creo que ya tendría tal vez que hacerme un análisis de estructura ósea, para ver que tal están mis huesos y... la menopausia no es una enfermedad pero pudiera ser que requeriría un estudio para ver cómo andan mis hormonas”.* Ella se ha informado sobre estas pruebas en los laboratorios y mediante propagandas, así lo menciona ella: *“Pues sí, en los laboratorios, que tienen sus paquetes. Es lo que yo he visto, hay tienes cierta edad, tenemos tal paquete ¿no? Te analizas toda. Incluso en las tarjetas de crédito a una mujer de determinada edad se lo da gratis, va incluido en tu tarjeta, como regalo, no todas pero son como paquetes – Ha usted tiene tal edad pues tiene que cuidarse de esto.”*

En el tema de programas preventivos la entrevistada estudiante de la UNAM se ha informado mediante propaganda por lo que sus actitudes ante estos no son del todo positivos y se hace las pruebas que necesita para saber de sus padecimientos y reconoce que le hacen falta las pruebas ginecológicas.

Riesgos a la salud por adicciones

En la declaración de la práctica la entrevistada UNAM ha dicho de ha tomado bebidas alcohólicas y que ha fumado tabaco, no se ha emborrachado, no ha consumido mota o hierba, no ha inhalado mona, no ha consumido alucinógenos, no ha consumido extasis, tachas o cristal.

En cuanto a las actitudes, ante el tabaco, ella dijo: *“No pues el tabaco es veneno, o sea no le puedo ver nada positivo.”* sobre el alcohol dijo: *“El exceso es peligroso, pero fíjate que te tengo, bueno yo he estado cerca de personas alcohólicas, he convivido con varias y yo tomé como lección de vida, tampoco satanizar el alcohol porque puede, porque como te comento tengo dos hijas y si yo les prohíbo terminantemente un chocolate envinado se me van a ir al otro lado. Eso es lo que yo pensé*

y me ha resultado” en cuanto al consumo de otras drogas, ella dijo: “si está mal el abuso y el uso yo creo que es libertad de cada quien (...) Tanto de esa sustancia como de otras es libertad de cada quien. Pero si creo que el problema está en otro lado. O sea las drogas se utilizan para evadirte de algo.(...) Entonces, este... considero que si son peligrosas, claro, como también es peligroso tomar demasiada azúcar, tomar demasiada sal, puedes ser adicto a la tele, puedes ser adicto a las compras, puedes ser adicto a una persona ¿no? Y uno no reconoce esa adicción.”

En cuanto al conocimiento ella dijo: *“Eh mira pues estamos aquí en una entrevista completamente de frente y te tengo que decir que yo me casé con un alcohólico, alcohólico y adicto a otras drogas, entonces eso fue casi 22 años y debido a una crisis en la que él entró entramos a un, él entró a un grupo de alcohólicos anónimos y yo a un grupo de familias de alcohólicos que se llama [inaudible], entonces a partir de esos años yo me informé todo lo que pude sobre adicciones y sobre la enfermedad de la dependencia que le acompaña. Entonces tengo mucha mucha información y por eso conozco tanta gente, tanto alcohólicos como a sus familiares y salimos de eso, después nos divorciamos pero eso ya es otra cosa”. Al preguntarle sobre los lugares que se ha informado “bueno la secretaría de salud no lo trata tanto como una enfermedad, creo que hay todavía un estigma muy grande de todas las adicciones ¿no? Creo que se está enfocando mal, esa es mi opinión y sí busco. Cuando mis hijas llegaron a la adolescencia si busqué información que en internet, que si preguntaba yo como se prevenía que a los médicos, que a la escuela, incluso busqué un especialista. Entonces sí busco muchas fuentes. Pero básicamente la experiencia que yo traía me sirvió más en cuanto a esta convivencia con la enfermedad.”*

En el tema de riesgos a la salud por adicciones la entrevistada estudiante de la UNAM tiene un amplio conocimiento de lo que pueden ser las adicciones rebasando lo que comúnmente se puede pensar de estas, es amplia su información que ha buscado con diferentes instituciones y personas, pero como ella menciona, su experiencia le ha servido de mucho, por eso su actitud ante estos riesgos es de respeto más que de prejuicio.

Riesgos a la salud sexual

En la declaración de la práctica la entrevistada UNAM respondió haber tenido relaciones sexuales y para cuidarse ella dice: *“Bueno yo al principio, tenía, tuve un dispositivo intrauterino como 7 años y en cuanto nació mi segunda hija me operaron”.*

En cuanto al conocimiento de formas de prevenir un embarazo ella menciona: *“Hay pues este, pues condones, pastillas, anticonceptivos, he ... yo considero que la abstinencia también (...) Eso y también hay que parches, que inyecciones, que... hay muchas cosas”* ante la prevención de enfermedades de transmisión sexual ella menciona: *“Pues yo sé que el más efectivo es el condón, aunque puede fallar y además yo consideraría que es el más accesible, el condón.”* Y menciona que se ha informado indirectamente *“no, buscar yo información no. He tenido acceso porque hablo contigo, hablo con muchos jóvenes. Entonces de repente me han enseñado cosas respecto, no tan íntimas, pero sí”*.

En el tema de riesgos a la salud sexual la entrevistada estudiante de licenciatura tiene conocimiento general de métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual y los ha usado.

Proyección personal y autoestima

En el tema de proyección personal, ella contestó sentirse muy bien con los temas de dinero, familia, escuela, trabajo, profesores y jefes, desempeño escolar/laboral, su casa, colonia, oportunidades para ser feliz, consigo misma y en general está satisfecha con su vida. En los temas de aspecto físico y objetos de valor personal mencionó sentirse más o menos bien, y en el tema de salud más o menos mal. También mencionó preferir estar en una silueta más delgada (Escala de Stunkard)

En autoestima respondió que los sentimientos falta de concentración, depresión, esfuerzo los tuvo rara vez o nunca y los sentimientos de tristeza pocas veces y sí se considera una persona valiosa.

También reconoce que trabaja en su autoestima haciendo algo para sí, ella lo dice de la siguiente manera: *“Pues para prevenir la depresión yo lo que hago es ocuparme de mi vida, ocuparme de mi vida y respetar la de mis hijas y recuperar mi vida. Sabrás que una mujer que se divorcia a los cuarenta y tantos años y que estaba en su casa todo el tiempo, yo fui ama de casa casi todo el tiempo de casada. Entonces ocuparse no te deja deprimir”*

En actitud al preguntarle si creía que pudiera sufrir depresión ella contesto: *“Te digo algo, yo creo que sería muy difícil ahora, me he enfrentado a cosas muy difíciles y las he solventado. Sí he tenido depresión, la he padecido pero he encontrado ciertas herramientas de las que agarrarme para, precisamente para prevenir, ver que viene y no dejarla llegar.”*

En conocimiento, para ella *“La autoestima es, para mí, conocer tus fortalezas y debilidades, aceptarlas y vivir con ellas.”* La entrevistada estudiante de la UNAM tiene bastante información sobre salud mental y se ha informado bastante, ella menciona algunos lugares: *“Ha mira yo los busque, fui al hospital de salud mental (...) que está aquí en el (...), en el colegio de mi hija tiro por viaje da cursos psicólogos, este, también fui ha pues en este grupo de familiares de alcohólicos también se daban ciertos talleres.”* En estos cursos y talleres lo que más le importó a ella es lo siguiente: *“Pues mira, yo aprendí, precisamente con mis hijas, me fui a muchos, me fui a “N” cantidad de cursos de papás y lo último que aprendí es que la autoestima se aprende solo de quien tiene una buena autoestima”*

En el tema de autoestima la entrevistada mostró bastante conocimiento que ha obtenido de diversas fuentes por lo que se considera capaz de trabajar en su vida para ser un ejemplo para sus hijas, en cuanto a los riesgos a la autoestima los riesgos son bajos ya que dice sentirse bien y sabe que puede trabajar con herramientas para mejorar su autoestima.

Violencia

La entrevistada UNAM contestó sentirse insegura en su casa, escuela, trabajo y la calle, por el contrario se siente segura en el mercado, centro comercial, transporte público y parque o centro recreativo. También respondió no haber sufrido de burlas, dañado o escondido objetos personales, lastimado su cuerpo, robo con o sin violencia, amenazas, extorsión o chantaje y para ella es seguro vivir en la CDMX.

Ella considera que no ha sufrido daños por violencia por su personalidad: *“pues mira yo soy mucho de dialogar, soy muy mediadora, o sea si yo veo un, dicen los abogados más vale un mal acuerdo que un buen pleito ¿no? También ella piensa que la violencia se puede justificar: “Si, en la defensa propia (...) Creo que también, cuando políticamente defiendes tus derechos.”*

En cuanto a conocimiento ella dice: *“pues mira, es que si vamos a ser pues más, muy, analizar nosotros también como sociólogos los hilos de la violencia, están en todos lados, en la familia, en las relaciones con los compañeros ¿no? Estas cuestiones de dominar a otro. Yo las tengo muy consientes porque estoy aquí estudiando. Entonces sí, si he estado en situaciones violentas, en relaciones de violencia, pero no me daba cuenta.”* Ella piensa de la violencia lo siguiente: *“La violencia es anular al otro – Tú no importas – así, eso es violentísimo, o sea tú no importas pero*

casi en todos los tipos de violencia es tratar de anular al otro para mí” también ella respondió lo siguiente al preguntarle los motivos por los que existen las personas violentas: “Yo creo que existen personas violentas porque es un sistema, como lo sabemos y lo dice Weber, el dominado acepta el dominio. El violento existe porque existe quien lo permite.”.

En el tema de violencia, la entrevistada estudiante de la UNAM considera que por su personalidad no ha enfrentado situaciones violentas, ella cree que se puede justificar la violencia en la defensa propia y la defensa de sus derechos políticos y actualmente no se considera una persona con tendencias violentas, en cuanto al conocimiento su nivel de estudios ha influido considerablemente en el conocimiento de lo que es la violencia.

Violencia interna

En el tema sobre suicidio, la entrevistada respondió que sí lo ha pensado como una opción, ella lo explica de la siguiente manera: *“entonces mira, sí, la cuestión es que, mis creencias religiosas no me dejaban ser honesta conmigo. La enfermedad de mi padre es demencia y yo la puedo padecer en un 50% y mi padre tiene un primo hermano que de los, sus, que de 5 hijos que tuvo, cinco la heredaron. Entonces mi probabilidad cuando el médico me lo dijo era muy alta y en ese momento yo dije, o sea el ver a mi padre como murió, ver a mi abuelo, porque murió de lo mismo sí me hizo pensar bueno ¿por qué yo tengo que sufrir hasta ese punto? Y como me he cuestionado también mis creencias religiosas porque pues también, igual la sociología ahí entra, como sirve para, como sistema de dominio, sobre todo en cuestiones de género. Entonces en éste respecto y en este ser auténticamente yo he tenido que decir – pues puede ser una opción – esto de la, y últimamente como sabes las leyes han cambiado, o están tratando de cambiar de la muerte asistida de la eutanasia. Porque también creo que el sufrimiento a veces es muy innecesario, le puedes ahorrar a una persona mucho sufrimiento escuchándola o tomándole la mano aunque ya no tenga remedio su enfermedad.”* Ésta entrevistada reconoce el riesgo que representa para ella la posibilidad de heredar demencia y ante esto reconoce como opción el suicidio ya que ella menciona que no existe tratamiento o detección oportuna para esta enfermedad.

Cohesión social

En este tema, la entrevistada UNAM respondió hablar con amigos de temas como política, religión, sexo, sus sentimientos, familia, cine o televisión, proyectos o planes, problemas del país y

sus problemas; con sus hijas habla de temas de política, religión, sexo, sus sentimientos, cine o televisión, sus proyectos y los principales problemas del país; con su madre habla temas de religión, sus proyectos o planes y problemas del país.

También contestó que con sus hijas va al cine o teatro, ve televisión, va de vacaciones, de compra, pasear y hablar por teléfono, mensaje o chat. Con amigos pasea y habla por teléfono, mensajes o chat y con su madre va al cine o teatro y ve televisión.

Además dijo que se llega a reunir con sus vecinos muy frecuentemente para eventos religiosos, frecuentemente para organizar fiestas, solucionar problemas de servicio público, para organizar la seguridad de la colonia para convivir casualmente y con otros fines. También señaló que entre ella y sus vecinos muy frecuentemente se identifican físicamente y se saludan cada vez que se encuentran, frecuentemente además se detienen a platicar y/o se cuentan sus problemas y nunca se visitan en sus respectivas casas.

A ella le gusta el lugar donde vive *“a mí me gusta vivir ahí y mira no te digo que no haya asaltos o que no haya cuestiones pero me parece un lugar bueno y ha sido bueno para nosotros vivir ahí”* aunque ella contestó confiar en sus vecinos y no se considera cercana a ellos, ella menciona lo siguiente: *“Pues me siento, no me siento cercana porque he tratado de relacionarme con ellos y desgraciadamente no encuentro una, un reflejo”*.

Para ella sus hijas y su madre son las personas más importantes, considera que tiene una buena relación con ellas: *“O sea de verdad si yo me puedo ufanar de algo es de haber trabajado en una relación muy buena con mis hijas y la tengo”*.

En el tema de cohesión social con su familia hay una cercanía que según ella ha trabajado, lo que se puede notar ya que realiza diversas actividades con su madre y sus hijas, en cuanto a los vecinos no se considera cercana aunque contestó reunirse con ellos para organizar eventos.

Soledad

La entrevistada UNAM contestó que entre semana pasa dos horas en soledad para realizar actividades personales o por que le guste y los fines de semana seis horas.

Para ella, la soledad es *“... estar en paz contigo, o sea estar contigo en paz, para mí”* al preguntarle que hace cuando está sola ella dijo *“Cuando estoy sola, pues, o sea me pongo a estudiar, si estoy*

cansada me pongo a ver la tele o estoy con mis perritos (...) luego aprovecho para terminar las labores de la casa (...). Me gusta mucho ir al cine sola.” Ella también reconoce que efectos negativos de la soledad: “eso tengo que analizarlo muy bien, este porque tiendo, y es un hábito que estoy desechando de mi vida (...) nos detenemos mucho tiempo de darle vuelta a cualquier asunto como que no me puse de acuerdo con mi hermana y entonces empiezo. Entonces por eso me pongo a hacer otra cosa, porque cuando ya me siento así, así que ya no pienso es cuando ya logre dominar ese hábito como de evasión mental”

Para la entrevistada estudiante de la UNAM respondió que le incomoda la soledad en un aspecto especialmente: *“Es, creo que sí, creo que sí, fíjate que como sé que mis hijas todavía van a regresar, o sea yo sé que estoy en casa y ellas van a venir pero hay momentos en los que yo digo – Hay un día que no van a venir y tú vas a estar sola – entonces en ese momento dije huy, de verdad que sí. Entonces por eso trabajo en mi vida”.*

En este tema la entrevistada estudiante de la UNAM reconoce aspectos positivos y negativos de la soledad y le incomoda la posibilidad de estar sola en el futuro, pero ante esa posibilidad también ha trabajado para estar bien con ella misma.

Integración.

Se considera que la entrevistada estudiante de la UNAM tiene mayormente una conciencia discursiva de autocuidado bastante desarrollada por el conocimiento adquirido y a que realiza actividades de autocuidado y es capaz de explicarlo. Se considera que las motivaciones de esta entrevistada son las situaciones de enfermedad que ha enfrentado, en el aspecto físico ha tenido que cuidar su alimentación, realizar actividad física y hacerse pruebas de laboratorio para evitar empeorar en su artritis y la posibilidad de padecer demencia. En el aspecto psicológico sufrió baja autoestima y el alcoholismo de su ex esposo por lo que está informada. En el aspecto social se considera que no ha sufrido agresiones y es el aspecto en el que está mejor ya que ella considera que ha trabajado en sus relaciones sociales.

4.2.2 Entrevistado estudiante UNAM

Masculino de 40 años, casado, estudiante 2º semestre de licenciatura, mesero y ayudante de administración de una primaria, obtuvo 5 en su puntaje de grado de autocuidado.

Nutrición

El entrevistado estudiante de la UNAM, la semana anterior a la primera entrevista consumió verduras 21 veces, frutas en 15 ocasiones, cereales 41 veces, leguminosas 5 veces, alimentos de origen animal en 13 ocasiones y alimentos azucarados o grasosos 20 veces. Su alimentación se consideró moderadamente balanceada según las recomendaciones del plato del bien comer porque el grupo de las verduras y los cereales los consumió las veces consideradas necesarias.

En actitudes, el entrevistado respondió que trata de cuidar su alimentación de la siguiente manera *“Trato de comer pocas grasas porque tiendo a tener mucho colesterol entonces trato de comer pocas grasas, no mucho pero si pan integral, verduras verdes, por decir carne más o menos, pescado, mariscos casi no, porque tienen mucho colesterol, trato de no comer mucho colesterol, pero de todo lo demás si como”* el entrevistado menciona que evita consumir grasas y frituras en la calle para evitar que suba sus niveles de colesterol. También al preguntarle sobre quién prepara los alimentos que consume en casa él contestó *“Tres cuartas partes yo y una cuarta parte mi esposa, mas soy yo porque siempre comento que vamos a comer y muchas veces yo mismo preparo los alimentos, algunas veces ella pero casi siempre soy yo”* También contestó que él considera que sí tiene una alimentación saludable y considera que necesita una dieta porque tiende a subir de peso y que hace unos años por el trabajo se malpasaba.

En conocimiento el entrevistado estudiante al preguntarle sobre lo que consideraba una sana alimentación respondió lo siguiente *“consumir frutas, verduras, cereales en mayor cantidad que carne, que comidas con grasa, fritas o enlatadas. Alimentos. Naturales”*. La percepción de la sana alimentación de este entrevistado es buena ya que el plato del bien comer organiza los alimentos de una manera semejante.

En cuanto a conocimiento él mencionó sobre la sana alimentación lo siguiente: *“consumir frutas, verduras, cereales en mayor cantidad que carne, que comidas con grasa, fritas o enlatadas. Alimentos. Naturales”*. Al preguntarle sobre el plato del bien comer dijo que lo conoce y él sabe de este lo siguiente: *“que debe tener variedad, debe tener legumbres, todos los alimentos que son buenos para tu salud”* en cuanto a los posibles riesgos, el entrevistado toma en cuenta lo

siguiente: *“Pues porque ocasiona desnutrición y sobrepeso, como consecuencia te acarrea enfermedades, ahora vemos mucho como diabetes, hipertensión, ataques al corazón, todo eso”*. En cuanto a la fuente de información que consulta dijo que es a través de internet y que se inscribió en una página que le ofrece consejos, la cual me envió al día siguiente ya que en el momento de la entrevista no la recordaba.

En cuanto a nutrición el entrevistado estudiante de la UNAM tiene algunas prácticas saludables, el consumo de verduras y cereales, pero otras no como el alto consumo de productos azucarados y grasos, en actitudes por su problema con el control del colesterol cuida su alimentación y muestra interés en cuidarse y en cuanto a conocimiento, menciona una característica de la Norma oficial.

Hidratación

En la declaración de la práctica el entrevistado UNAM respondió que el día anterior a la entrevista tomó 2.5 litros de agua simple y que regularmente consume entre 1.5 y 2 litros de agua al día, también respondió que consume con regularidad bebidas azucaradas como refresco, té, café o jugos.

