

CAPITULO I

INTRODUCCION

Las conductas promotoras de salud son aquellas que inicia el ser humano en cualquier etapa de la vida, para conservar o incrementar el nivel de bienestar, entre las que destacan el ejercicio, el reposo, la nutrición, las actividades reductoras de estrés y el desarrollo de sistemas de apoyo social (Pender, 1987).

Existe un vacío importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad. se sabe que estas conductas o estilos de vida tienen un carácter multidimensional, y ha sido analizado bajo distintos enfoques y modelos teóricos de las ciencias sociales y de salud que permitan conocer algunas razones ó intereses de las personas para realizar conductas saludables (Alonso, 1992).

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J.Pender(1987) considera que los Factores Cognoscitivos y Perceptuales , en relación con los factores modificadores son la base para explicar el por qué algunas personas llevan acabo estilos de vida saludables.

Los estilos de vida son conductas aprendidas desde la infancia y adolescencia para ejercitarse durante la vida adulta (Alonso, 1992).En los últimos años los estados miembros de la OMS (1979) , han declarado la necesidad de incrementar en la población acciones de promoción de estilos de vida saludables, ante el reconocimiento de que cerca de un 50 porciento de las

causas de mortalidad se relacionan en forma directa con el sedentarismo, el estrés, una dieta inadecuada, consumo de alcohol y tabaquismo.

Por otra parte se sabe que estas conductas se aprenden por observación, imitación, experiencias previas y enseñanza desde la infancia. por lo que este grupo se considera como prioritario dentro de las Políticas de Promoción de la Salud, de acuerdo a lo referido por el Programa Nacional de Desarrollo, (PND, 1995).

La infancia es una etapa de la vida que abarca de 0-18 años, y en la que las instituciones de protección a ella han coincidido en la Declaración de los derechos del niño donde se destacan, el cuidado y protección de ellos por la familia y sociedad (Whaley, 1988). Sin embargo las condiciones contextuales económicas y sociales de los países de America Latina han provocado la presencia y desarrollo de un grupo de niños desprotegidos y marginados de los derechos universales (Coral, 1987).

Se reconoce que este grupo de niños son los que mayores carencias tienen en este momento y viven en condiciones de suma desigualdad económica y social, (Bond, 1994)

Estos niños llamados menores en circunstancias especialmente difíciles, viven en condiciones poco favorables que les aumenta los riesgos a enfermar, y les limitan su vida futura, por lo que dentro de los grupos infantiles este grupo se considera de los más vulnerables que demandan de una atención inmediata.

El fomento del estado de salud óptimo en el niño es un derecho universal que la sociedad y los profesionales de la salud deben hacerlo una realidad. Enfermería como profesión considera que la salud de los niños influye en el desarrollo de sus capacidades, habilidades y en lo que será su vida futura.

El presente estudio tubo como propósito conocer de qué manera los conocimientos y las percepciones en salud, influyen en los estilos de vida que practican, los menores en circunstancias especialmente difíciles.

Este estudio fué descriptivo comparativo retrospectivo y transversal. Los sujetos de estudio fueron niños de ocho a 18 años que pertenecen al programa Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (MECED) del DIF Nuevo León,. Es necesario aclarar que el programa cuenta con una casa club donde se brinda asistencia psicosocial, educativa y nutricional a estos menores y es el lugar donde se llevo acabo parte de la investigación. Así, como aquellos niños (también llamados MECED) que se encontraban trabajando en ese momento en los principales cruceros del área metropolitana de Monterrey N.L. pero no reciben los beneficios del Programa Estatal MECED.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento del número de niños de la calle, es un grave problema social en todo el mundo. Estos niños a menudo no se alimentan adecuadamente, carecen de atención sanitaria básica, educación y sobreviven sin protección familiar ó de la comunidad. En América Latina donde se considera que viven la mitad de los niños callejeros de todo el mundo, hay por lo menos 40 millones de niños en las calles (Ferguson, 1993).

El niño abandonado constituye una de las realidades más dolorosas de los países latinoamericanos (Bond, 1994)

En México en 1980, el Consejo del Trabajo estimó que por lo menos 2, 350.000 menores eran explotados este hecho es aunado a la pobreza familiar, donde la mayoría de las veces se presentan casos de ambientes alterados por el alcohol, presencia de padrastro ó madrastra, y estallidos de cólera hacia el niño , signos de impotencia ante la situaciones críticas familiares, (Rubio, 1987).

Frente a las dificultades de desamor y pobreza, a este niño trabajador le es fácil emprender la huida de su propio hogar, así, el niño en la calle se convierte en el niño de la calle(Coral, 1987).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF) ha clasificado a los niños callejeros en tres grupos:

- a) Niños que trabajan en la calle; pero que a veces asisten a la escuela y tienen vínculos familiares, relativamente normales, es decir, vuelven a su casa con sus familias casi todas las noches. Es el grupo más numeroso y tiene acceso limitado a la atención sanitaria y servicios sociales.
- b) Niños de la calle ; los niños para los que la calle es su hogar, es la calle donde buscan sustento, abrigo y sentirse en "familia", puede que mantengan alguna relación mínima con sus familias, pero en lo fundamental viven independientemente.
- c) Niños **abandonados**; que podrían ser considerados también un subgrupo de niños de la calle, éstos sin embargo han cortado todas las conexiones familiares(Ferguson, 1993.).

En estudios realizados por Bond (1994) en el Brasil donde se vive el problema en forma más aguda se encontró que este grupo de niños vive condiciones de salud bastante serias, ya que repercuten en su desarrollo físico y psicosocial favoreciendo la aparición de infecciones respiratorias y urinarias graves .Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA , parasitosis tales como pediculosis y escabiasis y fracturas que se cronifican o que curan mal, embarazos complicados, autismo y otras formas de alteraciones de la conducta.

Por otra parte se exponen también al consumo de comidas callejeras, por lo regular de mala calidad, viven en condiciones antihigiénicas, se exponen al sol durante muchas horas así como al frío y la lluvia, algunos usan drogas,

han sido abusados sexualmente y se prostituyen (Filgueras,1992). Frente a estos problemas es normal que los niños se automediquen, esto último encontrado en un estudio exploratorio realizado por Ortiz(1995).

Estos niños la mayoría de las veces no tiene acceso a los servicios sanitarios, ni confianza en los servicios de salud públicos ó privados, también temen a los cuestionarios y a los procedimientos administrativos, normalmente no tienen documentos ni domicilio, suelen rehuir de cualquier cosa que parezca oficial de la misma manera que huyen de la policía (Bond, 1994)., (Ortiz, 1995)

Este fenómeno ha adquirido a nivel internacional dimensiones que rebasan las posibilidades institucionales de atención cuando estas son aisladas. Por este motivo, la UNICEF y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia(Nacional y Estatal) implementaron en la República Mexicana el programa "Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles"(MECED, 1986).

Dicho programa tiene como finalidad promover cambios en las condiciones de vida del niño de la calle buscando su reintegración a la familia, la escuela y la sociedad; asimismo, prevenir la expulsión de más niños a la calle, brinda protección y atención integral inmediata de carácter médico - psicológico, social, recreativo y alimenticio a los menores de 14 años que se encuentran expuestos a alto riesgo en la vía pública en horario nocturno, através de brigadas en las que participan diversas instituciones.(MECED, 1992)

Este programa se extendió a los 31 estados de la república, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de estos menores. En el estado de Nuevo León el programa inició su operación en el año de 1988, fundamentando su acción en el Artículo Tercero Constitucional, que establece que el niño tiene derecho a la vida sana, la salud, la alimentación, una vida digna, la educación, la recreación y la preparación para el trabajo en el seno de la familia.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos que han realizado organismos internacionales como la OMS y la UNICEF, los problemas en aspectos de salud persisten ya que la mayor incidencia de menores se presenta en las zonas vehiculares, exponiendo en ellas su integridad física. Aunado a este riesgo, está la constante inhalación de gases, producto de la contaminación, que estando presentes en el medio, repercuten en enfermedades respiratorias y en el desarrollo psicomotriz del menor; asimismo la adquisición de conductas antisociales que por encontrarse en un medio hostil son de sutil asimilación.

Whaley (1988) menciona que la enfermera pediátrica conoce los derechos del niño y los promueve dentro de los límites establecidos afín de asegurar que cada uno reciba una atención óptima. La labor de la enfermera pediátrica tiene como meta lograr conductas saludables que promueven el bienestar en la población infantil y adolescencia, a fin de que las nuevas generaciones sean más sanas, vigorosas y productivas en una sociedad que exige mejor calidad de vida. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad merecen ser atendidas en forma prioritaria, ya que estas acciones tienen un efecto directo en la salud infantil por ser este un grupo vulnerable y de mayores riesgos. .

Es importante mencionar que no existen registros de morbi - mortalidad de estos niños, y no hay participación en el programa por parte de enfermería. es necesario identificar los conocimientos y percepciones que en relación a la salud tiene el menor y los hábitos o estilos de vida que practica y determinar si de alguna forma éstos lo llevan a tener problemas de salud.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad entre los niños han recibido mucho menos atención de la que merecen.

Con base en el modelo de Pender(1987) el desarrollo temprano de patrones regulares de ejercicio, hábitos de alimentación nutritiva, estrategias para manejar el estrés y estilos de vida productivos de relación interpersonal son de las conductas más importantes para una niñez sana y vigorosa que en un futuro se traducirán en adultos productivos con una mayor esperanza de vida.

La infancia tiene una gran importancia en cuanto al desarrollo y tiene una relevancia especial para la salud, es mucho más fácil desarrollar el hábito del ejercicio regular ó las buenas prácticas de nutrición cuando se es niño que cuando se es adulto . Así pues, los niños son un grupo importante para el cual se deben dirigir acciones educativas de promoción de la salud.

Por otra parte en la experiencia de la autora a través de un estudio exploratorio realizado en Mayo de 1995 se encontró por observación que estos menores tienen alteraciones de peso y talla conforme a su edad, mostraron también, condiciones personales antihigienicas, consumo de alimentos ya preparados, altos en carbohidratos evidencias de agresividad entre ellos, automedicación, y en relación a las drogas un 13 porciento refiere haberlas probado al menos una vez., probablemente los problemas económicos y sociales de estos niños aumenta las posibilidades del consumo de drogas, tabaco y alcohol, en comparación con aquellos estudiados en 1985 por Zúñiga y cols.

Enfermería dentro de su ámbito de trabajo no ha abordado el estudio y atención a este grupo especial de menores en circunstancias difíciles, a pesar de que se reconoce que la infancia es la etapa más importante del ser humano, y la única oportunidad de crecer, desarrollarse y socializarse para que sea un adulto sano. por tales razones estos menores , demandan de una evaluación de sus estilos de vida , así como del estudio de los factores sociales,

culturales y económicos que persisten alrededor de su forma de vida, y de los limitantes que existen para que se efectúen acciones de salud que resulten significativas para su vida futura.

Durante el lapso de su vida han aprendido conductas ya sea que favorecen ó limitan su salud, de igual forma el medio ambiente también influye en la forma en que se perciben a sí mismos

En base a la situación anteriormente explicada se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Que Factores cognoscitivos y perceptuales tienen los menores en circunstancias especialmente difíciles y como influyen éstos en sus estilos de vida?

1.2 HIPOTESIS

Hipótesis 1

Hi. Los Factores cognoscitivos y perceptuales acerca de la salud influyen positivamente en la práctica de estilos de vida del menor en circunstancias especialmente difíciles.

Ho. Los Factores cognoscitivos y perceptuales acerca de la salud no influyen positivamente en la práctica de estilos de vida en el menor en circunstancias especialmente difíciles.

Variables independientes

- Factores Cognoscitivos de salud.
- Factores Perceptuales de salud.

Variable dependiente:

-Estilos de vida.

Hipótesis 2

Hi Los menores en circunstancias especialmente difíciles que pertenecen al programa MECED tienen mejores estilos de vida que los menores que no pertenecen al programa.

Ho. Los menores en circunstancias especialmente difíciles que pertenecen al programa MECED no tienen mejores estilos de vida que los menores que no pertenecen al programa.

Variables independientes:

-Pertenecer al programa MECED.

-No pertenecer al programa MECED.

Variable dependiente.

-Estilos de vida.

1.3 OBJETIVOS**General.**

Identificar los Factores cognoscitivos y perceptuales de salud que influyen en los estilos de vida del menor en circunstancias especialmente difíciles.

Específicos.

1. Conocer las percepciones y conocimientos que en aspectos de promoción de la salud tienen los menores en circunstancias especialmente difíciles.
2. Identificar el perfil de estilos de vida de los menores en circunstancias especialmente difíciles.
3. Definir las diferencias de los estilos de vida de los menores en circunstancias especialmente Difíciles que pertenecen al programa (MECED) con los menores que no pertenezcan a dicho programa.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La atención holística del niño exige que la enfermera no sólo adquiera conocimientos sobre crecimiento y desarrollo normal de ellos sino también acerca de las formas en que la cultura contribuye al desarrollo de las relaciones sociales y de las actitudes hacia la salud(Whaley, 1988).

Es una de las razones por la cual se consideró importante determinar si los Factores cognoscitivos y perceptuales influyen de alguna forma en los estilos de vida del menor en circunstancias especialmente difíciles.

La contribución científica a la disciplina con el presente estudio se da al aplicar el Modelo de Promoción de Salud (MPS), que permitió conocer algunas explicaciones científicas para enfermería, relacionados a los Factores cognoscitivos y perceptuales con estilos de vida saludables, que llevan a cabo los niños en la calle, así mismo aportó información que retroalimenta al modelo, en los aspectos de conocimientos y percepciones.

El marco conceptual de referencia estuvo basado en el supuesto de que los niños de la calle son un grupo con alto riesgo de amenazas para la salud y es responsabilidad primaria de la enfermera planear y dar cuidado a los grupos de alto riesgo en coordinación con el equipo multidisciplinario (William y Highriter cit. por Nzimawe, 1994).

Se considera que para planear una adecuada asistencia a este grupo es importante conocer los Factores que influyen en la práctica o no de estilos de vida saludables, y establecer programas de acuerdo a sus necesidades.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La muestra fué tomada de los niños que participan del programa MECED (DIF) y los niños que trabajan en los ocho cruceros más importantes del área metropolitana de Monterrey , lo que implica que los resultados obtenidos pueden ser generalizados a grupos de menores con características similares.

El Alpha obtenido para las subescalas de los instrumentos no fué muy alta en relación a lo recomendado (Polit, 1994) sinembargo la escala total fué aceptable.

Por otra parte la edad de los niños se considera en si, una limitante ya que el margen de diferencia en desarrollo es amplio (8 - 18 años)

1.6 DEFINICION DE TERMINOS

Los terminos aquí definidos corresponden al marco conceptual del modelo de promoción de la salud de Pender(1987) los cuales fueron adaptados en contenido al estudio.

FACTORES COGNOSCITIVOS Y PERCEPTUALES.

Conocimiento: Es un mecanismo motivacional primario, que ejerce influencia directa sobre la adopción y conservación, de conductas promotoras de salud (Pender, 1987).

Para la finalidad del estudio se consideró el conocimiento que el menor tenga acerca del significado e importancia de la salud

Percepción de salud Pender (1987) lo define en su modelo como un mecanismo motivacional primario que junto con los conocimientos influye en la adopción y la conservación de conductas y considera como perceptuales los siguientes factores:

Percepción del estado de salud, autoeficacia percibida, beneficios y barreras percibidas.

En el estudio se consideran como las ideas o creencias que el menor tiene acerca de su propia salud y los factores que la modifican o los eventos que hacen que gane o pierda salud.

FACTORES MODIFICANTES Se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta y son :las características demográficas, biológicas, Influencias interpersonales, factores de situación y conductuales.

Para el estudio se consideraron como

- Las demográficas el sexo, la escolaridad y procedencia;
- Las biológicas, el peso y la talla

-Las influencias Interpersonales: se determinaron por Pertener al programa estatal, Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (MECED).

ESTILOS DE VIDA ;Se definen como un patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar ó fomentar el nivel de bienestar y satisfacción de las necesidades personales (Pender, 1987) La probabilidad de que ocurra un estilo de vida promotor de salud depende de la combinación de Factores cognoscitivos y perceptuales del individuo, y de los factores modificadores que dan la probabilidad de acción .Se incluyen en este concepto él estado nutricio, la higiene personal, la ingesta de alimentación balanceada, él ejercicio, el evitar consumo de cigarro y alcohol.

MENORES EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFICILES; Niños y adolescentes de 8 a 18 años de ambos sexos que por alguna circunstancia se desenvuelven en la vía pública realizando actividades paraeconómicas, para la finalidad de este estudio se consideran; dos de las tres categorías descritas anteriormente: Niños en la calle y Niños de la calle . En este estudio se incluyen a los que pertenecen al MECED, DIF N.L y a los ubicados en los ocho cruceros más importantes del área metropolitana de Monterrey.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD DE PENDER N.J.

El modelo de promoción de la salud (MPS, 1987) proporciona un marco teórico para la investigación que permite explorar por qué algunas personas emprenden acciones para mantenerse sanos mientras que otras no lo intentan o fracasan, el modelo fué considerado como potencialmente útil para saber qué conocimientos y percepciones sobre su salud tienen los menores en circunstancias especialmente difíciles y si estos influyen o tienen relación con sus estilos de vida.

El modelo de Promoción de la Salud de Pender, N.J (1987) es derivado del modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock I (1974). Este modelo se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura A. (1977) quien postula la importancia del proceso cognoscitivo en la modificación de la conducta, y en la teoría de Fisbein (citado por Pender, 1987) de la acción razonada que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales.

Pender (1987) utiliza la misma estructura del modelo de creencias de Rosenstock (1974) para explicar los patrones de estilos de vida ; el modelo explica el proceso que influye en la toma de decisiones de los individuos para adoptar acciones preventivas, y conductas que favorecen la salud, denominadas conductas promotoras de salud.

