



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Campus Poza Rica

MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**“EL TRABAJO SOCIAL EN LAS DIMENSIONES
PREVENTIVAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS-
DEGENERATIVAS CON ESTUDIANTES DE
SECUNDARIA.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

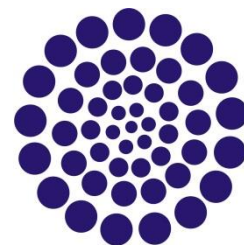
MAESTRA (O) EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A:

LTS. MELISSA MONTSERRAT GARCÍA GÁMEZ

DIRECTOR:

DRA. MARICELA CRUZ DEL ÁNGEL



CONACYT

Poza Rica, Veracruz. Mayo 2015

*A mi Esposo:
José Luis
Por tu Incondicional apoyo y comprensión
en este proceso. Te amo*

*A mi tía Sofía y mi Abuelita:
Con cariño, admiración y respeto para ustedes*

*Hermana Indira:
Gracias por darme ánimos y escucharme*

*A mis Padres Rogelio y Yolanda:
Gracias por formar parte de mi vida
Y apoyarme en todo emprendido.*

*Amigas:
Dra. Silvia Lever, Mtra. Alicia, Laura y María Eugenia:
Amigos son contados como los dedos
de las manos, gracias por todo su apoyo
en este proceso.*

Agradecimientos.

En primer lugar, agradezco a mi Directora de Tesis, la Mtra. Maricela Cruz del Ángel, por su apoyo incondicional en las correcciones, orientaciones, sugerencias, y consejos para el desarrollo de este trabajo. Muchísimas gracias Maestra.

A la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Veracruzana, quienes en coordinación con CONACYT dieron apertura a la Maestría en Trabajo Social, y sin ellos este sueño no habría sido posible.

Así mismo, quiero agradecer a la Escuela Telesecundaria Guillermo González Camarena, quienes me brindaron las facilidades para realizar mi intervención, siendo ellos principales actores de esta.

Manifiesto mi gratitud hacia todos los Catedráticos que nos impartieron y compartieron sus enseñanzas, nos brindaron un espacio de sus vidas para estar con nosotros cada fin de semana, a todos ustedes, Doctores y Maestros. Bendecidos Sean.

Señor, mi Padre Celestial, todo Poderoso:

*Gracias por ser mi luz, mi guía,
Alabado seas desde el Altísimo
Y tu Nombre es sobre todo Nombre.
Te doy la Honra y la Gloria por esta Bendición.
Te amo Mi Cristo Jesús.
Salmos 46. (Reyna Valera).*

Muchas Gracias

INDICE	
Resumen	7
Introduccion.	8
CAPÍTULO I. ADOLESCENTES Y PREVENCIÓN.	10
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Antecedentes.	13
1.3 Objetivo general	16
1.4 Objetivos específicos	16
CAPÍTULO II. - MARCO TEÓRICO	17
2.1 Adolescencia	17
2.1.1 Adolescentes en estado vulnerable.	20
2.1.3 El adolescente y la familia	22
2.1.4 Adolescentes, vulnerabilidad y los riesgos asociados a la pobreza.	24
2.1.6 Salud y estilos de vida en los adolescentes.	25
2.1.7 Nutrición en el adolescente.	27
2.1.8 Educacion para la salud con adolescentes.	28
2.1.9 Escuelas promotoras de la salud.	29
2.2 Teoría conductista.	30
2.3 Teoría del aprendizaje.	31
2.4. Hábitos alimenticios.	34
2.5 Activación física.	35
2.6 El autocuidado.	36
2.7 Intervención del trabajador social.	37
2.7.1 Caracterización de la intervención social.	38
2.7.2 El trabajo social en el ámbito de la salud.	39
2.8 Promoción y educación para la salud.	43
Conceptualización.	43
2.9 Las enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud.	45
2.10 Marco referencial o legal.	50
2.11.1 Ley general de salud.	51
2.11.2 Titulo septimo. promoción de la salud. capitulo i disposiciones comunes	54
2.11.3. Educación para la salud	54
2.11.4 Nutrición	55

2.11.2 Norma oficial mexicana nom-043-ssa2-2012, servicios básicos de salud. promoción y educación para la salud en materia alimentaria. criterios para brindar orientación.	57
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	58
3.1 Investigación- acción.	58
3.2 Diagnóstico social.	59
3.3.1 El modelo conductista y su intervención en los hábitos alimenticios de los adolescentes	65
3.4.2 Objetivo general	68
3.4.3 Objetivos operativos	68
3.4.4 Metas.	68
3.4.5 Determinación de las acciones	69
3.4.6 Metodología de la intervención	69
3.4.7 Cronograma de actividades	72
3.4.8 Recursos.	73
3.4.9 Indicadores de evaluación	74
CAPÍTULO IV.- SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS	76
4.1 Fase I. Reconstrucción de la práctica.	76
4.2 Fase II. Análisis de la práctica.	78
4.3 Fase III. Interpretación	81
4.4 Fase IV. Conceptualización.	81
4.5 Fase V. Generalización	87
4.6 Fase VI. Conclusiones	88
4.7 Fase VII. Propuestas.	93
Referencias Bibliográficas.	95
Referencias Electrónicas.	98
anexo 1. interpretación de datos a través de instrumento derivado del diagnóstico situacional.	100
anexo.2 instrumento de evaluación diagnóstica.	126
anexo 3. evaluación.	130
anexo. 4 estudio social de casos.	145
anexo 5. evidencia fotográfica	147



Universidad Veracruzana

Facultad de Trabajo Social/ Poza Rica – Tuxpan
Maestría en Trabajo Social

DRA. NOELIA PACHECO ARENAS
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE
TRABAJO SOCIAL
PRESENTE.-

Por este medio le informo que se ha concluido el proceso de dirección de tesis del trabajo titulado: El Trabajo Social en las dimensiones preventivas de las enfermedades crónicas degenerativas con estudiantes de secundaria; elaborado por la Lic. Melissa Montserrat García Gámez, matrícula S12014976 integrante de la 1ª Generación « 2013-2015 » de la Maestría en Trabajo Social PNPC-CONACYT, por lo que otorgo mi voto aprobatorio para dar seguimiento a los trámites correspondientes, para la asignación de lectores y obtener el grado de Maestría en Trabajo Social.

Atentamente :
« Lis de Veracruz, Arte, Ciencia, Luz »
Poza Rica, Ver., 10 de marzo de 2015

MTRA. MARICELA CRUZ DEL ANGEL
Directora de tesis

Cep interesada
Expediente

Calle 12

No. 215

Col. Cazones

Poza Rica, Veracruz

C.P. 93230

Tel. 782 8 22 51 93

RESUMEN.

La adolescencia es la etapa de la vida en la que todo el ser humano experimenta, es aquella en la se viven cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales; dependiendo de éstos son considerados una población vulnerable, por lo que necesitan de la atención y orientación de sus familias así como de atención de profesionales.

Es relevante destacar que en base a la vulnerabilidad que atraviesan, y la preocupación que surge ante este grupo de estudio, se planeó un diagnóstico situacional, en el que se acentuaron interrogantes para detectar el estado de salud, nutricional y físico de los estudiantes, integrantes de la escuela telesecundaria Guillermo González Camarena, perteneciente al Sector 4 de Totolapa. Tihuatlan, Ver. y se obtuvieron como resultados, que los estudiantes presentaban conductas alimenticias deficientes, así como sedentarismo, por lo que esta condición conlleva a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas en la edad adulta.

Los estilos de vida, representan parte importante a lo largo de la existencia humana y deben considerar aspectos como: la actividad física y el consumo de alimentos nutritivos, por lo que se abordó la importancia de trabajar sobre esta temática; así se dio apertura para conformar el soporte teórico de esta indagación, debido a que este trabajo de tesis se basa en la metodología de investigación-acción participativa; que tuvo como fase inicial, la aproximación con los alumnos para la elaboración de un diagnóstico social y posteriormente la selección del modelo de intervención en Trabajo Social, permitiendo de esa manera el diseño del proyecto profesional, para cerrar con la sistematización de resultados sustentados en sus respectivas fases. Asimismo es importante mencionar que se modificaron en un ochenta por ciento, los hábitos alimenticios de los adolescentes participes, en el proceso de intervención profesional.

INTRODUCCION.

La importancia de la alimentación va más allá de lo biofísico, el comportamiento alimenticio constituye un hecho social en el que influye la sociedad, los hábitos alimenticios forman aspectos culturales y religiosos. En el ámbito cultural se encuentra, que en el entorno familiar el consumo de alimentos radica entre lo sano y lo no saludable, es decir que depende de los estratos económicos que tengan, para algunas familias la ingesta de los alimentos en el hogar es la base primordial para fomentar la comunicación y el acercamiento, mientras que para otras no es prioritario y comen a deshoras debido al tipo de trabajo.

Hablando de cuestiones religiosas en algunas de las familias no consumen productos de origen animal tal como lo indica el plato del buen comer, esperando no herir los sentimientos de lectores cuya religión se asemeje a esta aportación. En este sentido se indagó sobre los hábitos alimenticios en la vida de los seres humanos, tal como lo muestra Abraham Maslow en la pirámide de las Jerarquías de las necesidades ocupa el primer apartado dentro de lo Fisiológico, y al no ser cubierto podemos perecer. Guinot (2012)

Por otra parte, en este trabajo se afirma la influencia de los países desarrollados a nuestra región introduciendo establecimientos de comida chatarra que existen desde nivel nacional, regional y estatal, esto trae consigo que los seres humanos optemos por este tipo de comida en lugar de algo saludable. Cabe mencionar que todo en exceso es negativo y tampoco hay que extremar alguna vez se puede comer, sin embargo existen familias que lo consumen de todos los días.

La intervención del profesional en los ámbitos educativos, es fundamental, ya que a parte de la transferencia de conocimientos, orientación y escuela con padres de familia, permite la creación de proyectos que beneficien la salud de los estudiantes, en este caso de las enfermedades crónico-degenerativas. La

adolescencia es una etapa de la vida en la que ocurren diversos cambios de índole psico- físico, es un ciclo más de la vida y trae consigo la pubertad.

Como se sabe, en el desarrollo físico del joven es vital que tengan una alimentación balanceada y saludable, es en este sentido en el área de la alimentación determinarán sus hábitos por el resto de sus vidas de aquí la importancia de crear y desarrollar planes y proyectos que sustentados bajo esta problemática motiven a la juventud y que formemos promotores de la salud. El trabajo de tesis se encuentra estructurado de la siguiente forma: capítulo I. titulado, adolescentes en prevención, mismo, que está integrado por antecedentes, descripción del problema y los objetivos generales y específicos.

En lo que corresponde al capítulo II, se presenta el marco teórico, que sustenta a los temas, subtemas y teorías básicas relacionadas con el tópico abordado, el capítulo III, concierne a la metodología en la que se muestra el diagnóstico social, el modelo de intervención y el proyecto de intervención, que da respuesta a las necesidades detectadas. El capítulo IV concierne a la sistematización que corresponden a las siete fases que fueron derivadas de la ejecución del proyecto.

CAPÍTULO I. ADOLESCENTES Y PREVENCIÓN.

1.1 Planteamiento del problema.

La adolescencia es un periodo importante en el desarrollo humano, por los múltiples cambios fisiológicos y psicológicos que en ella ocurren los cuales a su vez condicionan tanto las necesidades nutricionales como los hábitos de alimentación, actividad física y comportamiento. Además se muestra que estos hábitos tienen repercusión en el estado de salud de la vida adulta, como se comentó con anterioridad, se consideran un grupo vulnerable por sus condiciones físicas, psicológicas y emocionales que representa esta etapa.

La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, de la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje. En los Estados Unidos, de 10 a 20 millones de niños y adolescentes tienen algún tipo de enfermedad crónica. Ésta se refiere a una afección médica que puede tener una duración entre tres meses y toda la vida, el sobrepeso y la obesidad infantil son un problema mundial en aumento se estima que alrededor de 22 millones de menores de cinco años presentan exceso de peso. En el Reino Unido, la prevalencia de exceso de peso entre los niños de 2 a 10 años aumentó del 23% al 28% entre 1995 y 2003. En las zonas urbanas de China el sobrepeso y la obesidad entre los niños de 2 a 6 años aumentaron sustancialmente entre 1989 y 1997.

Los casos de diabetes tipo 2 entre niños y adolescentes es algo insólito y han empezado a incrementarse en todo el mundo. OMS, Enfermedades crónicas y promoción de la salud (2015)¹

En el 2009 México contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de ellos el 55.2% de los adolescentes mexicanos son

¹ OMS, Enfermedades crónicas y promoción de la salud (2015)¹

pobres y uno de cada 5 tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no les alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida. En el 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela.

Otro de los problemas a considerar en los adolescentes son el estar expuestos a modas alimenticias pasajeras o la comida chatarra, los jóvenes estudiantes por lo general suelen saltarse comidas y desarrollar hábitos alimenticios irregulares. Una de las comidas que se saltan más frecuentemente es el desayuno, por consiguiente este tipo de factores perjudica su salud, además de que la diabetes se puede hacer presente a temprana edad si no se tiene un control en la alimentación y no se realiza actividad física. Cabe mencionar que la diabetes forma parte de las enfermedades crónico-degenerativas y es mortal para el ser humano.

Los problemas nutricionales en los adolescentes tienen como causas inmediatas una ingesta inadecuada de alimentos y su inapropiada utilización por el organismo, es una etapa crucial de la vida, debido al elevado crecimiento, físico, fisiológico, intelectual y a las elevadas necesidades de energía y nutrientes, por lo que se determinó que manifiestan deficiencias en sus hábitos alimenticios y aunado a esto el sedentarismo.

En lo establecido con anterioridad acerca de las enfermedades crónicas en el mundo, los adolescentes son un grupo vulnerable que necesitan de la orientación y capacitación en esta materia para su prevención es por ello que la problemática radica en el sedentarismo y en las enfermedades crónico-degenerativas, llevando a los adolescentes a morir a temprana edad, es primordial la intervención con este grupo, el Licenciado en Trabajo Social, procederá a la detección de dificultades en el rubro alimenticio y ejercitación así como en la prevención de diabetes e hipertensión arterial en estudiantes de nivel básico y su proyección profesional.

Por otro lado la OMS (2012) define que:

“Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.”

En base a la explicación anteriormente mencionada surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las condiciones alimenticias y de activación física en la prevención de enfermedades crónico-degenerativas que presentan los estudiantes de telesecundaria Guillermo González Camarena, del sector 4 Tihuatlán, Veracruz?
- ¿Qué acciones profesionales son viables en la prevención de enfermedades crónicas- degenerativas (diabetes e hipertensión arterial) en los estudiantes de la telesecundaria Guillermo González Camarena del sector 4 de Tihuatlán, Veracruz?

1.2 Antecedentes.

Las enfermedades crónico-degenerativas son aquellas que van degradando física y mentalmente a quienes la padecen, provocan un desequilibrio afectando a los órganos y los tejidos, estas pueden ser congénitas o hereditarias suelen presentarse en edades avanzadas de los 40 en adelante, en algunas ocasiones a partir de los 20 años, en adolescentes y niños, estas son relacionadas a los estilos de vida de cada persona.

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes. Así, la prevalencia de la diabetes en esta población ha incrementado sustancialmente en las últimas décadas: en 1993 la prevalencia de los diabéticos con diagnóstico conocido en población mayor de 20 años fue de 4.0%, mientras que en 2000 y 2007 se describió una prevalencia del 5.8 y 7%, respectivamente. (Asociacion de diabeticos de Madrid.)²

En el año 2012, en el estado de Veracruz se inicia una indagación en los hábitos alimenticios y el sedentarismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición alude a los índices de adolescentes que presentan costumbres alimenticias deficientes y las grandes cifras de sedentarismo, es así que en un artículo publicado por la International Diabetes Federation (2014)³, sobre los problemas de adolescentes con diabetes, hace mención que: La diabetes es una de las afecciones endocrinas y metabólicas más frecuentes en la infancia y el número de niños que la desarrolla aumenta rápidamente cada año, especialmente entre los niños de más corta edad, cabe mencionar que en un número creciente de países, se están detectando casos de tipo 2 en niños y

² Asociacion de diabeticos de Madrid.2

³ Federation, I. D. (2014). *DIABETES EN JÓVENES*. Recuperado en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/diabete> (20/06/14)

muchos de ellos son adolescentes y podrían encontrar difícil afrontar su afección ya que puede generar discriminación y limitar las relaciones sociales así como los resultados escolares del niño.

Los costos del tratamiento y el equipo de monitorización, sumados a los que generan las necesidades diarias de un niño con diabetes, podrían suponer una grave carga económica y emocional para toda la familia. Federation (2014), por otra parte CNN (2012)⁴ refiere, en las investigaciones halladas en relación a la tasa de deserción escolar entre los diabéticos y que ésta fue 6% superior a la de sus compañeros.

También encontraron que la probabilidad de que un estudiante diabético asista a la universidad es entre 8 y 13% menor, y que, a lo largo de toda su vida, un diabético podría perder más de 160,000 dólares en salarios. Alrededor de 15,000 personas fueron estudiadas durante 14 años, los estudiantes de entre 7 y 12 años de edad fueron encuestados por primera vez en la década de 1990, luego fueron encuestados tres veces más: un año más tarde, 7 años después y la última vez, en 2008, cuando se estaban acercando a los 30 años.

El estudio no hizo distinción entre los tipo 1 (conocida como diabetes juvenil) y tipo 2 (prevenible y relacionada con la obesidad y el sedentarismo). CNN (2012). Por otra parte, los índices de Diabetes en México, preocupan, INEGI (2011) estima que a nivel nacional, en 9 de cada 100 personas no aseguradas que se realizaron una prueba, ésta fue positiva.

Mientras tanto, la OMS (2012) a nivel mundial advirtió el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, afectando a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran casi el 80% de las muertes que ya representan, 29

4 CNN. (11 de ENERO de 2012). *La diabetes afecta a los jóvenes en su desarrollo social*. Recuperado en: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/01/11/la-diabetes-afecta-a-los-jovenes-en-su-desarrollo-social> (15/05/14)

millones y señala que son la causa principal de mortalidad en todas las regiones excepto en África, pero según las estimaciones actuales en 2020 los mayores incrementos corresponderán a ese continente.

En los países africanos, se prevé que las defunciones por éstas superarán la suma de las causadas por los padecimientos transmisibles y nutricionales y por la morbilidad materna y perinatal como causa más frecuente de muerte en 2030. Estos datos alarman a toda la población, y en respuesta a la resolución, la OMS (2012) ha elaborado un Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

La base de la educación se centra en las instituciones educativas, por lo que es necesario fomentar en los niños y adolescentes una cultura de autocuidado, sin embargo en la actualidad esto no se ve reflejado, blog Alianza por la salud alimentaria (2012⁵).

⁵ ALIMENTARIA, A. P. (2012). *HABITOS ALIMENTARIOS EN LAS ESCUELAS*. Recuperado en: <http://alianzasalud.org.mx/2012/10/se-mantienen-los-malos-habitos-alimentarios-en-escuelas/> (30/04/14)

1.3 Objetivo General

- Analizar el impacto de los procesos de intervención profesional en nivel preventivo para la salud con estudiantes de la telesecundaria Guillermo González Camarena.

1.4 Objetivos Específicos

- Determinar a través de un diagnóstico social las condiciones de hábitos alimenticios y actividad física que poseen los alumnos.
- Diseñar proyecto profesional en respuesta a las necesidades y debilidades preventivas para la salud en los estudiantes.
- Sistematizar los resultados obtenidos de la de la intervención profesional con los estudiantes de nivel básico.

CAPÍTULO II. - MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescencia.

UNICEF (2014) define a la adolescencia como:

“Una época de cambios que trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.” UNICEF (2014)⁶

Si bien es cierto, es una etapa de grandes cambios, tanto físicos como psicológicos, es una etapa difícil en la que todo ser humano tiene que pasar, es la etapa de la vida que inicia con la pubertad y termina cuando el individuo completa su preparación física, emocional y social para responsabilizarse por sí mismo y desempeñar un papel social de adulto.

Se consideró que la pubertad se caracterizaba por la aparición de vello púbico, pero actualmente corresponde a la maduración de los órganos sexuales y por consiguiente la capacidad de reproducción. Además de que se observan un rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, así como los caracteres sexuales secundarios.

Se ha advertido que esta etapa inicia a una edad temprana: en el sexo masculino ocurre entre los 11 y 12 años y alcanza su valor entre los 14 y 15 años en tanto que el sexo femenino entre los 9 y 10 años, y logra su máximo entre los 12 y 13 años.

⁶ UNICEF. (2014). *La adolescencia*. Recuperado en : http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm (10/08/12)

México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. El 55.2% son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida.

En dicha etapa existen diversos factores por lo que son vulnerables, Natalio Kisnerman menciona que:

“En los últimos años, en todos los países subdesarrollados los jóvenes son vulnerables a las drogas, alcohol, violencia, mala nutrición, deserción escolar, explotación y hasta la misma muerte, siendo éstos el centro de atracción para policías con “gatillos fáciles”, que en lugar de atender a sus problemáticas se les hace fácil matarlos.” Kisnerman (1998)

Existen actitudes en algunos de ellos que presentan rebeldía, pero estas suelen ser respuestas defensivas a los maltratos físicos que son por parte del medio que los rodea, son producto de la desatención familiar y social. Es en este ámbito que el Trabajador Social puede propiciar las condiciones para realizar grupos, reuniones, visitas y reconstruir con ellos nuevas alternativas de vida.

2.1.1 Conceptualizaciones de vulnerabilidad

Para los estudios de la vulnerabilidad social, los grupos vulnerables desempeñan un papel de gran importancia, de forma que pueden ser los riesgos a los que están expuestos, de esta manera definimos al riesgo como la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre o crisis ya sea por peligros naturales o sociales.

En la actualidad aluden a acontecimientos probables y predecibles, ya que se trata de un peligro social (desempleo, ruptura familiar, ausencia de formación profesional, maternidades a edad temprana, envejecimiento, marginación o maltrato) originado a un individuo, grupo o a la comunidad misma.

El riesgo social es analizado a partir de tres componentes los cuales determinan a la vulnerabilidad social que son: la peligrosidad o amenaza social, la

exposición y los activos. La peligrosidad social la entendemos como el conjunto de aspectos sociales de un fenómeno que incide en el riesgo y se concreta por la severidad del mismo y su probabilidad de ocurrencia. ⁷ Egea, Sánchez, Soledad (2012)

es decir, difiere de una postura a otra, lo cual está condicionado por factores sociales, culturales, económicos, políticos y de familiaridad con el peligro. Un individuo, grupo o la misma comunidad tiende a prestar la totalidad atención a riesgos sociales cotidianos, como son el desempleo, la pobreza, la escasez de los alimentos, etc, es por eso que para los estudios de la vulnerabilidad social se retoman las aportaciones de Luhmann en la teoría de sistemas al determinar las partes de un todo. Luhmann(1984)⁸

En lo que concierne a vulnerable, están no sólo menos definidos y consolidados en la investigación, sino más bien en muchas ocasiones hacen referencia a las implicaciones de los riesgos desde una perspectiva más natural, ya que la actuación de la población incrementa los efectos del acontecimiento natural de forma negativa y puede verse afectada por sus condiciones de vida. Finalmente, este enfoque parte de considerar a grupos en desventaja o en situación de desigualdad.

⁷ Carmen Egea Jiménez, Diego Sánchez González, Javier Iván Soledad Suescún. (2012). Vulnerabilidad Social. Posicionamientos y ángulos desde geografías diferentes. ED. Granada: Universidad de Granada.

⁸Luhmann, N. (1984). *Sistemas Sociales. Lineamientos para una teoría general*. España: Anthropos Editorial.

2.1.2 Adolescentes en estado vulnerable.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco menciona a los grupos vulnerables, en los que destacan los niños, niñas y adolescentes. CEDHJ (2014)⁷ Por otra parte, en materia del Gobierno Mexicano, en el Plan Nacional de Desarrollo alude a los grupos vulnerables como niveles de exclusión, en los que la desigualdad y la pobreza generan frustración en amplios segmentos de la población, erosionan la cohesión social, abren el camino al conflicto y la violación de la ley, con graves consecuencias para la paz pública, la fortaleza de las instituciones, así como para el desarrollo sostenible del país, siendo esta causa de vulnerabilidad en nuestro país.

Desde una perspectiva alimentaria, la Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación define un grupo vulnerable a aquel que padece de inseguridad alimentaria o corre riesgo de padecerla. El grado de vulnerabilidad de una persona, un hogar o un grupo de personas está determinado por su exposición a los factores de riesgo y su capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas, muchos de los adolescentes de nuestro país están en riesgo debido a la mala alimentación que presentan, lo cual trae consigo la muerte. La pobreza extrema configura una situación de vulnerabilidad, por lo que Estudios del Banco Mundial revelan que la vulnerabilidad de las personas y las familias ante situaciones adversas es intrínseca a la pobreza; esto es “cuando los recursos del hogar no alcanzan para adquirir el valor de la canasta alimentaria, más una estimación de los gastos necesarios de salud, vestido, calzado, vivienda, transportes y educación”

Estimaciones del (Coneval, 2012), afirman que 2.8 millones de personas no tuvieron acceso a una alimentación adecuada en 2010, de éstos 7.4 millones se encuentran en pobreza extrema. En lo que respecta a los grupos vulnerables, se encuentran la discriminación que día a día sufren las mujeres, los 6.7 millones que hablan alguna lengua indígena, los más de 5.7 millones que viven con alguna discapacidad, las niñas, niños y adolescentes además de las personas de edad avanzada.

Por lo que es fundamental atender el creciente número de jóvenes que no estudian y no trabajan, además de diseñar intervenciones específicas de política pública enfocadas a mejorar su calidad de vida y sus oportunidades. Es oportuno señalar que en el Censo de Población y Vivienda 2010, dice que hay 6.1 millones de niñas, niños y adolescentes que están fuera de la escuela.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF(2012) señala que su inasistencia se asocia con la persistencia de la lejanía de los centros educativos de sus comunidades, la falta de docentes capacitados en la lengua materna de los niños y niñas, la falta de registro de nacimiento, la ausencia de maestros capacitados para incluir a niños y niñas con discapacidades o dificultades de aprendizaje, situación de violencia en la escuela e iniquidad de género, así como la falta de recursos financieros para la compra de uniformes y materiales escolares. Plan nacional de desarrollo (2013-2018)⁹

2.1.3 Los adolescentes y la actividad física.

Para los niños y jóvenes, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades crónicas, se recomienda que: Los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa, ésta por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.

Se dice que la actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica y que convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades

⁹ Plan nacional de desarrollo, 2013-2018

vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos. La realización de una actividad física adecuada ayuda a los jóvenes a:

- Desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones)
- Desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones)
- Aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos)
- Mantener un peso corporal saludable.

La actividad física se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión. Asimismo, puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración. También se ha sugerido que los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar. OMS, La actividad física en los jóvenes (2015)¹⁰

2.1.4 El adolescente y la familia.

La Biblioteca Nacional de Chile (2013) define a la familia como: “un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.” La familia es la base principal de la sociedad en general, de ahí se deriva una educación y fortalece el desarrollo humano de quienes la conforman.

Por otro lado Nicolson y Ayers (2013) explican que las familias pueden ser consideradas como sistemas sociales que establecen un conjunto de reglas, adscrito y asignando roles, tienen una estructura de poder y estrategias para

¹⁰ OMS, La actividad física en los jóvenes (2015)¹⁰

resolver conflictos. En las familias emergen diversidad de problemáticas y en algunos casos puede recaer en uno de los integrantes siendo éste portador de toda una sintomatología emocionalmente desgastada, que de no ser resuelto o canalizado a expertos pueden traer consecuencias irreversibles en sus vidas.