En actitudes el entrevistado al preguntarle si consideraba que estaba satisfecho con su hidratación respondió lo siguiente: *“Es que a veces como te digo que trabajo en un restaurant a veces hace mucho calor y a veces si necesito un poco más, algunas veces siento que es necesaria más. O sea no muy bien”*

En conocimiento sobre la hidratación él dijo: *“Según se supone que dos litros, pero en condiciones donde luego trabajo quizá haga mucho calor y quizá sea más, o en donde no haces tanta actividad física quizá sea un poco menos”* en cuanto a la jarra del bien beber dijo lo siguiente *“Si he escuchado vagamente, pero en realidad no sé qué es”* y en cuanto a los riesgos posibles de no tomar la suficiente agua, él contestó *“Que me puede dar golpe de calor, o si no tomas agua y tomas refresco o cosas así puedes afectar los riñones, o alguna infección debido a eso que no tomas agua”*

En el tema de hidratación el entrevistado estudiante de la UNAM toma suficiente agua, aunque como él señala depende también de la actividad que realiza, por lo que puede ser posible que le haga falta tomar agua y conoce posibles riesgos.

Actividad física

El entrevistado UNAM, la semana anterior a la primera entrevista, respondió que no hizo actividad física vigorosa, que dos días realizó durante 5 horas actividades físicas moderadas. El entrevistado explica que la actividad física que realiza es parte de su trabajo: *“Ahorita no realizó ninguna, lo único que hago es que si trabajo un poco pesado donde estoy digamos que pues soy mesero y haz de cuenta que, trabajo de un lado a otro camino, camino, desde que entro hasta que salgo no paro, cargo cosas o así pero algo físico, que esté inscrito en un gimnasio o así no”* y responde que lo hace porque es su trabajo y de eso vive.

En actitudes, el entrevistado UNAM considera que tiene el siguiente obstáculo *“en este momento solamente es falta de tiempo y pues debido a que siento que trabajo demasiado luego estoy cansado, realmente luego solo tengo libre sábados, bueno no hago algo así porque tengo el sábado libre y pienso si hago algo ya a lo mejor mañana o pasado ya no puedo continuar no va a valer pero siempre bueno antes de estar aquí en la facultad o cuando tengo tiempo si trato de correr y así siempre que tengo tiempo si lo hago en este momento mi mayor impedimento es el tiempo”*, además explicó que anteriormente sí hacía ejercicio con regularidad y que en este momento no está satisfecho con la actividad física que realiza.

En conocimiento dijo lo siguiente *“si lo haces de una manera consiente, permanente yo creo que en lugar de afectarte te beneficia, pero también si te dedicas a realizar solamente actividades físicas, me he dado cuenta mi esposa pues si va al gimnasio y a veces va en la mañana luego va al medio día luego quiere ir en la noche y así quiere estar ahí, yo creo que eso si afecta porque es demasiada actividad no siento que sea bueno eso tampoco. Al preguntarle si se ha informado en temas de actividad física él dijo “bueno cuando iba a correr si normalmente compraba estas revistas y ahí más o menos veía que tenía que hacer para no lastimarme que es conveniente correr o trotar o que comer para estar saludable”* y al preguntarle si recordaba el nombre de la revista él respondió que *Maratón*. En cuanto a los riesgos de no tener actividad física él dijo: *“por ejemplo mi padre su familia tiende mucho a tener diabetes pienso que eso me puede pasar si tengo una vida sedentaria”*

La actividad física que realiza el entrevistado estudiante de la UNAM es suficiente para considerarlo activo físicamente aunque sean actividades laborales, él considera que el principal obstáculo que enfrenta para realizar más actividad física es la falta de tiempo ya que tiene dos

trabajos y estudia. Aunque actualmente considere que no realiza actividad física, con anterioridad sí la realizaba y se informaba principalmente en revistas.

Descanso

En la declaración de la práctica el entrevistado estudiante de la UNAM respondió que duerme entre 5 o 6 horas y que de lunes a viernes tiene 3 horas al día de reposo o actividades sedentarias como estudiar, ver televisión, estudiar o leer.

En actitudes el entrevistado considera que no duerme lo suficiente y al preguntarle sobre lo que puede pasar si no duerme lo suficiente él respondió *“están cansado, el estado de humor no es el adecuado, olvidar cosas por no dormir, cansancio crónico y no se en que otras enfermedades pueda degenerar”*.

Para él, considera que un descanso satisfactorio es *“dormir ocho horas y. en una habitación confortable, libre de ruidos”*

Al preguntarle sobre el equilibrio entre actividad física y reposo el entrevistado dijo lo siguiente: *“es necesario un balance, no puedes estar haciendo actividades físicas sin descansar, debe ser así balanceado”*

En este tema el entrevistado estudiante de la UNAM reconoce que duerme menos de lo que considera necesario y reconoce que puede tener consecuencias aunque por ahora no ha sentido ningún síntoma.

Programas preventivos

En la declaración de la práctica el entrevistado UNAM, en los 12 meses anteriores a la entrevista, se vacunó una vez y se hizo 4 pruebas preventivas: sobrepeso u obesidad, detección de colesterol y triglicéridos, detección de diabetes y detección de hipertensión, de estas pruebas tuvo los resultados de sobrepeso, colesterol alto y resultado normal en las otras pruebas.

En las actitudes, el entrevistado reconoce que por sus niveles de colesterol necesita hacerse constantemente esta prueba, además de esta, él señala: *“la de glucosa y en mi trabajo me requieren mucho examen de orina porque manejo alimentos”*.

En conocimiento, al preguntarle sobre donde puede informarse él respondió: *“supongo, bueno siempre que voy al ISSSTE veo que hay propaganda relacionada con eso”* sobre la función de estas pruebas, él dijo: *“prevenir alguna enfermedad, y si tenemos alguna enfermedad controlarla”* otras pruebas que conoce son *“he escuchado de prueba para osteoporosis, de resistencia del corazón, química de la sangre”* También considera que las pruebas preventivas están dirigidas a todos.

En el tema de programas preventivos el entrevistado estudiante de la UNAM hace uso de pruebas preventivas ya que tiene problemas con sus niveles de colesterol, conoce algunas pruebas y se informa en el ISSSTE.

Riesgos a la salud por adicciones

En la declaración de la práctica el entrevistado estudiante de la UNAM respondió que no ha fumado tabaco, que no ha consumido mota o hierba, que no ha inhalado mona, que no ha consumido alucinógenos, que no ha consumido anfetaminas o cocaína, también contestó que ha consumido bebidas alcohólicas, incluso hasta emborracharse.

En actitudes, el entrevistado dijo lo siguiente al preguntar qué tan peligrosas considera las sustancias adictivas: *“pues bastante porque yo he visto como algunas personas de mi trabajo están muertos por consumir tanto alcohol, vino, o algunos jóvenes que han caído en las drogas se han ido de su casa y han perdido muchas cosas de las que tenían”*

En conocimiento, el entrevistado mencionó lo siguiente al preguntarle sobre las sustancias que generan adicción o dependencia: *“este las bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, cocaína”* en cuanto a los efectos, él dijo *“pues afectan físicamente que te vuelvas lento, que tengas cambios en tu actitud, que no tengas retención mental, puede de cierta manera dejar de trabajar y dedicarte a una acción delictiva para tenerlas”*. Al preguntarle si se ha informado, él dijo: *“realmente no solo he leído cosas pero así vagas específicamente no”*

En el tema de riesgos a la salud por adicciones el entrevistado estudiante de la UNAM no consume sustancias adictivas y no se ha informado sobre estos temas, pero ha observado con otras personas las consecuencias posibles del uso de sustancias adictivas.

Riesgos a la salud sexual

En la declaración de la práctica, el entrevistado UNAM dijo: *“pues mi esposa se puso DIU [Dispositivo Intrauterino] a los dos meses se lo retiraron y ahorita uso anticonceptivos, bueno condón”* y para evitar enfermedades de transmisión sexual él dijo: *“yo solo tengo una pareja fija, como te digo en este momento uso anticonceptivos”*.

En cuanto a conocimiento, A3 dijo lo siguiente sobre la prevención de embarazos no deseados *“utilizando anticonceptivos, pastilla del día siguiente, abstinencia”* y lo siguiente sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual *“utilizando anticonceptivos”* al preguntarle sobre si se ha informado él respondió: *“solamente con folletos alguna vez leí una información en internet pero realmente no mucho”* al preguntarle en qué lugar obtenía los folletos, él dijo *“luego. los dan en el centro de salud o en las clínicas o como trabajo, en una escuela pues también ahí”*

En el tema de riesgos a la salud sexual, el entrevistado estudiante de la UNAM dijo que se ha informado en folletos e internet pero poco, también dijo que usa condón para evitar embarazos no deseados.

Proyección personal y autoestima

El entrevistado UNAM respondió que se siente muy bien con sus objetos de valor personal, con la relación con su familia, con su escuela, con sus profesores y jefes, con la casa en donde vive y con la colonia o barrio en donde vive. Se siente más o menos bien con su salud, con su aspecto físico, con el dinero que tiene, con su trabajo, con su desempeño laboral y escolar, con sus oportunidades para ser feliz, consigo mismo y en general con su vida.

En la semana anterior a la entrevista respondió haber sentido rara vez o nunca un sentimiento de no poderse quitar la tristeza de encima, sentimientos de depresión, sensación de esfuerzo por sus actividades y sentimientos de tristeza, también respondió que pocas veces le ha costado concentrarse en lo que estaba haciendo, un número considerable de veces no durmió bien y todo o la mayor parte del tiempo disfrutó la vida. También respondió que se considera una persona valiosa.

Para el entrevistado los aspectos más importantes de su vida son su familia, su trabajo y la escuela. Al preguntarle sobre lo que lo hace sentirse bien consigo mismo, él dijo *“el terminar mis proyectos, no solo a largo plazo también a corto plazo, terminar el trabajo de cada día, hacer actividades con mi hijo y esposa y terminarlas, si no terminarlas tratar de hacerlas”*. Al preguntarle

si le critican deja de hacer lo desaprobado, él contestó *“algunas veces, no tanto en la escuela, si no en mi trabajo, he intentado hacer actividades que no se hacen, a veces tienen buen resultado a veces no, pero luego la gente te critica, en mi caso siento que mis jefes no dan la importancia a las cosas aunque tengan buen resultado entonces y entonces pienso me critican y no valoran entonces ya no lo hago”* situación diferente en su casa, donde él menciona que sí lo toman en cuenta para las decisiones importantes. Las situaciones que le han provocado tristeza fueron las siguientes: *“la muerte de un ser querido, compañero del trabajo muchas ocasiones no toman en cuenta la participación del trabajo”*

En actitudes, al preguntarle si consideraba que puede sufrir depresión el respondió lo siguiente: *“sí, bueno es que cuando viví en(...), la primera vez que fui tenía 18 años viví con unos amigos entonces cada quien hizo lo que quiso, estuve como abandonado y sin familia y eso como que me dio depresión si sentí como muchas ganas de regresar aquí de extrañar por eso siento que si me puede volver a dar, pero tendría que ser una situación similar a esa el estar sólo”*. Al preguntarle si había hecho algo para mejorar su autoestima, él dijo que leer libros, al preguntarle si recordaba alguno, él respondió: *“los de Carlos Cuauhtémoc Sánchez, no recuerdo el título pero si recuerdo que leí alguno, también para mí lo importante ir a la iglesia y cosas así de religión, como que me ayudo a mejorar mi autoestima conocer más personas”*.

En cuanto a conocimiento, el entrevistado UNAM considera que la autoestima *“es saber quién soy yo y en qué nivel me encuentro y mejorarlo”*, además considera que sí se puede mejorar la autoestima y que la autoestima puede afectar en las actividades que realiza, al preguntarle cómo creía que afecta, él respondió: *“este si me llegara a sentir triste a lo mejor no le presto atención a las demás personas, o hago mi trabajo mecánicamente pensando en algo que me da tristeza yo creo que de esa manera sería”*. Las características que él considera que tienen las personas con baja autoestima son *“quieren llamar la atención, extravagante, quiere publicar fotografías en Facebook con personas, su novio, su pareja, quizá ni siquiera sean actuales queriendo llamar mucho la atención”*. En cuanto a los riesgos ante la baja autoestima, él dijo *“pues yo creo que sí, quizás pensar en suicidio”* y respondió que no se había informado en temas de salud mental.

En el tema de autoestima y proyección personal el entrevistado estudiante de la UNAM dijo no haberse informado en temas de salud mental y autoestima, los riesgos a la salud mental que

mencionó son la depresión y el suicidio, en cuanto a la práctica ha leído libros y realiza actividades que considera que le ayudan a tener autoestima.

Violencia

En este tema el entrevistado UNAM respondió que no se han burlado de él, no le han dañado o escondido intencionalmente objetos personales, no han lastimado su cuerpo, no ha sufrido robo con violencia, no le han intimidado o amenazado, no lo han extorsionado y no lo han chantajeado, lo que sí ha sufrido es robo sin violencia. También considera que se siente seguro en su casa, su escuela, su trabajo, el mercado y el centro comercial, los lugares en donde se siente inseguro es en la calle, el transporte público y el parque o centro recreativo y considera que no es seguro vivir en la CDMX.

El entrevistado mencionó que ha sido víctima de agresiones por robo y que en los últimos 12 meses fue víctima por este motivo en 3 ocasiones

En actitudes, para el entrevistado UNAM la violencia no puede ser justificada, también al preguntarle por qué creía que hay personas violentas, él contestó *“Porque siento que desde que son pequeños ven situaciones así de violencia. Ven peleas en su familia, ven programas agresivos, la pobreza también los orilla a ser violentos”,* las características de una persona violenta para él son: *“Porque luego no razonan lo que está pasando, luego, luego quieren irse a golpes o palabras altisonantes o sea antes de pensar actúan y tratan de que lo que ellos dicen o hacen es lo que se va a hacer”*

En conocimiento, para el entrevistado la violencia es *“Que me agredan, que traten que haga algo sin mi consentimiento, que me agredan físicamente más por lo que me ha pasado pero quizá también podría ser violencia en como te tratan las personas a veces, pero como a mí me han asaltado más lo enfoco más hacia ese sentido”.* Al preguntarle si sabía qué hacer en caso de ser agredido, él respondió *“Realmente no, yo pensaría en mi caso si me agreden o asaltan ir a denunciar a la policía pero fuera de ahí no”*

Cohesión social

El entrevistado estudiante de la UNAM respondió que habla con su madre y su padre de los temas de religión, su familia y sus problemas, los principales problemas del país y solo con su madre de

sus proyectos y planes. Con sus amigos habla de temas como política, sexo, sus sentimientos y sus proyectos y planes, con su pareja habla de religión, sexo, sus sentimientos, su familia, cine o televisión, sus proyectos o planes y los principales problemas del país.

Las actividades que realiza con su esposa son: ir al cine o teatro, ir a la iglesia o templo, salir de vacaciones, ir de compras, pasar y hablar por teléfono, mensajear o chatear, esto último también lo realiza con su madre y padre, actividades como ver televisión y hacer o jugar algún deporte no lo realiza.

También respondió que en su colonia o barrio, se reúnen poco frecuente para organizar eventos religiosos, o para solucionar problemas de servicios públicos, o para organizar la seguridad de la colonia, para solicitar servicios a la delegación o para convivir casualmente, nunca se reúnen para organizar fiestas y no sabe si se organizan con otro objetivo.

El entrevistado UNAM respondió que entre él, los integrantes de su hogar y los vecinos muy frecuentemente se identifican físicamente y se saludan cada vez que se encuentran. Entre él, su familia y sus vecinos frecuentemente cuando se encuentran, además se detienen a platicar y en caso de platicar, se cuentan sus problemas. Lo que hacen poco frecuentemente es visitarse en sus respectivas casas.

Al preguntarle si le gusta el lugar donde vive, el entrevistado dijo que sí, y al preguntarle el por qué, él dijo: *“Porque vivo en un cerrada está alejada del ruido, pues está tranquilo el lugar”* también dijo que sí confía en sus vecinos de cuadra, al preguntarle qué tan cercano es con sus vecinos él dijo *“Nos saludamos, nos invitamos a fiestas, más o menos cercanos no hay una amistad profunda pero si nos conocemos”* y dijo que no ha tenido problemas con ninguno de sus vecinos.

Al preguntarle sobre las personas más importantes el entrevistado dijo *“Mi esposa, mi hijo y mis papas”*, además dijo sentirse cercano a ellos y que el tiempo que comparte con ellos es suficiente para mantener los vínculos de afecto

Soledad

El entrevistado UNAM contestó que pasa 3 horas al día solo para realizar actividades personales o porque le gusta.

Para él la soledad es: *“...el no compartir con otras personas, el que aunque estemos juntos no, no nos prestemos la debida importancia... el estar conmigo mismo, eso sería para mí la soledad”* y lo que usualmente realiza cuando esta solo es: *“...aprovecho para dormir o para estudiar”*. Además respondió que prefiere una mezcla de compañía y soledad

En actitudes, al preguntarle sobre los sentimientos o ideas que tiene cuando está solo él respondió: *“bueno, en éste momento, de tranquilidad pero no es porque no la tenga, sino porque has de cuenta, tengo un niño pequeño y él pues siempre está haciendo ruido, está jugando y cosas así ¿no?, entonces hay veces que no puedo estudiar o me llaman cuando estoy estudiando y lo atiando, pues entonces cuando no está, puesto así pues que bueno, como está con su abuelita materna pues me va a dejar descansar hoy. Pero pues es eso, en este momento, como te digo me dedico a trabajar pues si es una ayuda para mí, pero no siempre, no quiero que se vaya siempre, pues también lo extraño”*. Al preguntarle si en algún momento le ha incomodado estar solo, él dijo: *“Pues sí, cuando estaba en (...) cuando estaba solo, eso sí me incomodó”*

“Que es buena, pero no demasiado tiempo, solo cierto tiempo para que también te conozcas tú, que es lo que puedes llegar a ser sin contar con mucha ayuda, eso es bueno también. Pero también si estas siempre solo siento que no es bueno

Al preguntarle sobre cómo consideraba las relaciones sociales saludables, él dijo *“Que haiga un entendimiento entre las partes, que haiga respeto, igualdad y que se tomen en cuenta las personas entre sí”*.

Al preguntarle al entrevistado estudiante UNAM sobre un posible equilibrio entre la salud física psicológica y social él dijo: *“Pues yo creo que de todo un poco ¿no?, que tengas soledad, que te ayude a ver quien eres tu... que en tu persona tengas un descanso, que trabajes, que tengas actividades satisfechas, creo que debe haber un equilibrio entre todo*

En el tema de equilibrio entre interacción humana y soledad, se considera que el entrevistado estudiante de la UNAM cuenta con relaciones cercanas y también con momentos de soledad los cuales aprovecha, en cuanto a las actitudes reconoce que ambos aspectos son relevantes para él.