El modelo sustenta que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo promotor de salud depende de la combinación de Factores cognoscitivos y perceptuales modificantes y de indicios para entrar en acción y está fundamentado en el desarrollo humano, la psicología social, experimental y la educación.

El modelo identifica en el individuo Factores cognoscitivos y perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción (Tillet, 1993)

Los Factores cognoscitivos perceptuales se definen como mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.(Esquema A.)

Entre los Factores cognoscitivos se encuentran:

- Definición de la salud: se ha observado que la definición de la salud que adoptan las personas influye en su participación en las prácticas comunes promotoras de salud, se identifican cuatro modelos de concepción de la salud, (Smith, 1988) los que se caracterizan de la siguiente manera:

-Modelo clínico, el cual se refiere a la ausencia de enfermedad y síntomas.

Lafrey (1983) demostró que quienes tenían una concepción clínica de la salud, realizaban un mayor número de conductas preventivas de las enfermedades y que quienes tenían una concepción eudomonística , practicaban principalmente actividades promotoras de salud.

-Modelo funcional de ejecución de papeles ;es la ejecución de papeles sociales ó el fracaso en esta ejecución. Es decir, que la persona esta sana en la medida que desarrolla plenamente los roles funcionales establecidos.

-Modelo adaptativo; está relacionado con la adaptación de la persona a su medio ambiente con el cual interactúa

-Modelo eudomonístico; éste se relaciona con la presencia de bienestar exuberante en el caso de salud, y languidez ó debilidad en el caso de enfermedad.

- La importancia de la salud. Becker (1974), (Pender 1980, 1986. Ward 1984).

El valor de la salud o la importancia de esta para el individuo parecen influir también sobre la iniciación y la conservación de una conducta promotora de salud, el ejercicio y los buenos hábitos nutricionales se relacionan con el valor de la salud.

En lo referente a la percepción de la salud, se incluye el estado de salud percibido, beneficios y barreras para seguir conductas saludables así como la autoeficacia o la capacidad de emprender y tener éxito en la ejecución de conductas promotoras de salud.

– La autoeficacia percibida es la convicción de que la persona puede ejecutar con buenos resultados la conducta específica necesaria para producir un resultado deseado. Ésta reconoce capacidades, fuerzas personales, experiencias pasadas, así como el deseo de lograr con éxito una capacidad ó conducta.

– El estado percibido de salud se refiere a las percepciones de salud que se han correlacionado de manera positiva con los índices de estilo de vida promotores de salud, intenciones para participar en las actividades en el sitio de trabajo y conductas particulares tales como relajación, ejercicio y manejo de estrés.

-- Los beneficios percibidos de la conducta promotora de salud consisten en conocer los beneficios directos de las conductas saludables, pueden influir en las actividades que se desarrollan en beneficio de la salud, ya que se pueden percibir recompensas superiores a los esfuerzos de realizar determinadas conductas saludables. Sin embargo, algunos estudios señalan que éstos no tienen influencia directa sobre el inicio ó conservar una conducta, por lo que es necesario estudiarlos con mayor profundidad para identificar las variables que más influyen en los beneficios percibidos.

-- Barreras percibidas, éstas influyen en el intento de bloquear o impedir el desarrollo de conductas promotoras de salud. Dichas barreras pueden ser imaginarias o reales y consisten en percepciones sobre uno mismo o sobre factores situacionales y ambientales. Se conocen diversas barreras percibidas y se relacionan con la falta de disponibilidad, incomodidad, costos y dificultad para tomar decisiones.

El modelo de Promoción de la Salud identifica también los factores modificantes que según Pender (1987) influyen en la probabilidad de acción, entre éstos se identifican los demográficos, interpersonales, situacionales y de conducta, algunos se han dedicado al estudio de las percepciones de la persona sobre la conducta en función de la salud, sin embargo, pocos contribuyen a comprender los efectos de los factores modificantes sobre las percepciones del individuo o sobre los resultados de la conducta en aspectos de salud. Se conoce que las creencias y percepciones de la persona pueden influir en la decisión para adoptar una conducta saludable, pero también es posible que los factores modificantes ofrezcan las bases que permitan o limiten la decisión de iniciar una conducta promotora de salud.(Palank, 1991).

Dentro de los factores modificantes existe una clasificación que se expone a continuación:

-Factores demográficos: Tales como la edad, el género, la raza, la etnicidad, educación e ingresos; requiere atención la influencia de estas variables, ya que pueden servir como enlace para comprender las diferencias de las conductas entre individuos y grupos.

-Características biológicas; podrían incluirse aquellas como peso, grasa corporal y estatura.

-Influencias interpersonales; influyen en la conducta promotora de salud, son las esperanzas de otras personas importantes, los patrones familiares de cuidados de salud y las interacciones con los profesionales de este campo, el aspecto más sobresaliente entre ellas parece ser el apoyo social percibido.

-Factores situacionales; Pender (1987) propone que los factores situacionales o ambientales influyen en las decisiones relacionadas con la conducta promotora de salud, como disponibilidad de opciones o facilidad de acceso a las alternativas.

-Factores de conducta; se ha propuesto que los factores de conducta como experiencias pasadas en torno a las decisiones y el establecimiento de capacidades influyen en las elecciones por medio de mecanismos cognoscitivos y perceptuales, que a su vez afectan directamente la acción; los patrones pasados son agentes de predicción eficaces de las prácticas actuales.

Estos últimos dos elementos del modelo de Promoción de la Salud no serán incorporados en el presente estudio.

Con la finalidad de aclarar aún más el modelo de Promoción de la Salud de Pender, se considera necesario revisar qué es una conducta promotora de salud, y Pender (1987), la define como aquella conducta que

individuo en cualquier grupo de edad para conservar o incrementar, el bienestar óptimo, la autoactualización y la satisfacción personal. Así mismo, Spellbring,(1991) la define como cualquier acción tomada con la finalidad de lograr un nivel más elevado de salud y bienestar (ver esquema A).

Por otra parte, Brubaker (1983) sugirió que la promoción de la salud es la asistencia dirigida hacia el crecimiento y la mejora del bienestar.

A partir del siglo veinte se ha observado un creciente interés social y gubernamental por la prevención de las enfermedades, las estrategias para lograr las finalidades nacionales de México se agruparon en tres categorías: servicios preventivos, medidas utilizadas por el gobierno y la industria para proteger a las personas contra lesiones de diversas clases, así como actividades que pueden emplear los individuos y las comunidades para fomentar los estilos de vida saludables.

Se establecieron cinco objetivos principales relacionadas con actividades de prevención y promoción de la salud, desde la lactancia hasta los años de senectud. Algunos de los aspectos particulares identificados como amenazas para la salud de México fueron el tabaquismo, consumo indebido de alcohol y otras sustancias, hábitos dietéticos inadecuados, falta de ejercicio regular y falta de prevención de estrés (Programa Nacional de Desarrollo, 1995).

Pender (1989) distingue entre promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; la primera no es específica de enfermedad o de problemas de salud, mientras que la prevención o protección de la salud persigue impedir la ocurrencia de lesiones patógenas para la salud y el bienestar.

Por otra parte, Silas (1986) menciona que los profesionales de la salud deben asumir la función de liderazgo en la organización de la promoción de la salud en la niñez, basada en la participación de toda la comunidad.

Existen diversos modelos teóricos para explicar las conductas relacionadas con la salud, existe convergencia en considerar los conocimientos y percepciones como importantes para determinar una acción relacionada con la salud y las conductas o cambios a estilos de vida, esto será de acuerdo a como el individuo perciba su salud (Pender, 1987).

La conducta promotora de salud como entidad clave en el concepto de la promoción de la salud (Palank, 1991) y su importancia han evolucionado a partir de la investigación de las relaciones entre salud, medioambiente y conducta.

Ejemplos de conductas promotoras de salud son el ejercicio sistemático, actividades de placer, reposo , nutrición óptima, actividades reductoras de estrés y desarrollo de sistemas de apoyo social.

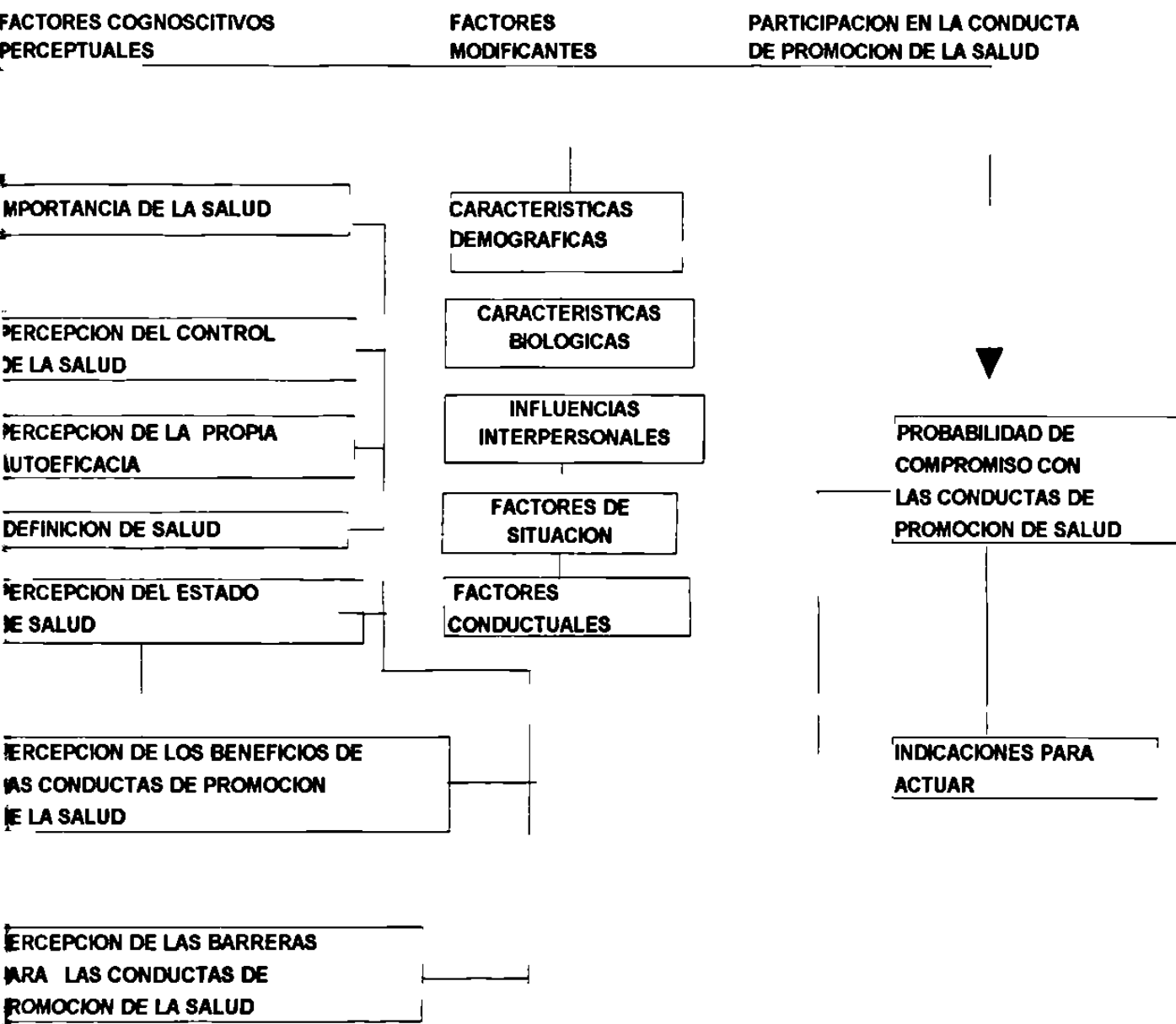
En un estudio realizado por Salazar, C.M. (1996) denominado "Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud de la familia y la propia" se encontró que los Factores cognoscitivos y perceptuales influyen en las conductas promotoras de salud con una $P = .005$

Mechanic y Cleary (cit. por Palank 1991) afirman que probablemente no hay un solo patrón de acción saludable y que cada tipo de conducta de salud (preventiva o protectora y promotora) tiene sus aspectos determinantes y sus reforzadores situacionales únicos.

La primera influencia histórica en cuanto a promoción de la salud para enfermeras se puede atribuir a la fundadora de la enfermería moderna, Florencia Nightingale, quien identificó los principios básicos que deben obedecer las enfermeras.

Finalmente, la tendencia hacia la percepción de la gente de los estilos de vida ya no está en discusión, los mejorías en los niveles de salud se logran sólo a partir de los cambios en los patrones personales en conducta de salud.

ESQUEMA A



MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD
PENDER (1987)

2.2 ESTILOS DE VIDA

Se ha definido el estilo de vida promotor de la salud como patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar ó fomentar el nivel de bienestar, autoactualización y satisfacción de las necesidades personales. Walker S, Pender N. et. al (1987)

Otros han definido el estilo de vida personal como el conjunto de patrones desarrollados como reacción a las influencias ambientales y en concordancia con las opciones disponibles y las circunstancias económicas y sociales. Por lo tanto, al hacer referencia al estilo de vida es necesario concentrarse no sólo en la posibilidad del individuo, sino también en el contexto cultural y social de la conducta(Silas,1986).

Hamburg (1987) reconoce la necesidad de estudiar el comportamiento humano a fin de aclarar las causas subyacentes de la conducta, ya que actualmente las enfermedades de mayor prioridad están relacionadas con el comportamiento individual, en particular con sus pautas a largo plazo, es decir, con lo que se denomina modo o estilos de vida.

Algunos estilos de vida que se consideran significativos son el hábito de fumar, identificado como causa de enfermedades cardiovasculares y cáncer, el sedentarismo, la dieta alta en grasas y el sobrepeso, que se relaciona con la diabetes (Alonso , 1993).

En un estudio realizado por Guendelman (1980) sobre la medida en la cual los niños han logrado integrarse al sistema de salud y si esto tenía que ver con la clase y la cultura, se encontró que a mayores ingresos y escolaridad, mejores estilos de vida , se encontró también cierta relación con la percepción de la propia salud y el concepto que tenían de la misma.

En relación a algunos estudios observacionales se encontró que los estilos de vida del menor en circunstancias especialmente difíciles son deficientes en nutrición, higiene y ejercicio; el consumo de sustancias nocivas ha aumentado, así como la agresividad entre ellos. (MECED, Zacatecas, Yucatán, Nuevo León.)

Wilmer(1984) y Milio (1986) han definido estilo de vida como el conjunto de patrones desarrollados como reacción a las influencias ambientales y en concordancia con las opciones disponibles y las circunstancias socioeconómicas. Por lo tanto, al hablar de estilos de vida es necesario concentrarse no sólo en la responsabilidad del individuo, sino también en el contenido sociocultural de la conducta.

Por otra parte, Silas R.(1986) refiere que los estilos de vida sana adquiridos en la infancia pagarán dividendos en los años posteriores, cuanto más temprano inicie la prevención, mayor es la probabilidad de que resulte eficaz. Además, los hábitos que se relacionan con un aumento excesivo en la tensión arterial, conforme avanza la edad, se forman en una época temprana y se vuelven más difíciles de cambiar., esto significa con claridad que entre más pronto se modifiquen los estilos de vida, así como algunos factores ambientales, se obtendrán mejores resultados. Aún así se reconoce la dificultad de promover cambios generales en los estilos de vida.

Es importante mencionar que los expertos han estimado que cuando menos la mitad de las muertes en los Estados Unidos de Norteamérica, cada año, son el resultado de estilos de vida que dañan la salud. Los hábitos perjudiciales para la salud, que son establecidos al inicio de la infancia y que se llevan en la adolescencia y la adultez, no sólo disminuyen la posibilidad de una vida saludable y productiva, sino que aumenta la morbilidad y mortalidad.

Las cinco metas de salud presentadas en el programa denominado Gente Sana (1979) abordan las actividades de promoción de la salud y prevención por lapso de desarrollo, desde la infancia hasta la vejez.

En un estudio llevado a cabo por Rodríguez ,(1996) se encontró que los conocimientos y las percepciones que tienen los adultos jóvenes acerca de la salud influyen directa y positivamente en sus estilos de vida, destacando que el estado de salud percibido influye en la conducta de responsabilidad en salud, nutrición y ejercicio.

Los estilos de vida que se consideran en el estudio son nutrición, hábitos personales, responsabilidad en salud, apoyo familiar, autoestima, tabaco y alcohol, higiene y ejercicio

2.3 MENOR EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFICILES

En el país los rasgos de este niño se manifiestan de manera distinta dependiendo de la zona, la ciudad, o el estado de procedencia, sin embargo, es posible mencionar algunas características comunes, pudiendo establecer un perfil básico del menor.(MECED, 1991).

Por lo regular pertenecen a las poblaciones que tienen niveles socioeconómicos más bajos del sistema, suelen proceder de colonias marginales que carecen de servicios básicos o presentan algún tipo de problemática social. (Zuñiga y cols, 1985). En su mayoría son varones y suelen ser hijos o descendientes directos de migrantes rurales de extracción indígena-campesina, también provienen de familias desintegradas o muy conflictivas con alto grado de maltrato y abandono; es frecuente encontrar hijos de madres solteras o de padres promiscuos que tienen varias parejas.

En el aspecto educativo son inestables, tienen un alto índice de ausentismo y reprobación INEGI(1990).

Son niños que por haber crecido en un medio hostil son desconfiados, individualistas e independientes. Suelen tener conflictos con las figuras de autoridad, y no fácilmente aceptan normas o convencionalismos sociales; mantienen una marcada tendencia a la agresividad, sea bajo formas autodestructivas como el uso de sustancias tóxicas o realizando actividades riesgosas o imprudenciales que ponen en peligro su vida o la de los demás.