Una persona con una dificultad emocional o conductual trastorna el equilibrio de la familia creando distanciamientos, riñas, enojos, o hasta la pérdida de la comunicación. (Nicolson, Ayers 2013).¹¹

Por otra parte, así como la familia se centra en lo emocional, también se involucra en aspectos relativos a la alimentación tal como lo hemos observado en esta investigación, el papel de esta unidad a la hora de comer es fundamental para el crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente, los hábitos alimenticios forman parte de nuestra vida y organismo e involucra a todos sus integrantes, la Academia Americana de psiquiatría infantil y adolescente (2004) Refiere que:

“el comer demasiado es resultado de la tensión, los malos hábitos de nutrición y las comidas de moda son problemas comunes entre los jóvenes. Además, hay dos desórdenes psiquiátricos de la alimentación, la anorexia nervosa y la bulimia, los cuales están en aumento entre las muchachas adolescentes y mujeres jóvenes y que a menudo se da en la familia. En los Estados Unidos, 10 de cada 100 mujeres jóvenes sufren de un desorden de la alimentación. Estos dos desórdenes de alimentación también se dan en los varones, pero es menos frecuente.”

La familia puede ejercer una gran influencia en la dieta de los niños y el desarrollo de sus hábitos alimentarios, desde el principio de los tiempos, sentarse a la mesa a comer ha sido un motivo de interacción familiar. El hecho de compartir la comida fortalece la identidad y los vínculos familiares a través de la transmisión de patrones de conducta, los adolescentes constituyen un grupo de especial interés, los investigadores han demostrado que la comida en familia se asocia con un consumo mayor de frutas, verduras, cereales y productos ricos en calcio, y un menor consumo de alimentos fritos y refrescos.

Además, contribuye al desarrollo y a la mejora del lenguaje y de las habilidades de comunicación, trayendo así un mejor rendimiento escolar. (Moreno, G. 2006)¹²

2.1.5 Adolescentes, vulnerabilidad y los riesgos asociados a la pobreza.

La pobreza asociada a la vivienda implica tanto la imposibilidad de acceder a la misma en régimen de alquiler o propiedad, como la escasez de dotaciones básicas en el hogar (materiales precarios, piso de tierra, ausencia de agua potable, electricidad, falta de higiene entre otros), en el país existen 7.4 millones de familias extendidas que presentan vulnerabilidad social, ya que no cuentan con un hogar ni recursos económicos suficientes para tener independencia financiera.

El acceso a los programas, como las del Instituto del Fondo Nacional de la vivienda de los trabajadores (INFONAVIT), esta condicionado por una serie de requisitos como empleo formal, ahorro e ingresos, que no pueden ser cubiertos por amplios sectores de la sociedad mexicana.

La reducción del espacio habitable supone serios problemas de salud que agravan el riesgo ante un desastre, el cual se asocia a la pobreza y a la morbilidad, siendo frecuente la casi ausencia de letrinas y de sistemas de disposición de desechos sólidos, circunstancias de gran impacto negativo en la salud. Así mismo, las peores condiciones de salubridad, seguridad y accesibilidad a servicios básicos son presentadas en las viviendas de los grupos más vulnerables.

La formación del concepto de riesgo, asociado a las dimensiones de vivienda, está determinada por su contexto, y es concluyente de la creciente vulnerabilidad de la población en México y América Latina. Por lo que es

¹² J.M. Moreno Villares, M.J. Galiano Segovia. (2006). La comida en familia: algo más que comer juntos. ED. *NUTRICIÓN INFANTIL*, 554-558.

necesario que los riesgos se deban analizar de manera integral y holísticamente, a pesar de la importancia, sobre todo de interés social en la consecución de la mejora de la calidad de vida de los individuos, los programas sociales más populistas que eficaces, siguen ignorando esta dimensión y favoreciendo nuevos riesgos y el incremento de las personas vulnerables.

Es necesario favorecer nuevos estudios sobre los riesgos vinculados a la vivienda y su incidencia en la determinación de la debilidad social en nuestro país, posibilitando nuevas líneas de investigación que permitan la innovación y generación de conocimientos a través de equipos multidisciplinarios. Op. Cit.¹³

2.1.6 Salud y estilos de vida en los adolescentes.

Antes de abordar los aspectos más relevantes de la nutrición durante el segundo brote de crecimiento, es necesario hacer la distinción entre pubertad y adolescencia.

Se conoce como pubertad al periodo posnatal de máxima diferenciación sexual en el que se producen cambios en los órganos reproductivos, aparecen las características sexuales secundarias y se modifican el tamaño y la composición corporales (las proporciones de músculo, grasa y esqueleto cambian), lo que requiere de un sin número de ajustes fisiológicos. En términos generales, se considera que la pubertad termina cuando el individuo deja de crecer y está apto para la reproducción.

Mientras que la pubertad es un proceso fisiológico obligatorio para todo mamífero, la adolescencia es un proceso psicosocial propio del ser humano, que comprende todos aquellos cambios que constituyen la transición de niño a adulto, y que se acompaña de una serie de ajustes que eventualmente le permiten aceptar las transformaciones morfológicas, buscar un nuevo concepto de identidad (el yo) y realizar un plan de vida.

¹³ Op.cit.

Cabe mencionar, que en algunos casos la adolescencia se prolonga hasta bien entrada la vida adulta, en tanto que hay otras ocasiones -sobre todo en el medio rural en que esta transición no existe, debido a las obligaciones que adquiere el joven desde una etapa muy temprana de su vida.

La nutrición es un proceso psicosocial ya que se puede observar su influencia sobre los cambios que se han de producir en la pubertad, ya que sin lugar alguna la composición corporal de cada individuo permitirá o no la expresión genética potencial a su desarrollo. Durante la adolescencia estos cambios psicosociales van acompañados de modificaciones en los hábitos de alimentación. En la pubertad se viven tres momentos importantes: la diferenciación sexual, la aceleración del crecimiento y el yo.

Las proteínas, carbohidratos y grasas que necesitan los adolescentes tienen relación con la mayor cantidad de estrógeno y progesterona en las mujeres, y de testosterona y andrógenos para los hombres. El aumento global de sus necesidades energéticas exige recomendaciones dietéticas individualizadas que busquen siempre la prevención de problemas de salud. Se sugiere que la nutrición en los adolescentes se exprese por unidad y estatura y no por peso y edad.

Por ejemplo se propone que los hombres consuman 0.3 gramos de proteínas por cada centímetro de estatura. Los riesgos de sufrir anemia por deficiencia de hierro es mayor, en este periodo se requiere no sólo para el mantenimiento sino que también para el crecimiento de los tejidos corporales y en los varones para el tejido muscular y en el aumento de volumen sanguíneo, para el caso de las mujeres se precisa para reponer las pérdidas debidas a la menstruación.

La necesidad de hierro se asocia con el crecimiento y está en función de la masa magra y son requeridos 46 gramos de hierro por kilogramo de masa

magra, lo que significa que durante la pubertad los varones requieren 42 miligramos por cada kilogramo de peso que aumentan, mientras que las mujeres 31 miligramos.

2.1.7 Nutrición en el adolescente.

La etapa de la adolescencia es de óptima importancia, conlleva cambios físicos y emocionales por lo que es necesario generar hábitos alimenticios que contribuyan en esta.

La sociedad Argentina de Pediatría (2009) alude la importancia de una buena alimentación en el adolescente, es un momento primordial para la reunión con la familia, para dialogar de aspectos personales, profesionales, o simplemente saber cómo nos encontramos emocionalmente.

En lo que al artículo refiere, en la adolescencia la interacción con su entorno familiar tiene que ser primordial desde el hogar formamos valores y por supuesto se pueden enseñar hábitos alimenticios saludables.

Es aconsejable comer sentado, tranquilo, y en lo posible acompañado. Despacio y masticar bien. Disfrutando del placer de la comida, sin la compañía del televisor.

Nuestro cuerpo utiliza la energía que brindan los alimentos como combustible para poder:

- Crecer y desarrollarse saludablemente.
- Hacer gimnasia, el deporte favorito y bailar.
- Favorecer el buen humor y el buen dormir.
- Mantener la piel y el cabello suave y saludable.
- Alcanzar la concentración necesaria para el estudio y así sentir que el tiempo rinde.

- Prevenir enfermedades y tener una vida adulta más saludable.

Es conveniente hacer actividades físicas para reforzar el crecimiento de los huesos y los músculos. No hay una actividad mejor que otra, todas son adecuadas cuales deben realizarse con placer para disfrutarlas, por ejemplo: gimnasia, futbol, baile, ballet, caminatas, voleibol, béisbol, natación, por mencionar algunas y dependiendo la situación económica del individuo.

Poggione, Milgram, Spiner, Posternak y Pasqualini(2003)

14

2.1.8 Educación para la salud con adolescentes.

Primeramente, hablar de educación conlleva a que la persona tome conciencia de la realidad de sus semejantes. El aprendizaje es una actividad permanente que debe empezar en la familia: el niño aprende a hablar, a asearse, a vestirse, a obedecer a sus mayores, relacionarse con ellos a través del ejemplo por lo cual es recomendable que los niños adquieran también hábitos de cooperación y respeto al prójimo.

En la educación se requiere el conocimiento de la problemática relacionada con la salud y la enfermedad, así como la identificación de factores ambientales que inciden como generadores de estos. Uno de los objetivos es proponer alternativas de solución a las inquietudes de la población relacionadas con su salud.

Desde la educación preescolar se inculcan medidas higiénicas básicas para evitar enfermedades, pero el cuidado de la salud requiere además la aplicación de otras acciones específicas a nivel secundario o terciario, se deben proporcionar al individuo elementos básicos que le permitan coadyuvar, como persona y ciudadano responsable, a la prevención de corto, mediano y largo

¹⁴Poggione, Milgram, Spiner, Posternak y Pasqualini. (2003). Sociedad Argentina de Pediatría, 101. Obtenido de Recomendaciones nutricionales para los adolescentes.

plazo, mediante la detección oportuna y canalización adecuada de los problemas de salud en su espacio social.

- ✓ Desarrollo de habilidades del pensamiento, para que la persona pueda adquirir y procesar la información mediante la búsqueda de ejemplos y analogías.
- ✓ Comunicación. Elemento importante en el aprendizaje, debe mantenerse en forma continua para que el individuo pueda expresarse.
- ✓ Metodología. Hay que acercar a la persona al conocimiento a través de su propia realidad mediante la observación y auto-observación.
- ✓ Calidad. Se debe fomentar la responsabilidad para el crecimiento personal y evaluar los resultados obtenidos
- ✓ Valores. Es necesario la promoción de valores y fortalecer actitudes y hábitos relacionados con la salud. Hirose (2008)¹⁵

2.1.9 Escuelas promotoras de la salud.

Se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar.

Con el fin de lograr este objetivo, implica al personal del área médica y de educación, coordinar acciones para promover y fomentar la salud. Fomentar la salud y el aprendizaje ofrece ambientes favorables, programas y servicios clave.

Aplica políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de desarrollo y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. Hace todo lo que está a su alcance por mejorar las condiciones de vida del personal escolar y las familias.

¹⁵ Hirose, B. Y. (2008). *Educación para la salud*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

La Iniciativa de la OMS (1997) tiene por objeto ayudar a todas las escuelas a convertirse en “promotoras de salud”, alentando y apoyando redes internacionales y nacionales. OMS (1997) ¹⁶

2.2 TEORÍA CONDUCTISTA.

La teoría conductista se desarrolla principalmente a partir de la primera mitad del siglo XX y permanece vigente hasta mediados de ese siglo, cuando surgen las teorías cognitivas, desde sus orígenes se centra en la conducta observable intentando hacer un estudio totalmente empírico de la misma y queriendo controlar y predecir esta conducta. Su objetivo es lograr y analizar una conducta determinada.

El conductismo fija el objeto de su interés en comprender e interpretar el comportamiento observable de las personas, y la establece como objeto de estudio, es de gran importancia para el profesional de Trabajador Social ya que es necesario fomentar y provocar cambios en los clientes en busca de ayuda.

De esta teoría se plantearon dos variantes: el condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental y operante. El primero de ellos describe una asociación entre estímulo y respuesta contigua, de forma que si sabemos plantear los estímulos adecuados, obtendremos la respuesta deseada. Esta variante explica tan solo comportamientos muy elementales. Teorías asociacionistas (2008)¹⁷

De igual forma, el estudio de ésta, intenta utilizar de forma sistémica ciertos principios propios de la psicología experimental con el fin de explicar y modificar problemáticas.

¹⁶ OMS. (1997). *Promoción de la salud a través de la escuela, informe de un comité experto de la OMS sobre educación y promoción de la salud integral en la escuela*. Ginebra: Serie de informes técnicos N° 870.WHO

¹⁷ Chile, F. d. (s.f.). *Las teorías asociacionistas*. Obtenido de Portal Educarchile: recuperado en [:http://www.educarchile.cl](http://www.educarchile.cl) (23/02/14)

Desde de la perspectiva conductual, el Trabajo Social tiene en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta del problema, más que los factores que han contribuido en su desarrollo, se tiene en cuenta el aquí y el ahora, dejando a un lado la experiencias del pasado. (Ribes, E., Burgos,J. 2006)

De acuerdo con esta teoría, existen dos estrategias de tratamiento que pueden ser utilizadas de forma aislada o conjunta: una de ellas consiste en transformar las respuestas del cliente ante los factores que gobiernan su medio ambiente; y la otra en cambiar los componentes que imperan en el ambiente, como una manera de modificar la conducta problema.

2.3 Teoría del aprendizaje.

La teoría del aprendizaje nace con Albert Bandura en al año de 1963, quien afirma que: “la persona, la conducta y el entorno son elementos que se encuentran en permanente interacción y que de alguna forma se retroalimentan de forma recíproca. “ Palmero (2004).¹⁸Esta concepción tiene una clara repercusión en el entendimiento de la conducta, ésta no puede explicarse analizando condicionamientos internos, o externos, sino que se explica en términos de interacción recíproca entre condicionamientos ambientales y personales. (Ibídem) ¹⁹

La complejidad del comportamiento humano conlleva que el aprendizaje no sólo sea fruto de un estímulo, de un reflejo o de una determinado refuerzo, sino que entre la observación y la imitación de una determinada conducta intervienen factores de carácter cognitivo que son los que a la postre le sirven al individuo para decidir si se comporta de una forma o no. Viscarret (2007: 114-115)²⁰

¹⁸ Palmero, M. L. (2004). LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO. *Theory, Methodology, Technology* (pág. 10). Pamplona, España: Centro de Educación a Distancia.

¹⁹ Ibídem.

²⁰ Viscarret, J. J. (2007). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. Madrid, España: Alianza.

La teoría del aprendizaje social, da un paso importante hacia el estudio y análisis de los aspectos cognitivos del aprendizaje, ya sea a través de una experiencia personal y sus consecuencias, o bien por la modelación de otros individuos.

Bandura (1974) menciona, que estas nuevas pautas de conducta pueden adquirirse de dos maneras: aprendizaje por las consecuencias de la respuesta y al segundo aprendizaje por modelos. Además describe, que “estas nuevas pautas de conducta pueden adquirirse de dos maneras: aprendizaje por las consecuencias de la respuesta y al segundo aprendizaje por modelos.”

El aprendizaje por las consecuencias de la respuesta, se basa en la experiencia directa y las acciones producen efectos positivos o negativos, es decir es una lección de las conductas que tuvieron éxito, dejando a un lado las negativas o ineficaces y tienen 3 funciones, primero tienen una función informativa en cuanto a que las personas obtienen datos de sus propias acciones y determinan cuáles de ellas tuvieron respuesta favorable, es decir es una información que les indica lo que deben hacer para que les de como resultado algo positivo y evitar los castigos. Bandura, A., Walters, R., (1974)²¹

Como segundo lugar tienen una función motivacional, en cuanto a las experiencias pasadas generan la expectativa de forma anticipada de que ciertas acciones van a proporcionar resultados beneficiosos e impedir problemas. Estos pensamientos permiten a las personas dirigir su conducta actual por las más remotas.

Por otro lado, está el aprendizaje por modelos, Bandura (1974) lo ha llamado así debido a que las personas aprendieran únicamente de las experiencias propias, lo cual el aprendizaje sería laborioso y costoso, así que sugiere la observación por modelos debido que los demás pueden aprender de la conducta de otros por medio de la observación, las personas se hacen ideas de nuevas conductas

²¹ OP. CIT.

y esta información codificada nos sirve como guía para la acción, evitando errores que han sido cometidos por otros.

La observación por modelos consta de cuatro procesos, de atención: que determina qué modelos se seleccionan entre los muchos que existen y los aspectos que se extraen de sus ejemplos, proceso de retención, para que los observadores puedan beneficiarse de la conducta de sus modelos cuando éstos ya no estén presentes para guiarles, proceso de reproducción motora: se logra cuando se organizan espacial y temporalmente las respuestas y la motivación, en la teoría del aprendizaje social se distingue entre la adquisición de una conducta y su ejecución, por que las personas no hacen todo lo que aprenden.

Bandura (1974) comenta la importancia como componente fundamental en estos procesos y su trascendencia de tal forma que evolucionan con la maduración y la experiencia que adquieren las personas, este tipo de aprendizaje se facilita cuando se adquiere o mejora la capacidad de observación selectiva, la codificación en la memoria, en los sistemas sensor-motores e ideomotor y la capacidad de prever las consecuencias que puede tener simular la conducta de otra persona. Ibidem.²²

En otros términos, se encuentra el modelado creativo, en donde los observadores combinan diversos aspectos, tomados de varios modelos, constituyendo amalgamas nuevas que difieren de sus fuentes originales. Otros de sus efectos son, el hecho de que por influencia de los modelos mismos pueden fortalecerse o debilitarse ciertas inhibiciones de la conducta que los observadores han aprendido con anterioridad.

²² Ibidem.²²

Las restricciones se desarrollan mucho por la observación de sus consecuencias para los modelos, el modelado juega un papel primordial en la expansión de las ideas y sus usos sociales.

2.4. Hábitos alimenticios.

Toda sociedad para existir, requiere necesariamente de esquemas implícitos y explícitos de comportamiento. A este conjunto de conductas, hábitos, costumbres y símbolos sociales, se le conoce como cultura, los cuales son adquiridos socialmente y transmitidos de una generación a otra, con el objetivo de permitir la reproducción social.

En el caso de la comida, los hábitos y costumbres se interrelacionan para formar lo que se conoce como sistema alimentario, el cual tiene como principal objetivo, satisfacer todos los aspectos relacionados con la alimentación. De ahí que la producción, la comercialización, los usos y las formas de compartir los alimentos e incluso, el contexto político, entre otros, son aspectos que conforman el sistema alimentario de cualquier país. La alimentación de los mexicanos (2013)

A partir de esta visión, la cultura de cada pueblo a través de sus hábitos, costumbres y símbolos sociales la que se convierte en un factor fundamental para que las personas determinen su forma de comer. No se olvida tampoco de señalar, que son los sistemas alimentarios los que delinear las dietas "...de tal modo que los grupos humanos y los propios individuos, adquieren las cantidades y las combinaciones necesarias para satisfacer sus requerimientos alimenticios.

Por lo tanto, problemas como la obesidad y el sobrepeso son consideradas como enfermedades causadas por el hombre, y que obedecen a un cambio en el patrón cultural que comienza a gestarse en el siglo XIX y culmina en el XX.

Cabe mencionar que la falta de ingresos es una de las causas más importantes que impiden a la población obtener una dieta adecuada. Con la información de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se observó que en los hogares más pobres el aporte dietético estriba en pocos alimentos, entre los que destaca el consumo del maíz; en los hogares que cuentan con alto ingreso, la energía y los nutrientes se adquieren de una variedad más amplia de éstos, entre los que destacan frutas, vegetales y carnes. (Martínez J. I., Villezca, B,P. 2003)

23

2.5 Activación física.

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de un 21% y 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Se puede apreciar que un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos: reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

²³ Irma Martínez Jasso, Pedro A. Villezca Becerra* *. (2003). La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 30.

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio", este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física, abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no sólo individual, por lo tanto exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. OMS, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, (2015)

2.6 El autocuidado.

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

El autocuidado a formado parte de diversas culturas y nacionalidades, todos los seres humanos tenemos un sentido de autocuidado, es por eso que ha trascendido en la historia de nuestra sociedad.

Entrando al autocuidado en relación a la promoción de la salud, la propuesta de promocionar autocuidado con rostro humano implica caracterizarlo alrededor de dos grandes aspectos:

La conceptualización dentro de un enfoque integral y humano y los principios y las condiciones que deben tenerse en cuenta en su promoción.

Es necesario promover un autocuidado dentro del marco del desarrollo humano, en el cual toda persona para ser, tener, hacer y estar, necesita la satisfacción y

potenciación en condiciones de equidad de satisfactores que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Estos satisfactores están relacionados con los valores, los recursos, las costumbres, los derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, las creencias, el entorno vital y social y los atributos del ser como son: libertad, creatividad, dignidad, solidaridad, identidad, autonomía, integridad, fraternidad, sororidad y equidad (entendida como el reconocimiento de la igualdad en la diferencia); todo esto dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias para que esa fuerza sincrónica, interna de organización y de interconexión del intelecto, el cuerpo y el espíritu llamado vida, funcione adecuadamente. Correa, J. (1999).

2.7 Intervención del Trabajador Social.

Para los ámbitos profesionales, la intervención ha sufrido cambios a partir de la sistematización de experiencias de prácticas empíricas y que han generado la construcción de un proceso metodológico, representando uno de los ejes centrales del Trabajo Social, se dice que la intervención social es un Conjunto de procesos y acciones articuladas con direccionalidad para enfrentar situaciones sociales y reales.

Problemáticas y complejas de los individuos, grupos, comunidades y colectivos sociales que demandan la determinación de caminos viables que contribuyan a elevar su calidad de vida y hacer valer sus derechos en los propios sujetos y en su entorno, caracterizados esencialmente por la disparidad y desigualdad social. Tello, Galeana (2010)²⁴

²⁴Nelia Tello Peón, Galeana de la O. Silvia. (2010). *Intervención Social*. México: ENTS UNAM.

Gil, R.M. (2002)²⁵ refiere que:

“Se puede entender como una forma de acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa, integra supuestos ideológicos, políticos, filosóficos, con propuestas metodológicas.”

Por otro lado Carmen, R (1989)²⁶ la explica como:

“una acción organizada y desarrollada intencionalmente para modificar situaciones sociales consideradas como no deseadas y en orden a mejorar la calidad de vida, la autonomía y la solidaridad.”

2.7.1 Caracterización de la intervención social.

- Es un hacer dirigido para la atención de un problema, demanda, necesidad, oportunidad, requerimiento de uno o varios sujetos sociales.
- Es un actuar que contiene diversas intencionalidades y usos, dependiendo de las orientaciones, posturas y contenidos de quien diseña y la aplica.
- Es una intencionalidad dirigida implícita o explícita a modificar o generar un cambio en la situación que le dio origen, incidiendo sobre una situación o condición.
- Tiene que estar fundamentado por marcos teóricos y metodológicos que permitan la comprensión de la realidad, así como la eficiencia y eficacia para plantear alternativas de solución a problemas o contribuir a satisfacer necesidades.
- Es realizada por profesionales capacitados debido al abordaje de la realidad que, por su carácter complejo, dinámico, multidimensional y problemático, exige el conocimiento de lo social y claridad del contenido de la intervención social.
- Implica poseer conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes y valores para insertarse en la diversidad de la realidad y en la cotidianidad de los sujetos sociales, respetando su idiosincrasia, prácticas y expectativas. Nadal (2012)²⁷

²⁵ Gil, R.M. (2002). *Aportes para leer. La intervención de Trabajo Social*. Recuperado en: [http://www.ets.unc.edu.ar/xxseminario/datos/anteriores/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-041 \(20/08/14](http://www.ets.unc.edu.ar/xxseminario/datos/anteriores/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-041 (20/08/14)

²⁶ Carmen, R. (1989). *Introducción al Trabajo Social*. España: Escuela Universitaria España

²⁷ Nadal, E. R. (2012). Reflexiones sobre la intervención del trabajador social en el contexto educativo. ED. universidad de alicante

2.7.2 El Trabajo Social en el ámbito de la salud.

Una de las funciones básicas del Trabajador Social para que pueda ejercer su papel, se necesita la presencia de un individuo, un grupo o una comunidad que demanden sus servicios frente a un contexto vivido como problemática. Se llama situación a todo lo que constituye la realidad para el hombre, es decir, el conjunto estructurado de elementos, hechos, relaciones y condiciones en un tiempo y espacio concretos.

Razón por la cual es siempre social en tanto que involucra explícita o implícitamente a seres humanos en interrelación afectados por la misma. De ahí que nunca sea estrictamente individual, si bien puede ser un individuo quien la exprese pero esa persona siempre es portavoz directa o indirectamente de un grupo afectado por una enfermedad, por carencia de trabajo, de vivienda, etc.

El Trabajador Social no restituye la salud ni tiene viviendas para otorgar, ni posibilidades de dar trabajo a las personas, sino que es agente de una profesión y su quehacer tendrá que ver con la definición o indefinición de que haga de su tarea.

Dicho Profesional, procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de las dificultades sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere. Para ello, deberá.

- a) Conocer científicamente esos problemas.
- b) Determinar cómo los hombres los enfrentan y qué alternativas de solución arbitran.
- c) Capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos.

Funciones.

En la promoción:

- Participar en la elaboración, ejecución y evaluación de proyectos y programas de difusión de los múltiples factores que inciden negativamente en la salud de las poblaciones , procurando la participación activa de los involucrados en forma plena y democráticamente.
- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología de las enfermedades. Asimismo, el estudio, diagnóstico y tratamiento de las consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando y eliminando aquellas que retardan e impiden el logro de los objetivos en salud.
- Clarificar, orientar, capacitar, a las familias y a las poblaciones sobre los problemas causales de las enfermedades a los fines de que se asuman como responsables de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en su propio medio ambiente.
- Participar en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas de salud, desde la óptica de su competencia.
- Realizar estudios para conocer el alcance del aprovechamiento, por parte de los usuarios de los servicios de salud y de sus expectativas con respecto a los mismos, para aportar conclusiones al Departamento de Planificación del Sistema de Salud.

- Orientar, asesorar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales del sector salud, ya sean oficiales o privados.
- Aportar al equipo interdisciplinario la información adecuada para que se concreten el diagnóstico y tratamiento tempranos, así como la implementación de encuestas con sus resultados para seleccionar casos de alto riesgo.

En la recuperación:

- Intervenir en el equipo de salud, contribuyendo a atender, reducir y reparar los daños causados por la enfermedad, ya sus acciones se desarrollen sobre individuos o comunidades.
- Coordinar las medidas que se implementaron oportunamente para que el o los afectados por la enfermedad dispongan de los recursos materiales y financieros necesarios para su recuperación.
- Realizar las gestiones pertinentes para obtener y asegurar por medio de subsidios los medios tendientes a dar solución a los problemas planteados, aportando la documentación y la presentación adecuada con el Informe Social y la Opinión del Trabajador Social ante la institución a la que pertenece y derivando cuando sea conveniente a otra del nivel oficial o privado, dentro y fuera del ámbito provincial y también internacional.
- Fortalecer al grupo familiar, orientando, asesorando, clarificando sobre la situación problema presentada, para obtener la colaboración activa de los mencionados.

En la rehabilitación:

- Realizar el tratamiento social correspondiente para asegurar que el enfermo o minusválido logre desarrollar el máximo de sus potencialidades, ya se trate de rehabilitación física como de rehabilitación social.
- Continuar con la gestión de los recursos económicos y financieros necesarios en el tratamiento de rehabilitación, hasta su obtención.
- Realizar una difusión sobre las reales capacidades de los rehabilitados, para que la comunidad pueda contribuir a su reinserción.