Integración

Al preguntarle sobre el por qué considera que es necesario cuidar de su salud, el entrevistado estudiante de la UNAM respondió: *“Pues porque solamente tenemos una vida, solamente tenemos un cuerpo y si no lo cuido y lo deterioro más es que el tiempo lo deteriora, pero si uno no lo cuida más rápido lo acabas ¿no?”*

Al preguntarle si considera que cuida de su salud respondió: *“Digamos que psicológicamente sí, a veces físicamente, por mi trabajo quizás no, por no realizar la actividad física que requiero por trabajar, a veces siento que trabajo demasiado y descanso poco”*

Al preguntarle sobre sus acciones de autocuidado el entrevistado respondió *“aunque tengo acceso a bebidas alcohólicas, aunque tengo en mi casa no las utilizo muy seguidamente ¿no?... trato de no comer alimentos con mucha azúcar y ni grasa, yo creo que eso sería en mi caso”*

Al preguntarle sus motivos para cuidarse él respondió *“Pues mi persona que ... bueno, mi persona y mi hijo que trato de cuidarme por él, por los seres que quiero. Para no caer en una situación de enfermedad por mi descuido, que al final deje mi salud o me muera y los deje ahí, sería eso, mi familia*

Al preguntarle sobre las enfermedades que creía que podía padecer el mencionó que puede ser diabetes y enfermedades del corazón, después el preguntarle si sabe la forma en que se previenen esas enfermedades él dijo: *“pues sí cuidando mi alimentación”*

Se considera que el entrevistado estudiante de la UNAM cuenta con una conciencia discursiva de autocuidado, en el aspecto físico cuida hasta donde le es posible, ya que tiende a subir sus niveles de colesterol y las actividades que realiza no le dejan mucho tiempo para realizar actividad física de manera deportiva, se considera que su actitud es de cuidar el estado de salud que tiene en este momento y el conocimiento es adecuado. En el aspecto psicológico se considera que ha realizado acciones de autocuidado leyendo y realizando actividades que le hacen sentirse bien consigo mismo. En el aspecto social éste entrevistado anteriormente enfrentó una situación de soledad, se considera que actualmente mantiene lazos con su familia y algunos vecinos.

4.2.3 Entrevistada residente Nezahualcóyotl

Femenino de 52 años, en unión libre, instructora de yoga, escolaridad básica (primaria), obtuvo 5 en su puntaje de grado de autocuidado.

Nutrición

En la declaración de la práctica, la entrevistada residente del municipio de Nezahualcóyotl respondió que en la semana anterior a la entrevista consumió verduras 3 veces, frutas en 21 ocasiones, cereales 17 veces, leguminosas en 3 ocasiones, alimentos de origen animal en 11 ocasiones y productos azucarados o grasosos en 4 ocasiones. Su alimentación se consideró moderadamente balanceada según las recomendaciones del plato del bien comer, porque las frutas las consumió las veces consideradas necesarias y el consumo de productos azucarados o grasosos fue bajo.

En las actitudes la entrevistada se siente segura de que tiene una sana alimentación ya que al preguntarle sobre si considera que tiene una alimentación saludable, ella contestó: *“Sí (...) porque sé lo que como, sé lo que como tanto en proteínas y frutas este en cereales, leguminosas, si, si”*, además al preguntarle si considerada que necesitaba una dieta ella contestó que no al preguntarle el por qué ella dijo: *“porque pues gracias a Dios pues estoy sana ... bueno si de alguna manera un poquito mmm las harinas por mi circulación, nada más”*. Ante los riesgos posibles ella dijo que la mala alimentación ella respondió: *“... no teniendo una comida balanceada, porque de hecho sabemos que son 3 comidas fuertes y 2 colaciones y si no las comemos, cuenco en las mañanas por decirse, en la mañana no desayunas nada, eso es una mala alimentación, cuando ya se te paso la hora de la comida y no has comido fruta es una mala alimentación, malos hábitos y de ahí se van generando, desafortunadamente vienen las enfermedades como la gastritis (...) esta la colitis, la gastritis, la baja de potasio, el cansancio”*

Al preguntarle que alimentos evita consumir ella mencionó el refresco, el café, las frituras y los dulces, al preguntarle el por qué, ella dijo: *“los dulces porque son azúcar son malos para, descalcifican, la comida chatarra porque además de que tiene mucha grasa, nos van acumulando mucha grasa saturada, recordemos que son grasas saturadas y polisaturadas, bueno, entonces para que no acumule. Ya cuando pasa uno de 50 años pues tenemos que cuidar más nuestro cuerpecito porque ya no funciona al 100 ¿no? ...”* las características de la sana alimentación para ella son las siguientes: *“son frutas, verdura, carne, pollo... tortilla de maíz, de harina no, pan integral”* mencionó que si conoce el plato del bien comer y la describió enlistando algunos alimentos y mencionó *“en una pirámide donde viene una comida balanceada que tu debes de*

hacer al día". Al preguntarle si se ha informado sobre la sana alimentación ella dijo *"pues cuando estudié naturismo"* y menciona que fue hace 13 años en el DIF.

En el aspecto de nutrición la entrevistada residente de Nezahualcóyotl cuenta con conocimiento que obtuvo de una institución pública aunque fue hace más de 10 años. Se considera que tiene una alimentación balanceada.

Hidratación

En la declaración de la práctica la entrevistada contestó que el día anterior a la entrevista consumió un litro con tres cuartos de agua y que regularmente consume un litro y medio.

En las actitudes ella considera que su consumo de agua es suficiente y menciona que dos litros son necesarios para estar hidratado, al preguntarle los riesgos que conocía de no tomar suficiente agua ella dijo: *"infecciones de vías urinaria, viene la deshidratación en la piel precisamente porque ahorita que hace mucha calor la piel transpira por todos los poros, entonces, las vías urinarias, riñones que son los filtros, esos son las más básicos, los más importantes"*

Al preguntarle por la jarra del bien beber ella respondió *"la he escuchado pero no sé a ciencia cierta si sea por decirte las aguas frescas hechas en casa"*

En el tema de nutrición, la forma en que la entrevistada residente de Nezahualcóyotl explica la sana alimentación hace suponer que tiene una conciencia discursiva ya que al enlistar los alimentos que considera saludables abarca los 5 grupos alimenticios pero al mismo tiempo al explicar los motivos por los que evita consumir sí muestra conocimiento que puede ser de los cursos que ha tomado.

Actividad física

En la declaración de la práctica en la semana anterior a la entrevista hizo 75 minutos de actividad física vigorosa 3 días a la semana y hora y media 7 días a la semana de actividad física moderada por lo que es considerada como activa físicamente. Lo que hace es yoga, bicicleta, básquet, voleibol y brinca la cuerda al preguntarle el por qué lo hace, ella dijo: *"yoga pues porque soy instructora de yoga, porque este siento que es un ejercicio muy completo, inhalar y exhalar es oxigenar mi cuerpo y calmarlo a la vez, bicicleta porque voy por mi hija, voy al mercado es el ir y venir un poquito más rápido, además de que me activo es un ejercicio completo, brincar la cuerda"*

pues de alguna manera también para el corazón y jugar basquetbol es porque me gusta además de que es un ejercicio completo para el cuerpo: brazos, bíceps, todo, todo.” . Al preguntarle si se instruyó para ser maestra de yoga ella dijo: *“Como tomar clases, no. Estuve 10 años como alumna y de ahí pues de alguna manera me capacite con la maestra y me gusta mucho por eso es de que ahora soy instructora”*

En las actitudes ella dijo lo siguiente sobre los obstáculos para hacer actividad física: *“pues primeramente el pensamiento ¿no? Es uno muy importante, si tú piensas que no te sirve o para qué lo haces o tienes flojera ya te estas limitando, en segunda tendrías que tener una discapacidad como para no hacer ejercicio”* y considera que ella personalmente no tiene obstáculos para ejercitarse y aseguró que está satisfecha con la actividad física que realiza.

En cuanto a conocimiento, la entrevistada respondió que se informa de la siguiente manera: *“Pues no, yo casi no me informo, yo lo que hago mucho es visito los lugares cuando hay exposiciones, voy al DIF, voy a, me gusta mucho ir a las competencias que se hacen en el parque Calles, en la alameda, así es como yo me informo y veo y digo está muy bien. Cuando tengo una duda pues me meto a internet, si para qué te miento”*.

La manera en que la entrevistada residente de Nezahualcóyotl se informa es de manera práctica ya que acude a eventos deportivos, también realiza diversas actividades físicas por lo que se considera activa.

Descanso

En la declaración de la práctica la entrevistada de Nezahualcóyotl contestó dormir entre 6 y 7 horas y hacer 35 minutos de actividades sedentarias 5 días a la semana.

En las actitudes, la entrevistada considera que a veces no se siente satisfecha con lo que duerme *“hay veces que, como en donde vivo es un cuarto muy pequeño pues mi esposo está en la computadora, a veces llega muy tarde, se sube y hay que cenar y eso como que ha alterado mi manera de dormir, mi hábito y si la verdad no estoy satisfecha”* ante los riesgos de la falta de sueño ella considera lo siguiente: *“pues viene a inhibir todo mi sistema inmunológico principalmente, viene el dolor de cabeza, viene el cansancio porque ya no rinde uno...”*

En cuanto a conocimiento la entrevistada señaló que para un descanso satisfactorio se necesita dormir 8 horas y descanso entre comidas.

En cuanto al equilibrio entre actividad física y reposo, la entrevistada dijo: *“Bueno, pues si tienes un buen descanso podrás tener un buen equilibrio y... actividad física, si no hay un buen descanso no se puede (...) cuando el cuerpo no descansa lo necesario, las emociones pues también se afectan”*

Programas preventivos

En la declaración de la práctica la entrevistada residente de Nezahualcóyotl se vacunó una vez en los últimos 12 meses y se hizo 5 pruebas preventivas que son: detección de colesterol, detección de diabetes, detección de hipertensión, la exploración clínica de senos y la prueba de Papanicolaou, todas en servicio particular y de todas estas pruebas en cuatro obtuvo resultados normales en la detección de hipertensión fue ligeramente alta. Además de estas pruebas señaló que en los últimos 5 años también se ha hecho la prueba de laboratorio de 6 elementos, densitometría ósea y respondió que la prueba de los 6 elementos se las hace cada 6 a 8 meses.

En las actitudes al preguntarle sobre los motivos para hacerse las pruebas de manera periódica ella dijo: *“se hace un hábito, uno com, yo como mujer que tengo que hacerme periódicamente para saber que estoy saludable”* ella continua *“a veces llevo una vida muy estresada por lo de mis hijos y recordemos que el colesterol no precisamente o necesariamente se sube, o los triglicéridos por la alimentación o las mal pasadas, también por el estrés...”* también respondió lo siguiente a la pregunta sobre a quién están dirigidas las pruebas: *“Principalmente las hacen para los que padecen ¿no? O sea de hecho todos las debemos de practicar para ver si estamos saludables, pero de hecho las pruebas las practican y las hacen y las dirigen hacia la gente que las padece ¿no? Bueno, yo digo, para mí”*

En cuanto a conocimiento al preguntarle sobre las pruebas preventivas ella dijo: *“son las de la mastografía, la de Papanicolaou, colposcopia, densitometría ósea”* que son las que ha respondido que se hace y respondió que no se ha informado sobre las pruebas que necesita pero considera que es en el centro de salud y contó una anécdota en la cual no le quisieron hacer una prueba de glucosa, en otras formas de detección oportuna ella respondió: *“Pues explorándonos, haciéndonos los estudios, haciendo deporte, es como podemos detectar porque también haciendo*

ejercicio se mareo uno y se cae, es como nos damos cuenta que tenemos algo en nuestro cuerpo que no nos habíamos percatado”.

La entrevistada residente de Nezahualcóyotl dijo no haberse informado sobre las pruebas que necesita, pero se realizó distintas pruebas que dijo hacerse periódicamente, su actitud es de riesgo ante alguna enfermedad por la situación de estrés emocional por el cual está pasando.

Proyección personal y autoestima

En la declaración de la práctica la entrevistada residente de Nezahualcóyotl se sintió muy bien en los aspectos de salud, aspecto físico, objetos de valor personal, la relación con su familia, su trabajo, su desempeño laboral, la colonia o barrio donde vive, sus oportunidades para ser feliz, consigo misma y en general con su vida; por su parte se siente más o menos bien con el dinero que tiene y con la casa en donde vive. También contestó estar satisfecha en la silueta corporal en la que se ubica. Para ella las cosas que le hacen sentirse bien son: *“Que las cosas me salgan bien como tener mi familia unida, estar satisfecha con mi trabajo, quererme yo misma, quererme y respetarme yo misma”* y lo que le han causado tristeza es: *“tristeza y dolor, que mis hijos estén en la cárcel (...) yo creo que es lo que más me ha marcado”.*

En las actitudes ella considera lo siguiente sobre la depresión: *“a tuve sí, la tuve, ahorita no, yo considero que he tenido otros elementos, he, tengo otras herramientas como para este, no caer tan fácilmente en la depresión”.*

En cuanto al conocimiento la entrevistada no se ha informado en temas de salud mental pero sí se ha tratado psicológicamente hace varios años. Para ella la autoestima es lo siguiente *“la autoestima es, tener este, sentirme bien conmigo misma, tener mi ánimo al cien, a lo mejor no al cien pero sí al 80%, tener muchas ganas de vivir, entusiasmo, esa vivacidad”*, y para ella las emociones afectan la salud de la siguiente manera: *“pues viene a limitar, para empezar al corazón. La tristeza viene y el órgano del corazón viene a sentirse triste. De ahí recordemos que la sede del cuerpo es el estómago, todo cae al estómago, de ahí todo se lleva a los órganos que es el hígado, el corazón. Teniendo tristeza, o sea tú te apagas y empiezas a tener factores de riesgo en, en la depresión pues precisamente y eso nos lleva a todo hasta la muerte”.*

En el tema de autoestima y proyección personal, la entrevistada residente de Nezahualcóyotl no se ha informado en instituciones de salud, más bien sigue la cosmovisión del yoga sobre la mente

y también en su experiencia de vida, por esto ella considera que no puede sufrir depresión ya que considera que tiene más elementos para poder evitarlo, realiza actividades que le gustan para sentirse bien con ella misma.

Actividades de riesgo o adicción

En la declaración de la práctica la entrevistada residente de Nezahualcóyotl respondió no haberse emborrachado, no ha fumado, no ha consumido mota o hierba, no ha inhalado mona, no ha consumido alucinógenos, no ha consumido éxtasis, tachas o cristal, no ha tenido armas. Los riesgos que si ha enfrentado es que ha bebido bebidas alcohólicas.

En actitudes ella considera que las sustancias adictivas son bastante peligrosas *“Huy pues muy peligrosas, el alcohol, pues son adicciones que son progresivas y mortales, para mi”* en los riesgos relacionados a las adicciones ella menciona los siguientes: *“pues el cigarro el cáncer, el alcoholismo, pues el hígado, la cirrosis, los otros inhalantes pues básicamente el cerebro”* además considera que es fácil conseguir drogas, lo difícil según ella sería tener el dinero para poder comprarlas.

En cuanto al conocimiento la entrevistada considera que las personas consumen sustancias adictivas, en sus propias palabras: *“Pues depende, cada quien tiene su propia razón, cada quien sabe por qué lo hace, porque al fin y al cabo son enfermedades yo creo que cada quien tiene su por qué en su vida para hacerlo”* Ella asegura que se ha informado de la siguiente manera sobre estos temas de adicción: *“si, he ido varias veces a las pláticas de alcohólicos anónimos, aunque yo no sea precisamente alcohólica, por mi hijo el grande empecé a ir y ahí mismo las pláticas de lo que es el cigarro, lo que eran los enervantes que daño hace, (...) también he ido a los neuróticos anónimos, ahí es en esos lugares donde me informo”*

En el tema de riesgos a la salud por adicciones la entrevistada residente de Nezahualcóyotl sólo ha consumido alcohol y en poca cantidad ya que ella sí considera a las sustancias adictivas como muy peligrosas y dice haberse informado en grupos como alcohólicos anónimos y neuróticos anónimos.

Riesgos a la salud sexual

En la declaración de la práctica la entrevistada de Nezahualcóyotl respondió que sí ha tenido relaciones sexuales y que no ha hecho nada para embarazarse o evitar contagios de enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a conocimiento las maneras de evitar un embarazo no deseado para ella son: *“pues hoy en día hay muchos, hay condones, hay inyecciones, hay pastillas”* y respondió que no se ha informado sobre temas de sexualidad.

Violencia

En la encuesta la entrevistada señaló sentirse segura en su casa y en su trabajo, ella se siente insegura en el mercado, en el centro comercial, en el transporte público o en el parque o centro recreativo. También respondió que no le han dañado o escondido intencionalmente algún objeto, no han lastimado su cuerpo, no la han robado con o sin violencia, no le han intimidado, no la han extorsionado y no la han chantajeado y considera que no es seguro vivir en su municipio.

En las actitudes, considera que no ha sufrido agresiones por las siguientes razones: *“Porque mis pensamientos son positivos, el pensar negativo lo acarrea uno mismo, entonces yo pienso positivo y no, no tengo porque, fuera de mi mente, fuera de mi cuerpo y fuera de mi experiencia lo que no quiero que pase, no lo pienso”* para ella la violencia se puede prevenir con el diálogo, así lo describe: *“Pues mira en mi casa el diálogo es muy importante yo que no todo es dulzura en los hogares. En mi hogar precisamente he pues también hay altas y bajas pero siempre el diálogo es para mí muy importante, aclararlo, llevarlo, exponerlo en mi casa”* Además asegura que la violencia no se puede justificar.

En cuanto a conocimiento, para la entrevistada se describe la violencia de la siguiente manera: *“La violencia, sobre todo en las familias es, este los golpes, es física y verbal. Eso es violencia que se vive desafortunadamente día a día, momento a momento pero sobre todo la violencia en los niños, eso es para mí violencia, que sea injusta con ellos”* y para ella existen las personas violencia por los siguientes motivos: *“Porque muchas veces desde pequeños fueron hijos golpeados, fueron, sus padres fueron golpeadores y a veces lo que vemos en casa vamos siendo prototipos”*. La entrevistada no se ha informado sobre la violencia pero dice que la sufrió de niña y en caso de ser agredida dice que levantaría un acta a la delegación.

En el tema de violencia la entrevistada residente de Nezahualcóyotl continua con la cosmovisión del yoga ya que cree que si no lo piensa no le va a suceder, no se considera violenta y considera que el diálogo es una forma de prevenir la violencia.

Cohesión social

En la declaración de la práctica la entrevistada de Nezahualcóyotl respondió que habla con su pareja de sus sentimientos, de su pareja, sexo, cine o televisión, sus proyectos o planes y sus problemas. También habló de temas como sus sentimientos, su pareja, su familia, cine o televisión, proyectos o planes y sus problemas con otros familiares y también habló de sexo con amigos.

Las actividades que realiza con su pareja son: ir al cine o teatro, ver televisión, salir de vacaciones y pasear. Actividades como ir al templo o iglesia, salir de vacaciones o pasear la realiza con otros familiares, actividades como ver televisión, hacer o jugar algún deporte y hablar por teléfono o mensajear las realiza con amigos, la actividad que realiza en soledad es ir de compras.

Para la entrevistada las personas más importantes son su hermano, su esposo y sus hijos, con cada uno de ellos convive de la siguiente manera: *“Con mi esposo y mi hija, sin dormir, yo creo que como unas 8 o 10 horas (...) con mi hermano [nombre] puedo frecuentar, tres, cuatro horas, hasta cinco horas los domingos (...) mi hija está en Veracruz, ella sólo por teléfono, le hablo y podríamos dedicar hasta una hora platicando. Con mis hijos en el reclusorio convivo cuatro horas cada 15 días”* ella considera que el tiempo que está con sus hijos no es suficiente para mantener los lazos de afecto.