La problemática familiar, por otra parte, no garantiza que se les haya suministrado al menos el cuadro básico de vacunas, y esto, aunado a su mala alimentación, genera un deficiente sistema inmunológico, por lo que están muy propensos a contraer cualquier infección(Bond, 1993).

El aspecto físico es desaseado, mal vestido, subalimentado y en ocasiones se pueden encontrar rastros de maltrato infantil (Bond,1994, Ferguson,1993, Aptekar,1990)

Es importante mencionar que se habla de todos los problemas de salud a los que está expuesto, sin embargo no existe un estudio donde se afirme o se rechaze lo anterior, no hay registros de enfermedades, defunciones incapacidades sufridas a causa de permanecer en la calle ó en los cruceros (Bond, 1993), (Nzimakwe, Brookes, 1994).

En el programa MECED Nuevo León (1995) se reportan, de 68 casos estudiados, un 11.8 porciento, con 1er grado de desnutrición y un 5.8 porciento con 2º grado, también un 11.8 porciento con sobrepeso y un 14.8 porciento con obesidad; esto fue obtenido en relación al peso y la talla a través de una investigación nutriológica. Estos niños son referidos para su atención a los centros de salud y en casos graves se canalizan al tercer nivel de la Secretaría Estatal de Salud

Se considera, por lo tanto, que el hecho de que el niño pertenezca al programa MECED lo llevará a tener mejores estilos de vida, y a tener mejores conocimientos y percepciones acerca de la salud.

2.4 ESTUDIOS RELACIONADOS:

En 1985 De la Garza, De la Vega y Zuñiga, (Caso Monterrey) calcularon que los menores que laboraban en la vía pública eran aproximadamente 1,450 trabajaron con una muestra representativa de 140 sujetos menores de 18 años encontrándose la media en 12.7 años. Provenían de barrios obreros o marginales, sus padres eran inmigrantes en un 53 por ciento de zonas rurales, en relación a el empleo de los padres de estos menores, un 39 por ciento contaba con empleos estables, por otro lado se encontró que en relación al sexo el 95 por ciento eran del sexo masculino, que un 85 por ciento asiste con regularidad a la escuela, pertenecían a una familia en donde el padre y la madre estaban presentes, el 65 por ciento trabajan durante todo el año y laboran por lo menos 8 horas diarias el 54 por ciento, ganan cifras equivalentes a un salario mínimo y lo dedican a gastos familiares en un 89 por ciento.

El 98 por ciento no ha consumido droga alguna, y 2 por ciento sólo ha ingerido alcohol y tabaco, el 6 por ciento ha estado en instituciones de seguridad pública, sin embargo, se encontró que los problemas más comunes de estos niños son los de salud, con un 18 por ciento, aunque no se especificaron de qué tipo.

En un estudio exploratorio realizado en Monterrey (Ortíz, 1995) en una muestra de 30 niños que se encontraron en los cruceros y en la calle realizando alguna actividad paraeconómica, se obtuvo que el 36 por ciento

eran de la Cd. de Monterrey, 60 por ciento eran vendedores, la edad estuvo entre 11 y 13 años, el sexo que predominó fue el masculino con un 90 por ciento, agregado a este último dato se encontró que hay un mayor número de niñas en la noche, (MECED,1992).

En relación a la escolaridad se encontró que un 73 por ciento de los niños tiene primaria incompleta, en relación con la higiene el 66 por ciento refiere el baño diario y cambio de ropa, en relación a la nutrición el 56 por ciento refiere comer tres veces al día, así como el 63 por ciento refiere comer en su casa, en cuanto al ejercicio el 63 por ciento refiere practicar fútbol y un 13 por ciento bicicleta., en lo que se refiere a la ingesta de sustancias tóxicas, un 20 por ciento refiere fumar y, un 13 por ciento refiere haber probado las drogas.

En un estudio realizado por Martínez (1994), cuyo objetivo fue el conocer la influencia del concepto y la percepción de salud de los individuos con la práctica de estilos saludables, se encontró entre los resultados obtenidos una débil correlación entre conocimientos y percepciones de salud con estilos de vida saludables, considerando esto contrario a la hipótesis de Pender (1987), quien propone que la probabilidad de que el individuo adopte estilos de vida saludables está relacionada con la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales. El autor de dicho estudio propone realizar más estudios acerca de los factores que expliquen las motivaciones que tiene el individuo para cambiar o mantener prácticas de vida saludables

Filgueras, (1992) en un estudio de los niños de Brasil, menciona que estos niños inhalan pegamento, fuman marihuana, mezclan y se inyectan toda clase de drogas que caen en sus manos, a cuya venta se dedican; esta conducta es un compensador, ya que es lo único que les queda para compensar la soledad, el miedo, el hambre y el sufrimiento.

Se señala también que es fácil comprender que esos niños necesitan atención inmediata de tipo muy diverso y que la salud no es algo prioritario para ellos y menos aún la prevención del SIDA., es necesario recordar que el niño de la calle generalmente trabaja para comer, el alimento es lo primero y después la salud, no importa si los alimentos están preparados antihigiénicamente, o son altos en carbohidratos, o si es necesario prostituirse para obtener algunas monedas.

Bond(1993) en un estudio realizado en Brasil refiere que el comportamiento delictivo, la farmacodependencia y la prostitución son parte de la vida callejera. Ferguson.(1991), refiere en un estudio realizado en Honduras, que los padres opinaban que los niños trabajaban por su propio bien, y parecieron más concientes de los riesgos de salud a los que están expuestos, en relación a esto se observa una contradicción en como los padres estando concientes de los riesgos a que se exponen sus hijos les dejan trabajar en la calle.

Por otras parte Nzimakwe y Brookes (1994) sugieren que los hábitos de los niños de la calle requieren de una valoración más profunda,. encontrando malnutrición (con bajo peso esperado para la edad) como factor común con un 44.8 porciento, de igual forma la infecciones del tracto urinario con un alto porcentaje, así como el tabaquismo, sin dejar a un lado las drogas y la presencia enfermedades venéreas.

Se considera que el 56 porciento de los niños ha completado su escolaridad al 2do grado o menos, lo que los deja funcionalmente iletrados. Esto confirma que la mayoría de los niños de la calle serán adultos iletrados quienes no se beneficiarán de ninguna forma de la educación en salud y quienes tendrán dificultad para cambiar sus estilos de vida.

Por último, se coincide con algunos investigadores(Bond,1994,1993, Aptekar,1990; Ferguson 1991) en que el conocimiento por sí solo no es suficiente para impedir que los niños de la calle tengan conductas de alto riesgo, se considera necesario investigar más a fondo los estilos de vida de estos niños para que los programas de salud dirigidos a ellos sean los más adecuados.

De acuerdo con Weatcher(1993), muchos factores han influido en los patrones del cuidado da salud del niño durante el siglo veinte, éste ha sido llamado "el siglo del niño" y muchos avances legales, sociales, educacionales y médicos se han logrado para él . Sin embargo, aún queda una incontable población infantil en todo el mundo que carece de suficiente alimento, adecuadas inmunizaciones y una educación completa de la salud y padecen abuso físico y emocional, los costos de cuidado de la salud son prohibitivos, los menores reciben un mínimo cuidado médico ó carecen de el durante los periodos de enfermedad.

De acuerdo a la definición de salud por la OMS ya mencionada, es obvio que muchos de estos menores aún no han alcanzado tal estado de bienestar. La práctica de enfermería pediátrica tiene el propósito de promover y mantener una salud óptima en cada niño y familia. El estado de salud del del niño debe abarcar el reconocimiento y la consideración de los factores psicosociales, ambientales, nutricionales, espirituales y cognoscitivos que refuerzan ó impiden la maduración biofísica y psicológica de su familia.

La práctica de la enfermería pediátrica continúa sus esfuerzos por promover un óptimo suministro de los servicios de salud de todos los niños.

De igual manera Whaley (1988) menciona que las tendencias modernas en la atención a la salud son la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de las enfermedades y la conservación de la salud, antes

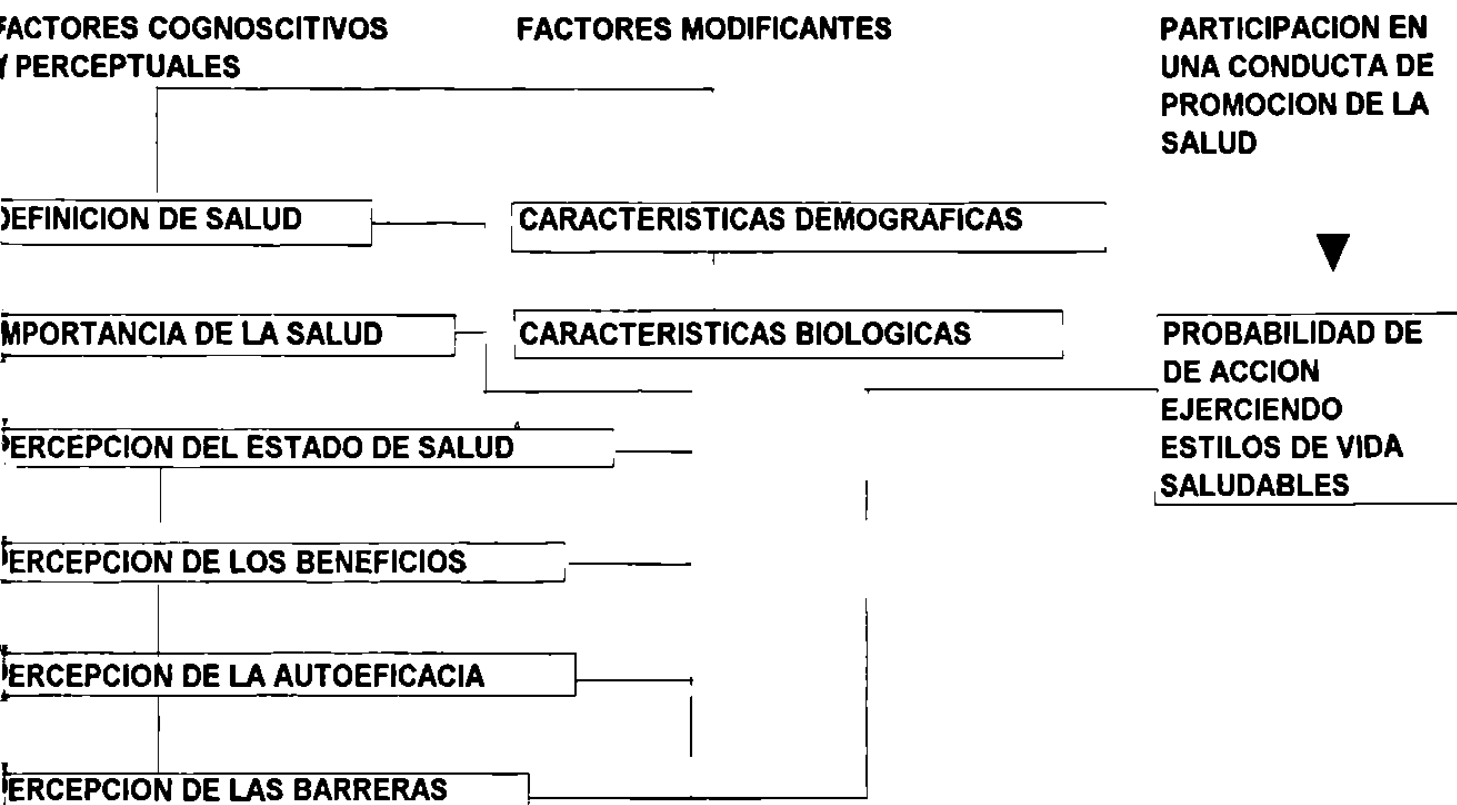
que el tratamiento de las enfermedades o rehabilitación. La enfermería ha estado participando en estos cambios, en especial en el campo de la atención infantil.

Los profesionales de la salud están interesados en ayudar a los niños y jóvenes a formar hábitos positivos de salud en su vida, al estar conscientes de que la promoción de estilos de vida saludables en etapas tempranas de la vida lleva la promesa de una mejor salud y calidad de vida en en la adultez y en la vejez. Sin embargo, aún y que se reconoce la la necesidad de trabajar en esta área existe una brecha importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad, se piensa que la conducta de salud es multidimensional y motivada por distintos factores sociales, educativos y culturales. Desde luego debe profundizarse en el conocimiento de cómo se forman y desarrollan los estilos de vida.

Por lo anterior en el presente estudio se analiza de que manera los Factores cognoscitivos y perceptuales influyen en la práctica de estilos de vida de niños en circunstancias especialmente difíciles que pertenecen al MECED y que no pertenecen al programa, de esta forma se realizó una adaptación en contenido al Modelo de Promoción de la Salud. (ver esquema B)

ESQUEMA B

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD



Ortiz,B. (1996) Esquema adaptado en contenido.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El presente estudio fué de tipo descriptivo, retrospectivo, comparativo y transversal (Polit, 1994). en la medida que los instrumentos se aplicaron en una sola oportunidad y se indagó sobre conocimientos y percepciones que ya se tenían y que implicó recordarlas o narrarlas.

La unidad de observación la constituyeron los menores en circunstancias especialmente difíciles que pertenecen al programa estatal MECED y que asisten regularmente a dicho programa, así como también aquellos niños que se encontraron en los principales ocho cruces tales como: Felix U. Gómez y Ruiz Cortínez, Av. Madero , Av. Colón, Av. Gonzálitos con Av. Madero, Av. Leones, Ruiz C., Lincon, y Ruiz C. con Simón Bolivar de la ciudad de Monterrey realizando actividades paraeconómicas, como vendedores de periódico, gelatinas, semillas, chicles así como, limpiaparabrisas, payasos, malabaristas, entre otros.

3.1 Sujetos

La muestra estuvo constituida por 180 menores, de los cuales 90 fueron niños localizados en los principales cruces y el resto pertenecen al programa estatal MECED, la selección de los menores de los cruces fue por medio de un muestreo sistemático con un inicio aleatorio de 1 en 5, en base a

los recursos, considerando que es representativo de la población, para la muestra del programa MECED fue un muestreo estratificado con asignación proporcional (Polit, 1994).

3.1.1. Criterios de inclusión

- Niños de ambos sexos de 8 - 18 años.
- Que pertenezcan al programa MECED DIF N.L y que asistan regularmente.
- Que realicen actividades paraeconómicas en los 8 cruceros seleccionados.
- Que residan dentro del área metropolitana de Monterrey.
- Que residan por más de 6 meses en el área de estudio.

3.1.2. Criterios de Exclusión

- Niños menores de 8 años y que hayan cumplido los 19 años.
- En caso de pertenecer al grupo del programa MECED que no asisten regularmente, ó bien que no hayan asistido en el último mes.
- Que no se encuentren dentro de los 8 cruceros seleccionados.
- Que residan fuera del área metropolitana de Monterrey.
- Que tengan de residir menos de 6 meses en el área de estudio.

3.2.-Material

Se utilizó la Escala Estilos de Vida a Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (EEVMECED) la cual fué realizada por la autora del presente estudio, resultado de la operacionalización de las variables y en base al Modelo de Promoción de la Salud de Pender(1987).

Este instrumento consta de 22 preguntas, las que están divididas en 7 subescalas.(ver apéndice D) La primera subescala es Nutrición, que tiene 4 preguntas, (las cuáles son la 14,26,30 y 31). La segunda subescala es Hábitos Personales que tiene 3 preguntas (la 20,29 y 35). su

La tercer subescala es Responsabilidad en Salud, que tiene 2 preguntas, (son 17 y 27). La cuarta subescala corresponde al Apoyo Familiar, que tiene 4 preguntas (las cuáles son 23,24,28 y 34). La quinta subescala es Autoestima, con 3 preguntas(que son 18,15 y 19). La sexta subescala es Ejercicio, con 3 preguntas(las cuales son 16,25 y 33). La séptima subescala es Tabaco y Alcohol, con 3 preguntas (las cuales son 21,22 y 32).

Se utilizó un segundo instrumento denominado Factores Cognoscitivos y Perceptuales del Menor en Circunstancias Especialmente Dificiles, (FCPMECED) y también fué realizado por la autora de la investigación.

El instrumento consta de dos partes, la primera contiene 13 preguntas cerradas sobre factores modificadores de orden sociodemográfico, características biológicas e influencias interpersonales,. Y la segunda es una escala tipo likert con 27 preguntas éstas están divididas en 6 subescalas.(ver apéndices A y B) La primera corresponde a Definición de Salud que tiene 5 preguntas (las cuales son 36,40,53,54 y 55). La segunda subescala corresponde a Importancia de la salud con 5 preguntas (que son 37,38,48,58 y 60). La tercer subescala es el Estado de Salud Percibido con 4 preguntas (43,44,45 y 61). La cuarta Percepción de la Autoeficacia con 4 preguntas (las cuáles son 50,51,52 y 56). La quinta subescala es Beneficios Percibidos, con 5 preguntas (que son 47,49,57,59 y 62). La sexta subescala es Barreras percibidas, con 4 preguntas(y son 39,41,42 y 46).

Se calcularon los índices con posibles valores de 0 a 100 para cada subescala, por ejemplo para el índice de Respnsabilidad en salud se tomaron en cuenta la preguntas con la finalidad de clasificar las variables en niveles que por la forma de construcción de instrumento se interpretaron de la siguiente manera.

Puntuación de 0 - 50	baja
Puntuación de 50 - 80	regular
Puntuación de 80 a más	alta

$[(14+27) - 2 / 4] \times 100$ min. 2, max. 6 = 4 (ver apéndice D)

3.3. PROCEDIMIENTO.

Se aplicó la prueba piloto de los instrumentos a una muestra de 20 sujetos, posteriormente se obtuvieron las frecuencias y el Alpha de Cronbach para conocer la congruencia interna de los instrumentos. Se procedió a la reestructuración de los mismos eliminando y corrigiendo preguntas, tomando algunos criterios tales como, que el instrumento fuera aplicado por el entrevistador y no autoaplicable, como se había establecido al principio.