Rol del Trabajador Social:

- Servicios de atención directa a individuos, grupos y comunidades trabajando con quienes presenten problemas sociales o dificultades de integración social.
- Política y Promoción social, estimulando y provocando medidas tendientes a lograr una mejor calidad de vida para la población, creando las condiciones para la participación activa tendiente al logro de esas medidas.
- Administración de Servicios Sociales, organizando, dirigiendo y coordinando Divisiones y Departamentos de Servicio o Trabajo Social intrainstitucionales.
- Capacitación de recursos humanos, sean o no, profesionales.
- Planificación, con el objeto de transformar necesidades concretas en respuestas que las satisfagan.

- Investigación: identificado los factores que generan la enfermedad, su distribución y desarrollo, detectando a los enfermos y minusválidos, evaluando servicios, recursos, actitudes y valores. Agujero, (2008)²⁸

2.8 Promoción y educación para la salud. Conceptualización.

Aunque se reconoce ampliamente el papel que juega la educación en los logros obtenidos en el campo de la salud, así como la importancia de la educación en las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sus concepciones han tenido grandes variaciones en el transcurso del tiempo, el termino educación se utilizó originalmente para designar la acción de enseñar a prevenir y curar las enfermedades, una concepción claramente morbicéntrica.

En la década de los sesenta se reconoció el papel de la educación en la convivencia y se hizo especial énfasis en el método, a través de la comunicación de masas y la educación escolar.

En la declaración de “Salud para todos” en el año 2000, la educación en adquiere carácter de componente esencial en la Atención primaria. A partir de allí surge una nueva definición: Proceso que desarrolla en el individuo la capacidad de pensar, comparar, seleccionar y utilizar la información y técnicas en salud adecuadas a sus particularidades bio-socioeconómicas, estructurando en los individuos un máximo de conceptos y actitudes, capaces de llevarlo a la autodeterminación eficaz. P, Bastidas, Escobar, Torres, Arango (2010) .

Cobra una nueva dimensión, más allá de habilidades individuales ligadas a la prevención de la enfermedad se plantea que es necesario dirigirla hacia los

²⁸ Agujero, M. (2008). Salud Publica y Trabajo Social

grupos, las organizaciones y las comunidades, con lo cual se convierte en un instrumento para el cambio.

Recoge la tendencia de la educación como un proceso orientado al desarrollo humano y la transformación social, elementos presentes en la corriente de Educación popular, que tuvo un gran impulso en América Latina a partir de los aportes de Paulo Freire y otros pensadores. La concepción ha variado a través del tiempo, también es cierto la existencia de diferentes posiciones en un momento histórico particular.

Su definición se reiteró en el marco de la cuarta conferencia latinoamericana de Promoción y Educación para la salud, en donde Dora Cardaci (2008) se mostró preocupada porque la salud se ha ido invisibilizando a medida que otros movimientos políticos y propuestas teóricas vienen ganando vigencia, tales como la promoción hacia la misma así como los determinantes sociales, es que en este sentido se hizo un llamado para recuperar los valores de la educación para la salud. Cardaci (2008)²⁹

La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.

Combinados todos ellos, crean distintos estilos y condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. En la promoción, su empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor

²⁹ Cardaci, D. (2008). Promoción y educación para la salud.

control sobre las decisiones y acciones que afectan su organismo. Restrepo (2001)³⁰

2.9 Las enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud.

La salud está condicionada no solo por factores inherentes al individuo como su biología, genética, estilos de vida y conductas de riesgo, sino también, de manera fundamental, por determinantes de origen social y económico. Estos factores permiten que las personas se mantengan sanos o que enfermen y cuando esto sucede influyen en la recuperación, mantenimiento o empeoramiento de su condición, en la actualidad, se hace referencia a la necesidad de establecer cambios con relación a la equidad, democracia, participación social y sustentabilidad ambiental, para tener éxito en los programas de atención a la salud.

La organización mundial de la salud, establece en relación con el tema:

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del capital, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.” OMS (2014)³¹

En mayor parte explican las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas entre los países, en lo que respecta a la situación sanitaria.

En réplica a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. Ibidem.³²

³⁰ Restrepo, H. E. (2001). *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Colombia: Panamericana.

³¹ OMS. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado en: http://www.who.int/social_determinants/es/ (25/08/14)

³² Ibidem

Este campo se ocupa de los aspectos clave de las condiciones en las que la población vive y trabaja, así como de sus estilos de vida. Se preocupa por las implicaciones sanitarias de las políticas económicas y sociales y de los beneficios que la inversión en políticas de salud puede aportar.

Tienen como fundamento el análisis de las inequidades entendidas como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas, que están directa o indirectamente generadas por factores sociales, económicos, ambientales e influenciados por los estilos de vida.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional, continuo, frecuentemente de progresión lenta y de larga duración. Representa un grupo heterogéneo de condiciones que inician en la mediana edad después de una prolongada exposición a patrones insalubres.

Son padecimientos de larga duración y por lo general de progresión lenta. Algunas de ellas son de tipo cardíacos, infartos, cáncer, respiratorias y la diabetes, son principales causas de mortalidad en el mundo y son responsables del 63%. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. OMS (2014)³³

Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad. Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial.

³³ OMS. (2014.). *Enfermedades crónicas*. Recuperado en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ (10/09/14)

Actualmente, ocupan un lugar importante por el impacto y la estrecha interrelación entre el paciente, el entorno familiar y médico y por sus repercusiones sociales, económicas y laborales. Trillo (2012)³⁴

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes se dan en los países de ingresos bajos y medios.

A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con éstas podría evitarse mediante intervenciones bien conocidas, y por costo eficaz y viable.

De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones casi las dos terceras partes se debieron, principalmente a enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes. El mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a los países, poblaciones y comunidades de ingresos bajos, en los que imponen enormes costos evitables en términos humanos, sociales y económicos. Alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada afecta a personas menores de 60 años.

Estos padecimientos, se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol.

³⁴ Trillo, M. T. (2012). *La dimensión social en los cuidados paliativos y la orientación tanatológica, un enfoque desde Trabajo Social*. Mexico: ENT.S.

En esas poblaciones es fácil que se produzca un círculo vicioso: la pobreza expone a la gente a factores de riesgo comportamentales y tienden a agravar la espiral que aboca a las familias a la pobreza. Por consiguiente, a menos que se combata enérgicamente la epidemia en los países y comunidades más afectados, el impacto de esas enfermedades seguirá acentuándose y veremos alejarse el objetivo mundial de reducción de la pobreza.

Las enfermedades crónicas, serán el resultado de intervenciones poblacionales, que son costo eficaces y pueden incluso generar ingresos, como ocurre por ejemplo cuando se aumentan los impuestos sobre el tabaco y el alcohol. No obstante, hay intromisiones eficaces, como las medidas de control del tabaco y la reducción del consumo de sal, que no se aplican a gran escala debido a la falta de compromiso político, a una participación insuficiente de los sectores no sanitarios, a la falta de recursos, a los intereses creados de algunas partes decisivas, y a la limitada colaboración de algunos interesados importantes.

Por ejemplo, menos del 10% de la población mundial está plenamente protegida por alguna de las medidas de reducción de la demanda de tabaco previstas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Un alto porcentaje las anteriores, puede prevenirse mediante la reducción de sus cuatro factores de riesgo comportamentales más importantes: el tabaquismo, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. La influencia de estas conductas de riesgo y de otras causas metabólicas y fisiológicas de la epidemia mundial abarca lo siguiente:

El sedentarismo: aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión,

enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres.

La dieta saludable: el consumo de frutas y verduras en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colo-rectal. La mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos. El consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta.

Se estima que la hipertensión causa 7.5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12.8% del total. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.

Por otra parte, al menos 2.8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). El índice de masa corporal elevado aumenta el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa,

la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso.

La mayor incidencia del sobrepeso entre lactantes y niños pequeños se observa en las poblaciones de ingresos medios altos, mientras que el mayor aumento del sobrepeso se detecta en el grupo de ingresos medios bajos.

Se estima que la hipercolesterolemia es causa de 2.6 millones de muertes cada año; aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, es más frecuente en los países de ingresos altos. Cabe mencionar que al menos 2 millones de casos de cáncer anuales, el 18% de la carga mundial pueden atribuirse a ciertas infecciones crónicas; y esa proporción es sustancialmente mayor en los países de ingresos bajos.

OMS (2013)³⁵

2.10 Marco Referencial o Legal.

El artículo 4° de la constitución política sustenta que:

“Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. “

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”

Cabe mencionar que el derecho a la salud es parte de los individuos, es por esto que incluye a este grupo vulnerable que son los adolescentes, mismos que en esta etapa carecen de gozarla libremente y no cuentan con calidad de vida favorable.

De este artículo se deriva una ley, que hace valer este derecho único que tenemos todos los Mexicanos.

³⁵ OMS. (s.f.). *Enfermedades crónicas*. Recuperado en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ (18/09/14)

2.11.1 Ley general de salud.

ARTÍCULO 1o. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

En el año de 1983 se publicó en el diario oficial el día 7 de Febrero, esta ley, en la que el objetivo de esta es definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacer efectivo este derecho; definir la participación de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud.

Este documento considera la importancia de los establecimientos que deben realizar acciones para proteger, promover y restaurar la salud individual y colectiva.

También destaca la asistencia social que comprende acciones para mejorar las condiciones sociales que dificultan el desarrollo integral del individuo, así como la protección de las personas desprotegidas (como los inválidos, menores de edad, y ancianos abandonados) para lograr la incorporación a una vida plena y productiva.

Así mismo, establece programas de actividades para situaciones de epidemia, urgencia o catástrofe y problemas sociales como el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia. Op.cit

ARTÍCULO 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

ARTÍCULO 3o. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
13 II bis. La Protección Social en Salud;
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;
- IV. La atención materno – infantil;
36IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;
- 25 V. La salud visual
- 25 VI. La salud auditiva
- VII. La planificación familiar;

- VIII. La salud mental
- IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;
- XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
- XIII. La educación para la salud;
- XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- 1 XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
- XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
- XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
- XX. La asistencia social;
- XXI. El programa contra el alcoholismo;
- XXII. El programa contra el tabaquismo;
- XXIII. El programa contra la farmacodependencia;
- XXIV. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
- XXV. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;
- XXVI. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII; XXVII. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;

XXVIII. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células⁵ y cadáveres de seres humanos;

XXIX. La sanidad internacional, y

XXX. Las demás materias, que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.
Ley General de salud (2010)³⁶

2.11.2 TITULO SEPTIMO. Promoción de la Salud. CAPITULO I Disposiciones Comunes

Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111. La promoción de la salud comprende: I. Educación para la salud; II. Nutrición; III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, adoptando medidas y promoviendo estrategias de mitigación y de adaptación a los efectos del cambio climático; IV. Salud ocupacional, y V. Fomento Sanitario
Ley General de salud (2010)³⁷

2.11.3. Educación para la Salud

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.

³⁶ *Ley General de Salud*. México. 2010.

³⁷ Op. Cit.

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población. Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

2.11.4 Nutrición

Artículo 114.- Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal. La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.

Artículo 115.- La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

- I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;
- II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad,

encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.

- III. Normar el establecimiento, operación y evaluación de servicios de nutrición en las zonas que se determinen, en función de las mayores carencias y problemas de salud;
- IV. Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas.
- V. Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población
- VI. Recomendar las dietas y los procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población en general, y proveer en la esfera de su competencia a dicho consumo;
- VII. Establecer las necesidades nutritivas que deban satisfacer los cuadros básicos de alimentos. Tratándose de las harinas industrializadas de trigo y de maíz, se exigirá la fortificación obligatoria de éstas, indicándose los nutrientes y las cantidades que deberán incluirse.
- VIII. Proporcionar a la Secretaría de Economía los elementos técnicos en materia nutricional, para los efectos de la expedición de las normas oficiales mexicanas. Ley General de Salud (2014)³⁸

³⁸ Ley General de Salud (2014) Estado de México.

2.11.2 Norma Oficial Mexicana nom-043-ssa2-2012, Servicios Básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

El propósito fundamental de esta Norma es establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Así como elementos para brindar información homogénea y consistente, para coadyuvar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación. La orientación alimentaria es prioritaria y debe proporcionarse a toda la población, es conveniente que atienda a los intereses del público en general, de los grupos vulnerables en especial y que tome en cuenta a la industria y a otros grupos interesados.

Objetivo y campo de aplicación

- Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deben seguirse para orientar a la población en materia de alimentación.
- La presente norma es de observancia obligatoria para las personas físicas o morales de los sectores pública, social y privada, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria. NOM-009-SSA2-2013 (2013)³⁹

³⁹ NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar. México: Secretaria Oficial, Diario de México.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1 Investigación- acción.

Lewin (1946) definió a la investigación-acción como:

“una forma de cuestionamiento auto reflexivo, llevada a cabo por los propios participantes en determinadas ocasiones con la finalidad de mejorar la racionalidad y la justicia de situaciones, de la propia práctica social educativa, con el objetivo también de mejorar el conocimiento de dicha práctica y sobre las situaciones en las que la acción se lleva a cabo”.
Esquivel,j.,(2010)

Tal como se describe con anterioridad iniciamos con la problematización, por lo que se recurrió a la implementación de un diagnóstico social en el cual la finalidad era la detección de necesidades de los adolescentes, con este objetivo nos dirigimos a la telesecundaria ubicada en el Sector 4 de Totolapa para presentación de las actividades a realizar así como la entrega de oficios correspondientes, se explicó los motivos de nuestra participación, de igual forma los objetivos y parte de la planeación a desarrollar por lo la respuesta fue favorable, posteriormente, se procedió a la elaboración de un instrumento de 55 interrogantes y se aplicó a los alumnos del 2do y 3er grado es de esta manera que se detectó que los estudiantes no mantenían una alimentación balanceada ni realizaban actividad física, desarrollando una vida sedentaria, trayendo consecuencias graves a como el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

En relación a esta problemática, se procedió a la elaboración de un proyecto de intervención, en el que uno de sus objetivos, era determinar un espacio de análisis y reflexión de la realidad en la que se encuentran inmersos los adolescentes en relación al consumo de alimentos y la realización de actividades físicas esta problemática permite revisar y re-pensar las teorías, los conceptos, modelos y las metodologías como herramientas de los Trabajadores Sociales. Así como, debatir la posición del ámbito del Trabajo Social ante las nuevas realidades sociales emergentes y los procesos de cambio social.

3.2 Diagnóstico social.

El presente trabajo es resultado de una investigación documental y de campo realizada en la Telesecundaria Guillermo González Camarena de la Ciudad de Poza Rica; ubicado en el Sector 4, Totolapa del Municipio de Tihuatlán, Ver. La escuela cuenta con tres grupos cada uno con 30 alumnos del primero, segundo y tercer grado únicamente del turno matutino, en un horario de 7:00 am a 13:00 horas. Se trata de una población de adolescentes de 11 a 15 años, con características de pobreza y pobreza extrema.

La investigación para el Diagnóstico social se desarrolló con 22 adolescentes de primero y segundo grado, inscritos en la telesecundaria, para tal efecto se aplicaron técnicas propias de las ciencias sociales como: la observación, entrevistas informales y la aplicación de un instrumento (cuestionario), con el objetivo de conocer las características y condiciones de vulnerabilidad que presentan los adolescentes.

Actualmente los adolescentes inscritos en este plantel educativo, son de recursos económicos bajos, además viven en un municipio alejado de la ciudad, considerado por sus características como suburbano, ya que todavía una parte de sus habitantes se ocupan en la agricultura y existen comunidades que no cuentan con todos los servicios públicos. De los 22 adolescentes inscritos, algunos presentan bajo rendimiento escolar, se presentan a sus clases en condiciones higiénicas desfavorables, lo cual repercute en su calidad de vida y en su entorno social.

De los 22 adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario el 54.5% son de sexo femenino y el resto pertenecen al sexo masculino, con relación a su edad tienen entre los 11 y 15 años de edad, poner la edad promedio cursando el primero y segundo grado de secundaria, en lo que respecta al lugar de procedencia, el 52.4% de los adolescentes radican dentro del sector 4, en la localidad de Tihuatlán, lo cual facilitará para la operación del proyecto de

intervención, la asistencia de los padres de familia cuando se apliquen las estrategias de intervención.

Respecto al apartado de la alimentación y la actividad física, los adolescentes manifestaron lo siguiente:

El plato del buen comer tal como lo indica el programa Más vale Prevenir del Instituto Mexicano del Seguro Social menciona que el comer bien y practicar cualquier actividad física son la base para tener una buena salud (IMSS, 2014)⁴⁰ y es necesario aprender a combinar los alimentos. En este sentido, los adolescentes manifestaron que el consumo de proteínas es del 36.36 % equivalente al pollo.

Cabe mencionar que en cuanto al apartado de actividad física el 36.36% de los estudiantes, manifestaron practicar el fútbol, sin embargo no lo practican ya que el 45 % manifestó no dedicarle tiempo en la semana. Estas cifras son alarmantes por lo que se encuentran en sedentarismo.

Por otro lado la ingesta de carne de res por parte de 8 adolescentes tiene un porcentaje del 36.36 % que la consumen 2 veces por semana, mientras que 22.72 % que equivale a 5 adolescentes solo la consumen 1 vez por semana.

El 13.63 % manifestaron que no consumen carne de res en la semana en sus casas, el 9.09 y el 4.54 % sólo la consumen de 3 a 4 veces en la semana

Respecto a la ingesta de pescado lo consumen 9 adolescentes 1 vez a la semana, lo que equivale a un 40.90 % de los 22 adolescentes que respondieron el cuestionario, por otra parte 6 adolescentes hicieron mención que en su casa no consumen el pescado por semana, es decir un porcentaje del 27.27, y 4 adolescentes lo consumen de 2 a 4 veces por semana correspondiente al 18.18 % del total de la muestra encuestada.

Al momento de responder el apartado sobre la ingesta de huevo, 6 de los adolescentes indicaron su consumo a 4 veces por semana, es decir un porcentaje del 27.27, el 22.72 lo consumen 3 veces por semana, y el 36.36 %

⁴⁰IMSS. (2014). *Más vale Prevenir*. Recuperado en: <http://www.prevenisste.gob.mx/nutricion-ejercicio> (19/09/14)

que equivale a 8 adolescentes lo consumen 5 veces o más en la semana. De acuerdo a un artículo revisado sobre alimentación en el adolescente en cuanto a las proteínas las recomendaciones se establecen en 1 g/kg para ambos sexos entre los 11 y 14 años, y 0,9 y 0,8 respectivamente en varones y mujeres, entre los 15 y 18 años y deben aportar entre el 10 y el 15% de las calorías de la dieta y deben ser predominantemente de alto valor biológico (origen animal) (José Manuel Marugán de Miguelsanz¹, Lydia Monasterio Corral², , 2004) . ⁴¹ En lo que respecta a los carbohidratos, los adolescentes consumen entre 1 y 2 veces a la semana entre el 26.3 y el 35 %.

Del apartado de activación física el artículo sobre salud adolescente indica que por lo menos deben practicar 30 minutos de actividad física, pero los adolescentes de la telesecundaria no practican ningún deporte, lo cual indica que existe sedentarismo en la población adolescente y que de igual manera queda a preocupación para el quehacer del profesional de Trabajo Social y que es necesario el reforzamiento de técnicas y compromiso transdisciplinario para aminorar enfermedades crónico-degenerativas en edades futuras, sin embargo en la pregunta sobre su estado de salud lo consideran que es bueno.

En relación a los antecedentes familiares, se visualizó que la predisposición genética es impresionante, ya que los padres de los adolescentes manifiestan tener obesidad, colesterol, hipertensión arterial y diabetes mellitus en un 46 y 33 %, aunado a esto que los antecesores de los mismos padres (abuelos) también manifestaron padecerlas.

De acuerdo con el artículo Clínica de la ansiedad refiere que La relación de la mente sobre el cuerpo es bien clara. Del mismo modo que las enfermedades físicas influyen en nuestro estado de ánimo y nos provocan temor, miedo o preocupación, muchos problemas psicológicos provocan síntomas físicos.

Las enfermedades psicosomáticas son muy frecuentes; casi un 12% de la población europea sufre estas molestias y se considera que una cuarta parte de

⁴¹José Manuel Marugán de Miguelsanz¹, Lydia Monasterio Corral², . (2004). Alimentación en el adolescente. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AE*, 6.

las personas que acuden médico de atención primaria presentan este tipo de enfermedades. Miguel, B., (2014)⁴²

Por lo que se refiere al apartado que se ha denominado Estrés, los adolescentes se mostraron inquietos al momento de responder las interrogantes, 14 de los adolescentes respondieron que algunas veces presentan dolor de cabeza, este dato puede tener ambas variables, mala nutrición, estrés, inicio de diabetes mellitus o migrañas.

De igual manera el 33 % manifestó sentir preocupación algunas veces, y algunas veces estado de ánimo no es favorable.

Se puede expresar que estos factores son producto de una alimentación no saludable, lo cual su condición se hace más vulnerable al desarrollo de enfermedades crónico- degenerativas en edad adulta.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se determina que las dificultades se centran en la inexistencia de hábitos alimenticios saludables en los adolescentes, mismos que se ven reflejados en la falta de actividades físicas y el sedentarismo.

En base a la dificultad identificada, se determina aplicar el modelo conductista con la finalidad de responder a la realidad sustentada. A continuación se describe el mencionado modelo:

⁴²Miguel, M. (28 de abril de 2014). *Clinica de la Ansiedad* . Obtenido de Intervención del doctor J. Carlos Baeza, de la Clínica de la Ansiedad: recuperado en: <http://www.clinicadeansiedad.com/02/162/Las-enfermedades-psicosomaticas:-enfermedades-invisibles.htm> el 20 de agosto del 2014

3.3 Modelo conductista

Se centra principalmente en la conducta, poniendo especial énfasis en los aspectos de ésta que son aprendidos. Estas, ya sean consideradas normales o problemas, han sido aprendidas mediante un proceso de condicionamiento y es susceptible de ser modificada por la aplicación de lo que se sabe sobre el aprendizaje.

El Trabajo Social conductista interviene en obtener, suprimir, disminuir, reforzarla de forma duradera. La clave es cambiar aquellos comportamientos inadaptados y sustituir estos por otros deseados por el sujeto y demandados por el medio ambiente. Uno de los objetivos es el de alterar el comportamiento del cliente para que sus problemáticas vayan disminuyendo o desaparezcan. (Viscarret 2007)⁴³

Las diferentes técnicas se basan en el denominado Modelo Conductual. Surgió como una reacción y renovación de los postulados psicológicos vigentes a principios del siglo XX. En esos momentos el objeto de estudio predominante de la psicología era la mente o la conciencia y su contenido, siendo la introspección su método. El psicoanálisis freudiano contemplaba la existencia de muchos elementos inobservables tales como el inconsciente, los conflictos intrapsíquicos, y surgía la necesidad de cambiar estos conceptos por otros más acordes con las nuevas tendencias, que apostaban por desplazar a la mente cómo objeto de estudio a favor de la conducta, y la introspección cómo método por el utilizado en la ciencia experimental. (Llort 2012)⁴⁴

⁴³ Viscarret. (2007). El modelo de la modificación de la conducta. En J. J. Viscarret, *Modelos y metodos de intervencion en Trabajo Social* (pág. 324). España: Alianza .

⁴⁴ Llort, S. B. (2012). *Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil*. Obtenido de La modificación de la conducta: recuperado en: <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/lamodificaciondeconducta/> 05 de diciembre del 2014

El postulado fundamental de la nueva psicología conductual era una consecuencia del aprendizaje que tiene lugar en el medio social en el que crece y se desenvuelve el individuo.

La Psicología, por fin, podía constituirse en una disciplina experimental donde su objeto de estudio podría ser cuantificado, observada objetivamente y manipulada para producir igualmente cambios susceptibles de verificación.

La base teórica en la que se sustentan, se remontan a los estudios pioneros (a principios del siglo XX) de la escuela rusa a través de autores tan relevantes como Pavlov (Condicionamiento Clásico), Sechenov o Betcherev (Reflejos) o de psicólogos experimentales como Watson o Thorndike. Sus trabajos comprendían rigurosos estudios de experimentación animal con los que intentaban llegar a encontrar las bases científicas para poder explicar la conducta humana.

Características de la modificación de conducta:

- La característica más importante es su énfasis en definir los problemas en término de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones como el mejor indicador del grado de solución del problema alcanzado.
- Los procedimientos y técnicas consisten en mecanismos para alterar el entorno de un individuo y así ayudarlo a funcionar más adecuadamente.
- Sus métodos y fundamentos pueden ser descritos con precisión.
- Las personas pueden aplicar las técnicas de modificación de conducta en su vida cotidiana.

En gran medida, las técnicas conductuales provienen de la investigación básica y aplicada de las ciencias del aprendizaje en general y de los principios del condicionamiento operante y pavloviano en general.

La modificación de conducta subraya la importancia de demostrar científicamente que una intervención particular es responsable de un cambio en la conducta y valorar la responsabilidad de todos los participantes que intervienen en los programas: Cliente, plantilla, administradores, asesores, etc. (Martin , P. 2008)

3.3.1 El modelo conductista y su intervención en los hábitos alimenticios de los adolescentes.

Los modelos de intervención forman parte de un proceso en el que el Trabajador Social se apoya para trabajar con el individuo o la sociedad, el modelo conductista en conjunto con el Trabajo Social no considera al cliente como un enfermo, sino que interpreta que la mayoría de las conductas humanas se adquieren por el aprendizaje como resultado de la interacción entre individuos, ya sea adaptadas, inadaptadas, deseables o indeseables todas de la misma forma, es por eso que pueden ser modificadas. Cada adolescente presenta un conjunto de conductas derivadas de lo que aprende y de sus ambientes sociales y culturales. En estudios recientes, se han centrado en las conductas alimentarias tales como la anorexia y la bulimia, sin embargo para los efectos de esta investigación nos situamos en que los hábitos alimenticios de los adolescentes son deficientes así como la falta de actividad física, es por eso que se optó por un modelo que se preocupa por la conducta humana y que ésta puede ser modificada llevando un plan de intervención basado en sus diversas etapas.

Este modelo, tiene muy en cuenta los recursos con los que dispone la persona tales como: su actitud, motivaciones, valores y trabajo para incorporar a la persona al propio cambio, fue seleccionado por que es especialmente idóneo para adolescentes y niños, tendiendo a facilitar el aprendizaje y desarrollo educativo adecuados puesto que sirve para rectificar los errores educativos que refuerzan una conducta indeseable.

Este método ha demostrado ser utilizados en ciertos trastornos como depresiones, ansiedad, fobias, conductas alimentarias y conductas de riesgo,

así como la intervención con familias con problemáticas diversas, por otra parte a nivel grupal ofrece posibilidades para la intervención en aspectos psicoeducativos de habilidades sociales, prevención de recaídas, etc. Con una función preventiva y de ayuda mutua. Por lo anterior establecido por parte de este modelo, a continuación se detalla el siguiente:

3.4 Proyecto profesional: dimensiones preventivas en enfermedades crónico-degenerativas con adolescentes.

3.4.1 Justificación

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se presentan cambios rápidos en el desarrollo físico, mental y emocional, que influyen de manera importante en la relación de los adolescentes con su familia, amigos, pareja, compañeros de escuela y/o de trabajo.

La promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de medidas para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su salud son fundamentales para el futuro de la infraestructura sanitaria y social de los países y para prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

Durante el desarrollo de la niñez en los países desarrollados al llegar a la adolescencia presentan desnutrición, lo que los hace vulnerables a las enfermedades y muertes prematuras. Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad (otra forma de malnutrición, con consecuencias graves para la salud y repercusiones financieras a largo plazo para los sistemas de salud) están aumentando entre los mismos, tanto en los países de ingresos bajos y altos. Una nutrición adecuada y hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico a esas edades podrán gozar una buena salud en la edad adulta.