La entrevistada de Nezahualcóyotl respondió que en su colonia o barrio se reúnen muy frecuente para convivir en un área común, se reúnen frecuentemente para organizar fiestas, poco frecuentemente para eventos religiosos y solicitar servicios al municipio y nunca se reúnen para solucionar problemas de servicios públicos o de seguridad en la colonia.

La entrevistada respondió que entre ella y sus vecinos muy frecuentemente se identifican físicamente y se saludan cada vez que se encuentran y respondió que nunca se detienen a platicar, o cantarse sus problemas o visitarse en sus respectivas casas.

Para ella le gusta el lugar donde vive, dice lo siguiente: *“pues porque de alguna manera ya conozco la colonia, este conozco a la gente, donde yo vivo siento que hay muchas áreas verdes, ya tenemos la posibilidad de Centros de Salud, tenemos DIF, tenemos, tenemos parques recreativos, tenemos alberca olímpica, tenemos, ahora ya tenemos las líneas para las bicicletas, sí, me encanta todo”*. Además considera que ya no hay ninguna colonia segura y se siente cercana a sus vecinos *“pues yo creo que estoy muy cercana al lado de que yo salgo todos los días, saludo a toda la gente aunque no sepa ni como se llama, buenos días, buenos días, muy buena relación”*.

En el tema de cohesión social la entrevistada residente de Nezahualcóyotl tiene una relación cercana con su esposo y su hija pequeña, pero hay un distanciamiento con su hija mayor ya que vive en Veracruz y con sus hijos que se encuentran en el reclusorio. Con los vecinos tiene una relación no muy cercana pero cordial.

Soledad

La entrevistada de Nezahualcóyotl respondió que entre semana pasa hora y media para realizar actividades personales o porque le guste y en los fines de semana 30 minutos.

Las actividades que realiza cuando está sola son, en sus propias palabras: *“cuando yo estoy sola... pinto, canto, bailo, hago mi quehacer, hago de comer, este tejo, bordo, me gusta mucho la creatividad para llenar esos momentos de, cuando estoy sola, pero no caer en depresión, o sea eso me llena, es una paz interior rica”* al preguntarle sobre los sentimientos, emociones o ideas que le provoca la soledad, ella respondió *“Pues a veces si me llega de repente la melancolía porque pienso en mis hijos, como te decía, esa es la situación más fuerte que yo vivo hasta hoy en día pero tanto como para caer en depresión no, pienso en ellos, en mi hija que vive en Veracruz tan lejos, pienso que ...pues ... ¿Qué te puedo decir? También a veces son cosas positivas como – ahorita voy a hacer esto, mejor mañana, si dios me presta vida voy a hacer el otro – empiezo a tener metas pequeñas, eso es lo que hago cuando estoy sola, meditar un poco”*.

La entrevistada residente de Nezahualcóyotl prefiere estar acompañada ya que dice que le incomoda estar sola ya que no le gusta, para ella la soledad es: *“cuando uno se aleja de todo, no quiere saber uno de nada ni de nadie, cuando sientes esa tristeza, cuando hay un tanto de depresión, cuando sientes que nadie te puede ayudar en la situación en que te encuentras por un momento, que es fuerte, para mí eso es la soledad”*. Se reformuló la pregunta del equilibrio entre

soledad e interacción humana para que la entrevistada pudiera contestar y a pesar de que siente a la soledad ligada a sentimientos de tristeza, ella la considera necesaria *“pues la soledad a veces es necesaria como para meditar, como para encontrarse con uno mismo, son buenos momentos a veces estar solo, para mí. Pero no tanto”*.

Integración

Al preguntarle los motivos por los cuales se cuida la entrevistada residente de Nezahualcóyotl respondió: *“para tener una mejor calidad de vida”* al preguntarle sus acciones de autocuidado, ella respondió *“pues trato de tener una mejor alimentación, hago deporte, me quiero, me cuido, me abrazo, me apapacho, me procuro, me amo ¿qué más te puedo decir? Trato de dormir lo necesario, me cuido mi persona higiénicamente”*

Para la entrevistada de Nezahualcóyotl su motivación para cuidarse es: *“mi familia, primero yo y luego mi familia. Si yo estoy bien emocionalmente, puedo amar a los demás y dar, si no estoy bien no puedo brindar nada a los demás, eso es para mí, quererme, amarme y querer a los demás, amarlos y respetarlos*

4.2.4 Entrevistado residente de Nezahualcóyotl

Masculino de 58 años, casado, comerciante, escolaridad básica (primaria), obtuvo 3 en su puntaje de grado de autocuidado

Nutrición

El entrevistado de Nezahualcóyotl, la semana anterior a la entrevista, respondió haber consumido 3 veces verdura, 9 veces fruta, 21 veces cereal, 3 vez leguminosas, 10 veces productos de origen animal y 3 veces productos grasos o azucarados. Su alimentación fue considerada poco balanceada ya que no cuenta con los consumos necesarios por semana, también tiene un escaso consumo productos azucarados o grasos.

En actitudes, al preguntarle sobre lo que consideraba bueno de su alimentación, él contestó: *“es la verdura, la calabacita, zanahoria, lechuga todo eso es que contiene”* además respondió que no consume carne y que se considera vegetariano, también respondió que ayuda en la elaboración de la comida en la mitad de las ocasiones. Con respecto sobre una dieta, él respondió: *“Sí, (...) a veces uno cree que va bien pero a veces debe de tener una dieta, apearse a que a veces, la mayor*

parte a ninguno nos gusta la dieta ¿verdad? Sin saber, como se llama, debemos de apegarnos a dieta ya que ayuda bastante igual que cualquier clase de dieta". Para este entrevistado el comer carne no lo considera saludable, él lo dice de la siguiente manera: "pues a veces cree uno que me estoy alimentando comiendo cosas como carne pero no es por ahí, no. Esa es también una mala alimentación, para mí sigo sosteniéndome y no hay como la verdura. Esa es una buena alimentación para mí."

En conocimiento el entrevistado niega conocer o saber del plato del bien comer, pero ha leído otras fuentes: *"Al encontrarme una revista nutritiva, o sea de jugos, la revista que tiene este, el doctos Abel Cruz que es una de las, mis respetos para él y como se llama, y agarrando esas revistas me comencé a interesar por todo eso ¿Cuántas gentes no tienen para curarse por medio del doctor de medicinas de patente?, como se llama, si algo podemos hacer serían los jugos ya que hace, según hace más de 100 años la gente se curaba con verduras con frutas ¿sí?"*

En la encuesta, las respuestas del entrevistado residente de Nezahualcóyotl nos hicieron suponer que cuenta con una alimentación deficiente y que además no concuerda con el paradigma dominante institucionalizado de nutrición, es decir no se parece a las recomendaciones del plato del bien comer, ya que él se considera vegetariano le hacen falta el consumo de grupos alimenticios especialmente los de origen animal. La fuente que ha consultado ha sido sobre jugos naturistas de Abel Cruz quien es bastante conocido en temas naturistas ya que cuenta con varias publicaciones y la tienda Bionatura.

Hidratación

El entrevistado respondió que el día anterior consumió un vaso de agua, pero que regularmente consume de un litro en adelante.

En actitudes, al preguntarle si está satisfecho con el agua que consume, respondió lo siguiente: *"Porque soy consciente que debe ser mínimo, mínimo la persona debe tomar mínimo dos litro de agua por día mínimo, hasta tres"* En los riesgos de no consumir el agua suficiente, él respondió: *"...para mí, si no tomamos agua no aguantamos, podemos aguantar tres, cuatro, cinco días sin comer, pero un día sin agua, porque el cuerpo se mantiene de agua, la mayor parte que tenemos somos agua."*

En cuanto a conocimiento respondió que no conoce o sabe sobre la jarra del bien beber.

En el tema de hidratación, el entrevistado entiende la importancia de estar hidratado y de beber agua simple, aunque en lo que explica no se logró apreciar que tenga una fuente clara.

Actividad física

Éste entrevistado de Nezahualcóyotl, la semana anterior a la entrevista no realizó la actividad física vigorosa o moderada mínima recomendada por lo que es considerado inactivo físicamente. En la segunda entrevista, este entrevistado explicó que sus actividades físicas se limitaron por una operación de hace 10 o 15 años, pero que realiza ejercicios en cama, él lo explica de la siguiente manera: *“Empiezo con el ligero movimiento de mis dedos [realizo el movimiento] porque ella [Se refiere a alguien que le dio rehabilitación] así me empezó, desde la primera vez, los movimientos de los dedos y luego así [movimiento diferente] así y así para que todo esto los, como se llama, se vayan calentando, lo mismo y empiezo esto así, son 24 vamos, pero si hay unos de las 24 formas de hacer los ejercicios que si me debilitan.”* Él continúa *“Pues ahorita no debe pasar de una media hora, cuando le digo, les hago pero todos los ejercicios los hago acostado en la cama así tirado, ya el último ya el número 24 si debo pararme agarrado del ropero y levantando así el pie y luego así al revés, es el último que hago, ya así para, pero todos son acostados.”*

En actitudes reconoce la importancia de la actividad física: *“Pues ... yo creo que cualquier hasta que un carro si no lo movemos ¿qué es lo que pasa? Se pegan, así los huesos cuando quiéramos caminar, al primer paso [palmada]. Aunque sea poquito, que 20 minutos, 10 minutos de aquí a la esquina, que no quiero ir al mercado pues de aquí a la esquina me voy unas 5 o 6 veces, pero siempre, diario, diario, diario para estar mejor.”*

En cuanto a conocimiento, el entrevistado mencionó que antes de su operación en la rodilla acudió con una doctora que fue quien le enseñó los ejercicios que realiza *“Puede ser que sea esa Doctora que me dijo – si se quiere sentir bien diario pues lo va a tener que hacer diario – nada más para su edad hay que si antes, cuando tenía 30 años corría una hora, trate de correr una hora ahorita y del infarto no se salva. Debe de ser conforme a la edad que tiene la persona”*.

En el tema de actividad física el entrevistado residente de Nezahualcóyotl reconoce que es importante pero tiene una limitante después de una operación en la rodilla a pesar de esto, él realiza ejercicios que le fueron recomendados para la rehabilitación de su rodilla y camina.

Descanso

El entrevistado mencionó que duerme 8 horas. En actitudes él mencionó lo siguiente: *“Anteriormente se decía que son 24 horas que tiene el día y la noche ¿verdad? Que 8 horas son para trabajar, 8 horas para descansar, 8 horas para dormir y la persona está feliz”*. También contestó que está satisfecho con el tiempo que descansa y él considera que la falta de sueño puede generar enfermedades ligadas a los nervios.

En cuanto a conocimiento sostiene que son necesarias 8 horas de sueño como lo mencionó.

En el tema de descanso el entrevistado residente de Nezahualcóyotl cuenta con ideas que le decían las personas, esto no significa que este mal, al contrario, él duerme las horas necesarias.

Programas preventivos

En los 12 meses anteriores a la entrevista, éste entrevistado se vacunó 2 veces y se hizo la prueba de sobrepeso u obesidad, de la cual tiene un resultado normal.

En actitudes el respondió lo siguiente en la pregunta de la función de las pruebas preventivas: *“Pues primero para estar bien ¿verdad? Como se llama ya que la mayor parte le ponemos muy poco interés a nuestro cuerpo. Creemos que estamos bien pero algo nos falta, por fuera pues se mira bien, tiene una mancha un grano, pues miramos el grano pero por dentro nuestro organismo está de la patada. Entre más estudios nos hagamos para estar enterados cómo estamos por dentro, solo, solamente en los estudios sale como estamos del estómago, que, cómo está. Cuantas veces no pues que yo me siento bien y voy a que me hagan los, me hacen, porque tenemos temor a dos clases de enfermedad que es la diabetes o que me vayan a descubrir que tengo cáncer, pero el cáncer no se siente...”*.

En cuanto a conocimiento respondió que de acuerdo a su edad y sexo, él necesita la prueba de la próstata, al preguntarle si sabe en donde puede informarse, él respondió lo siguiente: *“Pues ahorita me dieron unas como se llama ahí, para que me hiciera las pruebas pero como no le puse mucho interés, más bien le pasé el sobre a una persona que le pueda servir, pero próximamente me voy a enfocar sobre de eso porque sí me preocupa.”*

En el tema de conocimiento de pruebas preventivas el entrevistado residente de Nezahualcóyotl solo respondió conocer la prueba de próstata, también hay que tomar en cuenta que se informa mediante propagandas de laboratorios.

Riesgos a la Salud sexual

El entrevistado de Nezahualcóyotl negó conocer o usar métodos de planificación familiar o prevención de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, también negó haberse informado en temas de sexualidad.

También respondió que actualmente no usa métodos de planificación familiar y que anteriormente tampoco los usó.

Proyección personal y Autoestima

El entrevistado residente de Nezahualcóyotl respondió sentirse muy bien con el dinero que tiene para comprar lo que le gusta, con su trabajo, con su desempeño laboral, con la casa en donde vive, con la colonia o barrio donde vive, con sus oportunidades para ser feliz, consigo mismo y en general está satisfecho con su vida. También respondió sentirse más o menos bien con su salud, con su aspecto físico y con sus objetos de valor personal.

El entrevistado, en la semana anterior a la entrevista, rara vez o nunca le costó trabajo concentrarse, o le pareció que todo fuera un esfuerzo o sintió que no pudiera quitarse la tristeza de encima, pocas veces no durmió bien y pocas veces se sintió triste o deprimido. También contestó que se considera una persona valiosa.

En cuanto a actitudes y conocimiento, es poca la información que proporcionó el entrevistado, él dijo: *“No, es que a veces no encuentro así para contestarle como debe de ser”*. Aunque respondió que sí afectan el sentimiento en las actividades y que se puede aumentar el autoestima, no supo describir cómo aunque se reformuló la pregunta.

En el tema de proyección personal y autoestima el entrevistado residente de Nezahualcóyotl se considera que no tiene depresión y que está satisfecho con su vida, pero no se ha informado y no es capaz de describir las actitudes o ideas sobre este tema.

Riesgos por adicción

El entrevistado respondió que no ha bebido hasta emborracharse, que no ha fumado tabaco, que no ha consumido mota o hierba, que no ha inhalado mona, que no ha consumido algún tipo de alucinógeno, que no ha consumido anfetaminas o cocaína.

El entrevistado dijo: *“Para mí el mayor problema es el tabaco, para mí fue más difícil dejar de fumar que dejar de tomar. El alcohol podía pasar dos o tres semanas y no tomaba, pero el cigarro sí era diario. Para mí, de ahí me vino lo de la tos... como se llama... los bronquios”* también relató que le sucedió un problema con la respiración al toser, pero no dijo algún diagnóstico, por esta razón dejó de fumar hace 5 años concluyo *“necesita uno esas pruebas para cuidarse”* también explicó que para él, fumar y tomar bebidas alcohólicas es muy peligroso.

Al preguntarle sobre las sustancias que pueden generar adicción, respondió *“la mariguana, todo lo que hay orita a estos años ¿verdad? En mis años nada más era la marihuan, que la piedra, que esto, que el otro. Todo, tratándose de droga, todo es dañino”*. El entrevistado explicó que como él nunca ha consumido tales sustancias, no conoce sus efectos pero cree que son muy adictivas y causar problemas en el embarazo. Por último dijo que las drogas son muy fáciles de conseguir.

Violencia

El entrevistado, en términos de delincuencia, se siente seguro en su casa y su trabajo, pero se siente inseguro en la calle, el mercado, el centro comercial, el transporte público y el parque o centro recreativo.

También contestó que no se han burlado del él o puesto apodos hirientes, no le han dañado o escondido intencionalmente sus objetos, no han lastimado su cuerpo y no lo han chantajeado. Él también respondió que ha sufrido robo con y sin violencia, que lo han intimidado y que lo han extorsionado, además considera que vivir en su municipio no es seguro.

En cuestión de violencia, explicó que a lo largo de su vida sí ha sufrido algunas situaciones violentas, aunque trata de no verlas de esa manera, él dice que para evitar ser agredido importa el carácter: *“Ser tranquilo así como soy yo. A todo le busco como se llama, bueno.”*

En conocimiento, al preguntarle lo que es violencia para él, respondió lo siguiente: *“Pues es un problema social si usted gusta, como, porque violencia se origina de cualquier ángulo como se*

llama, violencia familiar, violencia en el trabajo, violencia en tantas cosas porque no acepto las cosas que trato de originar y alterarse uno rápido se violenta uno, porque no es como, es distinta como yo, y porque la persona no hace como yo digo, te violento, trato de agredirlo hasta en la muerte. Matar no debe ser así, hay que ver si la persona es como estoy violentando yo, tal vez tenga ella la razón y yo esté en un error por no escuchar. Antes de violentar debo de tener paciencia, escuchar a la persona porque si no. Violenta ella y violento yo ¿qué se origina? Hacernos daño los dos” Para él las características de una persona violenta son las siguientes: *“se empiezan a enojar, la alteración, empiezan a pegar y ahí termina todo”*.

En el tema de violencia, el entrevistado residente de Nezahualcóyotl reconoce que ha sufrido situaciones de violencia pero prefiere evitar los malos pensamientos y conflictos, esto es lo que él considera que le ayuda a evitar más conflictos.

Cohesión social

En los temas de plática el entrevistado respondió que habla de política, de su familia, de cine y televisión, de sus proyectos o planes, de los principales problemas del país con personas no familiares que incluyen a vecinos y amigos, sobre religión habla con todos, sobre sus sentimientos habla con su pareja y de sus problemas no habla con nadie.

Las actividades que hace con su pareja es ir a la iglesia, ir de compras y pasear, las actividades, ver televisión, actividades como hablar por teléfono, ir al cine o teatro, salir de vacaciones, mensaje o chat respondió que no las hace y el hacer algún ejercicio lo hace solo.

También respondió que en su colonia o barrio se llegan a reunir poco frecuente para eventos religiosos, organizar fiestas, solicitar servicios a la delegación o municipio o convivir casualmente, y nunca se reúnen para solucionar problemas de servicios públicos u organizar la seguridad. También entre él, los integrantes de su hogar y sus vecinos se identifican y se saludan poco frecuentemente cada vez que se encuentran y nunca se detienen a platicar o se cuentan sus problemas.

Al preguntarle si le gusta el lugar en donde vive, el respondió: *“A mí sí, tengo 50 años, ahora en el 2018 cumpla 51 años y en esta calle, no he cambiado porque siempre me la he llevado, claro en mi casa, en mi trabajo en plan amigos, el periodismo, nada más eso fue lo que aconteció por malas experiencias de las personas. Di a todos buenos días, buenas tarde sonriendo como estoy ahorita,*

como se llama, nunca le, en 25 años nunca hubo problema, ni les hice daño a las personas que podía hacerles (...) y nunca me he metido en problemas serios y me siento a gusto así como soy” además explicó que no ha tenido problemas fuertes con sus vecinos, solo unos malos entendidos.

Las personas más importantes para el entrevistado son su esposa y sus hijos. Con su esposa convive la mayor parte del tiempo y de sus hijos dijo lo siguiente: *“La verdad si tengo un hijo que tiene 21 años que no lo he visto, mi otra hija, pues... también, también se fue en ese tiempo, una de mis hijas no tiene papeles y está en estados unidos, la otra si tiene papeles, hace como tres años que vino a visitar, si pero el hijo tengo 21 años de no verlo.”* Y respondió que a pesar de que no están cerca, él lo siente muy cercanos.