El tiempo para contestar el instrumento de la prueba piloto fue de 25 a 30 minutos, posteriormente el tiempo que se llevó cada entrevista al total de la muestra fue de 15 minutos, se procedió a entrenar a 6 licenciados en enfermería como encuestadores para la recolección de datos, a través de los instrumentos antes mencionados.

En la entrevista para los cruceros, se seleccionaba el crucero posteriormente se observaba por unos minutos el movimiento de los niños para poder identificar los considerados como posibles candidatos, así como también observar si había un adulto que en ese momento acompañara al niño, o bien preguntar directamente al niño quien venía con él. En diversas ocasiones se abordó primero al niño, previa identificación como enfermera, y tras una breve explicación de lo que se trataba, se le preguntó si estaría de acuerdo en proporcionar la información requerida,

Posteriormente se le preguntó al niño si en ese momento le acompañaba, un adulto por que era necesario que su familiar diera el consentimiento, explicando a su vez al niño de que de igual forma, aunque su familiar aceptara, él estaba en plena libertad de negarse a brindar la información ya que bajo ningún motivo era obligatorio, y que se podía retirar si no deseaba continuar respondiendo a las preguntas hechas por la enfermera.

En todos los casos se platicaba antes con el menor para crear un ambiente de confianza, aunque esto fue sumamente difícil debido al lugar, tráfico y ruido, ya que en ese momento se encontraban laborando, generalmente se debía llegar a un acuerdo "ahorita que cambie el semáforo le contesto".

Por lo general no se negaban a contestar a la entrevista, fueron más los problemas con los adultos que ahí trabajan también (no familiares de los niños), porque querían escuchar qué preguntas se les estaban haciendo a los niños, o bien se burlaban de lo que el niño respondía, se trató en todo momento de evitar estas eventualidades, pidiendo al adulto que por favor dejara contestar al niño, por que esto era de suma importancia, o bien , se optaba por pedir una entrevista también al adulto después de que el niño terminara, y éstos inmediatamente se alejaban, finalmente se pesaba y medía al niño y se agradecía su ayuda.

En la entrevista para el MECED, se hizo lo siguiente: se habló con los responsables en ese momento del programa estatal y se les explicó en qué iba a consistir la entrevista, para esto se facilitaron tres oficinas y se consideraron únicamente aquellos niños que estuvieran trabajando, porque hay niños a los que al proporcionarles beca, automáticamente deben dejar el trabajo en la calle.

De igual forma, una vez que se identificaba ante el menor, se explicaba de qué se trataba el estudio y se le mencionaba que estaba en plena libertad de aceptar o no la entrevista, que de ninguna forma se le obligaría y que nada tendría que ver en sus relaciones dentro del programa MECED, que no considerara como coercitivo el hecho de acceder a la entrevista por asistir a la institución que no habría ningún problema en caso de que no deseara proporcionar la información; no hubo ni una sola negativa, de igual forma se procedía a crear un ambiente de confianza, después de la entrevista se pesaba y media y finalmente se agradecía su cooperación.

Se utilizó el programa estadístico SPSS(Statistikal Package For the Social Sciences) Windows, versión 5.0 para la captura, procesamiento y análisis de los datos. Los estadísticos utilizados para efectuar las inferencias y someter a comprobación las hipótesis fueron: los coeficientes de correlación para determinar el grado de asociación entre las variables. Los estadísticos 'r de Spearman' y 'r de Pearson' permitieron determinar la correlación de las variables ordinales y de intervalo o razón respectivamente. Se aplicó el Alpha ' de Cronbach para los dos instrumentos.

Se aplicaron pruebas no paramétricas para los índices generales, como la X^2 (Chi cuadrada), y la prueba de Kruskal Wallis (Levin, 1977) para combinaciones entre los Factores Cognoscitivos y perceptuales con estilos de vida, estas combinaciones estuvieron formadas por tres factores, como se indica a continuación;

Combinación 1: Sexo, Pertener al programa MECED y Procedencia

Combinación 2: Sexo, Pertener al programa MECED y Escolaridad

Combinación 3: Sexo, Procedencia y Escolaridad. ~~XXXXXXXXXX~~

Estas tres combinaciones se llevaron a cabo para las subescalas de cada instrumento EEVMECED y FCPMECED.

La presentación de los resultados se realizó por medio de cuadros de contingencia y gráficas (Polit, 1994). Para la elaboración de tablas y texto se utilizó el procesador de textos Microsoft Word versión 6.0, para gráficas, Microsoft Excell versión 5.0.

ETICA DEL ESTUDIO

De acuerdo a las disposiciones de la ley general de salud, título segundo, capítulo primero, artículo 13, fracción V, se contó con el consentimiento informado del director del Programa MECED DIF, ya que esta institución actúa como responsable de estos niños. En el caso de los menores de los cruceros se buscó hasta donde fué posible el consentimiento informado del adulto que esté cercano a el menor, ya que generalmente estos niños no tienen un familiar responsable de ellos pero sí, algún adulto con el cual trabajan.

Artículo 17 , fracción II-. Se considera una investigación de riesgo mínimo pues aunque se aplicó un cuestionario no hubo intervención por parte de enfermería.

A los sujetos de estudio se les solicitó su participación voluntaria, explicándoles ampliamente el objetivo de la investigación; de igual forma se les garantizó el anonimato y se dejó en libertad de retirarse del estudio en el momento que lo desearan. Se aplica de esta forma el título segundo, capítulo I, Artículo 21, Fracción VII.

CAPITULO IV

RESULTADOS

La presentación de los resultados se realiza según los datos obtenidos al aplicar los instrumentos de recolección a 180 menores que trabajan en la vía pública separando en 2 grupos unos pertenecientes al programa MECED y otro que no pertenece, habiéndose eliminado un caso, de los pertenecientes al programa.

Se presentan los datos descriptivos de Factores Cognoscitivos y Perceptuales como influencias para llevar a cabo estilos de vida saludables, posteriormente se presentan las correlaciones de las variables estudiadas.

Tabla 1
Factores Demográficos de menores en circunstancias especialmente difíciles
Monterrey, NL. 1996.

Factores Demográficos	MECED		NO-MECED		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sexo						
• Masculino	54	60.7	71	79.9	125	70
• Femenino	35	39.3	19	21.9	54	30
Procedencia						
• Nuevo León	25	28.1	77	85.6	102	60
• Fuera de Nuevo León	64	71.9	13	14.4	77	40
Escolaridad						
• No más de primaria	79	88.8	48	53.3	127	70
• Secundaria y más	10	11.2	42	46.6	52	30
Vive con su familia						
• Si	84	94.4	82	91.1	166	93
• No	5	5.6	8	8.9	13	7

Fuente: FCPMECED

n= 179

Como se puede observar el sexo masculino obtuvo un 70.0 por ciento, y en relación a la procedencia, un mayor porcentaje corresponde al estado de Nuevo León, en la escolaridad el porcentaje mayor se inclino hacia menos de primaria y primaria. En relación a si el menor vive con su familia un 93 por ciento lo afirmó.

Tabla 2

Congruencia interna obtenida en la escala Factores Cognoscitivos y perceptuales del menor en circunstancias especialmente difíciles
Monterrey, NL 1996.

Subescalas	Preguntas	Alpha de Cronbach
Definición en salud	36,40,53,54,55	.3664
Importancia de la salud	37,38,48,58,60	.5171
Estado de salud percibido	43,44,45,61	.2421
Percepción de autoeficacia	50,51,52,56	.5147
Beneficios percibidos	47,49,57,59,62	.6658
Barreras percibidas	39,41,42,46	.4796
Escala total	de la 36 a la 62	.7216

Fuente: FCPMECED.

n=179

Lo que se puede observar en el instrumento para medir estilos de vida en el menor en circunstancias especialmente difíciles es que la subescala con mayor puntuación es la de beneficios percibidos, posteriormente la de concepto de salud y por último la percepción de la autoeficacia, obteniendo una puntuación total de la escala aceptable según lo referido por Polit,(1994).

Tabla 3

Congruencia interna obtenida en la escala Estilos de Vida del menor en circunstancias especialmente difíciles
Monterrey , NL. 1996.

Subescalas	Pregunta	Alpha de Cronbach
Nutrición	14,26,30,31	.5654
Hábitos personales	20,29,35	.5761
Responsabilidad en salud	17,27 23,24,28,34	.3711 .5192
Apoyo familiar	15,18,19	.5570
Autoestima	16,25,33	.7018
Ejercicio	21,22,32	.6833
Tabaco y alcohol		
Escala total	de la 14 a la 35	.7863

Fuente: EEVMECED

n= 179

En relación a los resultados obtenidos para el instrumento de Estilos de Vida del menor en circunstancias especialmente difíciles , se obtuvo una puntuación mayor para la subescala de ejercicio, le siguió la de 'tabaco y alcohol' y por último la correspondiente a 'hábitos personales', con una puntuación total del instrumento aceptable, de acuerdo a lo referido por Polit, (1994).

Para facilitar el análisis de los datos de la escala, a partir de las medias obtenidas, se calcularon índices para cada una de las subescalas, obteniéndose los datos que a continuación se presentan.

TABLA 4

Índices obtenidos en la escala Estilos de Vida
Monterrey, NL. 1996

INDICE	MECED				NO MECED			
	MEDI	D.EST	MINIM	MAXIM	MEDI	D.EST	MINIM	MAXIM
Nutrición	50.56	22.29	.00	87.50	59.56	20.70	.00	100
Hábitos Persona	84.86	20.84	.00	100.	87.96	18.36	16.66	100
Respon. en Sal.	58.43	30.14	.00	100.	78.61	27.68	.00	100
Apoyo Familiar	71.63	24.55	25.00	100.	77.64	21.57	12.50	100
Autoestima	80.71	24.86	16.66	100.	89.26	18.24	.00	100
Ejercicio	45.69	27.12	.00	100.	55.00	34.21	.00	100
Tabaco ,Alcohol	55.43	33.12	.00	100.	55.00	37.26	.00	100
TOTAL	63.84	14.41	29.54	88.63	71.16	14.90	29.54	100

Fuente: EEVMECED

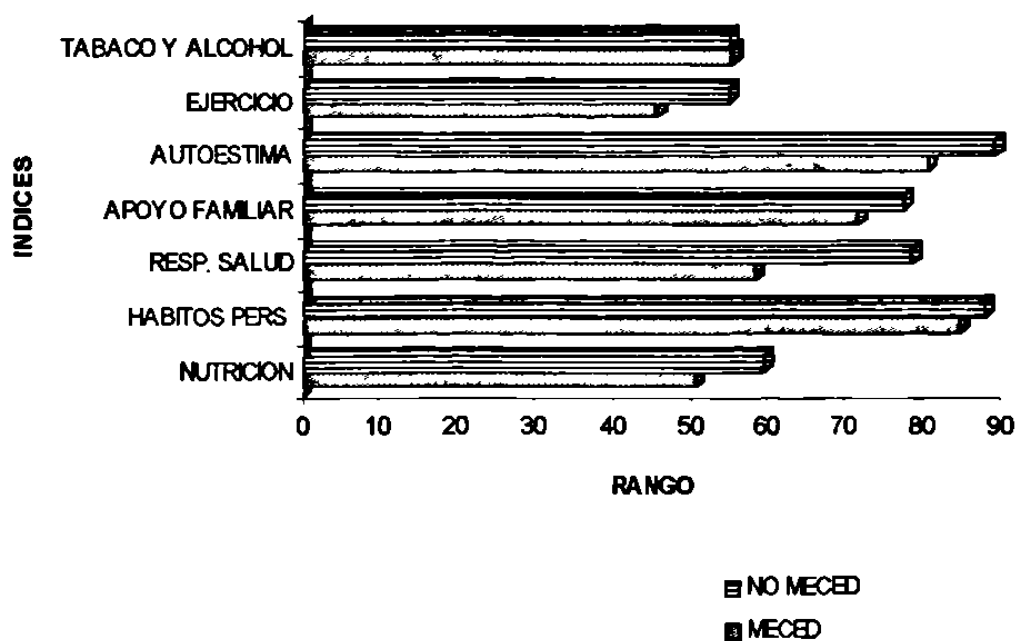
n=89

n=90

Como se puede observar los índices medios más altos tanto para los niños pertenecientes al MECED como los que no pertenecen fué para el índice de hábitos personales y autoestima.

Por otra parte los niños que no pertenecen al programa obtuvieron los índices más altos en sus estilos de vida, (ver figura 1).

FIGURA 1
INDICE DE ESTILOS DE VIDA EN POBLACION ESTUDIADA AREA
METROPOLITANA 1996



Fuente: EEVMECED

TABLA 5
Índices obtenidos en la escala Factores Cognoscitivos y Perceptuales

MONTERREY, NL. 1996

INDICE	MECED				NO MECED			
	MEDIA	D. EST	MINIM	MAXIM	MEDIA	D. EST	MINIM	MAXIM
Definición de salud	85.62	15.30	40.00	100	91.00	12.09	50.00	100
Importancia en salud	90.67	13.80	40.00	100	84.89	16.84	20.00	100
Estado de salud percib.	65.45	18.47	25.00	100	59.31	15.63	12.50	100
Percepción de autoef.	73.88	20.70	100.00	100	77.36	23.25	12.50	100
Beneficios percibidos	88.76	16.36	10.00	100	93.67	11.16	60.00	100
Barreras percibidas	42.98	26.04	.00	100	33.47	24.92	.00	100
TOTAL	76.09	8.60	44.44	94.44	75.12	9.01	55.55	100

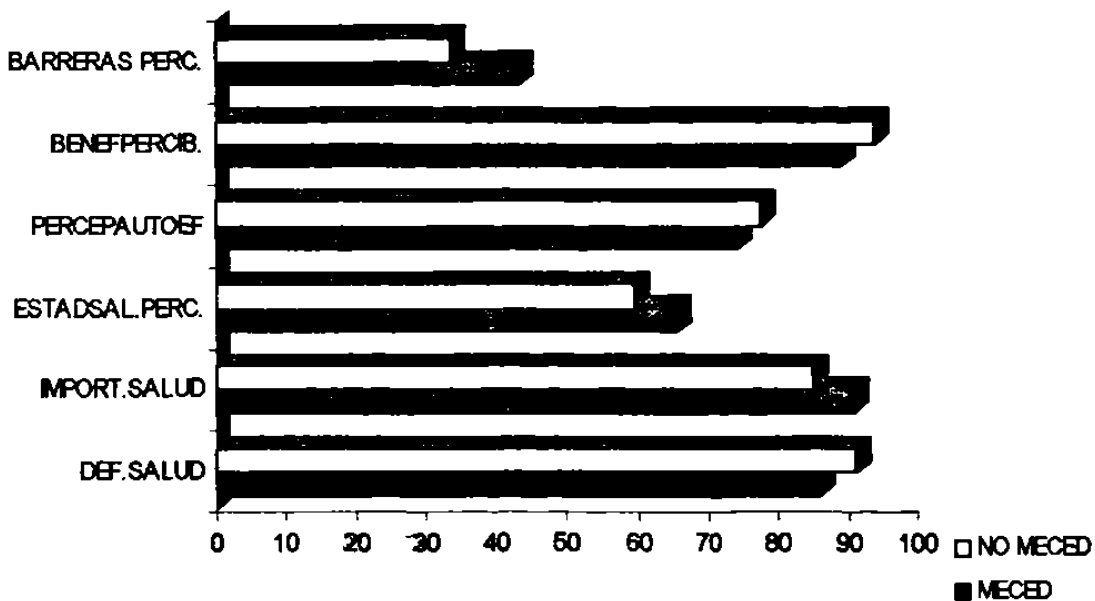
Fuente: FCPMECED

n=89

n=90

En relación a el índice de Factores cognoscitivos y perceptuales de estos niños las medias más altas fueron para los que pertenecen al MECED, entre los que destacan, importancia de salud y beneficios percibidos. En cuanto a los niños que no pertenecen al programa, los índices promedios más altos fueron beneficios percibidos y definición de salud (ver figura 2).

FIGURA 2
INDICE DE FACTORES COGNOSCITIVOS Y PERCEPTUALES EN POBLACION ESTUDIADA, AREA METROPOLITANA 1996.



Fuente: FCPMECED

A continuación se presentan los resultados de los análisis de correlaciones de Pearson y de Spearman para las diferentes índices de las subescalas.

Tabla 6

Correlación de Pearson y Spearman entre las subescalas de estilos de vida en Menores integrados al programa Monterrey, NL. 1996.

Estilos de vida	Nutrición	Hábitos Personal	Respon. en Salud	Apoyo Familiar	Autoestima	Ejercicio	Tabaco y Alcohol
Nutrición	1.0000	.0659 .539	.2002 .060	.1634 .126	.1593 .136	.2280 .032	.0315 .770
Hábitos personales	.1821 *.088	1.0000	.2653 .012	.4503 .000	.2828 .007	.0076 .944	.3268 .002
Responsabilidad en salud	.1885 .077	.3315 .002	1.0000	.3372 .001	.2310 .089	.0540 .615	.3918 .000
Apoyo familiar	.1722 .107	.5072 .000	.3604 .001	1.0000	.3651 .000	.1545 .148	.2423 .022
Autoestima	.2676 .011	.2616 .013	.1815 .089	.3189 .002	1.0000	.0755 .482	.2807 .008
Ejercicio	.1724 .106	.0198 .854	.0391 .716	.1273 .235	.1422 .184	1.0000	-.1034 .335
Tabaco y Alcohol	.0311 .772	.2471 .020	.3805 .000	.2498 .018	.2207 .038	-.1353 .206	1.0000

Fuente: EEVMECED

n= 89

* Valor P

La correlación de Pearson está en la parte inferior de la diagonal de la tabla y la Spearman en la parte superior de la misma.