Para el profesional de Trabajo Social el abordar esta problemática, nos conlleva a que los adolescentes se encuentran en situación vulnerable, contexto por el que en muchos casos no son atendidos ni orientados de la forma correcta implicando en su desarrollo físico, psicológico y emocional y como resultado a esto daños severos a su salud. Es significativo intervenir en esta etapa por la que transcurren y proporcionarles la orientación necesaria para un desarrollo

mejor, ya que cuenta con herramientas necesarias para la solución de conflictos con adolescentes en estado de debilidad, es por eso que surge la inquietud por comprender y actuar en esta situación.

Es transcendental que la institución educativa esté vinculada a este tipo de proyectos ya que es necesario incluir en las clases impartidas los cuidados a la salud y el llevar una alimentación adecuada, desde la escuela se debe fomentar el cuidado a la salud, con la participación de los maestros, padres de familia y personal que labora en el área de la salud, motivando al adolescente a que valore su vida. Esta condición, brindará a los alumnos las competencias necesarias para que conozcan y modifiquen sus estilos de vida.

El cuidado y la promoción de la salud de los escolares son premisas indispensables para mejorar el logro educativo y para que los alumnos accedan en igualdad de oportunidades a mejores niveles de vida. Es primordial fomentar en ellos una cultura de prevención para el cuidado de la salud que asumir el costo de acudir al servicio médico para la atención de las enfermedades prevenibles.

3.4.2 Objetivo General

- Propiciar actitudes favorables en los estudiantes de para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas, mediante la implementación de actividades de orientación y sensibilización para el cuidado de la salud.

3.4.3 Objetivos Operativos

1. Sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia del auto cuidado para la salud.
2. Promover la adquisición de conocimientos sobre hábitos, costumbres y situaciones de riesgo que impactan en la salud de los estudiantes, mediante procesos de orientación, análisis y participación.
3. Integrar pequeños grupos de estudiantes para mejorar sus hábitos alimenticios y participar en la activación física.

3.4.4 Metas.

1. Corregir al 100% falsas creencias sobre aspectos relacionados con los hábitos alimenticios y propiciar en el estudiante una cultura de autocuidado y prevención.
2. Transmitir en un 95% los beneficios de mantener una vida saludable y propiciar el autocuidado y la prevención en esta etapa.
3. Detectar los estándares de glucosa e hipertensión en un 95% de los estudiantes
4. Brindar atención individualizada en un 95% de los estudiantes que presenten estándares elevados.
5. Afianzar al 95% los hábitos para el autocuidado con los estudiantes de telesecundaria.
6. Alcanzar que el 95% de los estudiantes participen de manera permanente en activación física, y hábitos alimenticios para mejorar su salud, dentro y fuera de la institución.
7. Crear una red de apoyo para desarrollar acciones de autocuidado hacia la salud, con un 95% de los estudiantes de la escuela Telesecundaria.

3.4.5 Determinación de las Acciones

- Sesión informativa sobre alimentación adecuada y realización de actividad física así como los beneficios de estos comportamientos.
- Implementar un taller de 3 sesiones sobre el cuidado de la salud.
- Reunión con pequeños grupos de estudiantes para analizar varios menús aplicando los conceptos que se transmitirán sobre nutrición y alimentación
- Desarrollar Atención individualizada por medio del modelo de gestión de casos para la identificación de estudiantes con índices elevados de glucosa, hipertensión y obesidad y que están en riesgo a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.
- Implementar activación física en el salón de clases.
- Formar triadas de estudiantes para desarrollar prácticas de autocuidado.
- Ejecución de un taller gastronómico de alimentos saludables y reducidos en costos
- Integrar dúos de estudiantes para la preparación de alimentos nutritivos y compartir.

3.4.6 Metodología de la intervención.

Para la ejecución se han establecido acciones y estrategias para la intervención con estudiantes de nivel básico, para el logro del proyecto se señalaron las siguientes fases:

Primera fase:

- Determinación de los criterios de selección estudiantes de nivel básico.
- Coordinación con la Directora de la institución educativa
- Vinculación con equipo de salud: Jurisdicción sanitaria de Poza Rica y Facultad de Enfermería

Segunda fase:

- Reunión con docentes de la institución educativa para llevar a cabo la implementación del proyecto de intervención

- Acercamiento con los estudiantes del 2do y 3er grado para establecer la forma en la que se llevará a cabo la intervención, y manejar un clima de confianza, motivación y orientación.
- Junta con padres de familia para que firmen el consentimiento informado de la intervención que se va ejecutar en la institución a donde asisten sus hijos, así como la presentación del proyecto y las actividades a desempeñar.

Tercera Fase:

- En esta fase el proceso de intervención el profesional de Trabajo Social, dará apertura a la información sobre la temática que se va desarrollar con los estudiantes. Por lo que en las primeras sesiones se requiere aplicar una dinámica de animación para romper el hielo entre los estudiantes y el profesional a cargo de la actividad, así como la lluvia de ideas que dará margen al pensar y sentir sobre la información impartida, generando la participación, motivación y confianza.
- Posteriormente el equipo de Nutrición de la Jurisdicción sanitaria #3 impartirá tres consultas explicativas sobre alimentación adecuada y realización de actividad física, así como los beneficios de estos comportamientos, el profesional de trabajo social al término de esta actividad se apoyará de la técnica Phillips 6/6 en la que su implementación fomentará a la toma de decisiones, para detectar los conocimientos previos o para obtener la opinión general del grupo en poco tiempo, confrontar o intercambiar opiniones y permitir que intervengan todas las personas del grupo.
- El profesional de Trabajo Social tendrá a fin formar triadas de estudiantes para desarrollar prácticas de autocuidado, por medio de esta actividad se utilizarán dinámicas de integración de grupo tales como: rompe hielo, Feedback y refuerzos.
- Se implementara un taller sobre los cuidados de la salud con una duración de 3 días y se analizaran diversos menús aplicando los conceptos que se transmitieron sobre alimentación saludable, por medio de la lluvia de ideas el profesional motivará a los estudiantes al dialogo y a la participación así como el análisis crítico y creativo. A su vez se requiere de la técnica de Modelación, en

quintos, los estudiantes tendrán que realizar una dramatización en la que cada uno deberá representar un estado de salud favorable, otro desfavorable, uno que realiza activación física y un colérico, así el profesional hará preguntas al aire al resto del grupo: ¿ Con quién se identifican? ¿Cuál consideran que es el más saludable?

➤ Se contará con el apoyo del equipo de salud de la Facultad de Enfermería para hacer la detección de los estándares de glucosa, hipertensión y peso, así mismo los estudiantes que se les haya diagnosticado alguna alteración el profesional de trabajo social deberá desarrollar Atención individualizada por medio del modelo de gestión de casos.

Cuarta Fase:

➤ Como conclusión a la intervención con los estudiantes se ejecutará un taller gastronómico de alimentos saludables y reducidos en costos por lo que el profesional de Trabajo Social integrará dúos de estudiantes para la preparación de alimentos nutritivos y compartir.

➤ El profesional de Trabajo Social deberá seguir reforzando a los estudiantes para la realización de la activación física en el salón de clases, con una duración de 30 min diariamente.

➤ Concluye la intervención.

Instrumentos

- Registros diarios
- Informes
- Cámara fotográfica
- Laptop
- Proyector.

Técnicas utilizadas:

- Observación
- Técnicas de animación
- Lluvia de ideas
- Feedback
- Entrevistas estructuradas
- Modelación

- Trabajo social de casos
- Role playing
- Debate.

3.4.7 Cronograma de actividades.

Acción	Fecha	Duración	Técnicas	Instrumentos
<u>Sesión informativa</u> sobre alimentación adecuada y realización de actividad física así como los beneficios de estos comportamientos.	29 sept al 03 de oct	300 min	piliphs 6/6	Informes diarios
<u>Implementar un taller</u> de 3 sesiones sobre el cuidado de la salud.	06-08 oct	120 min	Feedback	
<u>Analizar varios menús</u> aplicando los conceptos que se transmitirán sobre nutrición y alimentación	09-10 oct	120 min	Role Playing	Notas Informativas
<u>Desarrollar Atención individualizada</u> por medio del modelo de gestión de casos para la identificación de estudiantes con índices elevados de glucosa, hipertensión y obesidad y que están en riesgo a desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.	13-15 oct	180 min	lluvia de ideas, exposición	
<u>Implementar activación física</u> en el salón de clases.	29 sept al 31 de oct	300 min	Debate	cañon
<u>Formar triadas de estudiantes</u> para desarrollar prácticas de autocuidado.	16-17 oct	60 min	Modelado	laptop
<u>Ejecución de un taller gastronómico</u> de alimentos saludables y reducidos en costos	20-23 oct	30 min		
<u>Integrar dúos de estudiantes</u> para la preparación de alimentos nutritivos y compartir.	27/28 oct	120 min		
Aportaciones finales de la intervención	29-30 oct	120 min		
Fin y clausura de la intervención	31-oct	60 min		Cámara fotográfica

3.4.8 Recursos.

	MATERIALES	CANTIDAD	FINANCIEROS	COSTOS	INSTITUCIONALES
TS.	Hojas	100	Gasolina	2000.00	Aula de la
	Clips	1 caja	Comidas	2000.00	institución
	Folders	1 caja	Fotocopias	1000.00	Proyector
	Lápices	1 caja	Frutas	500.00	Laptop.
	Libretas	2	Verduras	500.00	
	Marcadores	1 caja	Palitos para brocheta	50.00	
	Colores	3 cajas	Desechables	500.00	
			Total	\$ 6,550.00	

- **Financieros.** Los recursos financieros serán responsabilidad de la estudiante de posgrado.
- **Institucionales.** Se utilizarán las instalaciones de la escuela telesecundaria para facilitar el proceso a los alumnos. Se requiere el apoyo de instituciones como jurisdicción sanitaria, la unidad de ciencias de la salud de la Universidad Veracruzana y un Profesional de Trabajo Social.

3.4.9 INDICADORES DE EVALUACIÓN.

Como última etapa de la intervención institucional mediante el proyecto de intervención con adolescentes se desarrolla la evaluación con el fin de medir los alcances con respecto a los objetivos, metas, actividades. Dicha evaluación se plantea por un lado en la medición de los resultados institucionales y por otro, en el impacto; la forma de evaluar el proyecto será de forma constante. Es necesario mantener dos citas más con los adolescentes de la telesecundaria, una antes del inicio de la evaluación, y otra una vez finalizada con el objetivo de analizar los logros obtenidos. La evaluación de la eficacia del programa se llevará a cabo mediante diversas medidas de auto informes, que serán administradas a los adolescentes en tres momentos de recogida de la información: antes, durante y finalización de la intervención.

1.- Durante el Programa, los adolescentes cumplirán con registros semanales (diario o reporte) de forma semanal sobre los alimentos consumidos, la activación física que realizan, los tiempos, como se sintieron al momento de llevar a cabo procesos de aprendizaje que los llevó a mejorar su estado de salud en ese día. De igual forma, otros logros serán evaluados como los conocimientos adquiridos durante las sesiones y las habilidades sociales aprendidas mediante el Feedback y la lluvia de ideas.

2.- Al término de la participación del Médico, se realizará un breve cuestionario como parte de la evaluación acerca de las enfermedades crónico-degenerativas, y determinar si los estudiantes comprendieron las sesiones informativas impartidas.

3. Después de finalizar el programa, se realizarán entrevistas estructuradas para concretar que el programa se haya efectuado en relación a las metas, objetivos, estrategias y técnicas implementadas y examinar los cambios producidos en la intervención y concluir así la eficacia del programa.

4.- Como resultado del taller Gastronómico, los estudiantes deberán realizar un platillo nutritivo, bajo en costos y de fácil realización, de esta manera se evaluará que los estudiantes modifiquen sus estilos de vida y sustituir la comida chatarra por alimentos nutritivos, por medio de la técnica Feedback los

estudiantes llevarán a cabo procesos de retroalimentación con el profesional de Trabajo Social, quien dirigirá esta actividad, y se tomará registro de los comentarios, actitudes y puntos de vistas de los estudiantes.

5.- A parte de los registros por escrito que deberá desarrollar el estudiante, deberá tomar video diariamente durante 30 min y de forma diaria la actividad física que realizará en su hogar.

Técnicas a utilizar.

- Lluvia de ideas
- Feedback
- Entrevistas estructuradas
- Observación
- Modelación de actitudes
- Diálogos simultáneos.
- Expositiva
- refuerzo positivo

Instrumentos

- Informes
- Cuestionarios
- Cámara de video.

CAPÍTULO IV.- SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Fase I. Reconstrucción de la práctica.

Este proyecto profesional tuvo a fin desarrollar acciones de prevención y autocuidado para mejorar los estilos de vida en los estudiantes de la escuela Telesecundaria Guillermo González Camarena, ubicada en una zona rural perteneciente al municipio de Tihuatlán, Veracruz y fue ejecutado en un periodo de 8 semanas en un horario de 13 a 14 horas de lunes a viernes, como base primordial estuvo el desarrollar un diagnostico situacional para la detección de necesidades que tenían los estudiantes, en lo que la idea se centraba en su estado de salud y nutricional, por lo que cada interrogante guiaba a la reflexión de su calidad de vida, como resultado se observó que los escolares manifestaban hábitos alimentarios deficientes y sedentarismo encaminándose al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas en la edad adulta, en vista de estos resultados, se ejecutó el proyecto denominado: Dimensiones preventivas en enfermedades crónico-degenerativas con adolescentes, para ello se contó con el apoyo de la directora del plantel educativo, quien fue de gran ayuda y contribuyó de forma positiva para su implementación.

En este sentido, se desarrollan acciones que dieron respuesta a las necesidades presentadas con anterioridad en el diagnostico social, el desarrollo de las mencionadas llevaron a los adolescentes a una modificación de sus hábitos alimenticios, se apreció el antes y el después de estos cambios.

En lo que respecta a los beneficios tangibles en las sesiones impartidas, los alumnos manifestaron haber modificado sus hábitos alimenticios, consideraron que una alimentación saludable les favorecerá en un futuro, que estos hábitos los pudieron transmitir a sus padres y hermanos, también mencionaron que en vez de comprar Sabritas en la escuela se hacían lonches saludables o bien una fruta o verdura de su agrado acompañado de su agua pura. Por otro lado, las maestras encargadas del Segundo y el tercer grado, expresaron su

agradecimiento hacia el quehacer que realizó Trabajo Social con las temáticas impartidas.

De igual forma, se observó beneficios intangibles, en los que se suscitaron diversas percepciones sobre actitudes y comportamientos de algunos adolescentes.

La población de estudio proviene de estratos económicos bajos, con un nivel de subsistencia totalmente precaria que se ve reflejada en la falta de ingresos económicos y la falta de formación por parte de los padres de familia en cuanto a los tipos y calidad de los alimentos que deben consumir, motivo por el cual impacta en la adquisición de insumos para ingerir una alimentación adecuada de los adolescentes, viéndose en la necesidad de alimentarse con exceso de grasas y carbohidratos, aunado al sedentarismo de los mismos.

Dentro de las actividades implementadas por parte del Trabajador Social estuvo el realizar material didáctico para las sesiones, este material consistió en presentaciones de power point que fueron dos diseños diferentes para cada grupo, se realizaron, talleres, dinámicas grupales, atención individualizada, triadas de encuentro con los estudiantes para la preparación de alimentos saludables. Promoviendo una cultura de activación física, ingesta de agua pura y por supuesto que una alimentación saludable.

Después de la ejecución del proyecto, los estudiantes adquirieron conocimientos básicos, la responsabilidad y el compromiso de auto cuidarse y de cómo alimentarse en forma adecuada y saludable reflejándose la modificación de los hábitos alimenticios o incorporándose a actividades físicas como caminatas, fútbol y danza folklórica.

Para el profesional de Trabajo Social, el ejecutar este proyecto fue de gran relevancia, se creó en base a una problemática presentada. Los estudiantes deben conocer los beneficios de una vida saludable, que podemos prevenir enfermedades crónico-degenerativas si a temprana edad se consumen alimentos saludables, así mismo el hacer actividad física hace que nuestro organismo funcione de manera favorable.

Es grato realizar estas actividades con los estudiantes, son personas inteligentes, creativas y capaces de desarrollar acciones que mejoren su salud. Dentro de la problemática planteada se estableció que los hábitos alimenticios que tienen los estudiantes no son los adecuados a su edad, así mismo surgió diseñar un plan de intervención enfocado a la prevención y a la modificación de estas conductas. En base a esta problemática se planteó un objetivo general, 3 operativos y 7 metas para la ejecución del mismo.

Actualmente, se puede apreciar que los estudiantes de la escuela pudieron modificar sus hábitos alimenticios mediante acciones implementadas y procesos meta cognitivos, comprendieron la importancia de comer saludablemente y estar en posibilidades de prevenir enfermedades crónico-degenerativas.

4.2 Fase II. Análisis de la práctica.

Los adolescentes son un grupo vulnerable, al no estar orientados ni capacitados pueden generar hábitos y estilos de vida impactando su salud integral. La intervención profesional desarrolló acciones para prevenir, fomentar el autocuidado y transmitir una cultura saludable, cabe mencionar que como parte de la ejecución se diseñaron sesiones grupales que impulsaron al estudiante al aprendizaje, al trabajo colaborativo, al análisis de temáticas de índole preventivas generando así un pensamiento crítico para detectar nociones nocivas que dañan diariamente el organismo y que pueden tener sus consecuencias en la edad adulta desarrollando enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, obesidad y la hipertensión arterial.

Adentrándonos a los inicios del proyecto de intervención en la primer semana que corresponde del 29 de septiembre al 03 de octubre se realizaron sesiones informáticas sobre alimentación adecuada y realización de activación física dentro del aula, se implementaron técnicas grupales e individuales con su respectiva evaluación para valorar el progreso de los estudiantes.

En la segunda semana, se implementó un taller que tuvo una duración de 3 sesiones, cabe mencionar que se volvieron 5 sesiones, debido a que se trabajó

con dos grupos, por lo que se tuvo que establecer esta estrategia, dicho taller aborda los cuidados de la salud que deben tener los estudiantes en esta etapa de su vida, así como los conceptos de autocuidado y calidad de vida, y al cabo de las sesiones la actividad física como base primordial. Posteriormente se analizaron menús saludables, una servidora explico e informo a los presentes en que consiste, los beneficios, las cantidades, por qué y para que consumir alimentos nutritivos. Cabe mencionar que en todo momento se contó con la maestra a cargo del grupo.

Conforme pasaban las semanas, se reflejaba que las actitudes de los estudiantes iban mejorando, se llevaban mejor entre ellos, existía cohesión, unidad, confianza y por supuesto siempre contaron con una servidora para ello. Las actividades impartidas estuvieron en lapsos de 30 a 60 minutos, en éstas se formaron dúos y triadas estudiantiles para demostración de lo aprendido, los estudiantes se encontraron participativos y motivados, expresando su agradecimiento.

Posteriormente se implementó el taller gastronómico en donde los grupos del 2do y 3er grado se vieron favorecidos en la transmisión de conocimientos, de esta manera concluyó nuestra participación, el analizar menús, hacer actividad física en las aulas y las charlas permitieron que los adolescentes comprendieran la importancia de la comida saludable.

En la etapa de la adolescencia es importante realizar actividad física, ya que el organismo se encuentra en pleno desarrollo por lo que necesita ejercitarse constantemente para disminuir la grasa corporal o mantener su peso, algunas de estas actividades fueron: ejercicios de calentamiento básicos como desplantes, pesitas, saltos, carreras, caminatas, para que los estudiantes se motivaran y lo reprodujeran posteriormente en su hogar de forma fácil y divertida.

Así mismo, se formaron equipos para que llevaran una muestra representativa de alimentos saludables y compartir en clase. De esta manera se concluyó la participación en las acciones de promoción y autocuidado con estudiantes de secundaria, el proyecto ejecutado trajo consigo la modificación de hábitos, la

creación de una cultura para prever enfermedades en la edad futura, por lo que el alumnado mostró una actitud de participación, entusiasmo, motivación, y sobre todo el logro de los objetivos, metas y tareas planeadas en tiempo y en forma

Uno de los principales obstáculos que se presentaron en este proceso fue el descontrol ya que los estudiantes manifestaron actitudes negativas como: desorden y desinterés, estaban inconformes con las temáticas, no tenían ganas de trabajar en ninguna de las actividades, se intentó mediar la situación haciendo un acercamiento con los participantes para dialogar lo que les molestaba, sin embargo no fue relevante porque no argumentaban nada, y ya querían salirse de las sesiones e irse a jugar.

Se tomó la decisión de reunirnos con las profesoras encargadas de ambos grupos, se les solicitó que hicieran algo para poder mantener el control del grupo y la vigilancia era escasa, por lo que atendieron la situación exhortándolos y comentando la importancia del proyecto y de su participación; previo a este comentario ya se había creado otra estrategia para trabajar en grupos de 10 alumnos por sesión y en un área fuera del salón de clases, sin embargo no se recurrió ya que las maestras estuvieron presentes en el aula.

Posteriormente y al término se les proporcionó un test con preguntas relacionadas con el tema para valorar la efectividad de las sesiones, verificando que las temáticas quedaran entendidas. Por otro lado, otras de las complicaciones que se presentaron tras el avance obtenido, fue el horario que se asignó a las sesiones, desafortunadamente en una institución escolar en la que se sigue un régimen de materias seguidas queda muy poco tiempo para incluir otra materia más, por lo que para Trabajo Social era insuficiente el desarrollar las actividades propuestas, ya que si bien es cierto que los estudiantes se encontraban interesados, era importante reforzar los temas, por lo que fue necesario realizar ajustes y consistieron en reducir los tiempos, replantear las dinámicas grupales a que fueran de corta duración y dejar el resto del tiempo para la actividad física, es decir, resaltar la importancia de hacer estos ejercicios.

4.3 Fase III. Interpretación

Los niños y adolescentes deben tener formación en hábitos alimenticios y actividad física desde temprana edad, los padres de familia son los que tienen la tarea primordial, de crear hábitos alimenticios adecuados y fomentar el autocuidado.

En la población objeto de estudio se identifican hábitos alimenticios inadecuados y aunado a esto las limitaciones que tienen en cuanto a su situación económica y desde el punto de vista social presentan hacinamiento en el entorno familiar y como consecuencia el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y las complicaciones que estas conllevan, como lo son: la hipertensión, diabetes mellitus por mencionar algunas.

El escenario en el que se trabajó con los adolescentes no fue un asunto del todo sencillo, ya que en las primeras sesiones no se cubrían las expectativas que se planeaban, estaban inquietos, molestos y rebeldes, así que fue pertinente cambiar la estrategia de trabajo, poco después ganamos su confianza y hubo un acercamiento favoreciendo el desarrollo de las actividades. Para la ejecución del proyecto se planteó un objetivo general el cual consistió en generar un cambio conductual en los adolescentes para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas, por lo que se concluyó que el 80% de los estudiantes modificaron sus hábitos alimenticios y encontraron importante la realización de actividad física diariamente.

4.4 Fase IV. Conceptualización.

Las teorías utilizadas en esta investigación, se basan en la conducta y el aprendizaje de los adolescentes, esto relacionado a los hábitos alimenticios que de acuerdo a su edad deben tener.

En las reuniones impartidas tuvieron a fin exponer los nutrientes que nuestro cuerpo necesita para proporcionarnos energía y recalcar la importancia de hacer actividades físicas, dentro de los hábitos alimenticios deficientes están el frecuente consumo de embutidos, bajo consumo de frutas y verduras, elevados

índices de azúcares y la poca ingesta de agua. Nuestro cuerpo utiliza la energía que brindan los alimentos como combustible, a su vez es necesario realizar actividad física, deportes, baile, natación, caminatas o algún deporte, por otro lado La Sociedad de Pediatría en Argentina recomienda a los adolescentes la importancia que tiene del entorno familiar a la hora de comer, menciona que es un momento sustancial en el día donde la familia se encuentra y tiene oportunidad de comunicarse compartir los gustos, los afectos y los planes, por lo que es primordial que la familia se involucre a la hora de la toma de los alimentos.

Los hábitos alimenticios en los adolescentes son modificados por diversos factores uno de ellos es el de comer en deshoras, no desayunan, son considerados como un grupo en riesgo por presentar mala nutrición, ya sea por el exceso de comida o la deficiencia de esta. En algunos casos hasta se pueden encontrar trastornos de la conducta como son la anorexia, bulimia, obesidad, exceso de peso. Macedo, O., Bernal, O., P, López, U., C. Hunot, B. Vizmanos, F. Rovillé, S (2008)

Durante la intervención se ahondó en el entorno familiar como una práctica significativa en las cuestiones alimenticias de los hijos, en las sesiones proporcionadas a los grupos, se les explicó que deben interactuar con sus familias, que transmitieran los menús saludables, fomentar la ingesta de agua y hacer actividad física contaste.

De acuerdo a las aportaciones del artículo publicado por la *Sociedad Argentina de Pediatría*, los adolescentes deben pasar más tiempo con sus familias a la hora de compartir los alimentos, a su vez, los padres de familia tienen la capacidad de crear menús saludables para que sus hijos puedan consumirlos y así generar estilos de vida saludables.

Cabe mencionar, que en un principio no se veía el reflejo de esta interacción, en algunas de las familias, los padres de familia trabajaban en horarios esparcidos, lo que impedía la interacción, posteriormente y como fruto de nuestra labor

algunos de ellos se acercaron para agradecer la socialización de esta información a sus hijos.

Sin duda alguna, los jóvenes deben conocer los nutrientes que requiere el organismo para poder hacer diversas actividades y los beneficios que tienen los estilos de vida saludables, el hecho de que ellos no tengan un vínculo a la hora de comer sus alimentos es debido a la formación cultural que adquieren de los padres, lo cual repercute en la transmisión de modelos. En la adolescencia, se está en constante desarrollo lo cual necesitan de nutrientes y la ingesta de agua pura generando energía, en muchos de los casos se manifestó bulimia, desnutrición, sobrepeso y obesidad por lo que se recomienda una alimentación balanceada pero también activación física constante. Castañeda, S (2008)

En la segunda semana se desarrolló un taller sobre el cuidado a la salud, consistía en verificar los índices de masa, peso, y estatura de los estudiantes, además de las sesiones impartidas hubo charlas sobre el concepto de Adolescencia, los cambios que presentan en esta etapa, se realizó actividad física dentro del aula, por medio del apoyo del personal de Enfermería por lo que se pudo hacer la detección de quienes presentaban obesidad o presión baja, se abordaron temáticas en relación a las enfermedades crónico-degenerativas, los estudiantes debían conocer cuáles son éstas, cómo inician, sus complicaciones y algo muy importante, la prevención. Se impartió un taller sobre el cuidado de la salud y en lo que consiste una alimentación saludable así como el realizar actividades físicas, dentro y fuera del aula de clases.

La OMS (2013) En sus aportaciones sobre enfermedades crónico-degenerativas hace una clasificación de las mismas algunas de ellas son: cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica. Se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de

la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol.

En otro artículo publicado por la OMS (2011) indica que las enfermedades crónico-degenerativas tienen un gran índice de mortalidad a nivel mundial, actualmente la población está en riesgo, hasta el día de hoy no existe una cultura de prevención, y por consiguiente no existe una alimentación correcta, perjudicando a las familias, es por eso que dicha organización hace un llamado para hacer algo por la sociedad y sobre todo con los adolescentes, como hacer la promoción en los hogares, en las escuelas y en los medios de comunicación sobre lo que acontece con las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia. Se puede afirmar que las enfermedades crónicas son causa de muerte, se debe estar alerta ante esta problemática para poder aminorar el daño que dejan. El trabajo con los niños y jóvenes en etapa escolar es fundamental, con el apoyo del personal directivo de las escuelas quienes deben de fomentar hábitos y estilos saludables, transmitir información a través del personal autorizado para conocer sobre cantidades de ingesta: calorías, carbohidratos, proteínas y grasas según la edad y la actividad física que se desarrolla. Y así reducir los índices de personas muertas por enfermedades crónicas.