En el tema de cohesión social, el entrevistado residente de Nezahualcóyotl tienen una relación muy cercana con su esposa, con sus hijos hay un distanciamiento ya que todos han emigrado y de uno no sabe donde está, con sus vecinos tiene una relación de respeto ya que no se reúnen muy seguido y no han tenido peleas solo malos entendidos.

Soledad

De la soledad el entrevistado de Nezahualcóyotl opina lo siguiente: *“la soledad je je, a veces estamos entre... entre un montón de gente y nos sentimos solos. Debemos de expresar nuestros sentimientos para que y cuando alguien me opina o me da la razón y de también de mi soledad puedo aplicar de los demás de no sentirme solo, opinar hablar”*. Al preguntarle lo que hace cuando está solo él respondió: *“No más que pedirle a él, eso lo hago, dirigirme a él, para mí es mi padre, es mi todo”* también contestó que le gusta más estar en compañía y platicar, y que anteriormente le incomodaba estar solo.

En el tema de soledad el entrevistado residente de Nezahualcóyotl mencionó que suele estar solo 3 horas al día entre semana y 2 horas en fines de semana porque le gusta o para hacer actividades personales, también dijo que cuando está solo suele orar. También hay que mencionar que la pregunta sobre el equilibrio entre soledad e interacción humana no contestó nada aunque fue reformulada la pregunta.

Integración

El entrevistado residente de Nezahualcóyotl considera que un motivo para no asistir al médico es por miedo al diagnóstico y que es necesario cuidar de la salud, para él sus acciones de autocuidado son los ejercicios que realiza y el cuidado en la alimentación que tiene. Al preguntar los motivos por los que cuida de su salud, él dijo: *“Será que todavía quiero vivir, tal vez eso me motiva porque tengo la esperanza de ver a mi hijo.*

Además el entrevistado dijo que esperaba hacerse estudios para conocer su estado de salud, al preguntarle los motivos de por qué no se los ha podido realizar, él dijo: *“Porque tal vez económicamente ahorita andamos bajos y para pues hay que estar a prevenidos. Pero estoy en un momento a otro ir a hacerme ese chequeo para salir ya de dudas, saber. Pero no basta con hacerse el chequeo hay que ponerse el tratamiento.*

El entrevistado residente de Nezahualcóyotl cuida de su salud por medio del ejercicio y la alimentación, él se informó con la persona quien le dio rehabilitación y por medio de revistas.

4.2.5 Discusión de los resultados de las entrevistas de la segunda etapa

El autocuidado es una actividad aprendida mediante la información que tenemos de nuestro entorno y experiencias de vida. Lo que sabemos de cómo cuidarnos puede depender de las personas cercanas a nosotros, como en el caso de la entrevistada UNAM en el tema de riesgos a la salud por adicciones, pero también puede depender de las experiencias que enfrentemos en la vida y de los problemas de salud.

La entrevistada estudiante de la UNAM, dentro de los entrevistados de la segunda etapa, es la que cuenta con un mayor nivel en la conciencia de autocuidado, el conocimiento que ha obtenido ha sido producto de las situaciones de riesgo que ha afrontado: el alcoholismo de su ex esposo, su enfermedad (artritis) y la posibilidad de sufrir demencia, su divorcio son las que se pudieron observar con la entrevista. Ante estas posibilidades la entrevistada UNAM se ha informado principalmente con personal calificado y en pocos temas con rumores. Con base en este hallazgo, consideramos que, el registro del propio ser de esta entrevistada, como agente de selección de la información, ha acumulado una importante cantidad de conocimientos y por la inteligencia predictiva ha atendido los posibles peligros a los que se enfrentaría si no cuida de sí misma, por lo

que realiza acciones para evitar dichos peligros (actividad física, cuida su alimentación y relaciones sociales).

Se considera que la conciencia del autocuidado en salud de esta entrevistada es, en general, discursiva ya que explica la información que tiene, sus acciones e intenciones de autocuidado. Se considera, también, que su grado de estudios ha ayudado a que la entrevistada tenga una claridad y coherencia en su discurso, esto se nota principalmente en los aspectos sociales donde demostró amplio conocimiento y entendimiento de las situaciones en las que se encuentra.

Por su parte el entrevistado estudiante de la UNAM los riesgos que enfrenta son: los niveles de colesterol alto, la muerte y la violencia. Él se ha informado por diversos medios, ya sea por internet, revistas, propaganda, folletos, libros e incluso de manera práctica, en la categoría analítica del propio ser de éste entrevistado se nota una selección adecuada de conocimiento, aunque el entrevistado no cuenta con las condiciones para realizar las actividades de autocuidado necesarias ya que tiene dos trabajos y poco tiempo para realizar actividades como deporte, convivencia familiar y descanso.

Se considera que la conciencia de autocuidado en salud del entrevistado estudiante de la UNAM es mayormente discursiva y práctica en pocos aspectos como en el tema de riesgos a la salud por adicciones. Al momento de la entrevista él cursaba el 3er semestre por lo que se considera que se puede desarrollar aún más su capacidad discursiva.

La entrevistada residente de Nezahualcóyotl es la entrevistada de la segunda etapa que se considera con menor riesgos observados en la entrevista, ya que solo en el aspecto psicológico, en especial el aspecto de la tristeza es considerado un riesgo, pero es por este aspecto por el que cuida del resto de su salud, consideramos que cuenta con un exceso de información sobre riesgos a los que sí está expuesta, pero en menor probabilidad. Las actividades de autocuidado de esta entrevistada son variadas tomando en cuenta el cuidado en la alimentación, la actividad física, el uso de pruebas de laboratorio.

Se considera que la conciencia de autocuidado en salud de la entrevistada residente de Nezahualcóyotl es mayormente discursiva aunque tocando los límites de lo excesivo ya que realiza prácticas de autocuidado con relación a los riesgos potenciales que considera que enfrenta de manera más continua a la recomendada. La postura del conocimiento de esta entrevistada se

encuentra entre una institucionalizada de la salud y una cosmovisión del yoga, ya que cuenta con información de las instituciones de salud como la sana alimentación y al mismo tiempo lo combina con ideas del yoga.

Por último el entrevistado de Nezahualcóyotl enfrenta los riesgos de inactividad física, violencia y soledad. Las situaciones que ha enfrentado de las que ha aprendido ha sido una operación en la rodilla, alcoholismo y violencia. Se considera que el entrevistado no ha obtenido una selección completa de conocimiento de autocuidado ya que en algunos temas el entrevistado no fue capaz de dar alguna declaración.

Se considera que la conciencia de autocuidado del entrevistado residente de Nezahualcóyotl es discursiva en el aspecto de nutrición porque la información que dio es amplia referente al vegetarianismo, también cuenta con una conciencia práctica en aspectos de cohesión social, violencia y riesgos por adicciones. También se considera que por algún motivo no se obtuvo suficiente información en el tema psicológico de autoestima y riesgos a la salud sexual ya que aunque se reformularon las preguntas de estos temas, éste entrevistado no fue capaz de brindar respuesta alguna, puede ser por falta de confianza o inconciencia.

La conciencia de autocuidado en salud en esta investigación es considerada como capacidad de hacer presente el conocimiento registrado en el propio ser obtenido para realizar acciones de autocuidado y en las respuestas de los entrevistados pudo observarse. En el caso de los entrevistados de la segunda etapa fue mayormente discursiva para los entrevistados estudiantes de la UNAM porque fueron capaces de describir las características de conocimiento y actitudes de autocuidado. En el caso de los entrevistados residentes de Nezahualcóyotl está presente la parte discursiva pero no en la totalidad de sus respuestas, en el caso de la entrevistada se puede notar conciencia práctica en el apartado de actividad física, en el caso del entrevistado es más claro ya que al describir las actividades físicas que realiza lo hizo acompañado de los movimientos de dichas actividades.

Se comprobó que los riesgos, de acuerdo a Beck, influyen en las acciones para evitar daños, esto se puede observar en la entrevistada estudiante de la UNAM ya que ella presenta una enfermedad crónica, como lo es la artritis y ésta entrevistada es capaz de describir las consecuencias que pueden afectar su vida si es que no ejerce su autocuidado. La función de los riesgos cuando se

hacen presentes en la vida de una persona depende de su percepción para que influya en las prácticas de autocuidado, ya que si una persona no percibe el riesgo, por ejemplo sobrepeso u obesidad, no realizará más actividades de autocuidado como lo señala también Landeros (2003).

Las diferencias se pueden apreciar, por ejemplo en la entrevistada estudiante de la UNAM que habla de la proyección personal y autoestima, cuando al mencionar los cursos y platicas a los que ha asistido de los que en su mayoría son instituciones públicas a diferencia de la entrevistada residente de Nezahualcóyotl que la información que dio es sobre cómo los sentimientos se van al estómago y de ahí al resto del cuerpo, es decir se trata de la influencia de la cosmovisión del yoga en un aspecto de su vida.

5 Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de esta tesis, en primer lugar, a partir de la revisión de los objetivos, posteriormente, tomando en cuenta las preguntas de investigación y por último, exponemos nuestras conclusiones generales.

5.1 Revisión de objetivos

Objetivo Específico 1: Proponer un marco teórico-conceptual desde una perspectiva sociológica que permita identificar los elementos básicos de la conciencia de autocuidado de la salud, así como analizar el grado en que se presenta esta conciencia.

Esta investigación al combinar conceptos de sociología y enfermería, puede considerarse transdisciplinaria. A continuación, se menciona la utilidad que tuvieron los conceptos de ciencias de la salud para después continuar con los de sociología para el desarrollo de esta investigación.

Comenzando con el concepto de salud de la OMS, se considera que fue funcional para esta investigación porque delimitó tiempo y temas. Si bien se puede decir que la salud es dinámica e histórica, en esta tesis nos enfocamos en abstraer la información en un tiempo delimitado en la actualidad y en temas de salud física, psicológica y social que permitió obtener información concreta y replicable.

La división del concepto de salud en física, psicológica y social ayudó a sistematizar con mayor claridad los temas que serían abordados, y si bien no es una revisión exhaustiva de dichos temas, consideramos que se han abordado los más relevantes para el tema de estudio.

En cuanto al concepto retomado de la teoría de autocuidado de Orem (1993), consideramos que éste fue de utilidad como punto inicial para esta investigación y en general la teoría de Orem sirvió como base para el desarrollo de un nuevo concepto de autocuidado y la propuesta de análisis de las necesidades de autocuidado. El hacer uso de la teoría de Orem y sus conceptos tal como fueron por ella desarrollados, se consideró que restringían la investigación.

Respecto a los conceptos utilizados de la sociología fueron de utilidad para el análisis y la operacionalización de la investigación. De Ulrich Beck (1998) se retomó el concepto de riesgo,

utilizado continuamente para expresar situaciones en las que la persona puede verse afectada de no ejercer el autocuidado.

Los conceptos retomados de Giddens (2003) en esta investigación fueron de utilidad para explicar el mecanismo por el cual se genera la conciencia como proceso y la forma por la cual podemos dar cuenta de ella. La conciencia, usado para expresar los “mecanismo psicológicos de recordación”, guió la delimitación de la investigación ya que la división de conciencia práctica y discursiva contribuyó a separar las técnicas usadas, por una parte se usó la encuesta para conocer las prácticas de autocuidado y por el otro la entrevista a profundidad para indagar en lo que saben y las actitudes que tienen ante los temas usados.

Objetivo específico 2. Examinar las prácticas de autocuidado de la salud a nivel físico, mental y social de personas adultas en grupos sociales diferenciados para distinguir su nivel de salud y, particularmente, identificar a las personas que realizan prácticas para estar sanas.

En este trabajo se ha examinado las características de conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado en salud física, psicológica y social de personas en dos grupos sociales diferenciados para distinguir su conciencia de autocuidado en salud. Cada grupo se desenvuelve diferente en cada aspecto analizado, de manera general la muestra de los estudiantes universitarios (“A”) obtuvieron mejores resultados en la encuesta en los temas de actividad física, violencia y cohesión social, mientras que la de residentes del municipio de Nezahualcóyotl (“B”) obtuvieron mejores resultados en los temas de nutrición, uso de programas preventivos, prevención de riesgos y autoestima. En el tema de proyección personal las mujeres de la muestra “A” y los hombres de la “B” son los que presentan mejores resultados.

Viéndolo en conjunto, los resultados indicaron que los estudiantes de licenciatura entrevistados reportan mejores resultados en la salud social. Por su parte los residentes de Nezahualcóyotl reportaron mejores resultados en la salud psicológica con excepción de la proyección personal, y en la salud física ambas muestras presentan aspectos positivos y negativos.

La selección de entrevistados para la segunda etapa se realizó tomando a aquellas personas con mayores prácticas de autocuidado, si bien el cuestionario no estaba diseñado para discriminar a los que padecieran enfermedades crónicas, y solo hasta la realización de la segunda etapa esto fue evidente. La selección de entrevistados mediante este procedimiento contribuyó a que se hiciera de la manera más objetiva posible, a partir de indicadores replicables y medibles y, de esta manera, entrevistar a quienes tuvieron mayor autocuidado según los ítems incluidos, de acuerdo a su muestra y sexo correspondiente.

En cuanto a la relación entre autocuidado y sexo, se confirma una situación semejante a las conclusiones de Zamora (2000) y Landeros (2003) ya que en general las mujeres en esta investigación presentaron mayores prácticas de autocuidado de acuerdo a la encuesta.

Objetivo específico 3. Examinar el conocimiento y las actitudes hacia el autocuidado de la salud a nivel físico, mental y social de personas adultas consideradas sanas en grupos sociales diferenciados para distinguir su grado de conciencia de autocuidado de la salud a través de la propuesta analítica de tipos ideales de conciencia de autocuidado de la salud.

Los hallazgos obtenidos en las entrevistas a profundidad fueron:

- a) **En cuanto al conocimiento**, que la información que las personas tienen es de relevancia para el autocuidado, pero depende de su posición dentro de la sociedad. Cada entrevistado dio fuentes e ideas que corresponden a las actitudes y conocimiento de su entorno así como a sus experiencias personales.

Recordando que definimos la conciencia del autocuidado en salud como la capacidad de hacer presente conocimiento registrado en el propio ser y con la cual se pueden generar acciones intencionadas para prevenir riesgos, los entrevistados de la muestra "B" mostraron una mayor registro de conocimientos con nociones religiosas o espirituales, mientras que en el caso de los entrevistados de la "A" se observó un mayor registro de conocimientos obtenidos de fuentes institucionales o científicas.

- b) **En cuanto a las actitudes hacia el autocuidado de la salud a nivel físico, mental y social,** encontramos que la noción de riesgo puede verse afectada por el estado de salud.

Como señala Bronfman y otros (1997), las personas acuden usualmente a la atención a la salud cuando ya están enfermos y tratan de evitar un deterioro mayor. De los entrevistados de la segunda etapa dos presentaron algún padecimiento físico y para evitar que agrave lo han atendido con prácticas de autocuidado.

Identificar el origen de su conocimiento y actitudes de autocuidado resulta relevante en la medida en que ofrece una explicación de las prácticas que llevan a cabo. Como se ha hecho mención anteriormente, el autocuidado no es innato, es algo que se va aprendiendo a lo largo de la vida y los entrevistados lo han mostrado, toda vez que cada uno de ellos hizo mención de las fuentes donde obtuvieron este conocimiento, formaron sus opiniones y tomaron decisiones para sus prácticas, en algunos aspectos esto fue más claro que en otros; lo cual nos permite señalar como conclusión se ha confirmado que el autocuidado es una actividad aprendida y que se requiere reflexión de la persona para llevarla a cabo.

Con base en la revisión de los objetivos específicos, a continuación se presentan las conclusiones del:

Objetivo General: Explorar el grado de conciencia del autocuidado de la salud en personas adultas consideradas sanas en dos contextos diferenciados: estudiantes universitarios que residen en la Ciudad de México y personas residentes en una colonia del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, a través de una propuesta analítica de tipos ideales de conciencia de autocuidado de la salud.

A lo largo de esta investigación se ha contrastado la teoría con los datos obtenidos, de esto podemos dar cuenta con los siguientes argumentos:

- Fue posible explorar los grados de conciencia del autocuidado de la salud dado que se pudo observar en los resultados que no todas las personas ejercen el autocuidado de la misma manera. Existen personas que cuidan más de unos aspectos, o de otros, también quien realiza

pocas prácticas de autocuidado y otros las suficientes. Lo anterior nos permite concluir que es factible categorizar a las personas dependiendo de su grado de conciencia de autocuidado.

- En las diferencias halladas se observa que pesa el contexto y las experiencias de vida. En esta investigación, dadas las restricciones de tiempo y recursos disponibles, nos concretamos a estudiar dos contextos bastante diferentes entre sí: estudiantes universitarios y residentes de una colonia del municipio de Nezahualcóyotl. En ambos contextos hallamos personas que realizan varias prácticas de autocuidado y otras que no. Para explorar actitudes y conocimiento, solo entrevistamos a las que refirieron realizar más prácticas. Con base en los resultados de las entrevistas a profundidad realizadas a éstas últimas, pudimos corroborar lo señalado por Graham y Reeder (1998) respecto a que la educación se relaciona íntimamente con la salud, aunque se presenta una consideración: en el nivel educativo no tomamos en cuenta cursos externos o autodidactas, que los entrevistados residentes de Nezahualcóyotl reportaron, y quienes, aunque solo tienen educación primaria formal, no les fue limitante para hacer cursos sobre nutrición o leer de forma autodidacta sobre temas de salud. Por lo cual es importante señalar que encontramos que, para temas de autocuidado de la salud, también resulta conveniente que consideramos otras formas alternativas de educación.
- En cuanto a los tipos ideales propuestos se encontró que fueron útiles para esta investigación si bien tienen sus límites. Fueron útiles para categorizar y describir las diferencias entre el autocuidado de los entrevistados, cada uno de ellos explicó de la manera que pudo la forma en que busca cuidar de su salud y con esto se pudo ubicarlos en los tipos ideales propuestos y de esta manera explicar sus diferencias.
- Los límites observados en parte tienen que ver con la técnica empleada, al realizar las entrevistas se conoció lo que los entrevistados dicen sobre su propia conciencia, esto es, de una manera discursiva, lo que nos hace considerar que tanto la inconciencia como la conciencia práctica, requerirían de otras técnicas de investigación. Otro aspecto relevante es que, como se ha hecho mención con anterioridad, la separación entre conciencia práctica, discursiva e inconciencia no está claramente diferenciada, tiende a ser difusa, y en los resultados de esta investigación sucedió que se cumplieron características de una o varias, de forma mezclada. Se considera que en esta investigación no fueron del todo comprobados,

pero tampoco fueron refutados, por lo que se considera relevante continuar investigando sobre su capacidad explicativa en futuras investigaciones en este tema.

5.2 Recuperación de las preguntas de investigación

Nuestras preguntas de investigación iniciales fueron: ¿por qué existen personas que no se cuidan?, ¿por qué no previenen sus enfermedades?, ¿por qué no toman medidas para mejorar su calidad de vida? A partir de los resultados de esta investigación, se puede responder: no es porque las personas no lo deseen, se debe a otros factores que intervinientes tales como el conocimiento que tengan para enfrentar los riesgos a los que estén expuestos. Reconocemos que las preguntas iniciales fueron demasiado amplias y generales para poder responderlas cabalmente con esta tesis, pero las preguntas delimitadas formuladas posteriormente se presentan a continuación.