Como se puede observar las correlaciones más altas en niños que pertenecen al MECED de acuerdo a sus estilos de vida fué el de índice de apoyo familiar con hábitos personales, responsabilidad en salud, autoestima, tabaco y alcohol con valor de P menor o igual a .01, así como el índice de responsabilidad en salud con índice de tabaco y alcohol, apoyo familiar y hábitos personales con un valor de P menor o igual a .01 . Donde no se obtuvieron correlaciones significativas fué con el índice de ejercicio.

Tabla 7

Correlación de Pearson - Spearman entre las subescalas de estilos de vida en Menores no integrados al programa Monterrey, NL. 1996.

Estilos de vida	Nutrición	Hábitos personal	Respon en salud	Apoyo familiar	Autoestima	Ejercicio	Tabaco y Alcohol
Nutrición	1.0000	.3308 .001	.2227 .035	.2851 .006	.3917 .000	.2862 .006	-.1253 .239
Hábitos personales	.3630 *.000	1.0000	.3719 .000	.4556 .000	.3300 .001	.3564 .001	.0971 .363
Responsabilidad en salud	.3040 .004	.3719 .000	1.0000	.3315 .001	.3182 .002	.4143 .000	.3556 .001
Apoyo familiar	.2685 .011	.4239 .000	.3014 .004	1.0000	.3938 .000	.3046 .004	.0787 .461
Autoestima	.3837 .000	.4016 .000	.2167 .040	.4417 .000	1.0000	.1577 .138	.0572 .593
Ejercicio	.2926 .005	.2857 .006	.4109 .000	.2389 .023	.1420 .182	1.0000	.3762 .000
Tabaco y Alcohol	-.0592 .580	.1072 .315	.2501 .017	.0125 .907	.0018 .986	.3621 .000	1.0000

Fuente: FCPMECED

n= 90

* Valor P

De igual forma, el resumen de análisis de la correlación de Pearson se muestran en los elementos inferiores a la diagonal de la tabla, y la de Spearman a la parte superior.

De acuerdo a las correlaciones de estilos de vida en niños no pertenecientes al MECED, las más altas fueron en Hábitos personales con Nutrición, Responsabilidad en salud, Apoyo familiar, Autoestima y Ejercicio con una significancia de .00 a .01. También se obtuvieron correlaciones altas con el índice de Ejercicio a diferencia de los niños del programa MECED con una P menor de .01. Las correlaciones más bajas están asociadas al índice de Tabaco y Alcohol.

Las tablas que a continuación se presentan contienen los coeficientes de correlación Pearson, Spearman y están por separado por que son para los menores que pertenecen al programa y aquellos que no pertenecen, posteriormente se analizan las correlaciones totales para ambos grupos.

TABLA 8

**Correlación de Pearson entre las subescalas de los estilos de vida y los factores cognoscitivos y perceptuales en los menores integrados al programa.
Monterrey, NL.1996**

Índices	Definición de salud	Importancia en salud	Estado de salud percibi.	Percepción de autoefica.	Beneficios percibidos	Barreras percibidas
Nutrición	.2698	.2620	.2634	.3747	.1694	.0803
	.011	.013	.013	.000	.113	.454
Hábitos personales	.1226	.1949	.0344	.2444	.2263	.0147
	.253	.067	.749	.021	.033	.891
Responsa. en salud	.0748	.1365	.1016	.2601	.0502	.0355
	.486	.202	.343	.014	.641	.741
Apoyo familiar	.1266	.1451	.0692	.3977	.3148	-.1096
	.237	.175	.520	.000	.003	.306
Autoestima	.2185	.1432	.0686	.3347	.2527	.0627
	.040	.181	.523	.001	.017	.560
Ejercicio	.0818	.0888	-.0452	.0503	.0561	.0539
	.446	.408	.674	.640	.601	.616
Tabaco y Alcohol	.1335	.2198	.0277	.2853	.1803	.1271
	.212	.038	.797	.007	.091	.235

Fuente :FCPMECED, EEVMECED

n=89

TABLA 9

**Correlación de Spearman entre los estilos de vida y los factores cognoscitivos y perceptuales en los menores integrados al programa
Monterrey, NL. 1996**

Índices	Definición de salud	Importancia en salud	Estado de salud perc.	Percepción de autoefica.	Beneficios percibidos	Barreras percibidas
Nutrición	.253	.2515	.2528	.3170	.1672	.0516
	.017	.017	.017	.002	.117	.631
Hábitos personales	.0959	.0644	.0363	.2881	.1879	.0163
	.371	.549	.736	.006	.078	.879
Responsa. en salud	.0948	.1157	.0945	.2451	.0822	.0353
	.377	.280	.378	.021	.444	.742
Apoyo familiar	.1505	.1694	.0542	.4231	.2766	-.1158
	.159	.112	.614	.000	.009	.280
Autoestima	.2631	.1495	.0944	.3524	.2808	.0234
	.013	.162	.379	.001	.008	.828
Ejercicio	.0764	.0852	-.0353	.0864	.2041	.0629
	.476	.427	.743	.421	.055	.558
Tabaco y Alcohol	.1362	.1656	.0143	.3245	.2129	.1223
	.203	.121	.894	.002	.045	.253

Fuente: FCPMECED EEVMECED

n= 89

Como se puede observar en la población que pertenece al programa MECED las correlaciones de Pearson y Spearman se comportan de manera similar, por lo que se puede deducir que estos son positivos y significativos con estilos de vida de Nutrición, Autoestima, Apoyo familiar y Hábitos personales, con algunos elementos del modelo de Promoción de la Salud. Donde no existió correlación fué en el índice de Ejercicio.

TABLA 10
Correlación de Pearson entre los estilos de vida y los factores cognoscitivos y perceptuales en los menores no integrados al programa
Monterrey, NL. 1996

Índices	Definición de salud	Importancia en salud	Estado de salud perci	Percepción de autoefica.	Beneficios percibidos	Barreras percibidas
Nutrición	-.0253	.1338	.1444	.1121	.2320	-.0853
	.813	.209	.174	.293	.028	.424
Hábitos personales	.0380	.1621	.2886	.1989	.1903	-.0918
	.813	.127	.006	.060	.072	.390
Responsa. en salud	.1486	.3352	.0188	.2158	.3930	-.0907
	.162	.001	.860	.041	.000	.395
Apoyo familiar	.2267	.3584	.0878	.3061	.3852	-.1335
	.032	.001	.411	.003	.000	.210
Autoestima	.0323	.1789	.0179	.1874	.2875	-.0808
	.763	.092	.867	.077	.006	.449
Ejercicio	.1870	.2074	.0302	.2087	.3585	-.1436
	.078	.050	.777	.048	.001	.177
Tabaco y Alcohol	.1592	.1725	.0398	.0754	.0815	-.1243
	.134	.104	.710	.480	.445	.243

Fuente: FCPMECED, EEVMECED

n=90

TABLA 11
Correlación de Spearman entre los estilos de vida y los factores cognoscitivos y perceptuales en menores no integrados al programa
Monterrey, NL. 1996

Índices	Definición de salud	Importancia en salud	Estado de salud perci.	Percepción de autoeficacia	Beneficios percibidos	Barreras percibidas
Nutrición	.0256	.1094	.1786	.1517	.1928	-.0459
	.811	.305	.092	.153	.069	.667
Hábitos personales	.1768	.1761	.3168	.2086	.2025	-.1102
	.096	.097	.002	.048	.056	.301
Responsa. en salud	.1533	.2467	.0781	.1686	.3892	-.0831
	.149	.019	.464	.112	.000	.436
Apoyo familiar	.3074	.4356	.1038	.3064	.3422	-.1660
	.003	.000	.330	.003	.001	.118
Autoestima	.1490	.2977	.1625	.2961	.3681	-.1347
	.161	.004	.126	.005	.000	.206
Ejercicio	.2486	.1902	-.0415	.2596	.3646	-.1610
	.018	.073	.698	.013	.000	.130
Tabaco y Alcohol	.2114	.1605	.0169	.0014	.1071	-.1672
	.045	.131	.874	.990	.315	.115

Fuente: FCPMECED, EEVMECED

n= 90

En la población que no pertenece al programa MECED se puede observar que existe correlación significativas y positivas entre los estilos de vida apoyo familiar, ejercicio y responsabilidad en salud con algunos de los elementos del Modelo de Promoción de la Salud. Donde no se encuentra correlación fué en índice de tabaco y alcohol, y el índice de nutrición, incluso en este último se presentaron correlaciones negativas

TABLA 12

Correlación de Pearson entre los estilos de vida y los factores cognoscitivos y perceptuales de la población total.

Monterrey, NL 1996

Índice	Definición de salud	Importancia en salud	Estado de salud percibi.	Percepción de autoeficacia	Beneficios percibidos	Barreras percibidas
Nutrición	.1757 .019	.1488 .047	.1687 .024	.2489 .001	.2188 .003	-.0339 .652
Hábitos personales	.1027 .171	.1552 .038	.1249 .096	.2256 .002	.2225 .003	-.0500 .506
Responsa. en salud	.1617 .031	.1608 .032°	.0016 983	.2485 .001	.2259 .002	-.0831 .269
Apoyo familiar	.1882 .012	.2221 .003	.0522 .488	.3556 .000	.3533 .000	-.1414 .059
Autoestima	.1813 .015	.1137 .130	.0128 .865	.2714 .000	.2889 .000	-.0327 .664
Ejercicio	.1560 .037	.1286 .086	-.0324 .667	.1532 .041	.2009 .005	-.0802 .286
Tabaco y Alcohol	.1395 .062	.1899 .011	.0339 .653	.1665 .026	.1299 .083	-.0027 .971

Fuente: FCPMECED, EEVMECED

n=179

TABLA 13

Correlación de Spearman entre los estilos de vida y los factores cognoscitivos y perceptuales de la población total.
Monterrey, NL. 1996

Índices	Definición de salud	Importancia en salud	Estado de salud percibi.	Percepción de autoeficacia	Beneficios percibidos	Barreras percibidas
Nutrición	.1615 .031	.1453 .052	.1681 .024	.2468 001	.2139 004	-.0478 .525
Hábitos personales	.1253 .095	.1006 .180	.1385 .064	.2462 .001	.2054 .006	-.0601 .424
Responsa. en salud	.1909 .010	.1294 .084	.0052 .944	.2395 .001	.2669 000	-.1087 .148
Apoyo familiar	.2211 .003	.2701 000	.0517 .492	.3703 000	.3211 .000	-.1607 .032
Autoestima	.2266 .002	.1772 .018	.0701 .351	.3290 .000	.3386 .000	-.0793 .291
Ejercicio	.1847 .013	.1218 .104	-.0560 .457	.2157 .004	.2971 .000	-.0913 .224
Tabaco y Alcohol	.1744 .020	.1624 .030	.0183 .808	.1635 .029	.1645 .028	-.0379 .614

Fuente: FCPMECED, EEVMECED

n= 179

Las correlaciones de Pearson y Spearman para los índices de las subescalas del Modelo de Promoción de la Salud y los índices al asociarse a los estilos de vida para la población total (MECED y no MECED) fueron significativos en todas pero los más fuertes en índice de Nutrición, Apoyo familiar y Autoestima con algunos de los elementos del modelo como; Percepción de autoeficacia y Beneficios percibidos

Es importante mencionar que se efectuó el análisis por medio de la prueba de Kruskal Wallis para todas las combinaciones, pero únicamente se reportaron las más significativas y en las cuales hayan existido más de dos interacciones, se elaboraron figuras para hacer la discusión más ilustrativa (ver tablas 14,15 y 16).

TABLA 14

Prueba de Kruskal Wallis para la combinación sexo, pertenecer al programa MECED, y procedencia, con estilos de vida y factores cognoscitivos y perceptuales.

Monterrey, NL. 1996.

Fuente de variación	G.L.	Índice de estilos de vida		Índice de responsabilidad en salud		Índice de ejercicio		Índice de beneficios percibidos	
		X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p
Sexo	1	15.35	(.0001)	4.67	(.030)	19.76	(.000)	11.08	(.009)
MECED	1	9.06	(.0026)	22.09	(.000)	3.93	(.047)	4.76	(.0290)
Procedencia.	1	12.60	(.0004)	10.11	(.0015)	3.18	(.074)	7.91	(.004)
Sexo.- MECED	1	.276	(.598)	1.23	(.266)	1.85	(.173)	.000	(.997)
Sex.Procedenci	1	3.14	(.076)	.061	(.803)	2.74	(.097)	.316	(.573)
MECED-Proced	1	5.14	(.023)	.008	(.928)	.325	(.568)	9.22	(.002)
Sexo,MECED, Procedencia	1	2.80	(.093)	5.49	(.019)	7.09	(.007)	1.61	(.204)

FUENTE: EEVMECED

n=179

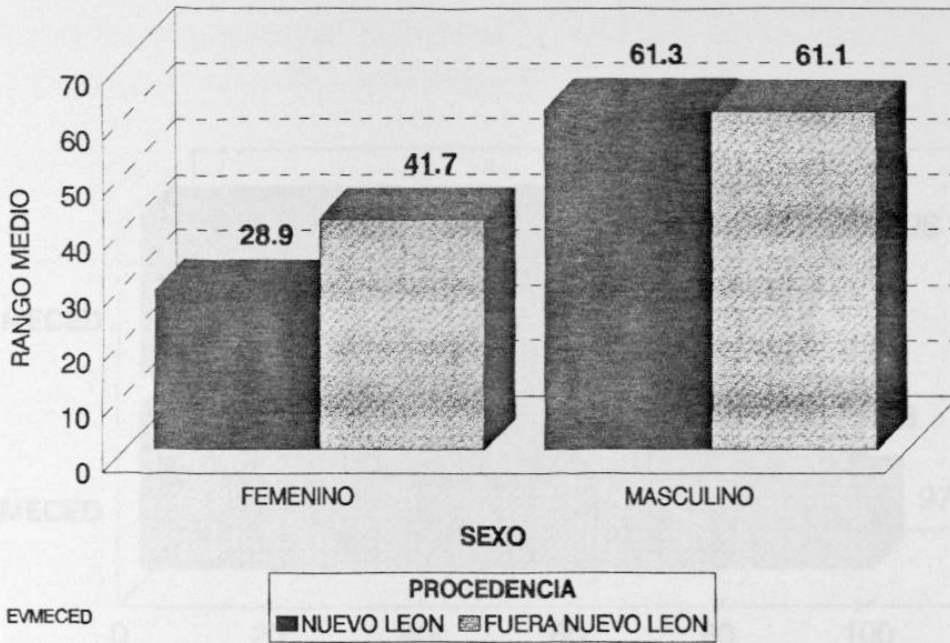
Como se puede observar se obtuvo significancia en sexo, pertenecer al programa MECED y la procedencia en relación con los estilos de vida, así mismo también se encontró que guarda una estrecha relación el pertenecer al MECED y la procedencia están interactuando, solamente para el índice de beneficios percibidos. Por otra parte se observa que el sexo, así como la combinación sexo, MECED y procedencia muestran significancia cuando se estudia con el índice de ejercicio, (ver figuras 3 y 4).

El índice de beneficios percibidos mostró significancia con sexo y con la combinación pertenecer al MECED y la procedencia. (ver figura 5)

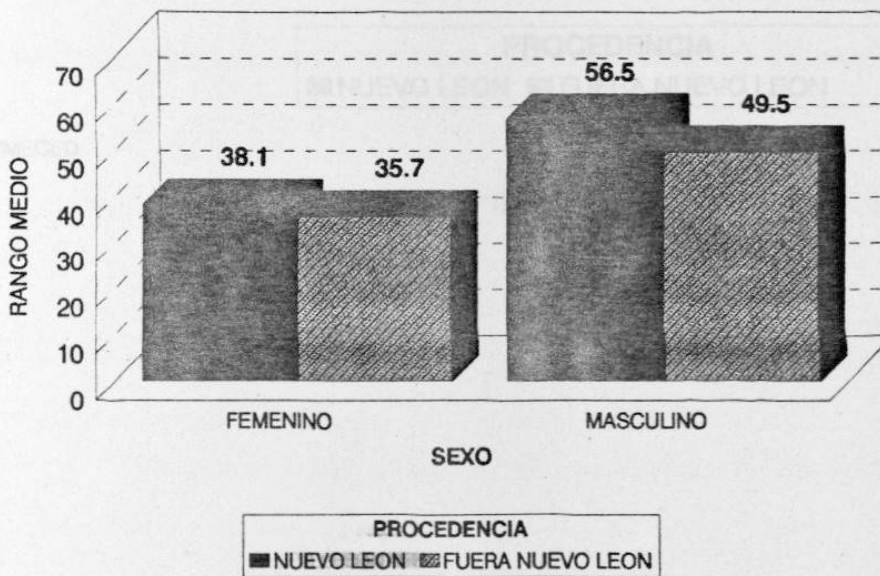
Figuras 3 y 4
 Promedio para la interacción de los factores sexo, pertenecer al MECED y procedencia con el índice de Ejercicio

Monterrey NL. 1996

NO PERTENECEN AL MECED

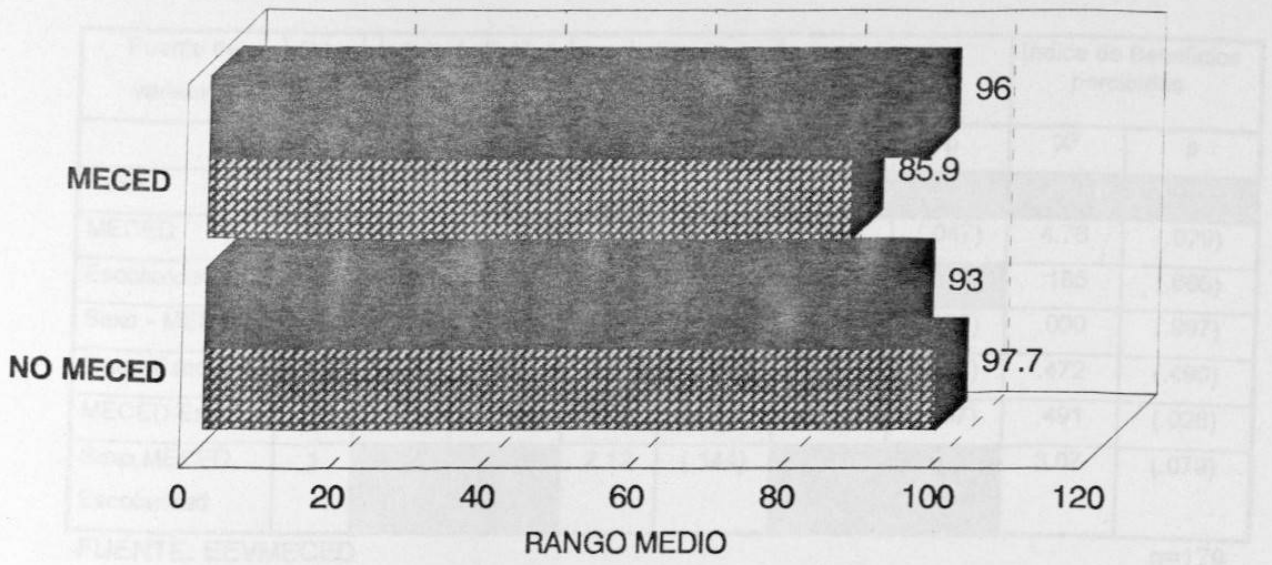


PERTENECEN AL MECED



EVMECED

Figura 5
 Promedio para la interacción de los factores MECED y procedencia con el índice de Beneficios percibidos
 Monterrey, NL



PROCEDENCIA
 ■ NUEVO LEON ▨ FUERA NUEVO LEON

EVMECED

Se observa que la interacción formada por los factores sexo, MECED, escolaridad es altamente significativa para el índice de Beneficios percibidos (ver figuras 5 y 6). Por otro lado, se observa un efecto altamente significativo del factor sexo en el índice de Ejercicio se observa un efecto altamente significativo del factor sexo mientras que el factor escolaridad muestra sólo significancia.