Para la ejecución del proyecto de intervención, se basó en una teoría del aprendizaje, los estudiantes deberían aprender nuevos conocimientos, nuevas formas de alimentarse y crear estilos de vida saludable. Las temáticas impartidas dieron pauta a un proceso de enseñanza, ya poseían conocimientos previos de una alimentación adecuada, pero se requería de un reforzamiento como lo establece Skinner en un artículo publicado por Moreira (2012). Este paso se fue facilitando conforme avanzaban las sesiones, al principio la renuencia, la no aceptación y el no querer realizar un cambio a los estilos de vida. Esta teoría está basada, en que la respuesta debe de tener un objetivo positivo o negativo, creando un papel importante entre el refuerzo y el castigo,

proceso que se da en el aprendizaje. Por otro lado, Bandura alude que las personas pueden cultivarse de las conductas de las otras personas, otra proposición a estas suposiciones, está el aprendizaje significativo que facilita los procesos de enseñanza en el aula, *Palmero (2004)* basándose en Ausubel afronta todos y cada uno de los elementos, factores, condiciones y tipos que garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido que la escuela ofrece al alumnado, de modo que adquiriera significado para el mismo.

El proceso de instrucción es primordial para los estudiantes, Trabajo Social centra su intervención en lo social, las formas de relacionarse, la comunicación, saber estar y comprender a los sujetos, es por eso que debe existir un trabajo colaborativo, en donde vayan de la mano los estudiantes y el profesional. Sin duda alguna el reforzamiento es primordial, los educandos no deben tener oscilación en todo los factores que componen una buena alimentación, si bien es cierto es preciso que cuiden sus hábitos para estar benéficos en la edad adulta. *Moreira (2012)*

Para el cumplimiento del plan se apoyó de un modelo conductual, *Viscarret (2007)*⁴⁵ aborda al modelo conductual desde sus inicios teniendo como objeto la conducta humana y el comportamiento observable de las personas, lo cual para el quehacer del Trabajo Social es beneficioso, ya que en las intervenciones se requiere provocar y fomentar cambios de dirección en el comportamiento de los actores sociales.

Se identificó la problemática, de acuerdo a un estudio previo, se detectó que los adolescentes mostraban estilos de vida inadecuados, a lo que como respuesta fue el intervenir por medio de este modelo, deberán hacer un cambio en estas conducta, sin bien es cierto, han sido aprendidas mediante procesos cognitivos y puede ser transformada, de esta manera surge primeramente la identificación de sus propios hábitos y a partir de aquí realizar acciones para cambiarlos, como el aquí y el ahora del modelo.

En gran manera se vio relevante para la intervención del proyecto el utilizar este patrón, se construyeron objetivos y acciones que impactaron la ejecución, se

⁴⁵ Op. Cit.

aprecia que en un principio estos cambios no se relejaban, no estaban interesados en la temática, no se notaba una alteración a los hábitos alimenticios, y estaban remisos. Al paso del tiempo y de las sesiones compartidas en el aula y con el sostén de la teoría del aprendizaje creando procesos colaborativos como lo menciona Ornelas,A., Brain, ML, (2013).

Muchas veces especulamos que las conductas no se pueden cambiar, pero si empleamos este modelo con cada una de sus fases, se ve impactado en la intervención, los hábitos nutritivos son conductas que dañan su salud y que de continuar con esto se ven las repercusiones.

Entendemos por intervención social al conjunto de métodos y acciones articuladas con direccionalidad para enfrentar situaciones sociales y reales, problemáticas y complejas de los individuos, grupos, comunidades y colectivos sociales que demandan la determinación de caminos viables que contribuyan a elevar su calidad de vida y hacer valer sus derechos en los propios sujetos y en su entorno, caracterizados esencialmente por la disparidad y desigualdad social. Tello, N., Galeana, M. (2010).

Se puede decir que la intervención social, asume la responsabilidad de emprender nuevos retos, nuevos cambios y paradigmas en los que la mayoría de los profesionales no están inmersos, es necesario indagar con actores sociales que presentan alguna problemática y así llevar a cabo el cumplimiento de cada acción.

La ejecución del proyecto de intervención con adolescentes trajo consigo y pusieron en práctica las aportaciones de las autoras Tello y Galeana, la mediación fue de gran impacto para la institución, cada tarea asignada a los estudiantes se realizó exitosamente, como lo hemos mencionado con anterioridad las primeras sesiones no tuvimos resultados positivos, pero es parte de este proceso, se cambiaron estrategias y éstas resultaron favorables, se ganó la confianza de los actores sociales.

4.5 FASE V. GENERALIZACION

La intervención efectuada fue relevante para la institución educativa durante las sesiones los maestros estaban pendientes de cada actividad realizada por los alumnos, la directora se encargó de difundir la información a los padres de familia y del grupo al cual no se intervino, mencionó la importancia que tienen los estilos de vida, algunas maestras hacían la activación física al momento de hacer los ejercicios con los niños. La presencia de personal externo era incómodo para los padres por el cobro que esto les generaba, sin embargo pudieron darse cuenta que la intervención no les iba a generar costos así como las actividades que se dejaban a realizar en casa.

Cada sesión impartida, fue un reto, una experiencia más, en un primer momento existió la impotencia por aminorar ciertas cosas, o por que las situaciones no se daban de forma favorable, a veces tensos, preocupados, con miedo por el impacto de la intervención.

Hoy sabemos, que las acciones establecidas trajeron consecuencias importantes en las vidas de estos jóvenes, y que las pondrán en práctica el día de mañana, por lo que lo que bien se aprende jamás se olvida.

La labor con grupos escolares es gratificante, es un aprender día con día, cabe mencionar que la aplicación del trabajo social de grupos pudo llevar al grupo a la maduración, confianza y amistad, te vuelves cómplice y participe de lo que sucede dentro del mismo, considero que esta intervención debe repetirse en cada escuela, es un tema innovador y es vital atacar esta problemática, por otro lado algo que no deberíamos hacer de la misma manera es el ir con recurso humano escaso, las primeras sesiones es difícil controlar a todo un grupo y por lo regular son salones con 42 alumnos.

4.6 FASE VI. CONCLUSIONES.

Aunque el estudio de los hábitos alimentarios en adolescentes ha ido en aumento en años recientes, como lo indica la OMS (2012) y la Unicef (2012), dándole énfasis a esta problemática, al realizar una indagación sobre el tema se aprecia que los hábitos alimenticios son deficientes, así como la inactividad física trayendo grandes consecuencias a sus vidas.

Las prácticas alimentarias en los adolescentes estudiados, son inadecuadas debido al menor consumo de frutas y verduras, elevada ingesta de comida chatarra, refrescos, azúcares y la proporción no es la recomendada como lo indica el plato del buen comer, deber estar en igualdad para que actúe de favorablemente en nuestro organismo y así brindar los nutrientes esenciales que los adolescentes necesitan en su desarrollo cabe mencionar la omisión de tiempos de comida es una situación preocupante. Con la implementación de este proyecto profesional, se modificaron los hábitos alimenticios de los estudiantes en un 80%, lo que deja ver que el consumo de frutas, verduras, proteínas y la ingesta de agua pura incrementó. (Véase anexo, gráfico 8), en relación a las metas y acciones descritas con anterioridad en el proyecto, fueron cumplidas en tiempo y en forma, y se alcanzaron en un 90%. Por otra parte, la actividad física, aunque no precisamente en un programa físico y establecido en la institución educativa se vio impactado en un 86% (véase anexo 2) al manifestar que la actividad física es fundamental para prevenir enfermedades crónico-degenerativas cumpliendo satisfactoriamente esta meta.

Lo relevante de trabajar con adolescentes permitió un acercamiento para descubrir algunos aspectos emotivos que causan influencia en el consumo desmedido de los alimentos, por lo que se considera a la experiencia innovadora y con mucho potencial para futuras investigaciones al respecto.

Cabe mencionar que los estilos de vida han sido estudiados en diferentes perspectivas, en este caso en relación a los hábitos alimenticios para neutralizar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas en edad futura y se analizó en función al cambio de las actitudes; ya que de acuerdo a lo anterior se

determina que los alimentos en sí, no son la dificultad de mayor peso, sino la cantidad, la frecuencia y la proporción como factores de riesgo. El modelo de intervención profesional tuvo indagó en la conducta de los escolares y que éstos están influidos por sus familias y compañeros, lo que nos conduce a otra conclusión, el comportamiento se guía más por lo afectivo que por lo conductual, de donde se subraya los estilos de vida tienen que ver con su modo de vivir, con El mismo, con su personalidad y en función del medio ambiente. Con estos resultados y analizando las características, creencias y culturas de esta población, se diseñó un plan de acción adecuado y efectivo. En nuestro contexto y probablemente en muchos otros, es necesario desarrollar estrategias educativas y de intervención con la colaboración de la población involucrada con el objetivo de modificar el patrón inadecuado de consumo, además de contribuir a complementar los hábitos alimentarios aportando una idea clara sobre lo que debe y cuánto debe comer.

Escala Cromática.

Dimensión	Escala Cromática.									
Estratégica										
Innovación										
Pertinencia										
Replicabilidad										
Sostenibilidad										
Legitimidad										
Impacto										
Autosustentabilidad										
Integralidad										
Eficiencia		2	3	4	5	6	7	8	9	10
Menor logro								Mayor Logro		

A) **Estratégica 70%**

La intervención se llevó a cabo en aulas de la institución, con 45 estudiantes, una estrategia es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente que se llevan a cabo para lograr un determinado fin o misión, por lo que se desarrolló como primer momento la identificación de las problemáticas por medio de un diagnóstico situacional como parte de una planeación en primera instancia, posteriormente se diseñó un proyecto derivado de las problemáticas encontradas, el cual constó de objetivos operativos, metas y acciones a desarrollar, es por eso que este trabajo se creó estratégicamente y pensado para adolescentes.

b) **Innovación 100%**

Esta intervención fue innovadora en su totalidad, es un nuevo escenario para el quehacer profesional. Además de que su aplicación trajo consigo la modificación de los hábitos y actitudes alimenticias de los adolescentes. Quiere decir innovadora en el sentido de nuevas propuestas, En este caso, la innovación conlleva a nuevos saberes profesionales podemos crear un modelo de trabajo con esta intervención.

c) Pertinencia 100%

Las estrategias profesionales impartidas fueron pertinentes debido a que se inició en tiempo y forma, así como los tiempos de las sesiones fueron siempre exactos, no se faltó a ninguna sesión. En las 8 semanas de compartir experiencias con los adolescentes, se asistió pese a las condiciones climáticas, económicas y personales debido al compromiso que se tenía con los sujetos y la institución.

d) Replicabilidad 100%

Estas aportaciones se pueden utilizar para posteriores, se llevo a resultados en los que son importantes para el lector. El compartir esta información puede traer consigo nuevos paradigmas de trabajo para adolescentes.

e) Sostenibilidad 100%

El profesional responsable de esta intervención, en todo momento mantuvo contacto con las autoridades escolares y estudiantes. Pese a las inclemencias del tiempo, cuestiones personales o económicas el proyecto fue firme y puntual.

f) Legitimidad 80 %

Aunque solo contamos con el apoyo de personal de Enfermería, fue de gran ayuda para destacar alumnos con incidencia de obesidad y diabetes.

g) Impacto 100%

En relación a los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados en el proyecto de intervención, se puede destacar que en un 90% los adolescentes modificaron las actitudes negativas en relación a la cantidad e ingesta de comida chatarra, en la proporción de las comidas durante el día, y la realización de actividad física, el proyecto se vio impactado por las acciones planteadas.

h) Auto sustentabilidad. 100%

Se contó con el cuerpo de maestros que estuvieron al tanto del control de los grupos, el equipo de Trabajo Social y una Enfermera externo para la detección de enfermedades crónicas. Así mismo, se solicitó a la Coordinación de Posgrado de la Facultad de Trabajo social el proyector para la exposición de las temáticas desarrolladas, así como el apoyo del Recurso Humano quien es un

estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social se contó con equipo de cómputo propio y materiales didácticos por parte del instructor.

i) Integralidad 100%

Las acciones diseñadas y planeadas siempre fueron pensadas para la modificación de conductas alimenticias de los estudiantes.

j) Eficiencia 90%

Para medir la efectividad del proyecto se requirió de la realización de Check list, formatos de observación y entrevistas. La efectividad del proyecto se manifestó diariamente en la práctica con los estudiantes.

.

4.7 FASE VII. PROPUESTAS.

Profesional en Trabajo Social.

- Instruir en los adolescentes la importancia de los hábitos alimenticios saludables, además de realizar educación física.
- Establecer vínculos con programas sociales que tengan visión sobre esta problemática.
- coordinar con centros de salud para que brinden apoyo a los adolescentes con temáticas sobre hábitos alimenticios saludables.
- Crear un módulo de atención de la salud para impulsar a los adolescentes sobre los beneficios de una alimentación saludable.
- Contar con la intervención de un Licenciado en Trabajador social para atender problemáticas en relación a los hábitos alimenticios o cuestiones que sobresalgan.
- Atención individualizada a los adolescentes con problemas de obesidad.

La institución educativa:

- Organizar una cooperativa saludable, en la que se sustituya la venta de comida chatarra por desayunos nutritivo completos.
- Fomentar la ingesta de agua, poniendo un garrafón de agua en el aula.
- contratar un profesional de Trabajo Social en la institución que coordine funciones de orientación para la solución a problemáticas de salud.
- Capacitar al personal que labora en la institución sobre esta temática.
- Contar con equipo médico para el seguimiento y diagnósticos médicos de los estudiantes.

Actores sociales.

- Conformar grupos de activistas y promotores de la salud con adolescentes.
- Crear grupos de auto ayuda, redes de apoyo, así como asociaciones civiles que fomenten y activen a la población adolescente.
- Invitar a estudiantes de diversas instituciones de la localidad y desarrollar actividades en pro de los hábitos saludables.

- Asesorar a padres de familia brindando orientación de alimentación saludable y balanceada, así como la realización de actividad física para que los implementen en sus hogares.

Desde el Proyecto:

- Difundir y propagar este proyecto de intervención en las diferentes escuelas de la región.
- Realizar caminatas, foros de encuentro, spots de radio en donde se difunda la importancia de los hábitos alimenticios desde edades tempranas.
- Establecer un modelo de intervención.
- Publicación del proyecto en una revista indexada.
- Participación en coloquios, foros, investigaciones.
- Motivar a los estudiantes de las facultades de Trabajo social, Psicología, Medicina y Enfermería para que colaboren en estos proyectos.

Referencias Bibliográficas.

- Berum, V. (2012). *Desarrollo Integral del Adolescente*. ED. Exodo, Mexico. DF.
- Bandura A., Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Washinton : Alianza Editorial.
- Cardaci, D. (2008). *Promocion y educacion para la salud*. Falta nombre de la editorial y lugar donde se edita.
- Nicolson, D y Ayers, H. (2013). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. Mexico,DF. Ed. Alfaomega
- Egea,C, Sánchez, D, Soledad, J,. (2012). *Vulnerabilidad Social. Posicionamientos y ángulos desde geografías diferentes*. Granada, Ed. Universidad de Granada.
- Flavell, J. (1992). *Desarrollo Cognitivo*. 28, 998-1005. Falta información.
- Hirose, B. Y. (2008). *Eduacion para la salud*. Mexico, ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Moreno, J.M., Galiano M.J. (2006). *La comida en familia: algo más que comer juntos*. ED. *NUTRICIÓN INFANTIL*, 554-558. Mexico, DF.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social*. Argentina, ed.Humanitas.
- Kisnerman, N. (2005). Richard C. Cabot, creador del Trabajo Social Hospitalario. *Salud publica y trabajo social* . Buenos Aires: ed, Humanitas.
- Luhmann, N. (1984). *Sistemas Sociales. Lineamientos para una teoria general*. España, ed. Anthropos.

- Marugán, J y Monasterio, L. (2004). Alimentación en el adolescente. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y ed. Nutrición Pediátrica SEGHNPAE*, 6, España.
- Moreira, M. A. (2012). La Teoría del Aprendizaje Significativo Crítico: un referente para organizar la enseñanza contemporánea. *Union. Revista Iberoamericana de educación*, 31.
- Monje, M. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con enfermedades crónicas . México, DF. ed. *Terapia Psicológica*, 165-172.
- Nadal, E. R. (2012). reflexiones sobre la intervención del trabajador social en el contexto educativo. ed. universidad de alicante, buenos aires.
- Ornelas A y Brain, M. L. (2013). cuadernillo Trabajo Colaborativo en el aula. En *Trabajo Colaborativo* (pág. 48). Ed. Ents. Mexico.
- Correa, O. T. (s.f.). EI AUTOCUIDADO UNA HABILIDAD PARA VIVIR.
- Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A. (2010). *Educación para la salud: Una mirada alternativa al modelo biomédico*. Medellín Colombia, Ed. Universidad de Antioquia.
- Palmero, M. L. (2004). LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO. *Theory, Methodology, Technology* (pág. 10). Pamplona, España ed. Centro de Educación a Distancia.
- Perez, M. C. (2010). *Aprendizaje sin limites: Constructivismo*. Mexico, DF: ed. Alfaomega .
- *Plan nacional de desarrollo (2013-2018)*. Edo. de México.
- Poggione Nora, Milgram Laura, Spiner Sonia, Posternak Pablo y Pasqualini Diana. (mayo de 2003). Recomendaciones nutricionales para los adolescentes. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 101. Obtenido de Recomendaciones nutricionales para los adolescentes

- R Carmen (1989). *Introducción al Trabajo Social*. España, Ed. Escuela Universitaria España
- Restrepo, H. E. (2001). *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Colombia: ed.Panamericana
- Ribes Emilio, Burgos José (2006) Raices historicas y filosoficas del conductismo. Tomo 3. Ed. Universia, Xalpa. Ver.
- Sampieri, R. H. (1997). *Metodología de la Investigación* . Edo. de México: ed. McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO.
- Sanchez, O. C. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes. Sonora, Mexico.
- Social, D. d. (2013). Instituto para la atencion y prevención para las adicciones. México, Distrito Federal, México.
- Tello Peón Nelía, Galeana de la O. Silvia. (2010). *Intervencio Social*. México, ed. ENTS UNAM.
- Tello Nelía. (s.f.). Apuntes de Trabajo Social. Mexico, DF: Escuela Nacional de Trabajo Social. Ed.Universidad Autonoma de Mexico.
- Trillo, T. M. (2012). *La dimension social en los cuidados paliativos y la orientacion tanatológica, un enfoque desde Trabajo Social*. Mexico: ed. ENTS.
- Viscarret Juan Jesus. (2007). El modelo de la modificacion de la conducta. *Modelos y metodos de intervencion en Trabajo Social* (pág. 324). España: ed. Alianza .
- Viscarret Juan Jesus. (2007). Modelos y metodos de intervencion en Trabajo Social . Madrid, España : Alianza.

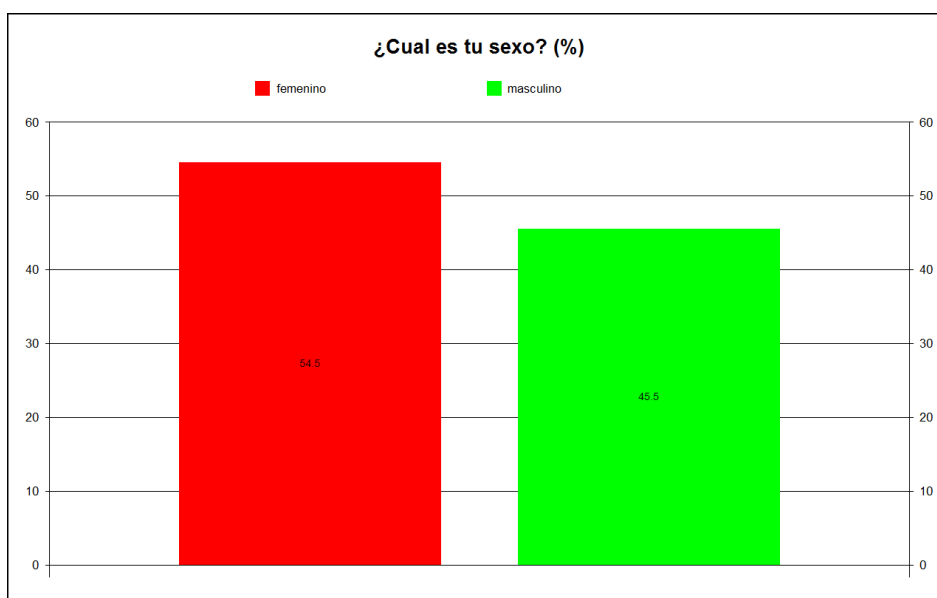
Referencias Electrónicas.

- Alimentaria, a. p. (2012). *habitos alimentarios en las escuelas*. recuperado en: <http://alianzasalud.org.mx/2012/10/se-mantienen-los-malos-habitos-alimentarios-en-escuelas/> (20/08/14)
- asociacionistas, F. d. (s.f.). *Las teorías asociacionistas*. Chile. Recuperado en: Portal Educarchile: <http://www.educarchile.cl> (23/02/14)
- CEDHJ. (2014). *Grupos Vulnerables*. Recuperado en: http://cedhj.org.mx/ninas_ninos.asp (15/07/14)
- CNN. (11 de ENERO de 2012). *La diabetes afecta a los jóvenes en su desarrollo social*. Recuperado en: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/01/11/la-diabetes-afecta-a-los-jovenes-en-su-desarrollo-social> (15/05/14)
- Esquivel, G. G. (junio-noviembre de 2010). *Linguística Aplicada*. Obtenido de Universidad Autónoma Metropolitana de Azcapotzalco: http://relinguistica.azc.uam.mx/no007/no07_art05.pdf Federation, I. D. (2014). *DIABETES EN JÓVENES*. Recuperado en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/diabetes-en-jovenes> (20/05/14)
- Gil, R. M. (2002). *Aportes para leer. La intervención de Trabajo Social*. Recuperado en: <http://www.ets.unc.edu.ar/xxseminario/datos/anteriores/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-04> (20/08/14)
- Garry martin , Joseph pear. (2008). *Modificación de Conducta y sus aplicaciones*. Obtenido de ResumenTomado del libro de modificación de la conducta: recuperado en: <http://psconducta.blog.com/?p=53> el 20 junio de 2014
- IMSS. (2014). *Más vale Prevenir*. Recuperado en: <http://www.prevenissste.gob.mx/nutricion-ejercicio> (19/09/14)
- INEGI. (s.f.). Recuperado el 3 de marzo de 2014, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>

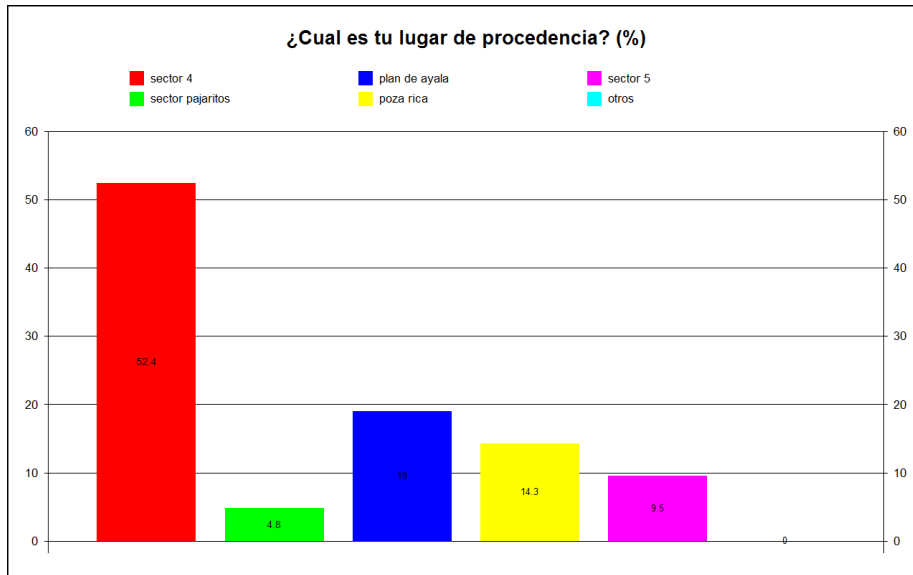
- License, C. t.-A. (2014). *Constructivismo* . Recuperado el 02 de Julio de 2014, de <http://teduca3.wikispaces.com/4.+CONSTRUCTIVISMO>
- Llorca, S. B. (2012). *Psicodiagnos.es: Psicología infantil y juvenil*. Obtenido de La modificación de la conducta: recuperado en: <http://www.psicodiagnos.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/lamodificaciondeconducta/> 05 de diciembre del 2014
- Miguel, M. (28 de abril de 2014). Clínica de la Ansiedad . Obtenido de Intervención del doctor J. Carlos Baeza, de la Clínica de la Ansiedad: recuperado en: <http://www.clinicadeansiedad.com/02/162/Las-enfermedades-psicosomaticas:-enfermedades-invisibles.htm> el 20 de agosto del 2014
- OMS. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/ (25/08/14)
- OMS. (2014.). *Enfermedades crónicas*. Recuperado en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ (10/09/14)
- OMS. (2014). Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (s.f.). *DIABETES*. Recuperado el 12 de MARZO de 2014, de <http://www.who.int/diabetes/es/> (18/09/14)
- OMS. (s.f.). *Enfermedades crónicas*. Recuperado en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ (18/09/14)
- OMS. (1997). *Promoción de la salud a través de la escuela, informe de un comité experto de la OMS sobre educación y promoción de la salud integral en la escuela*. Ginebra: Serie de informes técnicos N° 870.WHO.
- UNICEF. (2014). La adolescencia. Obtenido de http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm (10/08/12)
- J., T. M. (1999). EL AUTOCUIDADO Y SU PAPEL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Recuperado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.

Anexos

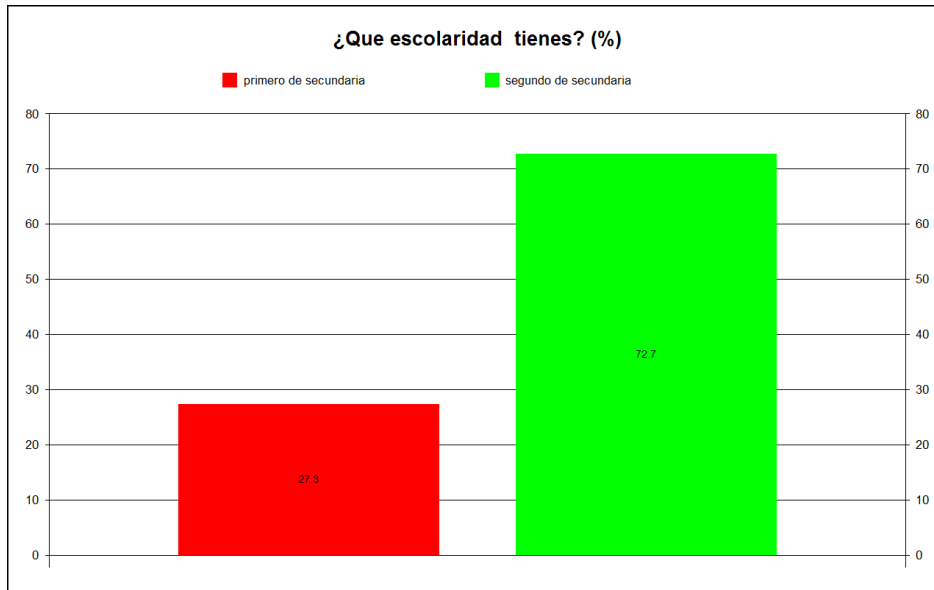
Anexo 1. Interpretación de datos a través de Instrumento derivado del Diagnostico situacional.