1. ¿Puede investigarse el autocuidado desde una perspectiva sociológica?

Esta investigación se ha abordado desde una perspectiva transdisciplinaria, que si bien contiene elementos conceptuales tanto de Enfermería como de Sociología, se ha abordado mayormente desde la Sociología. El investigar el autocuidado desde la perspectiva sociológica ha expuesto un aporte tanto conceptual, teórico y metodológico.

Respondiendo específicamente a la pregunta, claro que puede investigarse el autocuidado desde una perspectiva sociológica, aunque esta investigación sea inicial y éste tema requiera explorarse aún más y con el apoyo de otras ciencias, consideramos que es viable y útil investigar el autocuidado desde una perspectiva sociológica.

2. ¿Es factible analizar la conciencia del autocuidado mediante tipos ideales?

Los tipos ideales elaborados para el análisis de la conciencia del autocuidado fueron útiles para hacer comparaciones entre las personas entrevistadas, aunque son limitadas ya que la diferenciación entre los tipos de conciencia no es claro por lo que consideramos requiere mayor investigación.

3. ¿Se puede medir el autocuidado?

Sí, en ésta investigación en cuanto a prácticas, conocimiento y actitudes, puede que existan otras maneras de medir el autocuidado que no hayamos pensado todavía, pero lo que se ha demostrado en éste trabajo es que se puede medir el autocuidado y es relativo ya que se midió en comparación entre los mismos entrevistados.

4. ¿Hay personas que se autocuidan más que otras?

Ligado a la pregunta anterior si se demostró que se puede medir el autocuidado es porque existen diferencias entre los entrevistados. Consideramos que son varios factores los que hacen que una persona se cuide más que otra, las que hemos analizado aquí han sido el conocimiento, las actitudes y la posición que ocupa la persona en la sociedad y se analizaron algunos aspectos de la salud física psicológica y social, aún con la información limitada que fue obtenida se ha demostrado que sí hay personas que se cuidan más que otras.

5. ¿Qué diferencias muestra el autocuidado en grupos sociales diferenciados?

Los grupos sociales analizados en ésta investigación fueron estudiantes universitarios y residentes del municipio de Nezahualcóyotl, evidentemente existen más grupos que pueden ser comparados, pero el acceso a estos grupos se decidió analizar éstos. Las diferencias encontradas es que los estudiantes universitarios presentaron más prácticas de autocuidado en salud social, mientras que los residentes de Nezahualcóyotl presentaron más prácticas de autocuidado en la salud psicológica, en ambos grupos se encuentra de manera discursiva, aunque los estudiantes universitarios se encuentra más desarrollada.

Otros factores que podrían afectar el ejercicio adecuado del autocuidado son la falta de tiempo o de recursos económicos, y si bien no los revisamos en esta tesis, dado que nos centramos en los aspectos más relevantes de acuerdo con la literatura consultada sobre el tema, tenemos conciencia que pueden tener incidencia en este las prácticas de autocuidado.

5.3 Conclusiones generales

Tomando en cuenta la revisión de objetivos y preguntas de investigación realizadas, se ha llegado a las siguientes conclusiones generales:

- 1) Se documentó que es factible analizar los grados de conciencia de autocuidado en la salud desde una perspectiva sociológica, a partir de la propuesta analítica de las necesidades del autocuidado y su relación con las dimensiones de la salud utilizada en esta tesis.
- 2) Se corroboró que en las diferencias en el grado de conciencia de salud tiene relevancia el contexto, y que dependen del conocimiento sobre salud y experiencias de vida de las personas.
- 3) Se encontró que las características de sexo, educación formal y no formal, así como noción de riesgo influyen en las prácticas de autocuidado de las personas analizadas en este estudio.

Es un hecho que sobre el autocuidado de la salud aún queda mucho por investigar, no obstante, consideramos que un aporte relevante de esta tesis fue retomar las contribuciones teóricas y conceptuales de otra disciplina científica, como lo es la enfermería, y trabajarlas desde una perspectiva sociológica, lo cual puede enriquecer el conocimiento a través del diálogo y la discusión interdisciplinarias.

5.4 Futuras investigaciones

Los resultados obtenidos de esta investigación pueden dar pie a futuras investigaciones, entre las cuales consideramos las siguientes:

Un tema que se puede retomar para futuras investigaciones es la relación entre género y autocuidado. En esta investigación, así como en la de Landeros (2003), se evidenció que las mujeres cuentan con mayores prácticas de autocuidado. No obstante este hallazgo puede revisarse a la luz de lo que señalan autoras como Amuchástegui y Rivas (1996) quienes han reportado en sus investigaciones que las mujeres sujetas de sus estudios se ven limitadas en la libertad sobre sus cuerpos por el machismo, especialmente en la salud sexual. En contraste, los

hombres entrevistados en esta investigación, reportaron menores prácticas de autocuidado, aunque, a partir del supuesto de dominación masculina, podría suponerse que son más libres de cuidar de sí mismos. Ante esto, nos surge la pregunta: ¿las prácticas de autocuidado son influenciadas por la construcción social de género?

Otro nuevo tema de investigación podría ser el que tome en cuenta las dimensiones que pueden formar parte de la conciencia de autocuidado y que no fueron revisadas en esta tesis: ingreso, edad, religión, etnicidad, nivel de desarrollo en la ubicación geográfica, entre las principales.

Consideramos que otro tema de investigación, que podría continuar y ampliar el conocimiento sobre el proceso de construcción de la conciencia de autocuidado, sería el estudio de los cambios en los grados de conciencia de autocuidado que se dan en la infancia o a lo largo de la vida o bien, aquellos que pueden surgir al enfrentarse a una enfermedad crónica y/o grave.

Otra posible línea de investigación es aquella que, en lugar de indagar a las personas con mayores prácticas de autocuidado, lo realice con aquellas que cuenten con menos prácticas, toda vez que se podría contrastar con los hallazgos de esta investigación y aprender más sobre las limitantes que tiene ese perfil de personas para ejercer su autocuidado.

Como comentario final de este trabajo de investigación, expresamos nuestra aspiración de que ésta sea de utilidad para promover y enriquecer posteriores investigaciones que contribuyan a vincular los factores sociales con la investigación en salud, prevención y autocuidado.

Trabajos citados

- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: Edamex-The population council.
- Ardila, R. (2011). ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar? *Revista Académica Colombiana de Ciencias*, 97-103.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Berbiglia, V., & Banfield, B. (2010). Capítulo 14, Teoría del déficit de autocuidado. En A. Marriner, & M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 265-282). Madrid: Elsevier.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 39(5), 442-450.
- Cacho, Y. (28 de 01 de 2016). *www.conacytprensa.mx*. Recuperado el 17 de 08 de 16, de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/5055-trastornos-de-sueno-un-problema-importante-en-mexico>
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza*. Cuernavaca : CRIM-UNAM.
- Castro, R. (2011). Sociología de la salud en México. *Política y sociedad*, 295-312.
- Castro, R., Bronfman, M., & Loya, M. (1991). Embarazo y parto, entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco. *Estudios sociológicos*, 583-606.
- Coe, R. M. (1979). *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza.
- Costa, M., & López, E. (1986). *Salud comunitaria* . Barcelona: Martínez Roca.
- Cuadra, S., Baruch, R., Infante, C., & Granados, J. A. (2015). "Dame una pastilla": los significados del VIH/sida en la práctica del bareback en la ciudad de México e implicaciones para la prevención. *Salud Pública de México*, S113-S118.
- Da Silva, J. (1997). *Autocuidado y calidad de vida de adultos mayores en áreas urbano marginadas de Monterrey*. Nuevo León : Universidad Autónoma de Nuevo León .
- Diario Oficial de la Federación. (15 de 12 de 2017). *Normas Oficiales*. Recuperado el 30 de 03 de 2018, de NOM-048-SSA2-2017: <http://diariooficial.gob.mx/normasOficiales.php?codp=6881&view=si#>
- Doyal, L., & Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona-Madrid: Icaria-Fuhem.

- Evangelista, A., & Limón, F. (2001). Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres jóvenes de una comunidad rural de Chiapas. *Revista Mexicana de Sociología*, 139-165.
- Frenk, J. (1984). La estratificación social en la educación médica mexicana. *Salud Pública de México*, 484-491.
- Giddens, A. (2003). *La constitución de la sociedad*. Buenos Aires : Amorrortu.
- Giddens, A. (2006). *Teoría social hoy*. Madrid: Alianza.
- González, S. (1995). *Las mujeres y la salud*. México: El Colegio de México.
- Graham, S., & Reeder, L. G. (1998). La epidemiología social de las enfermedades crónicas. En H. Feeman, S. Levine, & L. G. Reeder, *Manual de sociología médica* (págs. 107-140). México: Fondo de Cultura Económica - Secretaría de salud.
- Groppa, O. (2004). *Las necesidades humanas y su determinación*. sin ciudad: Instituto Para la Integración del Saber - Universidad católica Argentina.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., y otros. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Gutiérrez, S., Guzmán, L., Ortiz, V., & Sotero, R. (2010). *Nivel de autocuidado en los estudiantes de primer ingreso a la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en México, D.F.* México: UNAM.
- Hekman, S. (1999). *Max Weber, el tipo ideal y la teoría social contemporánea*. México: UAM-Iztapalapa-Mc Graw Hill.
- IMSS. (2017). *imss.go.mx*. Recuperado el 2017 de 08 de 14, de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guias-salud>
- INEGI. (2015). Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia 2014 : diseño muestral. En INEGI, *Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia 2014* (págs. 1-12). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (15 de 07 de 2015). *INEGI e INMUJERES presentan los resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014*. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_2.pdf
- Infante, C. (1990). Utilización de los servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México*, 419-429.

- Infante, C., Leyva, R., Caballero, M., Guerrero, C., Cuadra, S. M., & Bronfman, M. (2004). VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. *Migración y Desarrollo*(3), 45-53.
- Instituto Nacional de Salud Pública . (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*. Cuernavaca : Instituto Nacional de Salud Pública .
- Instituto Nacional de Salud Pública . (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Estado de México*. Cuernavaca : Instituto Nacional de Salud Pública .
- Lamo de Espinoza, E., González, J., & Torres, C. (1994). *La sociología del conocimiento y de la ciencia*. Madrid: Alianza.
- Landeros, E. A. (2003). *Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad*. Nuevo León : Universidad Autónoma de Nuevo León .
- Langer, A., & Tolbert, K. (1996). *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*. México: The population council-EDAMEX.
- Laurell, A. C. (1975). Medicina y capitalismo en México. *Cuadernos políticos*, 80-93.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*, 7-25.
- Lozano, R., Infante, C., Schlaepfer, L., & Frenk, J. (1993). *Desigualdad, Pobreza y salud en México*. México: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El Nacional.
- Mead, G. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós.
- Mead, G. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós.
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjel, C., Blanco, J., Fleiz, C., y otros. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 1-16.
- Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos . En *Desarrollo económico* (págs. 263-296).
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana FONCA.
- Mercado, F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara.
- Norma Oficial Mexicana (Diario oficial). (23 de Febrero de 2017). *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia*

alimentaria. Criterios para brindar orientación. Obtenido de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf

OMS. (2004). *Promoción de la salud mental. Informe compendiado.* Francia: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (24 de Febrero de 2017). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

OMS. (7 de 04 de 2017). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Depresión: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Orem, D. (1966). *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses.* Washington, D. C.: U. S. Department of health, education and welfare.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice.* Michigan: Mosby.

Orem, E. (1993). *Modelo de Orem.* Barcelona : Masson-Salvat.

Organización Mundial de la Salud. (20 de 01 de 2016). *Nota descriptiva No. 311.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Preguntas más frecuentes.* Obtenido de <http://www.who.int: http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Ovalle Fernández, I. (1985). *Necesidades esenciales en México, situaciones y perspectivas al año 2000: 4 Salud.* México: Siglo Veintiuno Editores.

Pareda, M. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica, 10(3), 163-167.*

Parsons, T. (1968). La teoría de la acción. En T. Parsons, *La estructura de la acción social* (págs. 81-116). Madrid.

Portero, G. (2015). DSM 5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense, 96-104.*

Reyes, S. (1994). *Mortalidad materna en México.* México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Rivas, M., & Amuchástegui, A. (1996). *Voces e historias sobre el aborto.* México: The population council- Edamex.

Rodríguez, G., & Keijzer, B. D. (2002). *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos.* México: The population council-Edamex.

- Rosen, G. (1998). La evolución de la medicina social. En H. Freeman, S. Levine, & L. G. Reeder, *Manual de sociología médica* (págs. 45-70). México: Fondo de Cultura Económica - Secretaría de salud.
- Salinas, A., Manrique, B., Acosta, G., Franco, A., Rosas, O., Gutierrez, L. M., y otros. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 279-285.
- Secretaría de Salud. (2008). *Guía técnica para la cartilla nacional de salud*. México: SS, IMSS, ISSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR.
- Senado de la República* . (15 de 12 de 2016). Obtenido de <http://comunicacion.senado.gob.mx/>: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/33424-pide-senado-asignar-recursos-para-encuesta-nacional-de-epidemiologia-psiquiatrica-en-mexico.html>
- Vargas, L. A. (1993). El conocimiento médico en el México prehispánico. En *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Zamora, J. A. (2000). *Estado de salud y autocuidado en adultos expuestos a enfermedad cardiovascular*. Nuevo León : Universidad Autónoma de Nuevo León .

Apéndices

APÉNDICE A: Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
SOCIOLOGÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto de tesis: **La conciencia del autocuidado en salud**

Propósito del Estudio: El objetivo de este proyecto es caracterizar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de autocuidado de personas de dos grupos sociales diferenciados. La información que se obtenga en este estudio coadyuvará a entender los factores que promueven o limitan el autocuidado, el que se encuentra relacionado con la calidad de vida de las personas.

Procedimiento: Tu participación en este proyecto consta de dos etapas:

La primera de ellas consiste en responder un cuestionario de auto-respuesta anónimo, al final de ese cuestionario se solicitan tus datos de contacto para la segunda etapa. Cabe mencionar que los datos del cuestionario, los revisaré únicamente yo y seré el único que los conocerá y podrá vincularlos con la siguiente etapa.

Si aceptas participar en la segunda etapa de este proyecto, por medio de una entrevista te haré algunas preguntas acerca de tu conocimiento y actitudes frente a la nutrición, la actividad física, programas preventivos, autoestima, violencia y cohesión social y otros aspectos relacionados. La duración aproximada de la entrevista es de una hora y media, la cual será grabada únicamente para fines de análisis. La entrevista se realizará conforme se acuerde, en un horario que no afecte a tus actividades y en un lugar que sea cómodo y seguro.

Beneficios: con tu participación estarás compartiendo información valiosa que ayudará a conocer la dinámica del autocuidado que puede fomentar la calidad de vida de las personas.

Confidencialidad: Toda la información que me proporciones para este proyecto será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente para este proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Quedarás identificado(a) con un número y no con tu nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que ningún individuo participante pueda ser identificado.

Riesgos Potenciales/Compensación: Se considera que no existen riesgos potenciales por tu participación en este estudio. Si alguna de las preguntas te hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene(s) el derecho de no responderla. No recibirás ningún pago por participar en el proyecto, y tampoco implicará algún costo para ti.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Estás en plena libertad de negarte a participar o dejar de participar en el mismo en cualquier momento.

Datos de contacto: Si tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, puedes contactarme a la cuenta de correo electrónico: **Ricardo García Rojas** demo16rgr@gmail.com, te responderé en un lapso máximo de una semana.

Mi asesora de tesis es la **Mtra. Gabriela Vázquez Cermeño** a quien puedes consultar sobre tu participación en este proyecto de tesis al correo: gabrielavazquez@politicass.unam.mx, te responderá en un lapso máximo de una semana.

Si aceptas participar en el estudio, te entregaré una copia de este documento que te pido seas tan amable de firmar.

Título de la tesis: La conciencia del autocuidado en salud

Consentimiento de participación en el estudio

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo el procedimiento a seguir y que, en cualquier momento, puedo decidir si dejo de participar en el mismo. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre del participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 1:

Fecha:

Firma: _____

Día / Mes / Año

Nombre Completo del Testigo 2:

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año



APÉNDICE B: Cuestionario de la encuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
SOCIOLOGÍA



Tesis: Conciencia del autocuidado en salud

García Rojas Ricardo

No. Encuesta _____

Fecha _____

Muestra _____

La presente encuesta tiene como objetivo conocer hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad. Toda la información obtenida se utilizará exclusivamente para la elaboración de la tesis “La conciencia del autocuidado en salud”, cualquier dato que proporciones será resguardado de forma confidencial y anónima.

Si tienes duda en el llenado de este cuestionario, por favor, dime para que te indique cómo hacerlo.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1 Edad _____ años 1.2 Sexo _____ 1.3 Estado civil _____

1.4 Lugar de residencia (delegación o municipio) _____

1.5 ¿A qué te dedicas? _____

1.6 ¿Actualmente estudias? Sí _____ No _____

¿Cuál fue el último nivel y grado que aprobaste?

1.7N Escolaridad (Nivel) _____

1.7G Escolaridad (Grado) _____

1.8 ¿Quiénes forman parte de tu hogar? Anótalos en el siguiente listado.

	Nombre (para referencia)	Parentesco	Edad	Sexo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

2. NUTRICIÓN. A continuación te pido que marques con una **X** tu respuesta sobre los alimentos que consumiste en los últimos 7 días. La información se llena por fila.

	DIAS A LA SEMANA					VECES AL DÍA				
										
En los últimos 7 días...	a) ¿Cuántos días comiste o (tomaste)?					b) ¿Cuántas veces al día comiste o (tomaste)?				
2.1. Alimentos	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.2. Productos lácteos (leche, quesos, Yogurt)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.3. Frutas (plátano, manzana, guayaba, piña, uvas, fresa, papaya, etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.4. Verduras (acelgas, espinacas, quelites, jitomate, chayote, zanahoria, brócoli, etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.5. Comida rápida (hamburguesas, pizza, hot dog)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.6. Carnes, embutidos y huevo (carne de puerco, de res, pollo, longaniza, jamón, huevo, etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.7. Pescados y mariscos (pescado fresco, seco o enlatado, camarón, ostiones etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.8. Leguminosas (frijoles, lenteja, haba)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.9. Cereales y tubérculos (arroz, pan, galletas, cereal de caja, etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.10. Bebidas azucaradas (refresco, te, café, jugo natural o envasado, néctares, etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.11. Botanas, dulces y postres	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.12. Sopas, creas y pastas	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.13. Misceláneos (mayonesa, cátsup, salsas y aderezos, etc.)	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más
2.14. Tortilla	0	1	2 a 4	5 a 6	7	0	1	2-4	5-6	7 o más

3. ACTIVIDAD FÍSICA. En esta sección las preguntas son sobre el tipo de actividades que habitualmente realizas, por favor, responde las preguntas anotando tu respuesta en cada una.

Actividad Física Vigorosa

Piensa en todas las actividades que requieran de un esfuerzo físico vigoroso que pudiste haber realizado durante los últimos 7 días. Las actividades vigorosas hacen que te agites y respires con mucho más dificultad de lo normal y estas actividades pueden ser: aeróbicas (correr, andar en bicicleta rápidamente, nadar constantemente), subir escaleras, levantar pesas, cavar, trabajo agrícola como cosechar, trabajo de albañilería, jugar básquetbol, jugar fútbol etc. Piensa solamente en esas actividades que hiciste por lo menos 10 minutos continuos.