La interacción sexo, MECED y escolaridad proporciona un valor de p de .004 (ver figuras 6 y 7).

El índice de beneficios percibidos muestra un comportamiento diferencial para los niveles del factor sexo.

NUEVO LEON

TABLA 15

Prueba de Kruskal Wallis para efecto de las combinaciones sexo, pertenecer al MECED, y escolaridad, con estilos de vida y factores cognoscitivos y perceptuales.

Monterrey, NL. 1996.

Fuente de variación	G.L.	Índice de Estilos de Vida		Índice de Responsabilidad en salud		Índice de Ejercicio		Índice de Beneficios percibidos	
		X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p
Sexo	1	15.35	(.0001)	4.67	(.030)	19.76	(.000)	11.08	(.000)
MECED	1	9.06	(.0026)	22.09	(.000)	3.93	(.047)	4.76	(.029)
Escolaridad	1	5.73	(.016)	7.54	(.006)	6.12	(.013)	.185	(.666)
Sexo.- MECED	1	.276	(.598)	1.23	(.266)	1.85	(.173)	.000	(.997)
Sexo- Escolari.	1	.001	(.969)	.066	(.796)	.625	(.428)	.472	(.490)
MECED-Escolar	1	.648	(.420)	3.50	(.061)	.344	(.557)	.491	(.026)
Sexo,MECED, Escolaridad	1	5.04	(.024)	2.12	(.144)	6.23	(.004)	3.07	(.079)

FUENTE: EEVMECED

n=179

Se observa que la interacción formada los factores sexo, MECED, escolaridad es altamente significativa para el índice de estilos de Vida, (ver figuras, 8 y 9).

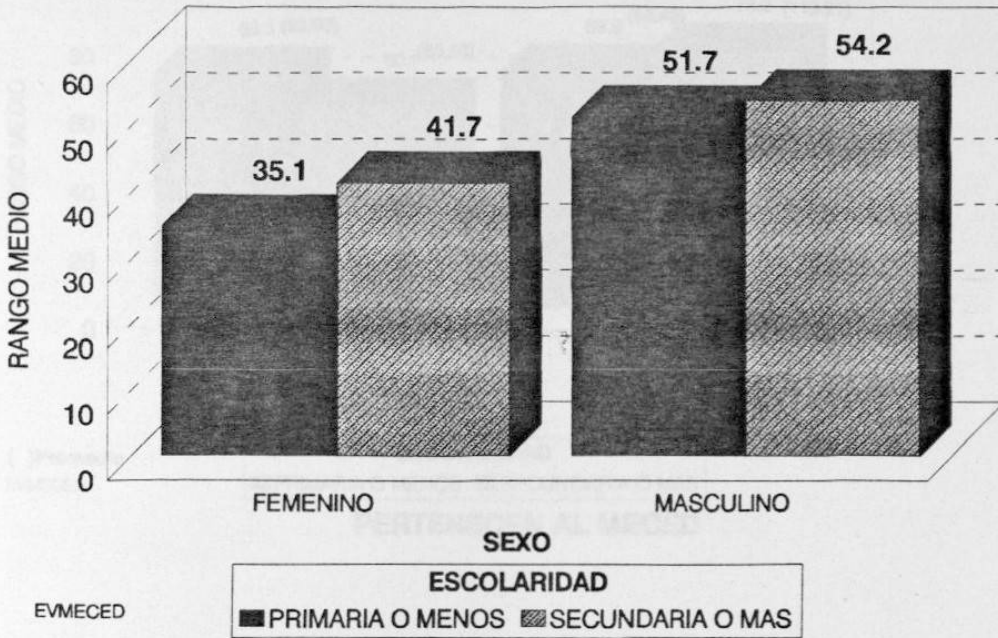
Por otro lado la significancia de escolaridad, al considerar el índice de responsabilidad en salud aumenta. Encontrando también alta significancia del factor pertenecer al MECED cuando se estudia el índice de responsabilidad en salud. Para el índice de Ejercicio se observa un efecto altamente significativo del factor sexo mientras que el factor escolaridad muestra sólo significancia.

La interacción sexo, MECED y escolaridad proporciona un valor de p de .004 (ver figuras 6 y 7).

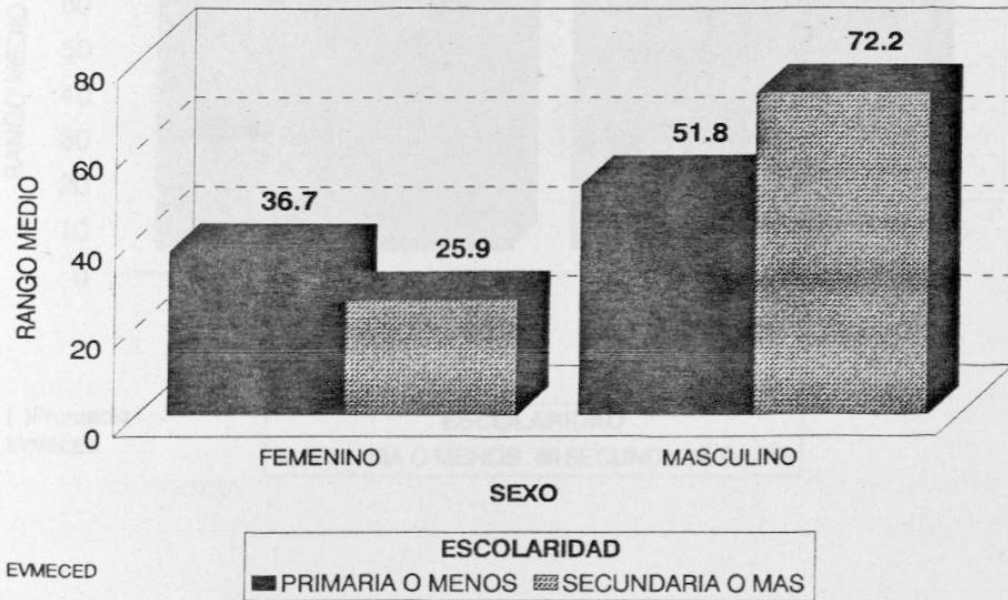
El índice de beneficios percibidos muestra un comportamiento diferencial para los niveles del factor sexo.

Figuras 6 y 7
 Promedio para la interacción de los factores sexo, pertenecer al MECED y escolaridad
 con índice de Ejercicio.
 Monterrey, NL.

PERTENECEN AL MECED



NO PERTENECEN AL MECED



Figuras 8 y 9
 Promedio para la interacción de los factores sexo, MECED y escolaridad con el índice de Estilos de Vida
 Monterrey, NL. 1996

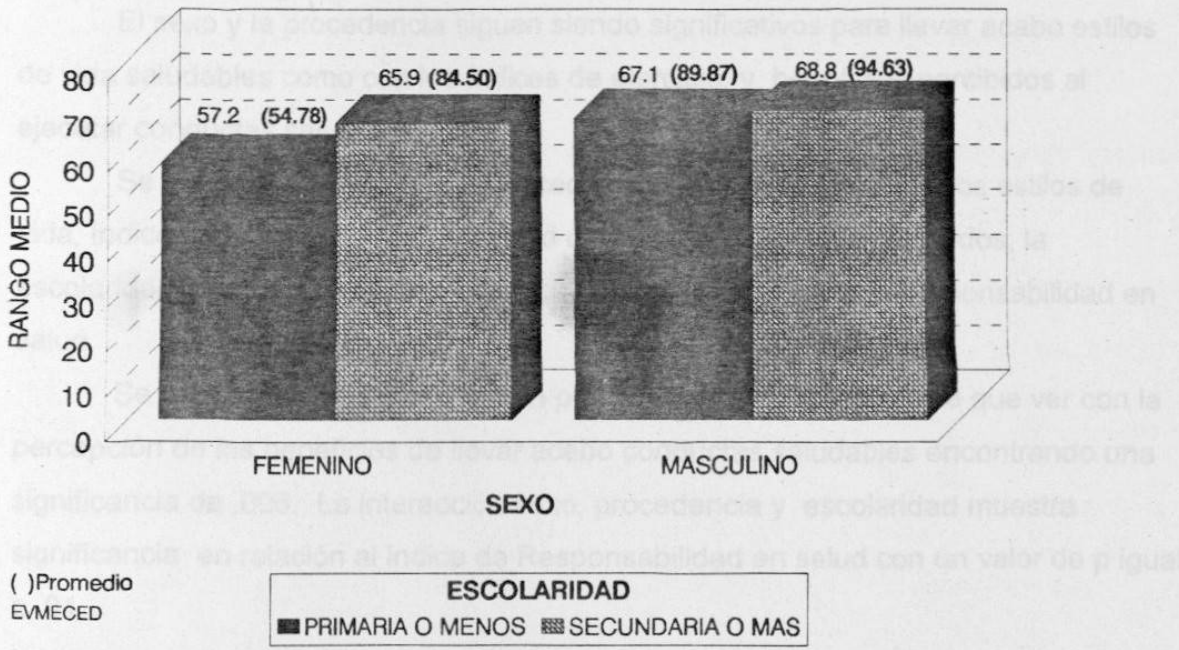
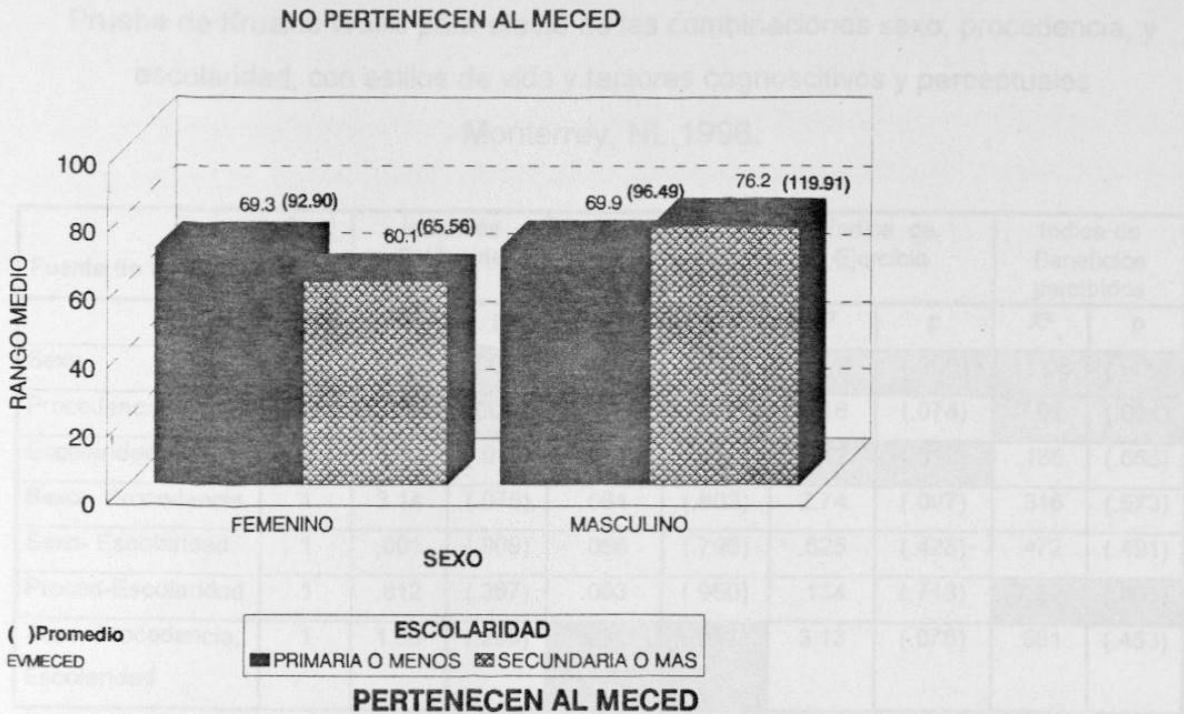


TABLA 16

Prueba de Kruskal Wallis para efecto de las combinaciones sexo, procedencia, y escolaridad, con estilos de vida y factores cognoscitivos y perceptuales
Monterrey, NL.1996.

Fuente de variación	G.L.	Índice de Estilos de Vida		Índice de Responsabilidad en salud		Índice de Ejercicio		Índice de Beneficios percibidos	
		X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p
Sexo	1	15.35	(.0001)	4.67	(.030)	19.76	(.000)	11.08	(.000)
Procedencia	1	12.60	(.0004)	10.11	(.001)	3.18	(.074)	7.91	(.004)
Escolaridad	1	5.73	(.016)	7.54	(.006)	6.12	(.013)	.185	(.666)
Sexo.- Procedencia	1	3.14	(.075)	.061	(.803)	2.74	(.097)	.316	(.573)
Sexo- Escolaridad	1	.001	(.969)	.066	(.796)	.625	(.428)	.472	(.491)
Proced- Escolaridad	1	.812	(.367)	.003	(.950)	.134	(.713)	7.52	(.006)
Sexo, Procedencia, Escolaridad	1	1.60	(.205)	6.35	(.011)	3.13	(.076)	.561	(.453)

FUENTE EEVMCED

n=179

El sexo y la procedencia siguen siendo significativos para llevar a cabo estilos de vida saludables como con los índices de ejercicio, y beneficios percibidos al ejecutar conductas saludables

Se observa a su vez que la procedencia guarda relación con los estilos de vida, índice de responsabilidad en salud e índice de beneficios percibidos, la escolaridad guarda relación con el índice de ejercicio así como la responsabilidad en salud.

Se observa que la combinación procedencia escolaridad tiene que ver con la percepción de los beneficios de llevar a cabo conductas saludables encontrando una significancia de .006. La interacción sexo, procedencia y escolaridad muestra significancia en relación al índice de Responsabilidad en salud con un valor de p igual a .01.

CAPITULO V

DISCUSION.

El perfil demográfico de los 179 menores entrevistados corresponde a las características mencionadas por Zuñiga y cols. (1984) y el MECED (1992), éstas continúan vigentes através del tiempo y los cambios evolutivos de la sociedad.

Es así como puede observarse en los resultados que el mayor (60.7 y 79.9) porcentaje fué para la población masculina en ambos casos (pertenecientes y no al MECED) : mientras que para las mujeres solo se obtuvo un (39.3 y 21.9). respectivamente es necesario considerar esta diferencia del sexo al interpretar los datos debido a que Pender (1987) lo señala como un factor modificador .

Se ha encontrado en algunos estudios que la mujer tiene mejores estilos de vida, y algo muy parecido sucede en el estudio cuando el efecto es sólo sexo, pero al combinar este factor con procedencia, escolaridad o pertenencia al programa MECED los estilos de vida disminuyen. También se observa que a mayor edad más barreras percibe la mujer , mientras que en el varón ocurre lo contrario, a mayor edad menor percepción de barreras y más beneficios percibidos .

En relación a esto Pender (1987) propone que las características tales como edad, sexo, escolaridad y procedencia afectan la conducta promotora de salud indirectamente a través de su impacto sobre los mecanismos cognoscitivo perceptuales.

A su vez Becker (1979) encontró asociación significativa entre los factores demográficos y el índice de estilos de vida lo cual coincide con los resultados del presente estudio., encontrando que el sexo, la escolaridad y la procedencia son determinantes en la práctica o no de estilos de vida saludables, es así como a continuación se expresa.

En relación a la procedencia se observó que para los que no pertenecen al programa el mayor porcentaje (85.6) es para los nacidos en el estado de NL., mientras que para el programa MECED la mayor parte de la población procede de fuera del estado (71.9) en su mayoría del estado de Querétaro, esto se respalda por lo encontrado en otros estudios donde se menciona que estos niños proceden de familias inmigrantes o de origen campesino Zuñiga y cols. (1984), MECED, (1992), Ortiz (1995). en relación a la procedencia se encontró que los menores que son de fuera del estado tienen mejores estilos de vida.