De los 22 adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario el 54.5% son de sexo femenino y el resto pertenecen al sexo masculino, con relación a su edad tienen entre los 11 y 15 años de edad.



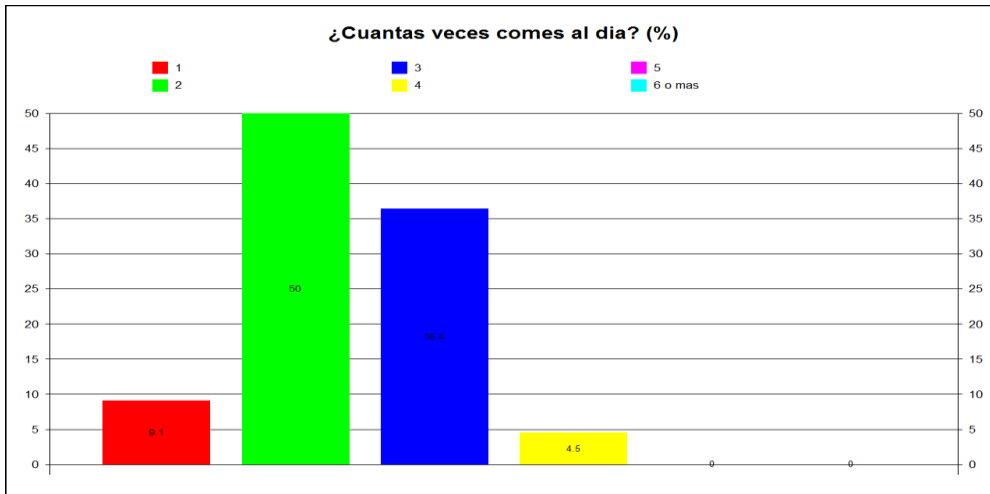
En lo que respecta al lugar de procedencia, el 52.4% de los adolescentes radican dentro del sector 4, en la localidad de Tihuatlán, lo cual facilitará para la operación del proyecto de intervención, la asistencia de los padres de familia cuando se apliquen las estrategias de intervención.



Como se aprecia en el gráfico, el 72.7% de los adolescentes se encuentran cursando el segundo grado de la secundaria, el 23% son de alumnos de primer grado de secundaria.

Variable 4: ¿Cuántas veces comes al día?

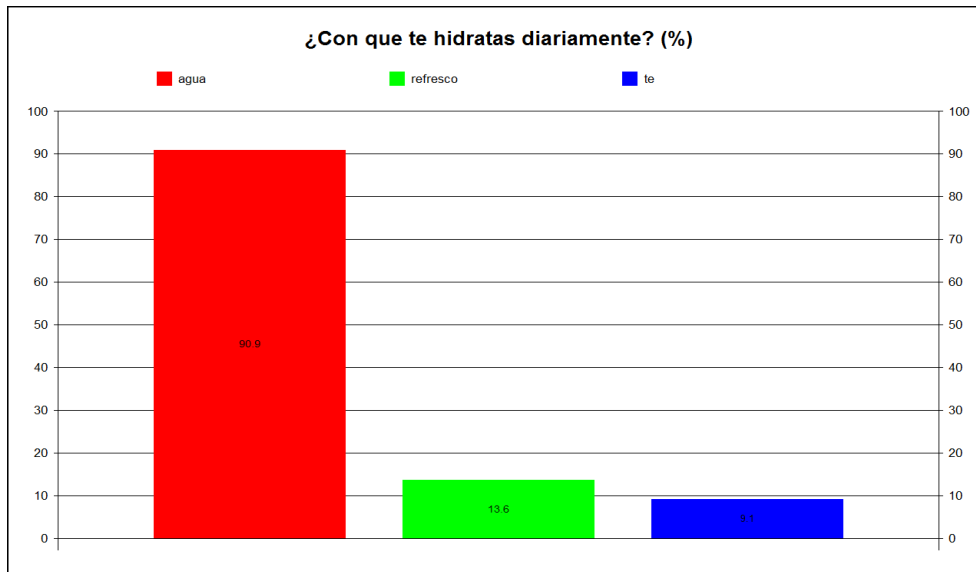
Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	1	2	9.09	9.09
2	2	11	50.00	50.00
3	3	8	36.36	36.36
4	4	1	4.55	4.55
Total frecuencias		22	100.00	100.00
Total muestra		22		



Gráfica 4. Dentro de los estándares del plato del buen comer que indica el programa Más vale Prevenir del Instituto Mexicano del Seguro Social se menciona que el comer bien y practicar cualquier actividad física son la base para tener una buena salud. (IMSS, 2014) Y es necesario aprender a combinar los alimentos como lo indica el plato del buen comer.

Variable 5: ¿Con que te hidratas diariamente?

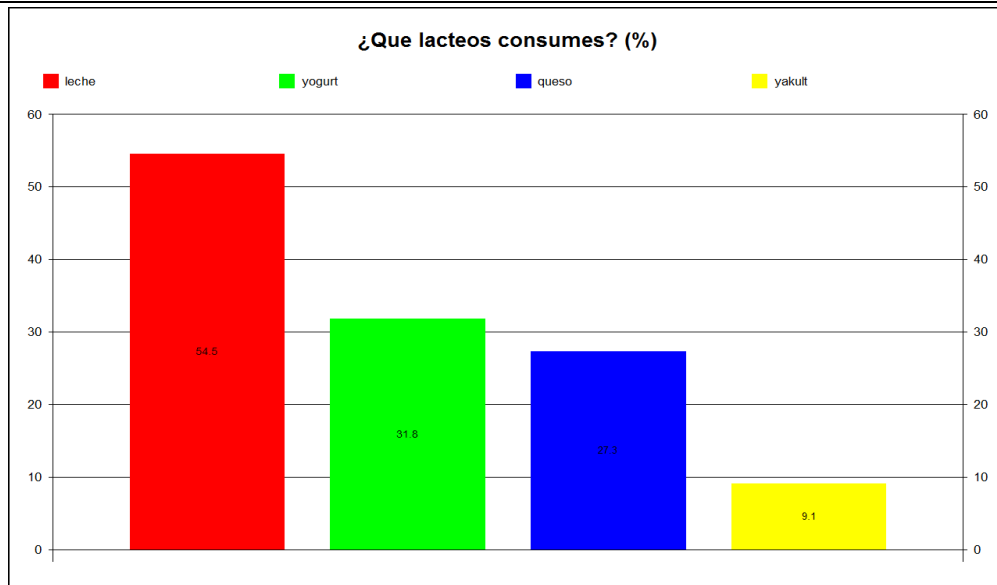
Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	agua	18	81.81	90.91
2	refresco	3	12.00	13.64
3	te	2	8.00	9.09
Total frecuencias		25	100.00	113.64
Total muestra		22		



Gráfica 5. La hidratación es fundamental en todo ser humano, el agua forma parte de nuestra alimentación y si no ingerimos agua cotidianamente estamos propensos a desarrollar enfermedades, al aplicar el cuestionario 18 de los adolescentes manifestaron que para su hidratación es primordial la ingesta de agua, consideran que no existe otro líquido para ingerir, y que el agua nos previene de golpes de calor, ya que Poza Rica es un lugar en donde hay calor excesivamente.

Variable 6: ¿Que lácteos consumes?

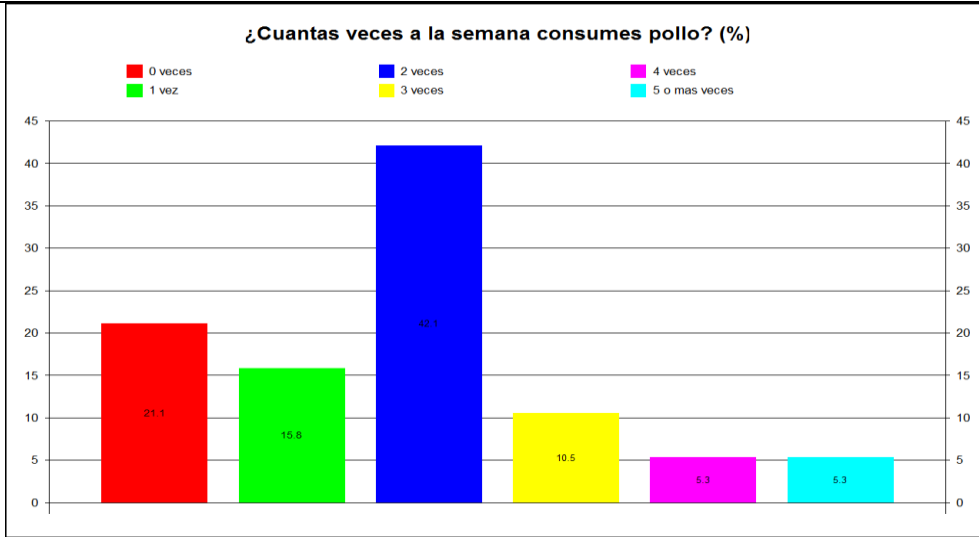
Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	leche	12	44.44	54.55
2	yogurt	7	25.93	31.82
3	queso	6	22.22	27.27
4	yakult	2	7.41	9.09
Total frecuencias		27	100.00	122.73
Total muestra		22		



Gráfica 6. Los lácteos son importantes para nuestro organismo ya que aportan calcio para nuestros huesos, es importante considerar mínimo un vaso diario de leche para proporcionarle calcio a nuestros huesos, la mayoría de los adolescentes han considerado que es primordial tomar leche diariamente, el Yakult por otro lado es un producto que ayuda a nuestro metabolismo a acelerarlo y a prevenir infecciones estomacales, también se considera su ingesta, y sólo 2 adolescentes lo toman.

Variable 7: ¿Cuántas veces a la semana consumes pollo?

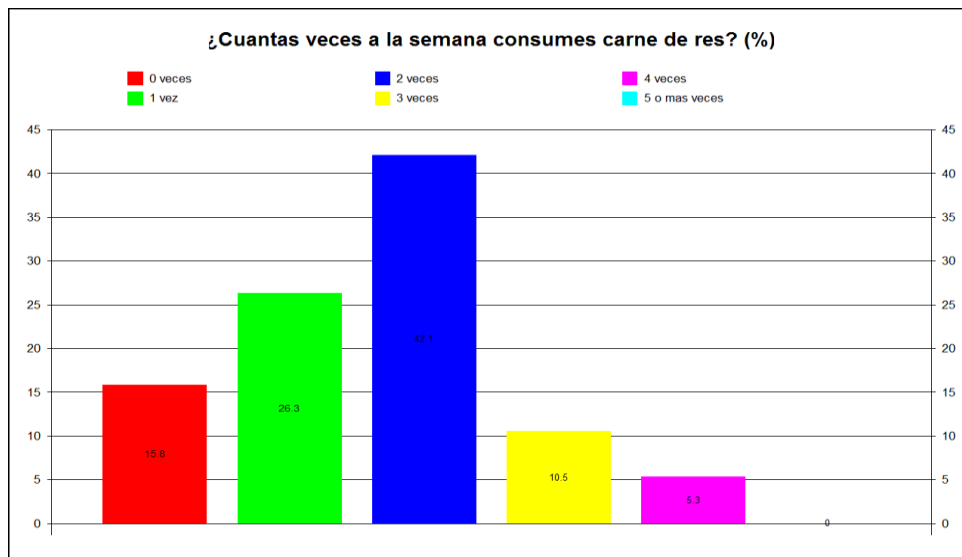
Código	Significado	Frecuencia	%
1	0 veces	4	21.05
2	1 vez	3	15.79
3	2 veces	8	42.11
4	3 veces	2	10.53
5	4 veces	1	5.26
6	5 o más veces	1	5.26
Total frecuencias		19	100.00



Gráfica 7. En este indicador, los adolescentes manifestaron que dentro del consumo de proteínas, el 36.36 % que equivale a 8 adolescentes comen el pollo 2 veces por semana, el 18.18 % equivalente a 4 adolescentes no lo consume, mientras que el 15.79 y 10.53 % solo es consumido de 1 a 3 veces por semana y el 22.72 % de 5 a más veces por semana.

Variable 8: ¿Cuántas veces a la semana consumes carne de res?

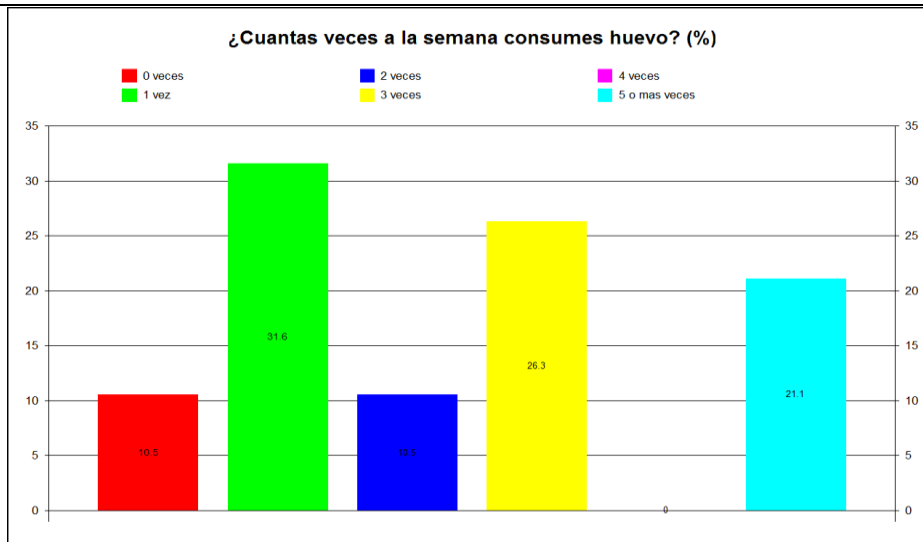
Código	Significado	Frecuencia	%
1	0 veces	3	15.79
2	1 vez	5	26.32
3	2 veces	8	42.11
4	3 veces	2	10.53
5	4 veces	1	5.26
Total frecuencias		19	100.00



Gráfica 8. Por otro lado la ingesta de carne de res por parte de 8 adolescentes tiene un porcentaje del 36.36 % que la consumen 2 veces por semana, mientras que 22.72 % que equivale a 5 adolescentes solo la consumen 1 vez por semana. El 13.63 % manifestaron que no consumen carne de res en la semana en sus casas, el 9.09 y el 4.54 % sólo la consumen de 3 a 4 veces en la semana.

Variable 9: ¿Cuántas veces a la semana consumes huevo?

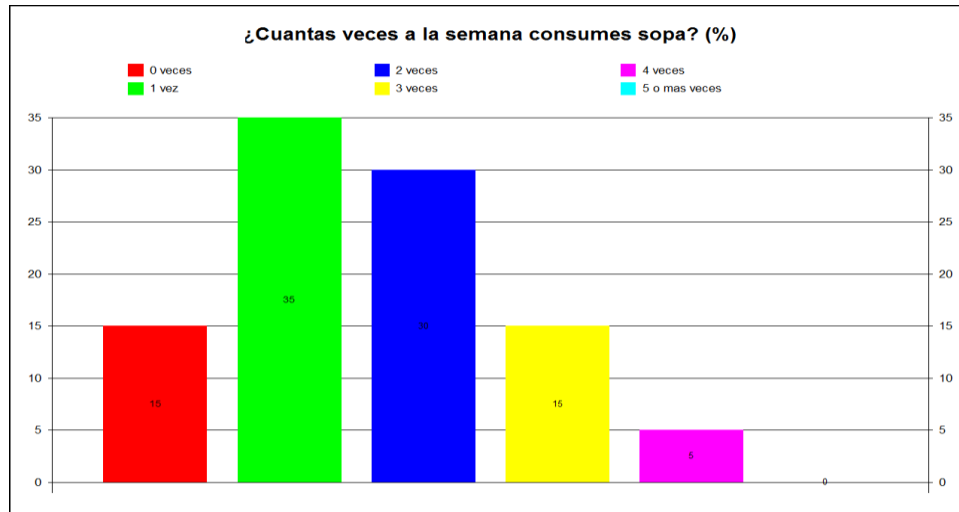
Código	Significado	Frecuencia	%
1	0 veces	2	10.53
2	1 vez	6	31.58
3	2 veces	2	10.53
4	3 veces	5	26.32
6	5 o más veces	4	21.05
Total frecuencias		19	100.00



Gráfica 9. Al momento de responder el apartado sobre la ingesta de huevo, 6 de los adolescentes indicaron que lo consumen 4 veces por semana, es decir un porcentaje del 27.27, el 22.72 lo consumen 3 veces por semana, y el 36.36 % que equivale a 8 adolescentes lo consumen 5 veces o más en la semana. De acuerdo a un artículo revisado sobre alimentación en el adolescente en cuanto a las proteínas las recomendaciones se establecen en 1 g/kg para ambos sexos entre los 11 y 14 años, y 0,9 y 0,8 respectivamente en varones y mujeres, entre los 15 y 18 años y deben aportar entre el 10 y el 15% de las calorías de la dieta y deben ser predominantemente de alto valor biológico (origen animal) Marugán de Miguelsanz, Monasterio Corral (2004) .

Variable 10: ¿Cuántas veces a la semana consumes sopa?

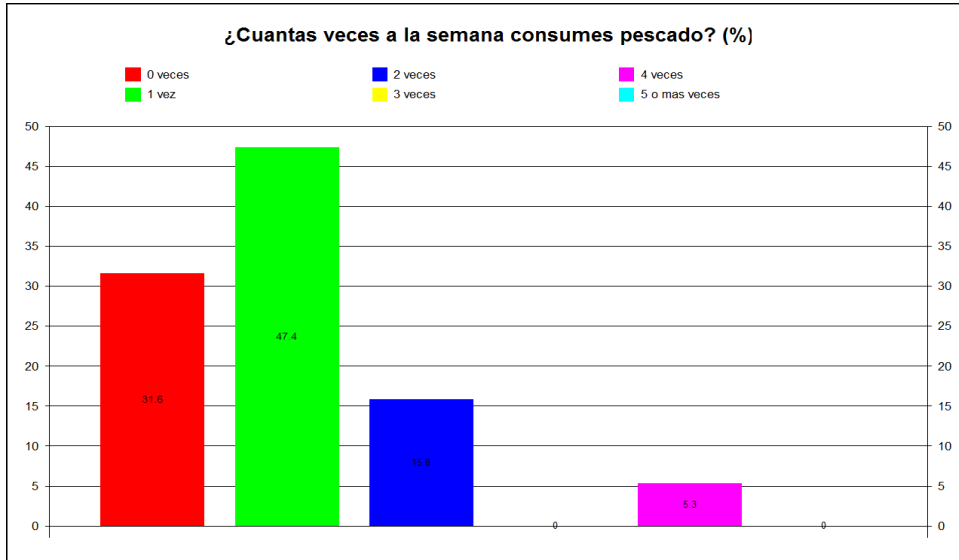
Código	Significado	Frecuencia	%
1	0 veces	3	15.00
2	1 vez	7	35.00
3	2 veces	6	30.00
4	3 veces	3	15.00
5	4 veces	1	5.00
Total frecuencias		20	100.00



Gráfica 10. En lo que respecta a los carbohidratos, los adolescentes los consumen entre 1 y 2 veces a la semana entre el 26.3 y el 35 %, indicando las grandes cantidades dañando su salud.

Variable 11: ¿Cuántas veces a la semana consumes pescado?

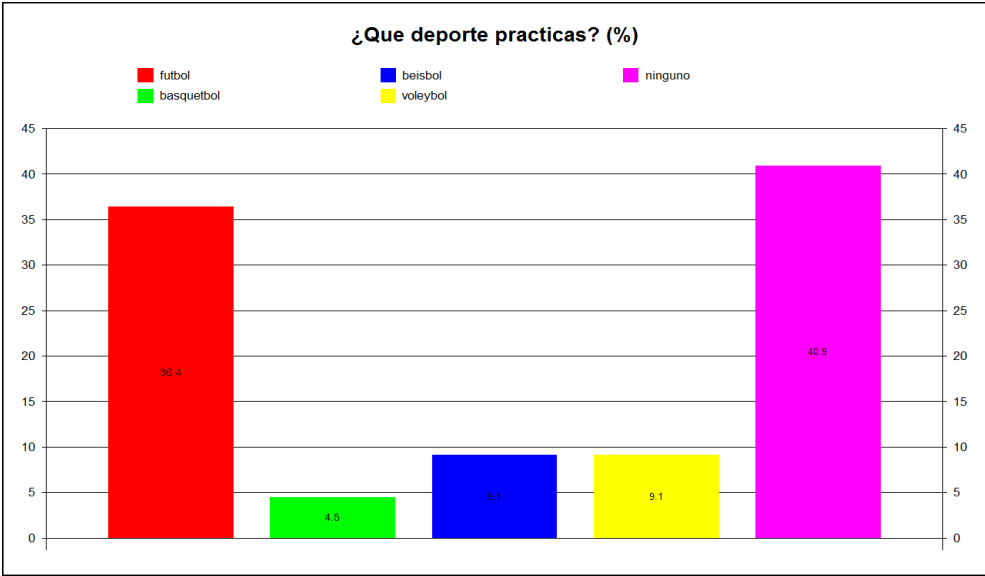
Código	Significado	Frecuencia	%
1	0 veces	6	31.58
2	1 vez	9	47.37
3	2 veces	3	15.79
5	4 veces	1	5.26
Total frecuencias		19	100.00



Gráfica 11. El pescado lo consumen 9 adolescentes 1 vez a la semana, lo que equivale a un 40.90 % de los 22 adolescentes que respondieron el cuestionario, por otra parte 6 adolescentes hicieron mención que en su casa no consumen el pescado por semana, es decir un porcentaje del 27.27, y 4 adolescentes lo consumen de 2 a 4 veces por semana correspondiente al 18.18 % del total de la muestra encuestada.

Variable 13: ¿Que deporte practicas?

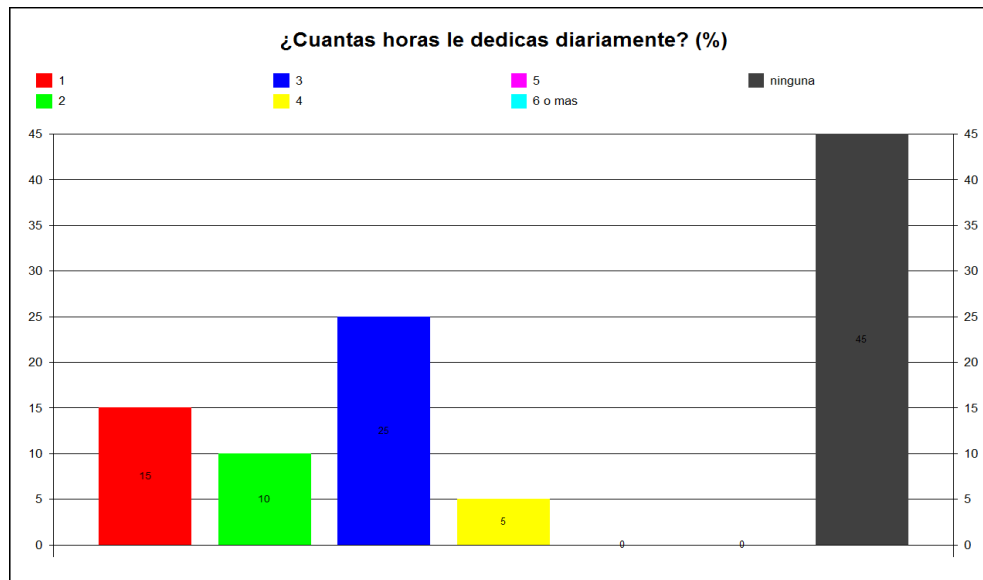
Código	Significado	Frecuencia	%
1	futbol	8	36.36
2	basquetbol	1	4.55
3	béisbol	2	9.09
4	voleibol	2	9.09
5	ninguno	9	40.91
Total frecuencias		22	100.00



Gráfica 13. Del apartado de activación física el artículo sobre salud adolescente indica que por lo menos deben practicar 30 minutos de actividad física, pero los adolescentes de la telesecundaria no practican ningún deporte, lo cual indica que existe sedentarismo en la población adolescente y que de igual manera queda a preocupación para el quehacer del profesional de trabajo social y que es necesario el reforzamiento de técnicas y trabajo transdisciplinario para aminorar enfermedades crónico-degenerativas en edades futuras, mas sin embargo en la pregunta sobre su estado de salud lo consideran que es bueno

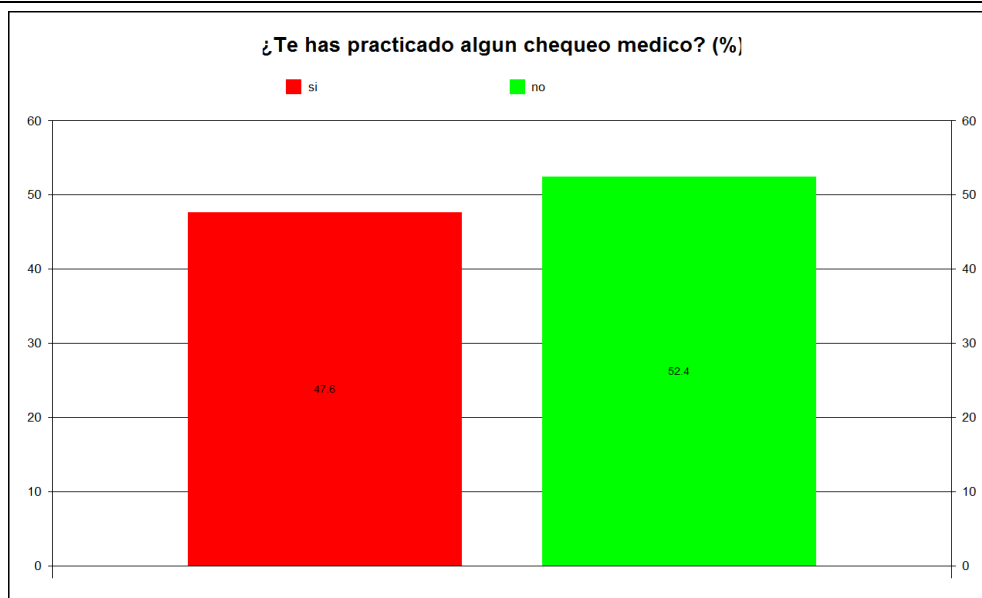
Variable 14: ¿Cuántas horas le dedicas diariamente?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	1	3	15.00
2	2	2	10.00
3	3	5	25.00
4	4	1	5.00
7	ninguna	9	45.00
Total frecuencias		20	100.00



Gráfica 14. Los adolescentes indicaron que no le dedican tiempo a la actividad física, no practican ningún deporte, lo cual preocupa y hace que sean vulnerables a desarrollar sedentarismo y por consecuencia obesidad.