3.1 Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos **DÍAS** realizaste alguna actividad que requiera de un esfuerzo físico vigoroso?
_____ días

3.2 Generalmente, ¿cuánto **TIEMPO** en total te tomó realizar actividad(es) física(s) vigorosa(s) en **UNO** de esos días?
_____ horas _____ minutos

3.3 En caso de que la cantidad de tiempo varíe, ¿cuánto **TIEMPO** dedicaste en la semana pasada a hacer actividad(es) física(s) vigorosa(s)?

Día	Horas	Minutos
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Actividad Física Moderada

Ahora piensa en todas las actividades que requieran de un esfuerzo físico moderado que pudiste haber realizado durante los últimos 7 días. Las actividades moderadas hacen que te agites un poquito más de lo normal y estas actividades pueden ser: bailar, cargar cosas ligeras de un lugar a otro, ir en bicicleta a un paseo regular, tocar la batería, realizar diversas labores caseras al mismo tiempo, alimentar animales, jugar voleibol, un trote ligero, etc. No incluyas caminar. Piensa solamente en esas actividades que hiciste por lo menos 10 minutos continuos.

3.4 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos **DÍAS** realizaste alguna actividad física moderada?
_____ días

3.5 Generalmente, ¿cuánto **TIEMPO** en total te tomó realizar actividad(es) física(s) moderada(s) en **UNO** de esos días?
_____ horas _____ minutos

3.6 En caso de que la cantidad de tiempo varíe, ¿cuánto **TIEMPO** dedicaste en la semana pasada a hacer actividad(es) física(s) moderada(s)?

Día	Horas	Minutos
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Caminando

Ahora piensa en el tiempo que has caminado durante los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, en la casa, trasladándose de un lugar a otro y/o cualquier otra caminata que hayas hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

Piensa solamente en esas caminatas que hiciste por lo menos 10 minutos continuos.

3.7 Durante los últimos 7 días, ¿cuántos **DÍAS** caminaste por lo menos 10 minutos continuos?

_____ días

3.8 Generalmente, ¿cuánto **TIEMPO** caminaste en **UNO** de esos días?

_____ horas _____ minutos

Ahora piensa en el tiempo que estuviste sentado(a) durante los últimos 7 días. Incluye el tiempo que pasaste sentado(a) en el trabajo, en la casa, estudiando, y durante el tiempo de descanso. Esto puede incluir el tiempo que pasaste sentado(a) frente a un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentado(a) o acostado(a) viendo la televisión y en el transporte público.

3.9 Durante los últimos 7 días, ¿cuánto **TIEMPO** en total estuviste sentado(a) en **UNO** de esos días de la semana?

_____ días

3.10 ¿Cuál es la cantidad total de **TIEMPO** que pasaste sentado(a) el miércoles pasado o tu último día hábil?

Actividades Sedentarias

Estas preguntas se refieren a las actividades que realizas frente a un monitor, ya sea en el trabajo, en tu casa, con amigos, familia, etc. Incluyendo ver televisión, ver películas o telenovelas, jugar videojuegos y/o estar en la computadora.

3.11 En **UN** día entre semana, ¿cuántas horas de lunes a viernes pasas frente a una pantalla, ya sea viendo televisión, películas, telenovelas, jugando videojuegos (Atari, Sega, Nintendo, GameBoy, Play-station, Wii, X-box u otros juegos de video y/o computadora). Incluye tiempo de la mañana, tarde y noche.

_____ horas - [Si no realizas estas actividades pon "Cero"].

3.12 En un día de fin de semana, ¿cuántas horas pasas frente a una pantalla, ya sea viendo televisión, películas, jugando videojuegos (Atari, Sega, GameBoy, Play-Station, Wii, X-box u otros juegos de video y/o computadora). Incluye tiempo de la mañana, tarde y noche.

_____ horas - [Si no realizas estas actividades pon "Cero"].

3.13 En caso de que la cantidad de tiempo varíe, ¿cuánto **TIEMPO** dedicaste en la semana pasada a hacer actividades sedentarias?

Día	Horas	Minutos
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

4. PROGRAMAS PREVENTIVOS. En esta sección las preguntas son sobre acciones preventivas y análisis de laboratorio que has realizado en los últimos 12 meses.

4.1 ¿Cuántas veces te has vacunado en los últimos 12 meses? _____ veces.

En la siguiente tabla, marca con una X tu respuesta. La información se llena por fila.

Durante los últimos 12 meses, ¿te has realizado ...				4.2 ¿En qué institución te dieron el servicio?	4.3 ¿Cuál fue el resultado de tu prueba?	4.4 ¿Recibiste tratamiento?		
	Sí	No	No aplica			Sí	No	No aplica
1. detección de tuberculosis? (análisis de flema o esputo)								
2. detección de sobrepeso u obesidad?								
3. detección de colesterol o triglicéridos alto (examen de sangre)?								
4. detección de diabetes (prueba del azúcar)?								
5. detección de hipertensión (toma de presión arterial)?								
6. detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?								
7. prueba de tacto rectal para detectar cáncer de próstata?								
8. Exploración clínica de senos?								
9. Prueba de papanicolaou?								

5. PROYECCIÓN PERSONAL. En esta sección las preguntas son sobre la percepción que tienes sobre ti misma(o).

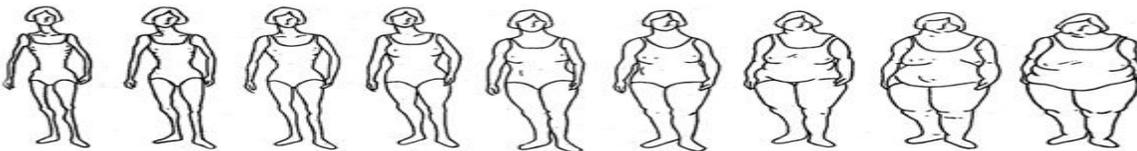
Marca con una X tu respuesta en la columna correspondiente.

¿Cómo te sientes con respecto a...	MUY BIEN	MÁS O MENOS BIEN	MÁS O MENOS MAL	MUY MAL
5.1 tu salud?				
5.2 tu aspecto físico (peso, altura, color de piel, etc.)?				
5.3 tus objetos de valor personal?				
5.4 el dinero que tienes para comprar lo que te gusta?				
5.5 la relación de tu familia?				
5.6 tu escuela?				
5.7 tu trabajo?				
5.8 tus profesores y/o jefes?				
5.9 tu desempeño escolar y/o laboral?				
5.10 la casa donde vives?				
5.11 la colonia o barrio donde vives?				
5.12 tus oportunidades para ser feliz?				
5.13 contigo mismo(a)?				
5.14 En general, ¿qué tan satisfecho(a) estás con tu vida considerando todos los aspectos anteriormente señalados?				

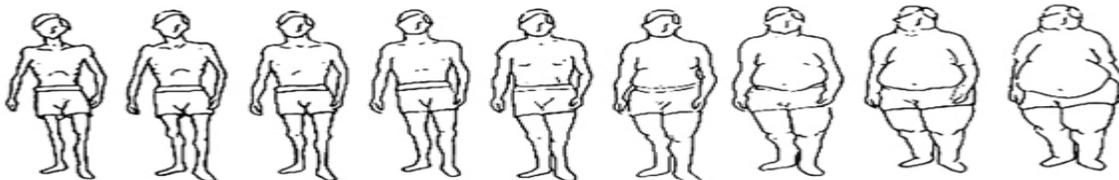
A continuación, te voy a mostrar unas figuras corporales. Anota en el espacio de respuesta la letra que elijas.

5.15 ¿Qué silueta corporal consideras que se parece a ti en este momento? _____

5.16 ¿En cuál de las siluetas corporales preferirías estar tú? _____



A B C D E F G H I



A B C D E F G H I

6. ACTIVIDADES DE RIESGO O ADICCIÓN. En esta sección las preguntas son sobre el uso que puedes haber tenido sobre sustancias que se consideran adictivas o realización de actividades con nivel de riesgo. Puedes poner como respuesta “No quiero contestar”.

Marca con una X tu respuesta. De las situaciones descritas a continuación, dime por favor si...

6.1 has tomado cerveza, bebidas preparadas en lata (New Mix, Presidencola), brandy, vodka, tequila, ron, vino o alguna otra bebida alcohólica para divertirte o por gusto	Sí	No	No quiero contestar
6.2 has tomado alguna bebida alcohólica hasta emborracharte para divertirte o porque te gusta	Sí	No	No quiero contestar
6.3 has fumado cigarros (tabaco) para experimentar, para tranquilizarte o por gusto	Sí	No	No quiero contestar
6.4 has consumido mota/hierba (marihuana) para experimentar, para tranquilizarte o por gusto	Sí	No	No quiero contestar
6.5 has inhalado mona (thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, gasolina, solventes, chemos, etc.) para experimentar, para divertirte o por gusto	Sí	No	No quiero contestar
6.6 has consumido algún tipo de alucinógeno como hongos, peyote, mezcalina, LSD, ácidos, etc. para experimentar, para divertirte o por gusto.	Sí	No	No quiero contestar
6.7 has consumido éxtasis, tachas, cristal (anfetaminas); polvo, perico, nieve, grapa, coca (cocaína); crack, piedra; o heroína para experimentar, para divertirte o por gusto	Sí	No	No quiero contestar
6.8 has tenido alguna vez un arma para defenderte o para que te respeten los demás (cuchillos, navajas, pistolas, etc.)	Sí	No	No quiero contestar
6.9 has pertenecido o te han obligado a pertenecer a algún grupo para proteger un territorio, para protegerte de otras personas o para que te respeten	Sí	No	No quiero contestar
6.10 te has juntado con tus amigos para <i>grafitear</i> sin permiso una pared, romper vidrios, quemar algo, etcétera, por la emoción de hacerlo	Sí	No	No quiero contestar
6.11 has tenido a algún familiar cercano preso (en la cárcel)	Sí	No	No quiero contestar
6.12 has tenido algún conflicto con la policía (te han detenido o arrestado)	Sí	No	No quiero contestar
6.13 te has acostado con alguien (tenido relaciones sexuales)	Sí	No	No quiero contestar

7. AUTOESTIMA. A continuación se presenta una lista de sentimientos o conductas que has podido experimentar. Por favor, responde con qué frecuencia te has sentido así durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Marca tu respuesta con una X en la columna correspondiente.

	Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1 - 2 días)	Un número de veces considerable (3 - 4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5 - 7 días)
7.1 ¿sentías como si no pudieras quitarte de encima la tristeza?				
7.2 ¿te costaba concentrarte en lo que estabas haciendo?				
7.3 ¿te sentiste deprimido/a?				
7.4 ¿te parecía que todo lo que hacías era un esfuerzo?				
7.5 ¿no dormiste bien?				
7.6 ¿disfrutaste de la vida?				
7.7 ¿te sentiste triste?				

7.8 ¿Te consideras una persona valiosa? Sí _____ No _____ A veces _____ No quiero contestar _____

8. VIOLENCIA. Las siguientes preguntas hacen referencia a tu percepción y situaciones de inseguridad y/o violencia que hayas experimentado. Marca con una X tu respuesta.

En términos de delincuencia, dime si te sientes seguro(a) o inseguro(a) en...

	Seguro(a)	Inseguro(a)	No quiero contestar
8.1 tu casa			
8.2 tu escuela			
8.3 tu trabajo			
8.4 la calle			
8.5 el mercado			
8.6 el centro comercial			
8.7 el transporte público			
8.8 el parque o centro recreativo			

Del tiempo que vives en tu actual domicilio, ¿te pasó alguna de las situaciones descritas a continuación?

8.9 Alguien se burló de ti, te ha puesto apodos hirientes, ha esparcido rumores o mentiras de ti, o te ha excluido por tus gustos, tu físico o tu ropa	Sí	No	No quiero contestar
8.10 Alguien ha dañado o escondido intencionalmente tus objetos personales como mochila, bicicleta, ropa, artículos electrónicos, herramientas de trabajo, etc. para molestarte	Sí	No	No quiero contestar
8.11 Alguien con malas intenciones ha lastimado tu cuerpo, ya sea mediante jalones de cabello, empujones, pellizcos, golpes, entre otros, provocándote dolor físico, moretones, cortadas, quemaduras o fracturas, etc.	Sí	No	No quiero contestar
8.12 Alguien, sin que te des cuenta, te ha robado alguna pertenencia (robo sin violencia)	Sí	No	No quiero contestar
8.13 Alguien te ha arrebatado tus cosas con violencia o te ha obligado a entregarle alguna de tus pertenencias con algún otro tipo de agresión física o verbal (robo con violencia)	Sí	No	No quiero contestar
8.14 Alguien te ha intimidado (amenazado) con lastimarte físicamente a ti o a algún familiar o amigo	Sí	No	No quiero contestar
8.15 Alguien te ha exigido dinero, objetos o favores para que deje de molestarte o te deje hacer tus actividades	Sí	No	No quiero contestar
8.16 Alguien ha distribuido un mensaje de texto, imagen o video de tu persona sin tu consentimiento para chantajearte, acosarte o humillarte	Sí	No	No quiero contestar

8.17 ¿En términos de delincuencia, consideras que vivir en (ámbito geográfico) es seguro?

Sí _____ No _____ No quiero contestar _____

9. COHESIÓN SOCIAL. Las siguientes preguntas son sobre tus vínculos o relaciones sociales y sobre tu entorno social.

9. 1 ¿Cuánto tiempo pasas solo(a) entre semana para realizar actividades personales o porque te guste?

_____ horas _____ minutos

9. 2 ¿Cuánto tiempo pasas solo(a) los fines de semana para realizar actividades personales o porque te guste?

_____ horas _____ minutos

Principalmente, ¿con quién sueles platicar sobre los siguientes temas? Marca con una X tu respuesta, puedes poner hasta 3 opciones.

	Madre	Padre	Pareja	Otros Familiares	Amigos	Maestros	Otras personas no familiares	Nadie	No realizo la actividad
9.3 Política									
9.4 Religión									
9.5 Sexo									
9.6 Tus sentimientos									
9.7 Tu novio(a) o pareja									
9.8 Tu familia									
9.9 Cine o televisión									
9.10 Tus proyectos o planes									
9.11 Principales problemas del país									
9.12 Tus problemas									

Principalmente, ¿con quién sueles hacer las siguientes actividades? Marca con una X tu respuesta, puedes poner hasta 3 opciones.

	Madre	Padre	Pareja	Otros Familiares	Amigos	Maestros	Otras personas no familiares	Nadie	No realizo la actividad
9.13 Ir al cine o teatro									
9.14 Ver televisión									
9.15 Ir a la iglesia o templo									
9.16 Salir de vacaciones									
9.17 Ir de compras									
9.18 Pasear									
9.19 Hacer o jugar algún deporte									
9.20 Hablar por teléfono/mensajear/ chatear									

La gente en ocasiones se llega a reunir para realizar actividades comunes. ¿Con qué frecuencia se reúnen en tu colonia o barrio...

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nunca	No sé
9.21 para eventos religiosos?					
9.22 para organizar fiestas?					
9.23 para solucionar problemas de servicios públicos como agua, alumbrado, pavimentación de calles o limpieza?					
9.24 para organizar la seguridad de la colonia?					
9.25 para solicitar servicios de la delegación o municipio?					
9.26 para convivir casualmente en un área común o pública (patio, jardín, calle, parque, plaza, iglesia, etc.)?					
9.27 con otro objetivo?					

Dime con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones entre tú, los integrantes de tu hogar y tus vecinos...

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nunca	No sé
9.28 Se identifican físicamente					
9.29 Se saludan cada vez que se encuentran					
9.30 Cuando se encuentran, además se detienen a platicar					
9.31 En caso de que platiquen, se cuentan sus problemas					
9.32 Se visitan en sus respectivas casas					

Ha concluido el cuestionario. Te agradezco mucho tu participación en esta investigación.

Para dar continuidad a una segunda etapa de ésta, te hago las preguntas que siguen a continuación.

Es importante mencionarte que datos vienen por separado para garantizar el anonimato (confidencialidad) de la información que generosamente me has proporcionado.

SEGUIMIENTO

¿Aceptas participar en una entrevista de seguimiento?

No _____



FIN DE LA ENTREVISTA. MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACION.

Sí _____



Por favor proporcióname tus datos de contacto:

Nombre y Apellidos: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono (celular o casa): _____

Horario en que prefieres o puedo comunicarme contigo: _____

POR TU COOPERACIÓN

MUCHAS GRACIAS

APÉNDICE C: Guión de entrevista

Guión de entrevista
Conciencia del autocuidado en salud
García Rojas Ricardo

Presentación.

Saludo: (Buen día, tarde, etc.), te agradezco que me permitas hacerle esta segunda entrevista como parte de mi tesis con título Conciencia del autocuidado en salud; espero que me permitas grabar la entrevista, como se le hizo mención en la carta de consentimiento informado, esto es para el análisis y transcripción de la misma. Le recuerdo que toda la información que me proporcione es totalmente anónima y confidencial y usted estará identificado con un número.

¿Está de acuerdo con que grabe la entrevista?

Ahora para empezar con la entrevista le haré preguntas sobre su percepción de la alimentación.

Dimensión 1: Salud Física 1

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
Aporte suficiente de alimentos	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué elementos que contiene tu alimentación, consideras que son buenos? ✓ ¿Qué alimentos evitas consumir y cuáles son las razones por que lo haces? ✓ ¿Quién decide qué alimentos va comer diariamente? ✓ ¿Quién prepara los alimentos que consumes diariamente? ✓ ¿Consideras que necesitas una dieta? ¿Por qué? ✓ ¿Consideras que tienes una alimentación saludable? ✓ ¿Has comido mal alguna vez en tu vida? ¿Te llegaste a mal pasar en algunas ocasiones? ¿Por qué razones te ha ocurrido?
Aporte de agua suficiente		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuánta agua tomaste el día de ayer? ✓ En un día normal, ¿cuántos vasos de agua (aproximadamente 250 ml) simple tomas? ✓ ¿Cómo consideras que es tu ingesta de agua (suficiente, insuficiente)?
Higiene		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué hábitos de higiene consideras necesarios para conservar una buena salud? ✓ ¿Te afecta la mala calidad del aire que tenemos en la zona metropolitana?
Aporte de aire suficiente	C	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles consideras que son las características de una sana alimentación? ➤ ¿Cómo crees que afecta una mala alimentación en la vida de las personas? ➤ ¿Has oído hablar del plato del bien comer? ➤ ¿Qué sabes sobre el plato del bien comer? ➤ ¿En alguna ocasión te has informado sobre la sana alimentación? En caso de responder afirmativo ¿En dónde fue? ➤ ¿Cuánta agua crees que es necesaria para estar hidratado(a)? ➤ ¿Cuáles riesgos conoces de no tomar suficiente agua? ➤ ¿Qué cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos se deben tener para estar sano(a)? ➤

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Dimensión 1: Salud Física 2

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
Actividad física	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué actividades físicas realizas? ✓ ¿Por qué realizas estas actividades? ✓ ¿Cuánta actividad física o deporte consideras que es necesaria de acuerdo a tu edad y sexo? ✓ ¿Qué obstáculos tienes o puedes tener para no realizar actividad física? ✓ ¿Hay alguna actividad física que te gustaría realizar y no puedes hacerla?, ¿cuáles son los motivos por los que no puedes hacerla? ✓ ¿Estás satisfecho(a) con la actividad física que realizas?
	C	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué tipo de actividad física consideras indispensable para la salud? ➤ ¿De qué manera crees que afecta la actividad física a la salud? ➤ ¿En dónde te informas para mejorar tu actividad física? ➤ En caso de no realizar actividad física, ¿cuáles podrían ser las consecuencias para la salud? ➤ ¿Qué padecimientos crees o sabes que puedes padecer si no realizas la actividad física necesaria?
Reposo	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuántas horas duermes diariamente? ✓ ¿Tienes un horario regular o es variado? ✓ ¿Estas satisfecho con el tiempo que descansas (mediante reposo y sueño)? ✓ ¿Qué crees que pueda suceder si no descansas lo suficiente?
	C	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para ti, ¿cómo es un descanso satisfactorio? ➤ ¿Cuántas horas de sueño crees que son necesarias para descansar? ➤ ¿Qué opinión tienes del equilibrio entre la actividad física y el reposo?