De la misma forma Wilmer (1984) y Milio (1986) mencionan que al estudiar los estilos de vida es necesario considerar la sociocultura y las influencias ambientales esto se menciona por que los menores proviene de otros estados como Queretaro y sus costumbres son diferentes.

En relación a la escolaridad se observó que los menores que asisten al programa MECED tienen en su mayoría (88, por ciento) estudios inferiores a primaria, mientras que para los niños de los cruceros se encontró que el 53 por ciento de la población cuenta con estudios de primaria y menos y el resto tiene secundaria y más, esto es debido quizá a la edad de los niños. ya que en el programa MECED la población es de 4 - 14 únicamente., mientras que para los cruceros se tomo como límite hasta los 18 años.

Pender (1987) menciona que los individuos con escolaridad de más de primaria en comparación con aquellos que tienen menos de primaria y principalmente las mujeres más que los hombres usan más los servicios preventivos o acuden más a consultar.

Nzimakwe en un estudio para determinar el estado de salud de los niños de la calle encontró una asociación entre escolaridad y el llevar a cabo conductas saludables, el investigador refiere esta información como importante para los que planean la salud ya que hay correlación entre efectividad de educación en salud y alfabetismo, por ejemplo si la gente puede leer y escribir, es más probable que cambie sus estilos de vida y la conducta a través de leer los posters y escuchar a los medios de comunicación durante las sesiones de educación en salud.

De la misma forma encontró que 56 por ciento de los niños había completado su escolaridad al segundo grado o menos, lo que los deja funcionalmente iletrados.

Al respecto puede mencionarse que los niños abandonan la escuela por el trabajo de la calle lo que los hace aún más susceptibles a problemas de salud ya que a menor escolaridad mayores problemas de salud. En un estudio Pender (1988), encontró correlaciones significativas entre educación y apoyo interpersonal ($r=25$), así como escolaridad con percepción del estado de salud y ejercicio ($r=19$)

Por otra parte con la finalidad de estudiar los índices obtenidos en las escalas de estilos de vida y el de factores cognoscitivos y perceptuales, realizado en ambos grupos (perteneciente y no al programa) encontrando que para los estilos de vida el mayor índice promedio se obtuvo para aquellos que no pertenecen al programa, los índices obtenidos como más relevantes fueron: hábitos personales, autoestima y responsabilidad en salud, sin embargo ocurre un comportamiento similar al hablar de los factores cognoscitivos y perceptuales para los pertenecientes al programa, el índice de importancia en salud con un valor de (90.67), beneficios percibidos (88.76) y barreras percibidas (42.98), y para los no pertenecientes al programa la definición de salud (91.00), por otra parte estos datos apoyarían a los menores de los cruceros en relación a que los factores cognoscitivo perceptuales influyen en la práctica de estilos de vida saludables Pender (1987), Rodríguez (1996).

Al realizar el análisis de correlación Pearson y Spearman entre las subescalas de estilos de vida y de factores cognoscitivo perceptuales se encontró una correlación positiva débil Levin (1979) para los menores integrados al programa, encontrando que el índice de apoyo familiar se relaciona con los hábitos personales, responsabilidad en salud y autoestima.

Para los no pertenecientes al programa MECED se observa una correlación positiva débil para hábitos personales con nutrición, responsabilidad en salud, apoyo familiar, autoestima y ejercicio con un valor de P variable de .00 a .01, esto se relaciona a lo encontrado por Pender (1987)

Posteriormente se realiza la correlación Pearson y Spearman por separado para observar como influyen los factores cognoscitivos y perceptuales en los estilos de vida, realizado por supuesto para ambos grupos.

Encontrándose lo siguiente; los dos grupos se comportaron de manera similar, encontrando asociación entre nutrición, autoestima, apoyo familiar y hábitos personales para los pertenecientes al MECED.

Para los no integrados al programa MECED se encontró asociación entre apoyo familiar, ejercicio y responsabilidad en salud con percepción de autoeficacia y beneficios percibidos de igual forma Di Clemente (1981) demostró correlación positiva de la autoeficacia con la responsabilidad en salud.

Finalmente se realizó el análisis de varianza por la prueba de Kruskal Wallis, para observar el efecto que tenían los factores sobre los índices, (ver apéndice E) pero considerando únicamente tres a la vez.

Es importante recordar que al principio se mencionó que el efecto cambiaba al existir ciertas combinaciones como es el caso de unir sexo y MECED y procedencia lo que dió por resultado una significancia de .00 con el índice de ejercicio, de igual forma, MECED y procedencia da una significancia de .002 para índice de beneficios percibidos.

5.2 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos se concluye lo siguiente

Existe relación entre el índice de conocimientos y percepciones de salud de los menores en circunstancias especialmente difíciles mismos que influyen en los índices de estilos de vida, por lo que se decide aceptar la hipótesis de estudio que señala lo siguiente: **Los factores cognoscitivos y perceptuales acerca de la salud influyen positivamente en la práctica de estilos de vida del menor en circunstancias especialmente difíciles**

En relación a la segunda hipótesis de investigación que señala que los menores que pertenecen al programa MECED, tienen mejores estilos de vida que aquellos que no pertenecen se acepta parcialmente

Ya que si bien es cierto, que tienen mejores estilos de vida quienes no pertenecen al programa también es cierto que los menores activos en el programa obtuvieron mayores índices en cuanto a conocimientos y percepciones

En relación a los objetivos planteados se identificaron los conocimientos y percepciones de salud de una población de menores que trabajan en la calle, tanto del MECED como no MECED, y se identificó el perfil de estilos de vida observándose una diferencia entre los menores pertenecientes al programa MECED con un índice promedio para estilos de vida de 63.84 y para conocimientos y percepciones 76.09 y aquellos que no pertenecen encontrando para estilos de vida 71.16 y para conocimientos y percepciones 75.12, por lo que se concluye haber alcanzado el objetivo general del estudio.

También se concluye que el modelo de promoción de Salud (MPS) de Pender (1987) es de gran apoyo para la enfermería debido a que ofrece un marco explicativo de por qué las personas realizan conductas promotoras de salud y otras no lo llevan a cabo. Es importante que se considere la necesidad de la investigación social como parte de la práctica de enfermería a fin de analizar la problemática de estos niños como un fenómeno que incide y es determinado a su vez por la salud infantil comunitaria

En relación a la congruencia interna del instrumento FCPMECED se obtuvo un Alpha de Cronbach de .7216 para la escala total, considerando una confiabilidad aceptable (Polit, 1994), para el instrumento EEVMECED estilos de vida del menor en circunstancias especialmente difíciles se obtuvo un Alpha de Cronbach de .7863 para la escala total y se considera aceptable.

5.3 RECOMENDACIONES

Seguir utilizando los instrumentos Escala para estilos de vida de Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (EEVMECED) y el de Factores Cognoscitivos y Perceptuales para Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (FCPMECED) en poblaciones infantiles con características diferentes a fin de mejorar la congruencia interna de éstos.

Realizar investigaciones cualitativas en donde se pueda observar directamente como se desarrolla la vida cotidianamente de estos niños a fin de documentar la influencia de factores cognoscitivos y ambientales, sobre sus estilos de vida

Realizar estudios de intervención de Enfermería enfocados ala promoción de salud en esta población para conocer con mayor precisión el efecto de factores cognoscitivos y perceptuales através de la orientación de enfermería y los estilos de vida.

Que el programa MECED analize los resultados obtenidos para tomar decisiones en la orientación que debe tener este programa promoviendo aqui el papel de la enfermera pediátrica.

Que la enfermera escolar y comunitaria den la importancia que merecen este grupo de niños y se estudie más profundamente separando por rangos de edad más precisos y de esta forma determinar aún más los conocimientos que en aspectos de salud tienen estos menores

Que las enfermeras pediátricas reconozcan una nueva oportunidad para desarrollar modelos de intervención que mejoren la salud de estos niños.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso, M., Martínez, M y Rodríguez, L. Estilos de vida y uso de servicios de salud Tesis de grado de Maestría, Facultad de salud pública (1993).
(U.A.N.L.)
- Banco Mundial(1995)
- Bandura,A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behaviors change.
Psychology Review,(1977) pp 191-215
- Bond, L. La dolorosa realidad de los niños de la calle. Boletin de la oficina sanitaria panamericana(1993), 114 (2) pp 97-103
- Bond, L. El sida y los niños de la calle un llamado urgente de acción. Boletin dela oficina sanitara panamericana(1994).117(1) pp
- Becker MH; The Healt Belief Model and Personal Behavior. Thorofare, NJ,
Charles B Slack, (1974)
- Brubaker B.H: Health promotion: A linguistic analysis. Adv Nurs sef 5:1 - 14.
(1983)
- Coral, M. Organización y procedencias subcultura del niño de la calle ,
Memorias_(DIF, Puebla).(1987)
- Cruz, P, Los niños que trabajan en la calle (1993)
- DIF, Estamos aprendiendoMese Yucatán,(1993)
- De la garza, De la Vega y Zuñiga, Control social y el uso de derogas menores que trabajan en la via pública caso Monterrey Salud Mental. V.8, No.3.
(1985)
- Di Clemente C.C Self - efficacy and smoking casación maintenances. A
reliminary report. Cog Tue Res 175 - 187 (1981)
- Encuesta Nacional de Salud S S A (1988)
- Ferguson, C, Opiniones de los adultos hondureños respecto a los niños

- callejeros. Boletín de la Oficina sanitaria panamericana de salud (114)(2)
pp.105-113.(1993)
- Filgueras,A. Entre los niños callejeros, Salud Mundial pp 6-8 (1992)
- Forasteri,V. El trabajo de los niños, Salud Mundial pp 8-10 (1992)
- Guendelman, S. El dilema étnico en la salud infantil clase ó cultura.Asociación
Fronteriza Mexicano estadounidense de salud.(1985)
Gente Sana (1979)
- Ibañez B, , Manual para la elaboración de tesis Consejo nacional para la
enseñanza e investigación en Psicología, Trillas pp 127-130 (1995)
- INEGI, Censo General de Población y Vivienda (1990)
- Kaminsky, D, Health and Social Condition of strett children in Honduras AJDC
Vol_ 147 (1993.)
- Laffrey SC: Health promotion: Relevance for nursing. Top Clin Nurs 7:29 - 38,
(1985)
- Levin ,J. Fundamentos de Estadística en la investigación social,Ed. Harla
1977.
- Mesa L. Atención de salud para los pobres en America Latina y el Caribe OPS
(1992.)
- MESE, DIF. Nuevo León, Tiende una mano a los niños de la calle (1992)
- MESE, Zacatecas, Yucatan, Puebla, Nuevo León (1986)
- Nzimakwe,D.y Brookes, H., Una investigación para determinar el estado de
salud de niños de la calle institucionalizados en un establecimiento de
seguridad en Durban, Curationis, Vol 17, N° 1, 1994
- Ortiz , B. Niños en situación extraordinaria caso monterrey, (1995)
- Palank, C. Aspectos determinantes de la conducta Promotora de la salud
Clinicas de enfermería de Norteamérica vol 4. pp 849-865,(1991)

- Page, .A, Homeless families and their children´s health problems a utah urban experience , The western journal of medicine (1993.)
- Pender, N.J. Promoción de la salud en la práctica de Enfermería. Un modelo propuesto para la conducta promotora de salud pp. 57-62, (1987)(1990)
- P.N.D. Programa Nacional de Desarrollo (1995)
- Polit, D y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud IV Edición Interamericana.Mc Graw-Hill, México. (1994)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México(1987)
- Rubio. Menor en la calle, Memorias MESE Puebla pp 52-58,(1988).
- Rodriguez A , Conocimientos y percepciones de salud de adultos jovenes en relación con su estilo de vida. Tesis inedita, Facultad de Enfermería, U.A.N.L., 1996
- Rosenstock,I. Historical Origins of the health Belief model Journal of Health an social Bheavior New Jersey p. 1 - 28 (1974)
- Salazar, C.M., Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia, Tesis de grado , Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.,1996.
- Silas,R. El niño es el padre del hombre, Salud Mundial. OMS pp 10-13,(1986).
- Smith,J. The idea of health implications for the nursing, profession, New York, Teachers, Colleague Press, (1988)
- Spellbring,A. Promoción de la Salud. Clinicas de Enfermería de Norteamerica, Vol 4 pp. 837-847, (1991).
- Tillet, L. Modelos y Teorías en Enfermería, Modelo de Pender Mosby / Doyma 3ra.Edición pp. 508-513, (1993)
- UNICEF, Estado Mundial de la Infancia ,(1992)

Whaley, L.F. Tratado de Enfermería Pediátrica, Interamericana, Mc Graw-Hill, Mexico pp. 9-20 (1988), (1995).

Weatcher, P Cuidado de la salud del Niño, Enf. Pédica. Interamericana, Mc. Graw- Hill pp.38-40 (1993).

Zuñiga, V., Garza G., de la Vega. Control social y uso de drogas en menores que trabajan en la vía pública (caso Monterrey) , Salud mental Vol. 8 (1985)

APENDICES

APENDICE A
Universidad Autonoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería
Secretaría de Posgrado

I.-DATOS DE IDENTIFICACION

- 1.1.-Número de encuesta
- 1.2.-Edad en años cumplidos
- 1.3.-Sexo
 1.Femenino
 2.Masculino
- 1.4.-Ciudad donde vive _____
- 1.5.-Procedencia
 (Municipio y estado) _____
- 1.6.-Vive con su familia
 1.Si
 2.No
- 1.7.-Cruceiro donde trabaja _____
- 1.8.-Pertenece al MESE
 1.Si
 2.No
 3.He escuchado de el
 4.Me gustaría pertenecer a él
- 1.9.- Tipo de ocupación en la calle
 (Describir) _____
- 1.10.- Escolaridad
 (Ultimo año cursado.)
 1.Sin escolaridad 4. 1 a 3 Secundaria 7. Sabe leer y escribir
 2. 1 a 3 de Primaria 5. Carrera técnica pero no estudio
 3. 4 a 6 de Primaria 6. Preparatoria
- 1.11.-Actualmente estudia
 1. Si
 2. No
- 1.12.-Horas de trabajo en la calle al día
 1. Menos de 4 hrs.
 2. 4 - 6 hrs.
 3. 6 - 8 hrs.
 4. 8 - 10 hrs
 5. más de 10 hrs.

II - Datos Biofisicos**1. Peso (kgs.)**

2. Talla (cms)

APENDICE B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DEPOSTGRADO

ESCALA PARA FACTORES COGNOSCITIVOS Y PERCEPTUALES DEL MENOR EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFICILES

(FCPMECED)

INDICACIONES: Esta escala contiene información sobre conocimientos y percepciones con respecto a la promoción de la salud. Por favor responde a cada pregunta de acuerdo a lo que sabes, piensas o sientes, si tienes dudas pregunta a la enfermera que te entrevistó. De acuerdo a lo que sabes responde con una T.A. = Totalmente de acuerdo. P.A = Parcialmente de acuerdo (a veces), y F.D. = Fuertemente en desacuerdo.

36. La salud le permite a las personas sentirse agusto cómodo y feliz, con su medio ambiente.	TA	PA	FD
37. La salud aumenta las ganas de trabajar y estudiar	TA	PA	FD
38. Cuando estoy enfermo busco ayuda de inmediato	TA	PA	FD
39. No puedo ir a consultar por que no tengo quien me acompañe	TA	PA	FD
40. La salud me ayuda a adaptarme a cualquier persona	TA	PA	FD
41. Evito ir a consultar por que tengo miedo a los hospitales y centros de salud.	TA	PA	FD
42. No puedo ir a consultar por falta de dinero.	TA	PA	FD
43. Mi salud es buena.	TA	PA	FD
44. Me enfermo de diarrea y vomito frecuentemente	TA	PA	FD
45. Me enfermo de la garganta, tos y gripa frecuentemente	TA	PA	FD
46. No asisto a consultar por que me tratan mal (regañan) los - Médicos y las enfermeras	TA	PA	FD
47. Hacer ejercicio mejora la salud y evita enfermedades	TA	PA	FD
48. Las drogas provocan adición y daños en la cabeza	TA	PA	FD
49. Las frutas y verduras son buenos alimentos ayudan al crecimiento	TA	PA	FD
50. Soy capaz de cambiar mis conductas para estar sano	TA	PA	FD
51. Si me accidentara pediría ayuda en hospitales o centros de salud de inmediato.	TA	PA	FD
52. Cuando he tomado un tratamiento médico siempre lo cumplo.	TA	PA	FD
53. El comer una buena alimentación y hacer ejercicio ayudan a	TA	PA	FD

estar sano.

54. La salud será mejor si no se toma, fuma y usan drogas.	TA	PA	FD
55. El quererse así mismo ayuda a mantenerse sano	TA	PA	FD
56. Si para estar sano debo cambiar de trabajo lo lograría	TA	PA	FD
57. Es necesario estar vacunado y asistir con el médico para evitar enfermedades	TA	PA	FD
58. Para estar sano necesito que me chequeen el peso, talla y me examinen	TA	PA	FD
59. Para evitar enfermedades yo trato de bañarme, aseoarme y descansar	TA	PA	FD
60. El beber alcohol dificulta a la gente trabajar, ser feliz y causa enfermedades	TA	PA	FD
61. Mi salud puede mejorar si tuviera lo necesario en mi casa	TA	PA	FD
62. Para crecer sano y fuerte es necesario consumir leche, carne y huevos	TA	PA	FD

PROMOCION DE LA SALUD CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES

PREGUNTAS

ESCALA TOTAL

Conocimientos y Percepciones de Promoción de la salud.	27
---	-----------

PREGUNTAS

SUBESCALA

Parte A: Definición de Salud	36, 40, 53,54,55
Parte B: Importancia de la salud	37,38,48,58,60
Parte C: Estado de salud percibido	43,44,45,61
Parte D: Percepción de la autoeficacia	50, 51, 52, 56
Parte E: Beneficios percibidos	47,49,57,59,62
Parte G: Barreras percibidas	39, 41, 42,46

CONTEO

Totalmente de acuerdo (T.A.)	3
Parcialmente de acuerdo (P.A.)	2
Fuertemente en desacuerdo (F.D.)	1

APENDICE C

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POSTGRADO

Instructivo para la cédula Conocimientos y Percepciones sobre Promoción de la Salud.