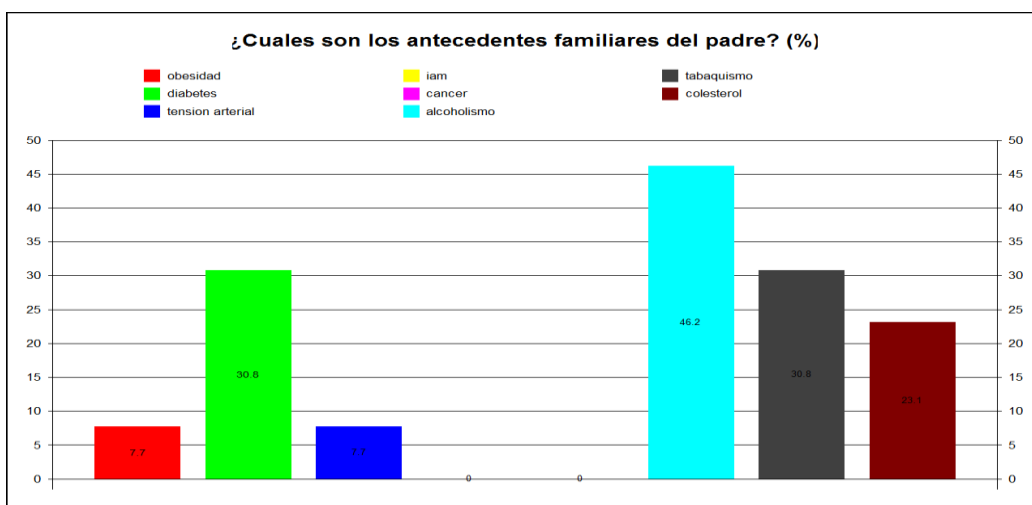
Variable 17: ¿Te has practicado algún chequeo médico?			
Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	10	47.62
2	no	11	52.38
Total frecuencias		21	100.00



Gráfica 17. El 45.45% de los adolescentes indicaron que nunca se han hecho un chequeo médico, mas sin embargo es necesario que se realicen uno, una vez por año, sobre todo porque los servicios de salud te ofrece programas para prevención de enfermedades crónico-degenerativas y la eliminación del sedentarismo.

Variable 18: ¿Cuáles son los antecedentes familiares del padre?

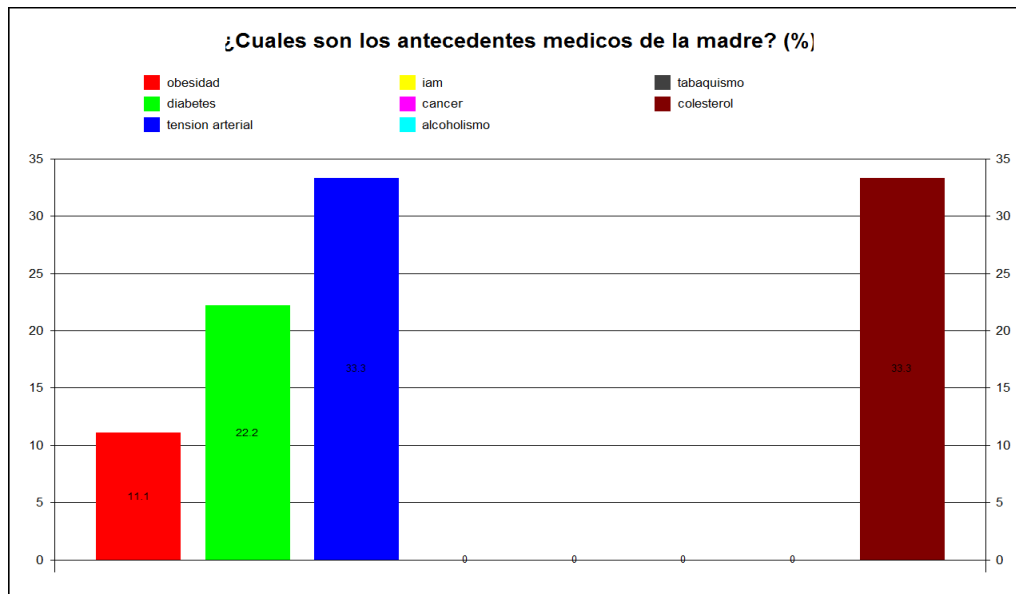
Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	obesidad	1	5.26	7.69
2	diabetes	4	21.05	30.77
3	tensión arterial	1	5.26	7.69
6	alcoholismo	6	31.58	46.15
7	tabaquismo	4	21.05	30.77
8	colesterol	3	15.79	23.08
Total frecuencias		19	100.00	146.15
Total muestra			13	



Gráfica 18. En lo que respecta al apartado de los antecedentes familiares, se visualizó que la predisposición genética es impresionante, ya que los padres de los adolescentes manifiestan tener obesidad, colesterol, hipertensión arterial y diabetes mellitus en un 46 y 33 %, aunado a esto que los antecesores de los mismos padres (abuelos) también manifestaron padecer las mismas.

Variable 19: ¿Cuáles son los antecedentes médicos de la madre?

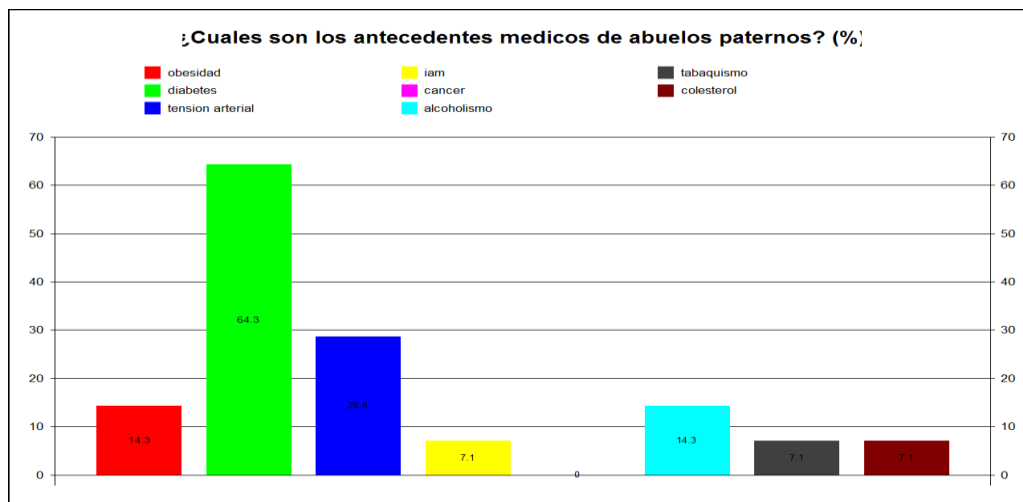
Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	obesidad	1	11.11	11.11
2	diabetes	2	22.22	22.22
3	tensión arterial	3	33.33	33.33
8	colesterol	3	33.33	33.33
Total frecuencias		9	100.00	100.00
Total muestra		9		



Gráfica 19. Las madres de los adolescentes han manifestado padecer Hipertensión arterial, colesterol, diabetes y obesidad, como se puede apreciar son enfermedades crónico- degenerativas que al pasar de los años morirán por las complicaciones de éstas.

Variable 20: ¿Cuáles son los antecedentes médicos de abuelos paternos?

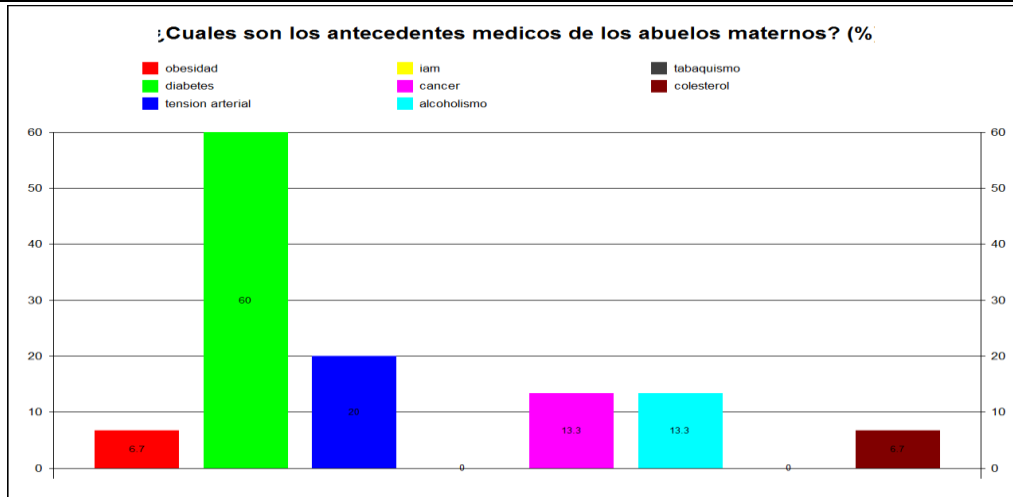
Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	obesidad	2	10.00	14.29
2	diabetes	9	45.00	64.29
3	HTA	4	20.00	28.57
4	Infartos	1	5.00	7.14
6	alcoholismo	2	10.00	14.29
7	tabaquismo	1	5.00	7.14
8	colesterol	1	5.00	7.14
Total frecuencias		20	100.00	142.86
Total muestra		14		



Gráfica 20. Las variables 20 y 21 están relacionadas, y al igual que los padres, los abuelos han manifestado tener enfermedades crónico-degenerativas.

Variable 21: ¿Cuáles son los antecedentes médicos de los abuelos maternos?

Código	Significado (respuestas múltiples)	Frecuencia	% s/ Total	% s/ Muestra
1	obesidad	1	5.56	6.67
2	diabetes	9	50.00	60.00
3	tensión arterial	3	16.67	20.00
5	cáncer	2	11.11	13.33
6	alcoholismo	2	11.11	13.33
8	colesterol	1	5.56	6.67
Total frecuencias		18	100.00	120.00
Total muestra		15		



Gráfica 21. Nuevamente se aprecia la carga genética, los adolescentes en una edad futura podrán desarrollar estas enfermedades, por la carga de genética de sus antecesores.

Estrés.

Variable 22: ¿Presentas dolores de cabeza frecuentemente?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	2	9.09
2	no	6	27.27
3	algunas veces	14	63.64
Total frecuencias		22	100.00

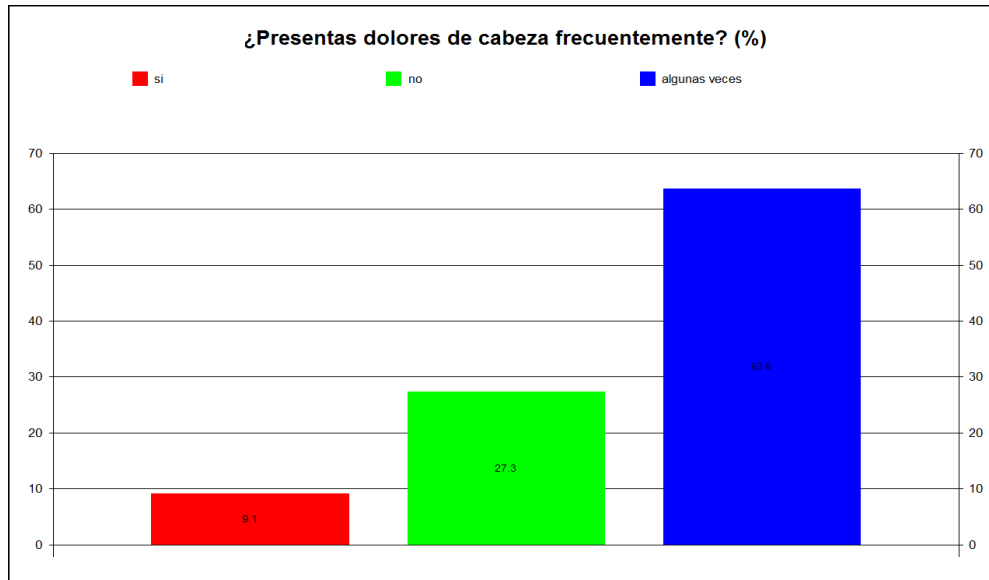


Gráfico 22. Los adolescentes por su condición física, social y económica son considerados vulnerables, por lo que son presas del estrés, medline plus, menciona que muchas de las veces los seres humanos podemos presentar dolor de cabeza debido a la tensión y al estrés que se nos genera, y 14 adolescentes mencionaron que algunas veces presentan dolores de cabeza, aunque la respuesta fue algunas veces, si resulta importante indagar hasta donde es qué están tensionados.

Variable 23: ¿Duermes bien?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	11	50.00
2	no	3	13.64
3	algunas veces	8	36.36
Total frecuencias		22	100.00

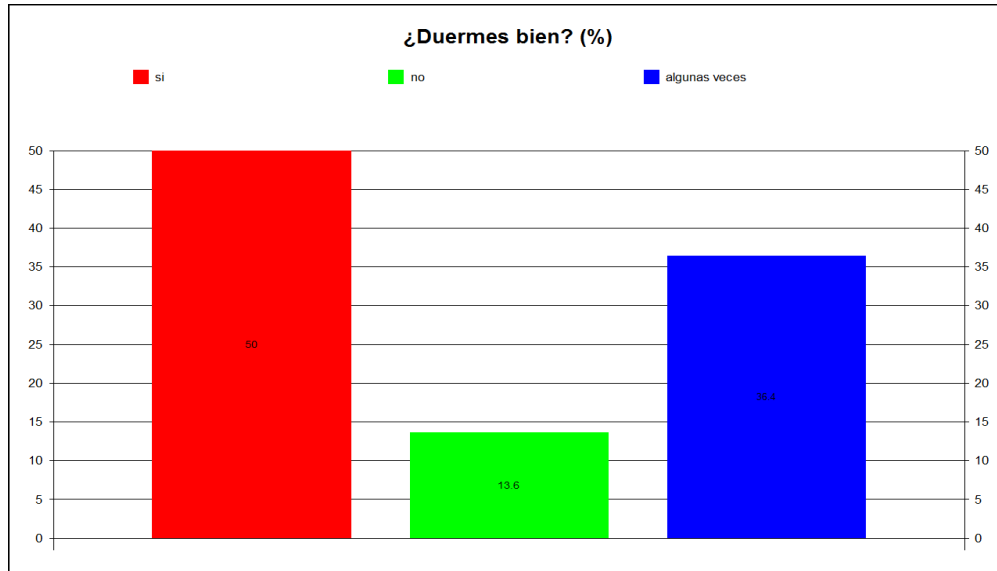


Gráfico 23. Las personas que tienen niveles muy altos de estrés tienen menos energía, son menos productivos y hay mayor tendencia a padecer diabetes o hipertensión. Para confirmar esta premisa, los investigadores de la Clínica Mayo, uno de los centros de investigación en salud más prestigiados del mundo, realizaron algunos estudios con parte de su plantilla de empleados y les brindaron un programa con algunas actividades para disminuir la tensión y el estrés. En este caso si es de gran importancia las 8 horas de sueño, 8 adolescentes mencionaron que en algunas veces duermen bien, necesitamos dormir con calidad nuestras 8 hrs para poder desarrollar nuestras actividades con energía y dedicación.

Variable 25: ¿Le temes a la muerte?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	11	50.00
2	no	10	45.45
3	algunas veces	1	4.55
Total frecuencias		22	100.00



Gráfico 25. Todos los seres humanos tenemos miedo a morir, pero por qué en vez de tenerle miedo, deberíamos entender a la muerte como un proceso fundamental que es parte de la vida del ser humano, que morir es inevitable, más sin embargo todos nos dijimos a ella. Es por eso que se debe implementar una o dos sesiones con los adolescentes acerca de Tanatología para que puedan entender los procesos básicos de la Tanatología y desmitificar a la muerte como un suceso macabro e inevitable. 11 adolescentes han indicado que si le temen a la muerte, pero los que no le temen, para el estudio de la Tanatología también es preocupante determinar por qué es que no le temen a la muerte.

Variable 26: ¿Sientes que la vida no tiene sentido?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	7	31.82
2	no	10	45.45
3	algunas veces	5	22.73
Total frecuencias		22	100.00

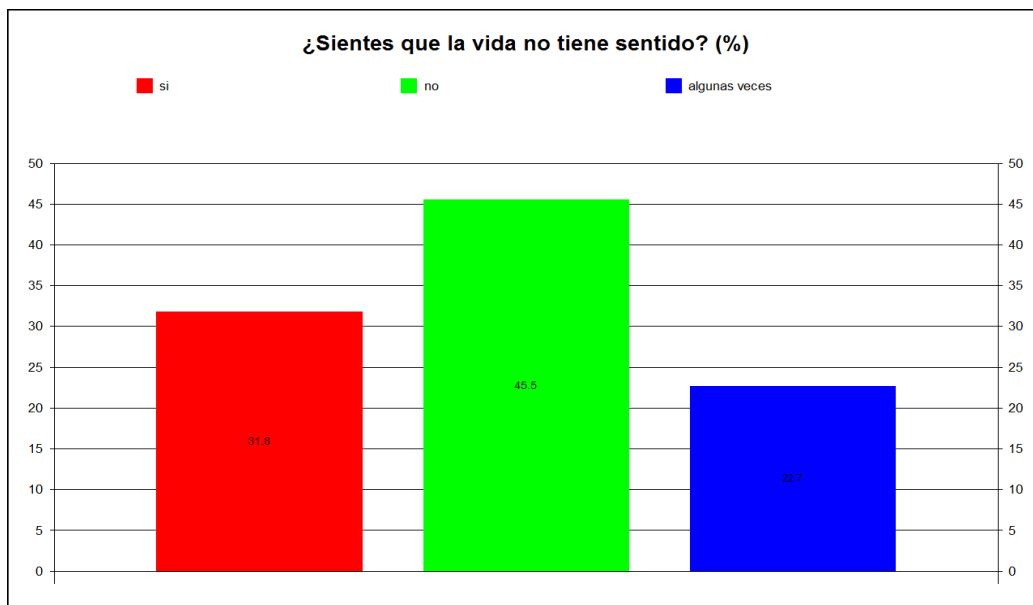
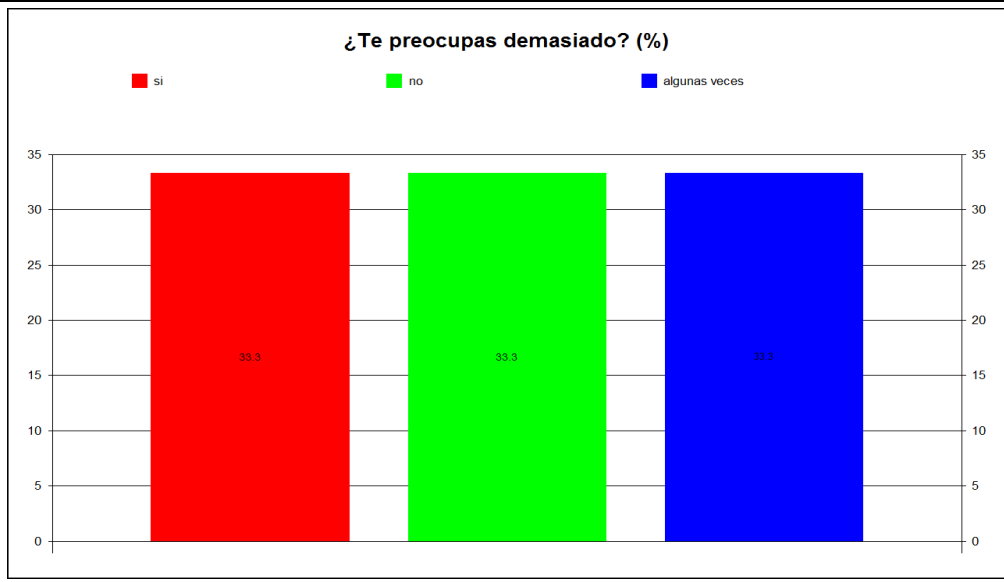


Gráfico 26. En esta variable 7 adolescentes han manifestado que su vida no tiene sentido. Los adolescentes, al igual que los adultos, pueden experimentar estrés de cualquier tipo todos los días. La mayoría de los adolescentes experimentan más estrés cuando perciben una situación como peligrosa, difícil o dolorosa y ellos no tienen los recursos para enfrentarla o abordarla.

Variable 27: ¿Te preocupas demasiado?

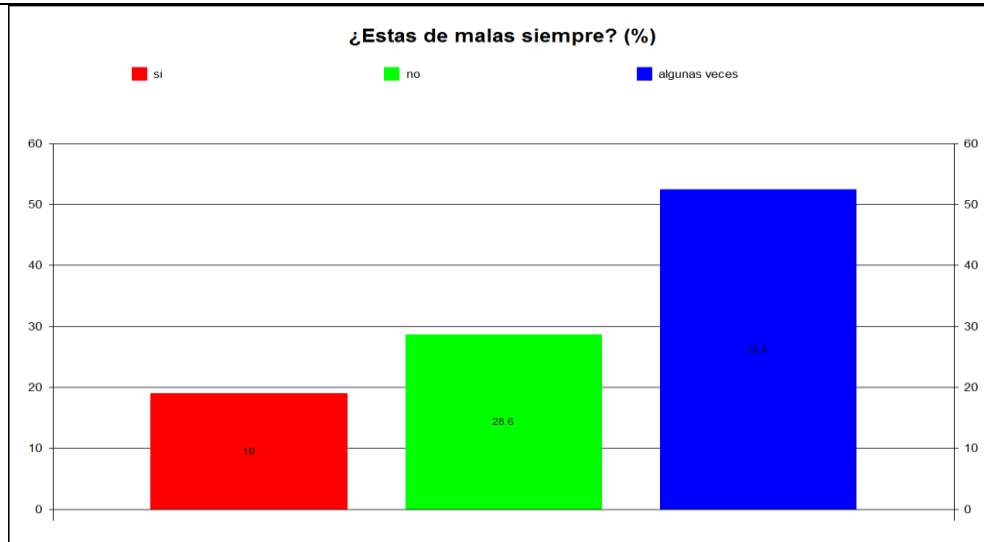
Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	7	33.33
2	no	7	33.33
3	algunas veces	7	33.33
Total frecuencias		21	100.00



La preocupación en la adolescencia, por su estado vulnerable los adolescentes tienden a cambiar de estado de ánimo constantemente, por lo que esta pregunta nos refleja que los estudiantes tienden a la preocupación.

Variable 28: ¿Estas de malas siempre?

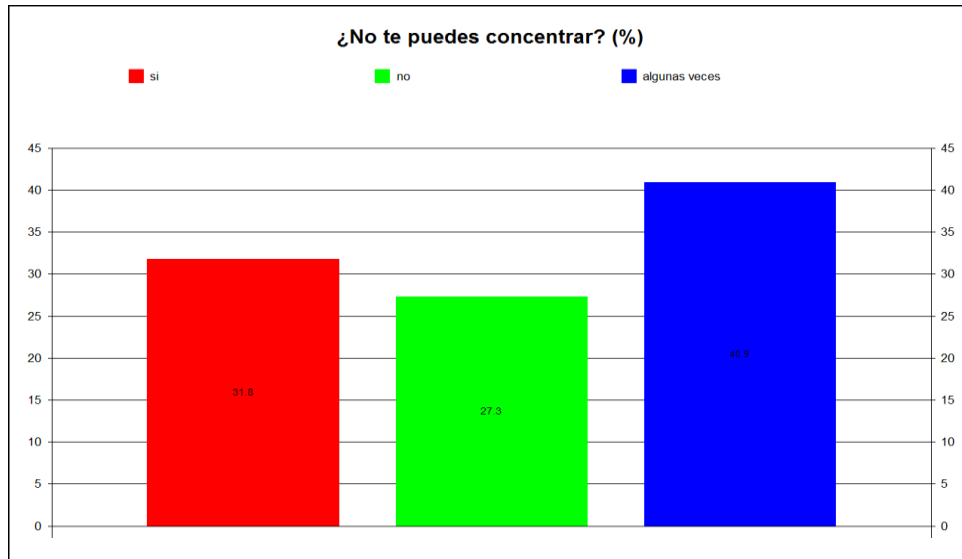
Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	4	19.05
2	no	6	28.57
3	algunas veces	11	52.38
Total frecuencias		21	100.00



El estado de humor es significativo en el ser humano, en este caso en la encuesta aplicada a los estudiantes manifestaron que algunas veces están de mal humor, lo cual en los adolescentes es normal debido a su condición.

Variable 31: ¿No te puedes concentrar?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	si	7	31.82
2	no	6	27.27
3	algunas veces	9	40.91
Total frecuencias		22	100.00



La falta de concentración es un dato que preocupa, la mente engaña, por lo que es importante realizar ejercicios de concentración para motivarla, la mayoría de los adolescentes, han manifestado que algunas veces no pueden concentrarse.

Variable 66: ¿Qué dependencia médica te atiende?

Código	Significado	Frecuencia	%
1	IMSS	8	40.00
2	ISSSTE	1	5.00
3	Pemex	1	5.00
6	Seguro Popular	10	50.00
Total frecuencias		20	100.00

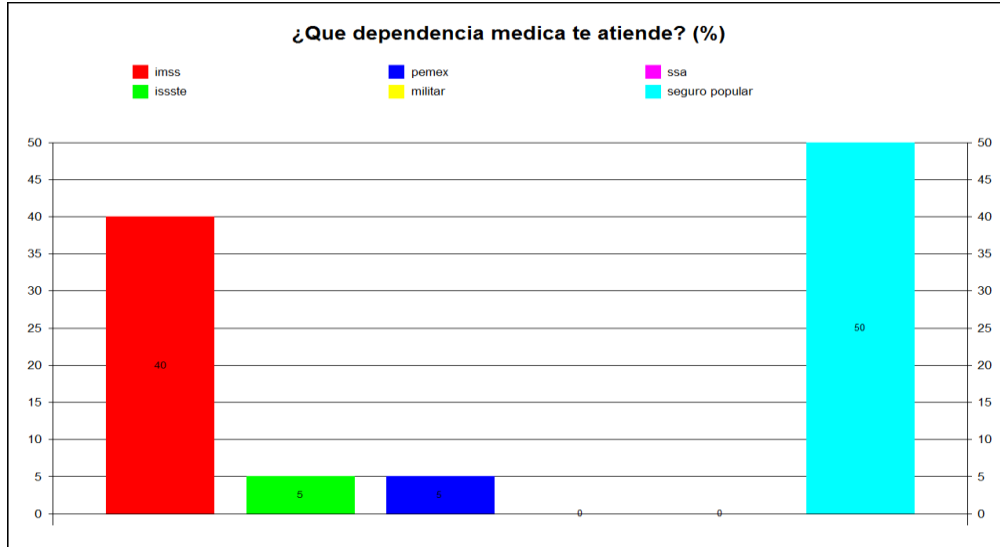


Gráfico 66. Los servicios de salud es fundamental para todo ser humano el artículo 4° de nuestra constitución menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta constitución. Por lo que para la determinación de las necesidades en esta investigación, resultó importante saber a qué tipo de servicio médico dependen los adolescentes, como se puede apreciar en la gráfica 66, 36.6% que corresponde a 8 adolescentes cuentan con Seguro Popular, el 45.45% de los adolescentes se atienden en el IMSS, y el 4.5% son atendidos en Pemex y en el ISSSTE.

Anexo.2 Instrumento de evaluación Diagnostica.

I. DATOS GENERALES

El presente cuestionario tiene la finalidad de recabar información sobre la Salud Integral de los Adolescentes de la Telesecundaria Guillermo González Camarena perteneciente al Sector 4, Totolapa, Tih. Ver., por tal motivo te pedimos que respondas con la mayor sinceridad las siguientes preguntas. Es información anónima y confidencial.

IDENTIFICACION

Sexo: F () M () Edad_____

Lugar de Procedencia_____

Domicilio_____

Teléfono celular_____

Escolaridad_____

II. DATOS FAMILIARES.

Parentesco	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Ingreso económico aprox. Mensual

III. NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FISICA.

2.- ¿Cuántas veces comes al día?

1() 2 () 3() 4() 5() 6 o más ()

3.- ¿Con qué te hidratas diariamente?

Agua () refresco () te ()

4.- Marca con una X que tipo de lácteos consumen en tu casa

Leche () yogurt () yakult () queso ()

5.- Marca con cuantas veces a la semana consumes

Pollo____ Carne de RES____ Huevo _____ Sopa _____ Pescado _____ Pan _____

5.- ¿Que deporte realizas?

Futbol () basquetbol () béisbol () voleibol () Ninguno ()

6.- ¿Cuántas horas le dedicas diariamente?