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Dimensión 1: Salud Física 3

Sub dimensiones	RESULTADOS	
<p align="center">Prevención mediante pruebas de laboratorio</p>	<p>P+A+C*</p>	<p>Preguntas guía</p>
	<p>P + A</p>	<p>LEER: De acuerdo a tus resultados, tú no has usado / has usado xx programas preventivos y te vacunaste / no te vacunaste el año pasado. Sí uso: ✓ Además de las pruebas que señaló en el cuestionario, ¿ha usado alguna otra prueba de laboratorio en los últimos 5 años? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué pruebas de laboratorio ha usado? ✓ Estas pruebas, ¿con qué finalidad se las hace? ✓ ¿Hay algún motivo por que cual se tenga que hacer uso de alguna prueba de laboratorio de manera periódica? ✓ ¿Qué pruebas de laboratorio necesita hacerse en los próximos meses? ✓ ¿Qué pruebas de laboratorio consideras que pueden hacerte falta para mejorar tu salud?</p>
	<p>Prevención</p>	<p>Si menciona que es para prevención de salud preguntar - si no pasar a conocimiento: ➤ ¿Sabe cuáles son las pruebas preventivas de acuerdo a su edad y sexo? ➤ Las personas con quienes vive (su familia cercana), ¿se hacen pruebas preventivas?</p>
<p>C</p>	<p>➤ ¿Sabes dónde te puedes informar sobre las pruebas de laboratorio que son recomendadas para ti de acuerdo a tu edad y sexo? ➤ ¿Cuál considera que es la función de las pruebas de laboratorio? ➤ ¿Qué pruebas de laboratorio conoce? ➤ ¿Hacia a quién crees que están dirigidas las pruebas de laboratorio? ➤ ¿Conoces alguna otra manera de detectar oportunamente las enfermedades? ➤ ¿Conoce los programas preventivos de las instituciones públicas (IMSS, ISSTE, SS, etc.)?</p>	

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Dimensiones mezcladas Física/Mental 2

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
Riesgos a la salud por adicciones	P + A	Hablando del tema de riesgos a la salud, ✓ ¿cuáles consideras que son los principales riesgos que has enfrentado? NOTA: Orientarle a que mencione uso de sustancias adictivas tales como: ✓ tabaco ✓ alcohol ✓ drogas ✓
	C	➤ ¿Qué tan peligroso consideras que es consumir sustancias adictivas (como las mencionadas arriba)? ➤ ¿Qué sustancias sabe que pueden generar adicción o dependencia? ➤ ¿Qué efectos cree que puedan generar en la salud el consumo de las sustancias mencionadas? ➤ ¿Por qué cree que las personas consumen sustancias adictivas? ➤ ¿Qué tan fácil considera que sea comprar este tipo de sustancias, especialmente las drogas? ➤ ¿En dónde te has informado sobre los temas de adicción? ➤ ¿Qué otras fuentes (instituciones, programas, páginas de internet) conoces que traten estos temas?
Riesgos a la salud sexual	P + A	Si en la entrevista mencionó haber tenido relaciones sexuales , preguntar: ✓ ¿Qué hacías o haces para no embarazarte / no embarazarse a tu pareja? ✓ ¿Qué hacías o haces para no contagiarte de infecciones de transmisión sexual?
	C	Para todos/todas las entrevistados (aun quienes no hayan tenido relaciones sexuales) ➤ ¿Cómo se puede prevenir un embarazo no deseado sin poner en riesgo la salud de la mujer? ➤ ¿Cómo se puede prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual? ➤ ¿En dónde te has informado sobre los temas de sexualidad?

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Dimensión 2: Salud Mental: Subdimensiones: Proyección personal y Autoestima

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
Proyección personal	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué elementos de tu vida (educación, salud, vivienda, etc.) consideras que son importantes para tu pleno desarrollo? ✓ ¿Qué situaciones hacen o pueden hacer que no te sientas bien contigo mismo (a)? Por favor dame un ejemplo, de preferencia relacionado con tus actividades cotidianas. ✓ ¿Te afecta lo que las personas piensan de ti? ✓ ¿Si te critican dejas de hacer o usar lo que te fue desaprobado? Por favor, dame un ejemplo de una situación que te haya ocurrido en la que te hayan criticado.
Autoestima	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Consideras que tu familia te toma en cuenta para las decisiones importantes de tu hogar? ✓ ¿Qué situaciones te han provocado tristeza a lo largo de tu vida? ✓ ¿Crees que en algún momento puedas sufrir depresión? ✓ ¿En alguna ocasión has hecho algo para prevenir la baja autoestima? Si responde afirmativamente ¿qué es lo que has realizado? ✓ ¿Cómo te sientes de estado de ánimo el día de hoy?
Proyección personal y Autoestima	C	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para ti, ¿qué es la autoestima? ➤ ¿Es posible mejorar la autoestima (el sentimiento de valía de uno(a) misma(o))? ➤ ¿Consideras que el cómo te sientas emocionalmente puede afectarte en las actividades diarias que realizas? ➤ ¿Cuáles crees que sean las características de una persona con baja autoestima? ➤ ¿Crees que la baja autoestima puede generar problemas de salud? Si responde afirmativamente, ¿cuáles problemas salud puede generar? ➤ ¿Qué otros riesgos de la salud mental conoces? ➤ ¿En dónde te has informado sobre los temas de salud mental?

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Dimensión 3: Salud Social 1

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
Violencia externa	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Alguna vez has sufrido algún daño por robo, agresión o violencia? <p>Si la respuesta fue afirmativa,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Te ocurrió en los últimos 12 meses? <p>Por favor, si estás de acuerdo cuéntame cómo fue la situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué fue lo que te pasó? ✓ ¿Cuál fue el principal motivo? ✓ ¿En qué lugar ocurrió la agresión o violencia? ✓ ¿Qué hizo al respecto? ✓ ¿Quién te atendió cuando ocurrió la agresión? <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué haces para prevenir las situaciones de violencia? <p style="background-color: #f8d7da;">Plantear la siguiente pregunta con delicadeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Alguna vez has llegado considerar como una opción el suicidio? <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Quisieras compartirme qué has pensado o hecho al respecto? <p>En caso de no haber sufrido violencia preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿A qué le atribuyes que no hayas sufrido situaciones de violencia?
	C	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para ti, ¿qué es la violencia? ➤ ¿Consideras que la violencia se puede justificar en algunos casos? <p>Si la respuesta es afirmativa,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo en cuáles? ➤ ¿Por qué crees que existen personas violentas? ➤ ¿Cuántas personas violentas conoces entre amigos, vecinos y familiares? ➤ En caso de ser agredido (a) por una persona violenta ¿a qué lugar o institución acudes o acudirías?
Violencia interna	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo consideras que es tu carácter en relación con tu nivel de agresividad? ✓ ¿Te consideras una persona con tendencia a la violencia?

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Dimensión 3: Salud Social 2

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
Sentimiento de seguridad en el lugar donde vive y con sus vecinos	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si un amigo o conocido estuviera planeando venir a vivir a tu colonia o barrio, ¿se la recomendarías? ¿Porqué? ✓ ¿Te gusta el lugar donde vives? ✓ En general, ¿dirías que se puede confiar en la gente de tu colonia o barrio? ✓ ¿Qué tan cercano (a) te sientes de tus vecinos?, ¿por qué? ✓ ¿Has tenido problemas con tus vecinos? <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Me puedes dar un ejemplo de estos problemas?
Relaciones sociales significativas	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Con quién o quienes compartes más tu tiempo? ✓ ¿Cuánto tiempo convives con las personas con quienes vives? ✓ ¿Qué tan cercano (a) te sientes de su familia (las personas con las que comparte su hogar)? ✓ ¿Quién o quiénes son las personas más importantes en tu vida? <p>Si no vive con ella o ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Convives con ellas? ✓ ¿Consideras que el tiempo que puedes compartir con ellas es suficiente para mantener sus vínculos de afecto?
Equilibrio entre soledad e interacción humana	P + A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para ti, ¿qué es la soledad? ✓ Generalmente, ¿qué haces cuando estás solo (a)? ✓ ¿Prefieres estar solo(a), tener compañía, o una mezcla de ambas? ✓ ¿Qué sentimientos, emociones o ideas le surgen cuando está solo (a)? ✓ ¿Te incomoda o en algún momento le ha incomodado estar solo (a)? ✓ ¿Qué opinas acerca de la soledad?
Relaciones sociales en general y equilibrio soledad/interacción	C	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo consideras que son las relaciones sociales saludables? ➤ ¿Cómo crees que afectan las relaciones sociales en tu desarrollo personal y tu salud? ➤ ¿Qué opinas acerca de si es necesario un equilibrio entre la soledad y la interacción humana?

*Nota: P = prácticas, A = actitudes, C = conocimientos.

Final

Sub dimensiones	P+A+C*	Preguntas guía
INTEGRACIÓN	A +C	✓ Desde tu punto de vista ¿cómo crees que puede ser el equilibrio entre salud física psicológica y social?
AUTOCUIDADO		✓ ¿Por qué consideras que es importante cuidar de tu salud? ✓ ¿Consideras que cuidas de tu salud (física, psicológica y social)? ✓ ¿Qué acciones realizas para cuidarte?

Agradecimiento

Con esto hemos concluido la entrevista y te agradezco mucho tu participación.

APÉNDICE D: Guion de entrevista piloto

Características sociodemográficas o de encuadre biográfico

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Lugar de residencia
- Estudios
- Situación económica
- Percepción de su salud

1ª Parte

- **Social.** Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción humana.
 - Acciones Intencionadas
- Conocer las actividades que realiza para mantener convivencia con sus seres queridos
 - Riesgo
- Conocer las barreras que evitan que la persona pueda tener una buena convivencia.
 - Conocimiento
- Conocer la importancia del aspecto social en la vida de la persona
- Determinar si la persona conoce la importancia de la soledad y la interacción humana
- **Nutrición.** Alimentación balanceada, adecuada y aporte de nutrientes suficientes.
 - Acciones Intencionadas
- Horarios de consumo de alimentos
- Calidad y cantidad en consumo de alimentos y agua
 - Riesgo
- Acceso a dieta balanceada
- Conocer las barreras que evitan que la persona pueda tener una alimentación balanceada
- Determinar si la persona percibe riesgos en la alimentación (contaminación)
 - Conocimiento
- Conocimiento sobre la necesidad de una alimentación balanceada y adecuada.

- **Higiene.** Mantenimiento del equilibrio entre la higiene y la tolerancia a la contaminación.

- Acciones Intencionadas
- Conocer los hábitos de higiene
- Hábitos de aseo personal
- Hábitos de Higiene dental
- Higiene en el hogar
- Acceso a servicios de limpieza
- Riesgo
- Conocer las nociones de riesgo en la higiene de la persona
- ¿confía en la limpieza de platos, vasos y cucharas?
- Limitantes de la higiene (falta de agua potable, servicio de basura)

Tal vez colocar primero riesgo y ligarlo a la alimentación

- Conocimiento
- Conocimiento sobre la necesidad de higiene
- **Mente.** Mantenimiento de una adecuada percepción de la realidad (se refiere a la salud mental)
- Acciones Intencionadas
- Acciones que realiza la persona para estar bien consigo misma
- Autoestima / Depresión
- Estrés / relajación
- Riesgo
- Conocer posibles riesgos a la salud mental de la persona
- Conocimiento
- Conocer la importancia de la salud mental para la persona

2ª parte

- **Actividad.** Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo
- Acciones Intencionadas
- Descanso mental (relajación)
- Descanso físico
- Sueño (dormir)
- Deporte y ejercicio que realiza cotidianamente
- Riesgo
- Conocimientos asociados a los riesgos de la actividad y el reposo
- Actividades sedentarias
- Conocimiento
- Conocer la importancia de la actividad y reposo para la persona
- ¿conoce la importancia del descanso para la persona?
- ¿Sabe cuáles son las funciones del ejercicio para el cuerpo?

APÉNDICE E: Fórmulas de indicadores

➤ Nutrición

Consumo total= Consumo de días a la semana x consumos al día.

Consumo de cereales totales a la semana =Tortillas totales + sopas totales

Consumo de productos de origen animal totales a la semana = Consumo total de pescado + consumo total de lácteos + Consumo total de carnes, embutidos y huevo

Consumo de (Grupo 6) Grasas y azúcares totales a la semana= Consumo total de comida rápida + consumo total de bebidas azucaradas + Consumo total de botanas, dulces y postres + Consumo total de misceláneos.

Recodificación del consumo de alimentos para su análisis. Se recodificó de la siguiente manera: consumo de nulo a 3= -4, de 4 a 8=-3, de 9 a 13=-2, de 14 a 18=-1, de 19 a 23=0, de 24 a 28=1, de 29 a 33= 2, de 34 a 39=3 y superior a 40 es igual a cuatro

➤ Actividad física

Clasificación de activo o inactivo según actividad física moderada

Inactivo = 0 a 149 minutos

Moderadamente activo = 150 a 299 minutos

Activo = 300 o más minutos

Clasificación de activo o inactivo según actividad física vigorosa

Inactivo = 0 a 74 minutos

Moderadamente activo = 75 a 149 minutos

Activo = 150 o más minutos

Fueron considerados activos a los que obtuvieran ésta clasificación según la actividad física vigorosa o moderada.

➤ Programas preventivos

Para el análisis de éste módulo

Indicador de uso de programas preventivos = suma de programas preventivos – resultados anormales (IUPP=vacunación + detección de tuberculosis + detección de sobrepeso u obesidad + detección de colesterol o triglicéridos + prueba de azúcar + toma de presión arterial + (en caso de ser hombre prueba de antígeno prostático + prueba de tacto rectal) (en caso de ser mujer exploración clínica de senos + prueba de papanicolaou) – resultados anormales)

➤ Proyección personal

Para el análisis de éste módulo las respuestas de las preguntas 5.1 a la 5.14 se codificaron de la siguiente manera: 1=muy bien; 2= más o menos bien; 3 O más o menos mal; 4 = Muy mal. Después se sumaron las respuestas.

➤ Actividades de riesgo o adicción

Para el análisis de éste módulo se codificó las respuestas de la siguiente manera: Si=0, No = 1 y después se realizó la suma. Indicador de actividades de riesgo o adicción = alcohol + emborracharse + tabaco + marihuana + inhalantes + alucinógeno + anfetaminas + armas + grupo delictivo + vandalismo + familiar preso + arresto + relaciones sexuales.

➤ Autoestima

Para el análisis de éste módulo, se reprodujo el análisis de Salinas y otros (2014) tomando en cuenta la misma codificación quedando de la siguiente manera: 0=rara vez o nunca; 1= pocas veces o alguna vez; 2 = un número considerable de veces; 3 = Todo el tiempo o la mayoría del tiempo. Con excepción de la pregunta 7.6 que fue codificada inversamente. Para después sumar las respuestas.

Indicador de autoestima = tristeza profunda + falta de concentración + depresión + considerar todo como esfuerzo + dormir bien + disfrutar la vida + sentirse triste

➤ Violencia

Para el análisis de éste módulo las respuestas se codificaron de la siguiente manera: de la pregunta 8.1 a 8.8 seguro=1, inseguro=0; de la pregunta 8.9 a la 8.16 si=0, no=1, después se sumaron las respuestas

➤ Cohesión social

Para el análisis, se crearon los indicadores: situaciones de plática, en donde se sumaron el número de personas con las que convive; situaciones de convivencia, donde se sumaron el número de personas con las que convive; y situaciones de convivencia con los vecinos donde se suma la frecuencia con la que se reúne con sus vecinos; y a partir de éstos tres, se creó el indicador de cohesión social.

➤ Indicador resumen de autocuidado

Para éste indicador se realizó una variable resumen de cada módulo y se dividieron en 4 grupos de los cuales los valores ideales se codificaron con 1, mientras que los demás con 0 y así al sumar , los que presentaran valores más altos presentarían mayor autocuidado. Quedando la fórmula de la siguiente manera. Autocuidado= Variable resumen nutrición + Variable resumen Actividad Física+ Variable resumen Programas Preventivos + Variable resumen Proyección personal + Variable resumen actividades de riesgo o adicción + Variable resumen autoestima + Variable resumen violencia + Variable resumen cohesión social.

APENDICE F: Tablas complementarias

Tabla 37 Cuadro comparativo de suma de programas utilizados y grupos de edad de 10 años

	Grupos de edad de 10 años				Total
	19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
0	5	0	1	0	6
1	0	0	0	2	2
2	3	2	1	2	8
3	1	1	1	1	4
4	1	2	1	1	5
5	1	1	2	1	5
6	1	0	2	3	6
7	0	1	2	0	3
Total	12	7	10	10	39

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

Tabla 38 Comparación del indicador de situaciones de conversación según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
20	1	4	5	1	0	1
18	1	1	2	0	1	1
17	0	2	2	0	0	0
15	0	1	1	1	0	1
14	0	0	0	1	1	2
13	0	1	1	0	1	1
12	2	1	3	0	1	1
11				0	1	1
10				0	4	4
9				1	2	3
8				0	2	2
7				1	1	2
6				0	2	2
5				0	1	1
3				0	1	1
2				0	1	1

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

Tabla 39 Comparación del indicador de situaciones de convivencia según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
16	0	1	1	1	0	1
14				1	0	1
13				1	1	2
12	0	3	3			
11	0	2	2	1	1	2
10	0	4	4	0	1	1
9				0	1	1
8				0	2	2
7				0	4	4
6				0	1	1
5	2	0	2	0	2	2
4	1	0	1	0	1	1
3	1	0	1	0	1	1
2				0	1	1
1				0	1	1
0				1	1	2
-1				0	1	1

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.

Tabla 40 Comparación del indicador de situaciones de convivencia con vecinos según muestra y sexo

	Muestra "A"			Muestra "B"		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
8	1	0	1			
7	0	1	1			
6	1	0	1	0	1	1
5	0	2	2	1	0	1
4	0	2	2	0	2	2
3	0	1	1	0	4	4
2	0	2	2	0	1	1
1				0	4	4
0				2	3	5
-1	1	2	3	1	2	3
-2	1	0	1	1	1	2
-3				0	1	1

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre hábitos y características de salud de grupos de población de 20 a 59 años de edad, 2016-2017.