I. Ficha de Identificación

1. Edad; anote en años cumplidos la edad del menor (únicamente de 8 -18 años)
2. Sexo ;seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta
 1. Para femenino
 2. Para masculino
3. Domicilio: anote la colonia y ciudad donde vive.
4. Procedencia: Municipio y Estado de donde viene.
5. Vive con su familia: seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta
 1. Para Si
 2. Para No
6. Crucero donde trabaja: entre que calles esta ubicado.
7. Pertenece al MESE: anote la opción correspondiente

1-Si	3- He escuchado de él
2-No	4-Me gustaría pertenecer a él
8. Tipo de ocupación en la calle: describir, por ejemplo si es vendedor especificar que por ejemplo chicles, periodico, flores, gelatinas, frutas, flores etc.
9. Escolaridad: anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar que completo el encuestado, se utilizarán las siguientes opciones

1- Sin escolaridad	4- 1 - 3 secundaria	7- Sabe leer y escribir pero no estudio
2- 1 - 3 de primaria	5- Carrera Técnica	
3- 4 - 6 de primaria	6- Preparatoria	

10. Actualmente estudia: anote una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta.

- 1- Si
- 2- No

11. Horas de trabajo en la calle al día: anote la opción correspondiente

- 1- Menos de 4 horas
- 2- de 4 - 6 horas
- 3- de 6 - 8 horas
- 4- de 8 - 10 horas
- 5- más de 10 horas

II DATOS BIOFISICOS

1-.Peso: anote en forma correcta el peso determinado en Kilos y gramos de dos cifras para kilos y una para gramos, señalando el punto entre kilos y gramos ejem. 54.500 - 54.5

2-. Talla: anote en metros y centímetros ejemplo; 1 m. 75 cm. - 1.75

APENDICE D

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DEPOSTGRADO

ESCALA DE ESTILOS DE VIDA DEL MENOR EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALMENTE DIFICILES

(EEVMECED)

INDICACIONES:

Te pedimos respondas a cada pregunta lo más cercano a lo que haces trata de responder a todas las preguntas, si tienes dudas pregúntale ala enfermera que te entrevista para que te ayude. Di cada y cuando realizas las actividades que se te preguntan, tú respuesta N= Nunca lo hago, F= con Frecuencia lo hago y S= Siempre lo hago.

14-.Desayuno todos los días	N	F	S
15-. Me gusto yo mismo	N	F	S
16-. Realizo ejercicio por lo menos tres veces a la semana	N	F	S
17-.Tengo todas las vacunas	N	F	S
18-. Estoy contento con mi vida	N	F	S
19-. Siento que estoy creciendo y formándome para ser útil en la vic	N	F	S
20-. Me baño todos los días	N	F	S
21-.Evito fumar aunque me insistan mis amigos	N	F	S
22-. Evito tomar aunque me inviten mis amigos	N	F	S
23-. Platico de mis problemas con la gente cercana a mi	N	F	S
24-. Me siento feliz y contento cuando recibo cariño y afecto de . mi familia.	N	F	S
25-. Hago ejercicio fuerte de 20 a 30 minutos por lo menos tres veces a la semana	N	F	S
26-. Como tres veces al día	N	F	S
27-. Leo revistas, veo boletines en la T. V. y escucho información sobre como evitar enfermedades	N	F	S
28-. Trabajo para ayudar a mi familia	N	F	S
29-.Me cambio de ropa y me peino a diario	N	F	S
30-. Diariamente como frutas y verduras	N	F	S
31-. Diariamente como leche, huevos y carne	N	F	S
32-. No me gusta como se ven las personas que han bebido alcohol	N	F	S
33-.Practico deportes con mis amigos (futbol, boli otros)	N	F	S
34-. Le pido a mi familia que me lleve a consultar cuando me siento enfermo	N	F	S
35-. Me lavo las manos antes de comer y después de ir al baño	N	F	S

PROMOCION DE LA SALUD. PERFIL DE ESTILOS DE VIDA

ESCALA TOTAL		PREGUNTAS
	Estilo de vida Promoción de la salud	22
SUBESCALA		PREGUNTAS
	Parte A: Nutrición	14,26,30,31
	Parte B : Habitos personales	20,29,35
	Parte C: Responsabilidad en salud	17,27
	Parte D: Apoyo familiar	23,24,28,34
	Parte E: Autoestima	15,18,19
	Parte F: Ejercicio	16,25,33
	Parte G: Tabaco y Alcohol	21,22,32
	CONTEO	
	Nunca	1
	Frecuentemente	2
	Siempre	3

APENDICE E

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADOR	PREGUNTA
FACTORES COGNOSCITIVOS.	DEFINICION DE SALUD La idea que el menor tenga acerca de la salud como se obtiene y como se pierde.	<p>1-.Que es para ti salud.</p> <p>a) Ausencia de enfermedad</p> <p>b) Realizar tus actividades en forma normal.</p> <p>c) Sentirte bien,comodo en tu medio</p> <p>d) Sentirte fuerte poderosos capaz de hacer todo</p> <p>e) Estar bien con Dios</p> <p>f)Otros _____</p> <p>2-Por que crees que te enfermas</p> <p>a) Comes poco</p> <p>b) No te bañas ni te cambias de ropa</p> <p>c) Por tisteza</p> <p>d) Por portarse mal</p> <p>e) Por andar en la calle</p> <p>f) Por que no estas vacunado y vive en lugares contaminados</p> <p>h) Otros. _____</p> <p>3-Que crees que se debe hacer para estar sano</p> <p>a) Comer bien</p> <p>b) Dormir,bañarse y hacer deporte</p> <p>c) Estar vacunado e ir al médico</p> <p>d) No estar en la calle</p> <p>e) Vvir con mi familia</p> <p>f)Fumar,tomar alcohol,drogas</p> <p>g) Otro _____</p> <p>4-.Que haces para mantenerte sano.</p> <p>a)Bañarme a diario,dormir bien y hacer deporte.</p> <p>b) No fumar,no beber y no tomar drogas</p> <p>c)Portarse bien y no molestar niñas</p> <p>d) Querer a mis padres y obedecer</p> <p>e) Ir consultar y a vacunarme</p> <p>5-.Que haces cuando te enfermas</p> <p>a)Consulta el Médico</p> <p>b) Te automedicas</p> <p>c) Tomas remedios,hierbas.</p> <p>d) Vas con curandero</p> <p>e) Desacansa, no sale de la casa.</p> <p>f) No haces nada dejas que pase la enfermedad.</p> <p>6-.Quien te cuida cuando te enfermas</p> <p>a) Mamá</p> <p>b) Papá</p>

VARIABLE	<p>INDICADORES IMPORTANCIA DE LA SALUD Es el valor que se le da a la salud y facilita iniciar acciones.</p>	<p>c) Familia d) Amigos,vecinos e) Nadie f) Otros _____</p> <p>PREGUNTA 1-.Por que es importante estar sano a) Puedo trabajar b) Puedo estudiar c) Permite jugar y divertirse d) Por queme siento agusto e)Por que puedo convivir con mi familia f) No es importante estar sano g) Otros</p> <p>2-.Si pudieras pedir tres deseos que pedirias (Número por orden de importancia) a) Tener dinero _____ b) Vivir con mi familia _____ c) Tener comida a diario _____ d) Tener juguetes _____ e) Estar sano _____ g) Tener trabajo seguro _____ h) No trabajar mientras soy niño _____ i) Otro _____</p> <p>3-.Si estás enfermo y te dan dinero para que te alivies en que gastas el dinero a) Médico y Comprar medicinas b) Se lo doy a mi mamá c) Lo uso para mis necesidades</p>
VARIABLE FACTORES PERCEPTUALES	<p>INDICADORES ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Como el menor percibe su salud,si es buena, mala ó regular</p>	<p>PREGUNTA 1-.Como te sientes hoy de salud a) Bien b) Regular c) Mal d) No sabe</p> <p>2-.Como te das cuenta de que estas enfermo a) No tengo hambre b) Me siento cansado c) Tengo fiebre d) No me siento bien e) Otros</p> <p>3-. Sabes cuando te puedes enfermar a) No he comido bien b) No me baño c) Como cosas de la calle d) Me voy a la calle e) Otros</p> <p>4-.Que actividades realizas después de trsbajar</p>

- a) Juego
- b) Me duermo
- c) Veo televisión
- d) Voy a la escuela

5-.Crees que te puedes enfermar

- a) Si
- b) No

6-.Estas enfermo en este momento

- a) Si
- b) No

7-.De que estás enfermo

- a) Gripe, tos, amigdalas.
- b) Diarrea, vomito, dolor de estomago.
- c) Malestar general

8-. Enfermarse para ti es

- a) Bueno
- b) Malo
- c) No importa

9-. Te quieres a ti mismo

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

10-. Te quieren en tu casa.

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

VARIABLE

INDICADORES

PERCEPCION DE AUTOEFICACIA.

La convicción de que la persona puede ejecutar con buenos resultados, la conducta específica necesaria para producir un resultado deseado.

- a) Capacidades.
- b) Fuerzas personales.

PREGUNTA

1-.Te sientes contento cuando

- a) No estas enfermo
- b) Ganaste dinero
- c) Tu familia te cuida
- d) Comes bien

2-.Que te gustaría aprender ahora.

- a) Cuidar de mi mismo
- b) Un oficio
- c) Karate
- d) Leer y escribir

3-. En caso de que me accidentara que haría.

- a) Acudiría a mi familia
- b) Acudiría a la cruz verde
- c) Acudiría a mis amigos
- d) Ni haría nada

4-.Cuando estoy enojado ó triste que hago

- a) Me peleo con otros

- b) Hago destrozos en lugares públicos
- c) Me aguanto
- d) Hago ejercicio, como correr ó caminar
- e) Escucho música

5-. Cuando te recetan un tratamiento

- a) Lo sigues hasta terminarlo
- b) Solo inicias y abandonas
- c) No lo sigues

6-. Si quisieras cambiar tus hábitos

lo lograrías. (Siempre, Algunas veces, Nunca)

- a) Bañarte a diario
- b) No fumar
- c) Ni tomar alcohol
- d) Comer bien
- e) Comer a mi horario
- f) Hacer ejercicio

VARIABLE

INDICADORES
BENEFICIOS
PERCIBIDOS

PREGUNTA

1-. Crees que tú salud mejoraría si

- a) Comes bien
- b) Duermes bien
- c) Hacer ejercicio
- d) No tomas alcohol
- e) Te bañas diariamente
- f) No fumas
- g) Tienes buen peso

2-. Hacer ejercicio mejora la salud por que

- a) Te ves mejor
- b) No te enfermas
- c) Trabajas mejor
- d) Te sientes fuerte
- e) Te diviertes

3-. Por que es importante bañarse

- a) Para estar limpio
- b) No oler mal
- c) Evita que te enfermes
- d) Tener buena presencia
- e) Me quieren en mi casa
- f) No me quieren para nada.

4-. Durante el día de hoy que comiste.

- a) _____

5-. A limentos que no te benefician

- a) Carne y pollo
- b) Leche y huevo
- c) Sodas y refresco
- d) Papitas, fritos y pan
- e) Frutas y Verduras

VARIABLE

INDICADORES
BARRERAS
PERCIBIDAS

- 6-. Si comes bien y a tus horas
- Te mantienes sano
 - Tienes buen peso
 - Te sientes fuerte y con cariño
 - Puedes vender y estudiar.
 - Evitas enfermedades
 - No sirve para nada

PREGUNTA

1-. Si te explicaran que puedes comer por el mismo precio de lo que gastas en papitas y coca.

- Lo haría
- No lo haría

2-. Si te hicieran un examen general de salud, aceptarías.

- Sí
- No

3-. Por que

- Es difícil
- Es incomodo
- No puedo
- No quiero

4-. Si se diesen clases sobre salud de que te gustaría que fueran

- Nutrición
- Primeros auxilios
- Drogas
- Ejercicio

5-. Crees que puedes cuidar de ti mismo

- En caso de accidente
- En caso de enfermedad
- En caso de abuso

6-. Es difícil vivir en la calle

- Si
- No

7-. Que la hace difícil

- Los accidentes
- Las personas
- Lo que vendes

8-. Cuando acudes al médico

- Cuando enfermas
- Piensas que algo no esta bien

9-. Si quisieras tener buenos hábitos comer bien, hacer ejercicio, bañarse diario, que dificultades tendrías.

- No tengo dinero

- b) No tengo facilidades en mi casa
- c) No tengo quien me ayude
- d) No me interesa
- e) No tengo tiempo.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Blanca Lidia Ortiz Atilano

Candidato para el Grado de

Maestro en Enfermería con Especialidad en Materno-Infantil: Pediátrica

**Tesis: Factores Cognitivo Perceptuales en Estilos de Vida de Menores
en Circunstancias Especialmente Dificiles**

Campo de Estudio: Enfermería Pediátrica.

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 25 de Diciembre de 1965, hija de Francisco Ortiz Hernández y Rosa Elia Atilano Coronado

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Licenciado en Enfermería en 1989, tercer lugar de generación.

Experiencia Profesional: Clínica y Maternidad Conchita, como enfermera técnica en 1984, servicio social en el Hospital Universitario en el Departamento de Traumatología y Ortopedia, integrada al programa docente asistencial en el mismo servicio 1988-89, Instructor Clínico en la Preparatoria Técnica Médica desde 1989 a la fecha, En el IMSS como enfermera general en 1994.

```

1 COMPUTE indnutri = (((var00014 + var00026 + var00030 + var00031) - 4) / 8)
2 *100 .
3 EXECUTE .
4 COMPUTE inhabito = (((var00020 + var00029 + var00035) - 3)/6)*100
5 .
6 EXECUTE .
7 COMPUTE indrespo = (((var00017 + var00027) - 2)/4)*100 .
8 EXECUTE .
9 COMPUTE indapoyo = (((var00023 + var00024 + var00028 + var00034) - 4) / 8)
10 *100 .
11 EXECUTE .
12 COMPUTE indautoe = (((var00015 + var00018 + var00019) - 3)/6)*100 .
13 EXECUTE .
14 COMPUTE indejer = (((var00016 + var00025 + var00033) - 3) / 6)*100 .
15 EXECUTE .
16 COMPUTE indtabac = (((var00021 + var00022 + var00032) - 3) / 6)*100 .
17 EXECUTE .
18 COMPUTE indestil = ((SUM(var00014,var00015,var00016,var00017,var00018
19 ,var00019,var00020,var00021,var00022,var00023,var00024,var00025,var00026
20 ,var00027,var00028,var00029,var00030,var00031,var00032,var00033,var00034
21 ,var00035) - 22) / 44)*100 .
22 EXECUTE .
23 COMPUTE inddefin = (((var00036 + var00040 + var00053 + var00054 + var00055)
24 - 5) / 10)*100 .
25 EXECUTE .
26 COMPUTE indimpor = (((var00037 + var00038 + var00048 + var00058 + var00060)
27 - 5) / 10)*100 .
28 EXECUTE .
29 COMPUTE indestad = (((var00043 + var00044 + var00045 + var00061) - 4) / 8)
30 *100 .
31 EXECUTE .
32 COMPUTE indperce = (((var00050 + var00051 + var00052 + var00056) - 4) / 8)
33 *100 .
34 EXECUTE .
35 COMPUTE indbenef = (((var00047 + var00049 + var00057 + var00059 + var00062)
36 - 5)/10)*100 .
37 EXECUTE .
38 COMPUTE indbarre = (((var00039 + var00041 + var00042 + var00046) - 4) / 8)
39 *100 .
40 EXECUTE .
41 COMPUTE indfacto = ((SUM(var00036,var00037,var00038,var00039,var00040
42 ,var00041,var00042,var00043,var00044,var00045,var00046,var00047,var00048
43 ,var00049,var00050,var00051,var00052,var00053,var00054,var00055,var00056
44 ,var00057,var00058,var00059,var00060,var00061,var00062) - 27) / 54)*100 .
45 EXECUTE .
46 RECODE
47 var00009
48 (1 thru 3=1) (4 thru 7=2) INTO escolmod .
49 EXECUTE .
50 RECODE
51 var00004
52 (1=1) (2 thru Highest=2) INTO procemod .
53 EXECUTE .

```

```

51 CORRELATIONS
52 /VARIABLES=indnutri inhabito indrespo indapoyo indautoe indejer indtabac
53 /PRINT=TWOTAIL SIG
54 /STATISTICS DESCRIPTIVES
55 /MISSING=PAIRWISE .
56 NONPAR CORR
57 /VARIABLES=indnutri inhabito indrespo indapoyo indautoe indejer indtabac
58 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL SIG
59 /MISSING=PAIRWISE .
60 CORRELATIONS
61 /VARIABLES=inddefin indimpor indestad indperce indbenef indbarre
62 /PRINT=TWOTAIL SIG
63 /STATISTICS DESCRIPTIVES
64 /MISSING=PAIRWISE .
65 NONPAR CORR
66 /VARIABLES=inddefin indimpor indestad indperce indbenef indbarre
67 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL SIG
68 /MISSING=PAIRWISE .
69 CORRELATIONS
70 /VARIABLES=indestil indfacto
71 /PRINT=TWOTAIL SIG
72 /STATISTICS DESCRIPTIVES
73 /MISSING=PAIRWISE .
74 NONPAR CORR
75 /VARIABLES=indestil indfacto
76 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL SIG
77 /MISSING=PAIRWISE .

```