1() 2() 3() 4() 6 o más () Ninguna ()

III. ANTECEDENTES MÉDICOS.

Marca con una X algunas de las enfermedades que has padecido o padeces actualmente.

	X
Alergias	
Cirugías	
Infección Estomacal	
Hepatitis	
Asma	
Tuberculosis	
Epilepsia	
Rubeola	
Otro. Especifica	

7.- ¿Sufres alguna discapacidad? Sí No

Cual _____

8.- ¿Fue diagnosticada por algún especialista? Sí No

9.- ¿Cómo consideras tu estado de salud hasta ahorita?

Bueno () regular () malo ()

10.- ¿Te has practicado algún chequeo médico últimamente?

Sí No

	Obesidad	Diabetes	Tensión Arterial	Infarto Agudo al Miocardio	Cáncer	Alcoholismo	Tabaquismo	Colesterol
Padre								
Madre								
Abuelos Paternos								
Abuelos Maternos								

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES. Selecciona la opción que conteste a cada caso.

V. Salud Mental y Estrés.

Contesta Sinceramente.

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

Si () No () Algunas veces ()

11.- ¿Presentas Dolores de cabeza frecuentemente?

13.- ¿Duermes Bien?

14.- ¿Te asustas con facilidad?

15.- ¿Le temes a la Muerte?

16.- ¿Sientes que la vida no tiene sentido?

17.- ¿Te preocupas demasiado?

18.- ¿Estas de malas siempre?

19.- ¿Lloras con facilidad?

20.- ¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?

Si () No () Algunas Veces ()

21.- ¿No te puedes concentrar?

Si () No () Algunas Veces ()

- 22.- ¿Sufres de mala digestión? Si () No () Algunas Veces ()
 23.- ¿No quieres hacer tareas? Si () No () Algunas Veces ()
 24.- ¿Duermes en exceso? Si () No () Algunas Veces ()

VI. ADICCIONES

- 25.- ¿Fumas? Si () No ()
 26.- ¿Cuántos cigarrillos acostumbras a fumar?
 De 1 a 5 () De 6 a 10 () Una Cajetilla ()
 27.- ¿Tomas? Si () No ()
 28.- ¿Alguna vez has ingerido, inhalado, o probado alguna Droga? Si () No ()
 29.- ¿Cuál? Marihuana () Cocaína () Crack () Heroína () Metanfetaminas ()

VII. SALUD REPRODUCTIVA.

- 30.- ¿Cómo consideras la comunicación con tus padres?
 Buena () Regular () Mala ()
 31.- Consideras que la falta de información sobre sexualidad, es por la falta de confianza entre Padres e Hijos SI () NO ()
 32.- ¿Has recibido información sobre tu sexualidad? SI () NO ()
 33.- ¿De quién recibiste información?
 Padres () Amigos () Maestros () Médicos () Ninguno ()
 34.- ¿Que método anticonceptivo conoces, marca con una X?
 Condón () píldoras () implante () parches () D.I.U ()
 Otro Especifica _____
 35.- ¿Has tenido relaciones Sexuales? SI () NO ()
 36.- ¿Te protegiste? Si () No ()
 37.- ¿Que utilizaron para prevenir embarazo o contraer Enfermedades de Transmisión Sexual?
 Pastillas () Preservativo () Ninguno ()
 38.- ¿Conoces que son las enfermedades de transmisión sexual? Si () No ()
 39.- Marca con una X que enfermedades de trasmisión sexual conoces o has escuchado
 GONORREA () SIFILIS () HERPES () SIDA () OTRAS ()

VIII. ESCUELA

- En la Escuela y con mis Compañeros:
 40.- Me gusta darme a conocer a mis compañeros, tal y como soy
 Nunca () Algunas veces () Siempre ()
 41.- Me cuesta mucho trabajo hablar en grupo
 Nunca () Algunas veces () Siempre ()
 42.- Me cuesta trabajo hacer nuevas amistades
 Nunca () Algunas veces () Siempre ()
 43.- me considero un estudiante tímido
 Nunca () Algunas veces () Siempre ()
 44.- Mis compañeros me han rechazado alguna vez por:
 Irrespetuoso () Grosero () por mi forma de vestir ()
 Otro especifica ()
 45.- me he sentido rechazado cuando:
 Trabajo en equipo () Practico algún deporte () cuando me ofrezco apoyar a los demás ()
 46.- He recibido burlas de mis compañeros SI () NO () ALGUNAS VECES ()
 47.- Rechazo a mis compañeros por
 Su aspecto físico () Creencias Religiosas () por destacar entre los demás ()

IX. MIS MAESTROS.

- 48.- ¿Como evalúas las clases impartidas por tus maestros?
 Buena () Regular () Mala ()
 49.- ¿Consideras que los materiales de apoyo que utiliza para sus clases son los adecuados para tu aprendizaje?
 Si () No ()
 50.- ¿Sobre qué temas te gustaría que hablara el maestro?
 Sexualidad () Orientación Vocacional () Educación () Psicología () salud ()
 51.- ¿Te sientes en confianza con tu maestro?
 Si () No ()
 52.- ¿Tu maestro te escucha y te orienta?
 Si () No ()

- 53.- ¿Tu maestro facilita tu aprendizaje?
 Si () No ()
- 54.- ¿Las veces que has recurrido a tu maestro como te ha atendido?
 Enojado () Con buena actitud () Sin interés ()

X. SEGURO MÉDICO.

- 48.- ¿Cuentas con seguro médico? Si () No ()
- 49.- ¿Cuál?
 IMSS () ISSSTE () PEMEX () MILITAR () SSA () SEGURO POPULAR ()
- 50.- ¿Asistes periódicamente a chequeos?

ANEXO 3. EVALUACIÓN.

De acuerdo al anexo n°1 que corresponde al cuestionario aplicado a los grupos del 2do y 3er grado en relación a las temáticas de alimentos y bebidas, los estudiantes han manifestado lo siguiente.

Grafico 1.



Grafico 2. El 79 % de los estudiantes a quienes se les aplicó este instrumento de evaluación han respondido que todas las comidas deben ser acompañadas con agua pura, lo cual para efectos de la intervención la finalidad es motivar a los estudiantes para la ingesta de agua pura en las comidas y de forma cotidiana.

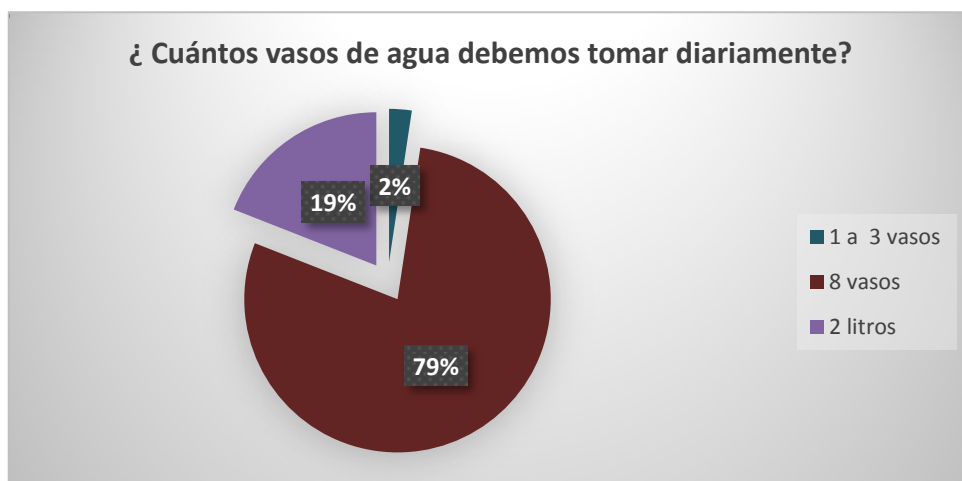


Grafico 3. Otra de las interrogantes planteadas, fue en relación a la cantidad de agua que debemos tomar para estar hidratados, para eliminar grasas, purificarnos, etc. Por lo que el 79% de los estudiantes refirieron ingerir 8 vasos de agua diarios, mientras que el 19% toma 2 litros de agua diariamente. Ambas respuestas son favorables, la cantidad de agua es importante más sin embargo la finalidad del proyecto era motivarlos poco a poco a la ingesta de agua pura.

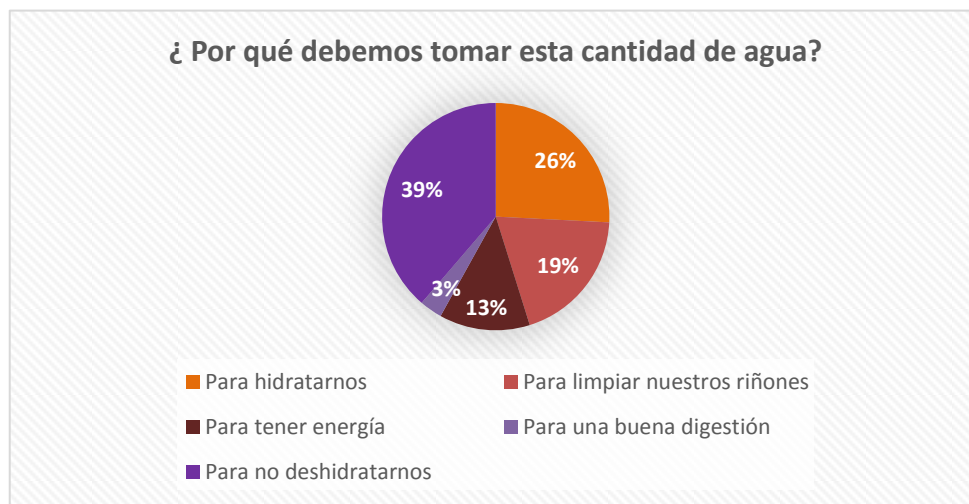


Grafico 4. Así mismo se preguntó el motivo por el cual debemos tomar las cantidades de agua mencionadas con anterioridad. A lo que el 39% han manifestado que debemos ingerir abundante agua para no deshidratarnos, por otro lado el 26% mencionó que debemos estar hidratados.

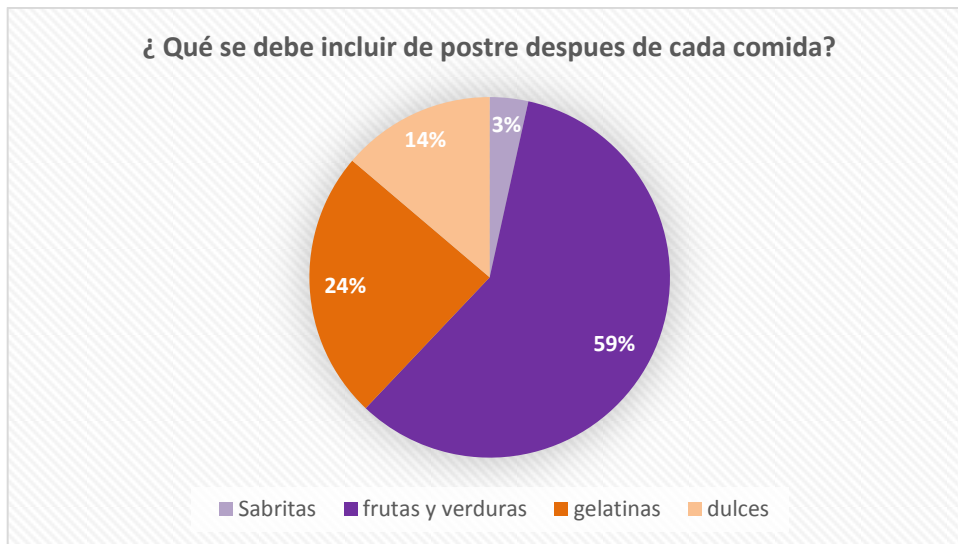


Grafico 5. Dentro de las sesiones impartidas se habló en todo momento sobre la alimentación saludable, por lo que en el cuestionario se plantea la interrogante sobre el consumo de postres. El 59% de los estudiantes consideran que el postre deben ser las frutas y las verduras, hacen una referencia de las “comidas entre comidas” y se les hizo la recomendación de que en vez de ingesta excesiva en carbohidratos era mejor una fruta o una verdura de su agrado, el 24 % prefiere consumir gelatinas, aunque contienen exceso de azúcar son recomendadas en una dieta saludable.

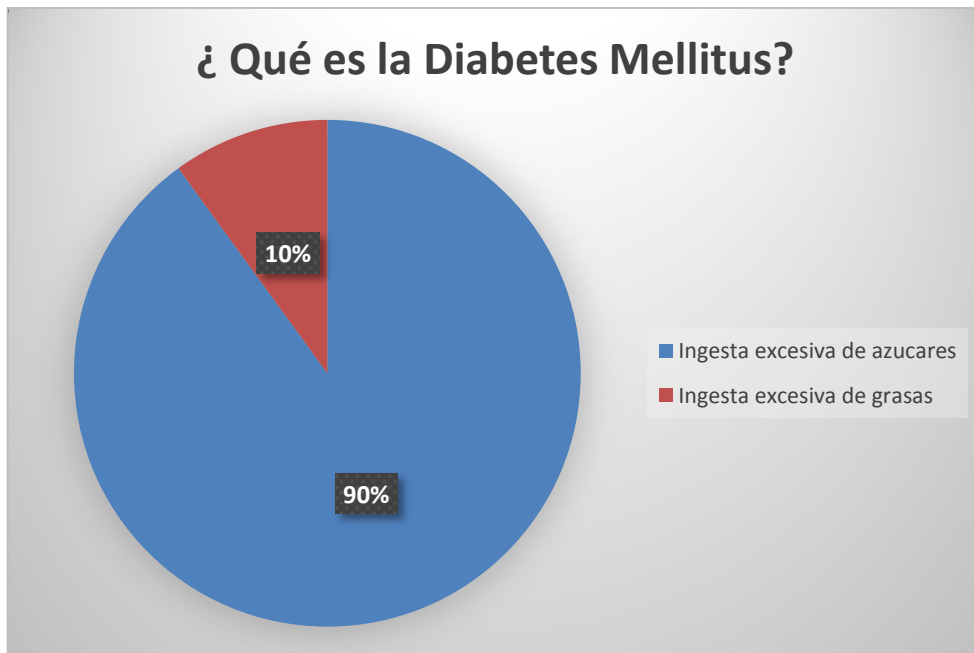
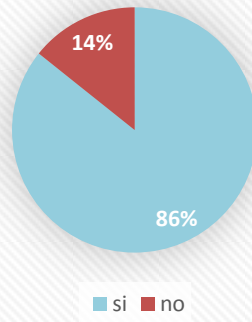


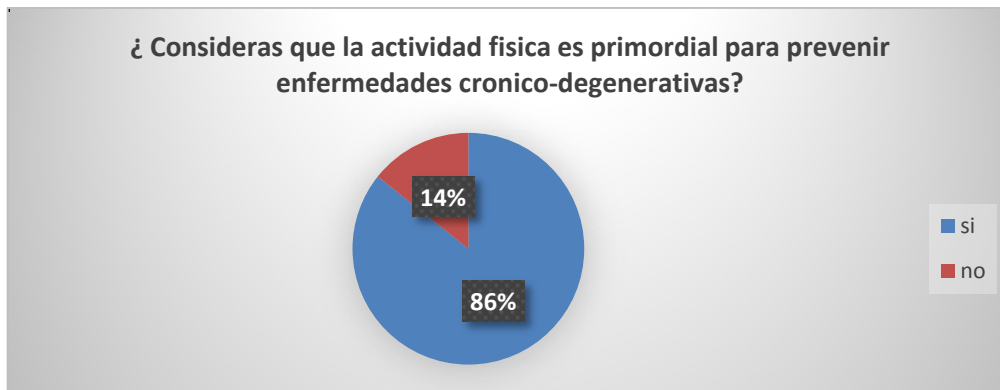
Grafico 6. La interrogante sobre los conocimientos de la diabetes mellitus es fundamental para los estudiantes es por eso que se ha incluido, así mismo los estudiantes en un 79% han expresado que es una enfermedad que es caracterizada por la ingesta excesiva de azucares.

¿Consideras que la Diabetes mellitus se puede prevenir?



Mas sin embargo el 86% de los estudiantes consideran que puede ser prevenible, lo cual esto es favorable como resultado de la intervención.

Grafico 7. Los estudiantes han manifestado que la actividad física es fundamental para prevenir enfermedades crónico-degenerativas, por lo que una de las metas de este proyecto era motivar a los estudiantes a realizar actividad física dentro y fuera del aula de clases y así mejorar su calidad de vida. Eliminar el sedentarismo que constantemente está presente en todas las personas.



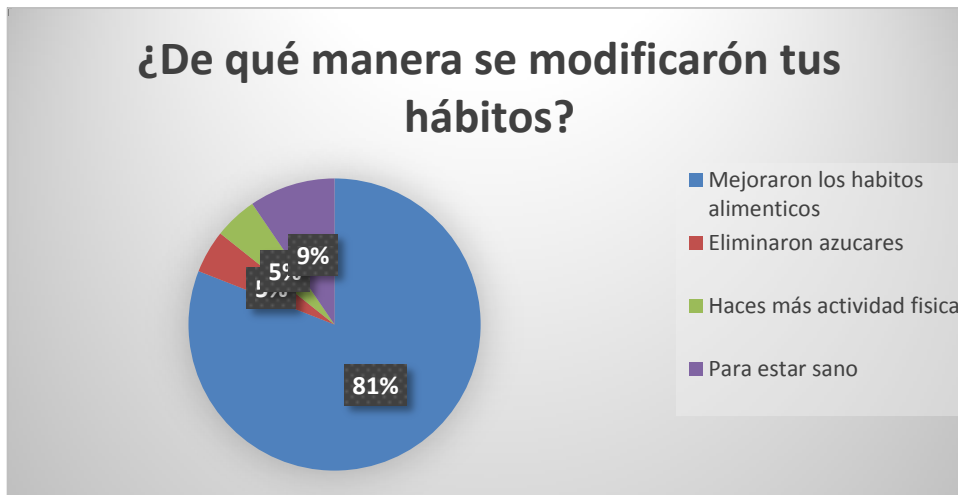


Grafico 8. Esta interrogante debe responder a las acciones del Trabajador Social si éstas fueron de gran importancia para su formación, por lo que se les ha preguntado si sus hábitos alimenticios se modificaron de acuerdo a las sesiones impartidas, por lo que el 81% de los estudiantes entrevistados han manifestado que sus hábitos alimenticios mejoraron.



Grafico 9. Por lo que para el 90% de los estudiantes las acciones implementadas por el Trabajador social fueron relevantes e impactantes en sus vidas, y obviamente modificaron conductas alimenticias.

Nombre del alumno: _____

Grado y grupo: _____

Instrucciones: Leer detenidamente las interrogantes y responder las cuestiones siguientes de forma detallada.

¿Con qué bebida se acompañan todas las comidas?

¿Recuerdan cuantos vasos de agua debemos tomar diariamente?

¿Por qué debemos tomar esta cantidad de agua?



Siempre que terminemos de comer, tenemos derecho a un postre... Con todo lo aprendido anteriormente, ¿qué es lo que debemos incluir de postre en nuestras comidas y porque?



¿En qué nutriente es excesivo este menú?

¿En estas imágenes, donde está el postre?

¿Consideran que este menú es apto para su edad?

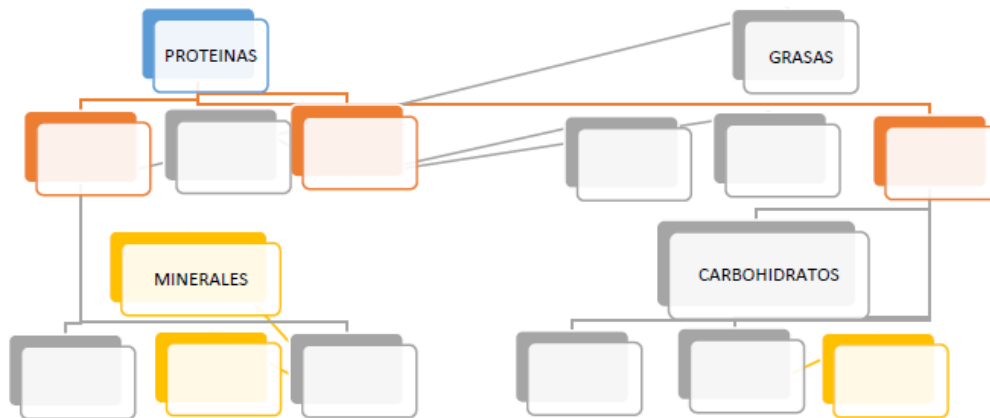
¿Consideran que este menú es saludable y nos llevará a una mejor calidad de vida?

¿Qué cambiarían de este menú o que le agregarían?

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
POZA RICA- TUXPAN
INSTRUMENTO DE EVALUACION
ESCUELA TELESECUNDARIA GUILLERMO GONZALEZ CAMARENA

1. Rellena los huecos con los elementos siguientes:

Calcio - A - miel - aceite de semillas - huevos - C - flúor - arroz - queso carne - B - cereales - hierro - mantequilla - pescado





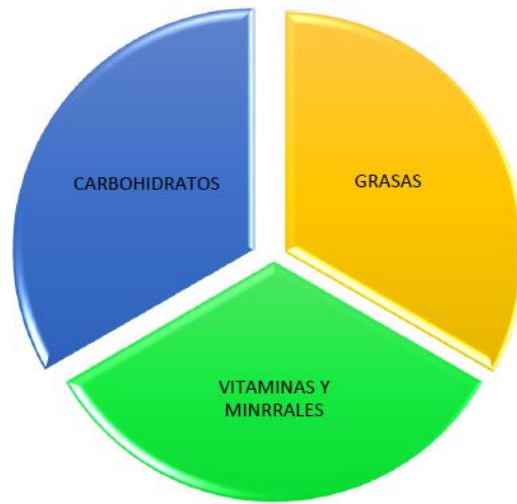
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
POZA RICA- TUXPAN
INSTRUMENTO DE EVALUACION
ESCUELA TELESECUNDARIA GUILLERMO GONZALEZ CAMARENA



Ej. 2. Completa las frases.

1. Las proteínas están compuestas por.....
2. Se dividen en.....
3. Las grasas son.....
4. Se dividen en.....
5. Proporcionan.....
6. Las vitaminas sirven para.....
7. Los minerales son.....
8. Los carbohidratos son.....

1. Coloca estos alimentos en la posición correcta en la rueda de los alimentos. Une con flechas cada elemento con su posición.





UNIVERSIDAD VERACRUZANA
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
POZA RICA- TUXPAN
INSTRUMENTO DE EVALUACION
ESCUELA TELESECUNDARIA GUILLERMO GONZALEZ CAMARENA



Te presentamos tres modelos de dietas. Pon un título en cada dieta, fijándote en la cualidad de los alimentos presentes, eligiendo entre los tres títulos siguientes.

- A) Una dieta correcta
- B) Una dieta errónea
- C) Una dieta totalmente incorrecta

1 _____

Desayuno: un café.

Merienda: un bocadillo de queso.

Comida: jamón de pavo con una tostada de pan integral.

Merienda: un bocadillo de jamón.

Cena: paella, tortilla de patatas, queso, ensaladilla rusa, churros con chocolate.

2 _____

Desayuno: nada

Comida: 2 hamburguesas, patatas fritas, un bocadillo de jamón y queso.

Merienda: un helado

Cena: huevos revueltos, chuletas de cerdo, patatas bravas, flan de chocolate.

3 _____

Desayuno: leche, cereales y un zumo de piña

Tentempié: una naranja

Comida: ensalada de lechuga y tomate, arroz blanco, judías verdes con aceite de oliva.

Merienda: yogur y una pera

Cena: macarrones con berenjenas y pimientos, merluza a la plancha, espinacas, pan y fruta



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
POZA RICA- TUXPAN
INSTRUMENTO DE EVALUACION
ESCUELA TELESECUNDARIA GUILLERMO GONZALEZ CAMARENA



Ahora escribe tú una dieta correcta para un adolescente de tu edad.

Desayuno:

Media mañana:

Comida:

Merienda:

Cena:

ANEXO. 4 ESTUDIO SOCIAL DE CASOS.

Fecha: 02 de octubre del 2014
LTS. Melissa Montserrat García Gámez.

Identificación Personal.

a) **Datos de identificación personal**

1. Nombre: Andrés Yáñez Fernández
2. Edad: 13 años
3. Sexo: Masculino Lugar de Origen: Sector 4, Totolapa. Ver
Nacionalidad: Mexicana____
4. Domicilio: Sector 4

b) **Motivo del Estudio:**

Estudiante de la escuela Telesecundaria Guillermo González Camarena, se requiere realizar un estudio social de casos para determinar los problemas conductuales que viene presentando dentro del aula, así como su dinámica familiar.

1. **Antecedentes:**

Estudiante de la escuela telesecundaria Guillermo González Camarena, actualmente inscrito al 2do grado de la misma.

Es canalizado a Trabajo Social debido a los problemas de conducta que presenta dentro del aula educativa, la maestra a cargo del grupo refiere que es un estudiante muy inteligente, participativo más sin embargo no entrega tareas ni realiza actividades dentro del aula, así mismo no tiene una buena relación con sus compañeros de grupo, muestra total descontrol y no obedece indicaciones de sus superiores.

2. **Datos de Salud:**

Masculino de 13 años, con peso aproximado de 70 Kg., estatura de 1.70 mts. Refiere que desde los 5 años ha padecido asma bronquial, por lo que se encuentra en tratamiento médico.

c) **Aspectos Familiares**

I. Estructura Familiar:

Es una familia extensa, integrada por abuela materna, madre y 2 hijos de 13 y 4 años de edad. El sujeto refiere que su madre trabaja en una cantina en turnos discontinuos, quien está a cargo de su hogar es su abuela materna, a quien apoya al cuidado de su hermana menor por las tardes y apoya en los labores del hogar. Así mismo ha referido no conocer a su padre biológico, y por lo tanto él es quien ayuda a tomar decisiones en el hogar.

d) **Familiograma.**

Abuela Materna.

Madre. Ana

Hermanos: Lucia

II. Dinámica Familiar:

Actualmente el sujeto no mantiene muy buena relación con su progenitora, ya que no se encuentra en su casa la mayor parte del día, por lo que para el sujeto su abuela es la figura materna, quien apoya y está a su cuidado.

e) **Datos de Sociabilidad**

Se trata de un estudiante que no presenta agresividad, más sin embargo la mala relación con sus compañeros lo lleva al rol que desempeña en su hogar ya que como en su hogar él es el único varón, toma decisiones, apoya y ayuda en los labores; de igual manera pretende que en la escuela hagan lo demás lo que él dice. Esto le ha

venido generando conflicto con sus compañeros de grupo, llevándolo a la no aceptación por ellos. Por otro lado dentro del aula de clases no cumple con las tareas que se le han asignado ha mencionado que no le da tiempo para realizarlas.

Recreación

Juegos al aire libre

Comunicación

Comunicación. No existe interacción favorable con su madre.

Religión

Profesa la religión católica

Proyecto de vida

Refiere que en la vida futura quiere estudiar la profesión de Medicina, menciona que para poder estudiar medicina tiene que ser constante en la escuela, realizar sus actividades y tareas; así como presentar una conducta favorable.

f) **Estrategias:**

Trabajo Social trabajará de forma individualizada con el estudiante en un horario que no afecte las actividades planeadas para las sesiones de Nutrición, y trabajar para modificar los problemas conductuales que presenta el menor. Cabe mencionar que el sujeto necesita terapia Psicológica por parte de un profesional de Psicología para reafirmar el cambio conductual.

Técnicas a utilizar:

- Visita domiciliaria
- Registros de observación en su comportamiento
- Formatos de evaluación semanal
- Test de la figura humana
- Test de la casa
- Test del árbol.
- Implementación del modelo conductual.

ANEXO 5. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

















