

2016-11

Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en la adolescencia

Bojorge-Martínez, Ana E.

Bojorge-Martínez, A. E. (2016). Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en la adolescencia. Tesis de Maestría, Maestría en Comunicación de la Ciencia y la Cultura. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Enlace directo al documento: <http://hdl.handle.net/11117/4391>

Este documento obtenido del Repositorio Institucional del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente se pone a disposición general bajo los términos y condiciones de la siguiente licencia:
<http://quijote.biblio.iteso.mx/licencias/CC-BY-NC-2.5-MX.pdf>

(El documento empieza en la siguiente página)

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de Nivel Superior según Acuerdo Secretarial
15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 1976

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SOCIOCULTURALES
MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN DE LA CIENCIA Y LA CULTURA



ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la
dieta correcta y la activación física en la adolescencia.

Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Comunicación de la Ciencia y la Cultura
Presenta

Ana Elisa Bojorge Martínez

Director de tesis: Mtro. Sergio Omar Salazar Robles

Tlaquepaque, Jalisco 24 de noviembre del 2016

Agradecimientos

A Dios por su fuerte compañía.

A mi esposo Gabriel y a mis hijos David y Mateo por darme amor, espacio y tiempo para realizar este trabajo de investigación que les implicó en más de una ocasión no estar conmigo.

A las mujeres de mi vida Anita, Carmen y Sofía por su apoyo incondicional.

Al ITESO y a CONACYT por su apoyo para la realización de esta investigación.

A los maestros, profesionales de la salud y familias que me acompañaron en este proceso de transformación personal.

Resumen

Este trabajo aborda los patrones de comunicación familiar desde el modelo teórico de *Family Communications Patterns Theory* de Koerner y Fitzpatrick y su impacto en los conocimientos, actitudes y prácticas respecto (CAP) a la dieta correcta y la activación física en la adolescencia, como factores de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con la referencia del paradigma de la prevención primaria del Modelo de la historia natural de la enfermedad. Los principales hallazgos sugieren que los patrones de comunicación familiar tienen un variable impacto en la promoción de CAP's sobre la dieta correcta y la activación física de acuerdo a cada tipo de familia tales como *consensuadas*, *pluralistas*, *protectoras* y *laissez-faire*; en este estudio fueron seleccionados como objeto de análisis los patrones que tienen que ver con la autoridad de los padres, situaciones de conflicto, valor de las conversaciones y con la toma de decisiones.

Índice

Capítulo 1 Introducción	6
Presentación	6
Objeto de investigación	10
Problema de investigación	14
Objetivo general	17
Pregunta de investigación	18
Hipótesis de trabajo	18
Perspectiva teórica	20
Capítulo 2 Estado de la cuestión	27
Comunicación familiar entre padres e hijos	27
Comunicación familiar y prevención de ECNT	32
Capítulo 3 Marco teórico-metodológico	41
Teoría de patrones de comunicación familiar	46
Explicación de los tipos de familias según Koerner y Fitzpatrick (2004)	48
Teoría de la etiquetación	50
Metodología	52
Técnicas y herramientas elegidas	53
Consideraciones éticas	57
Capítulo 4 Implementación de instrumentos, sistematización, análisis e interpretación de resultados	59
Familias participantes	59
Grupo de discusión	61
Patrones de comunicación familiar	65
Resultados del cuestionario sobre apego a dieta correcta y activación física	77
Entrevista a experto	93
Capítulo 5 Consideraciones finales	107
Comunicación familiar	107
Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de enfermedades crónicas	111
Referencias bibliográficas	121
Apéndices	126
Apéndice 1 Guion de entrevista para médico	126
Apéndice 2 Instrumento revisado de patrones de comunicación familiar (Hijos)	127
Apéndice 3 Instrumento revisado de patrones de comunicación familiar (Papás)	129
Apéndice 4 Instrumento sobre percepción de dieta correcta y activación física	131

Apéndice 4.1 Resultados familia 1	132
Apéndice 4.2 Resultados familia 2	133
Apéndice 4.3 Resultados familia 3	134
Apéndice 4.4 Resultados familia 4	135
Apéndice 4.5 Resultados familia 5	136
Apéndice 5: Infográficos.....	123
Apéndice 6: Patrones de comunicación y CAP's dieta correcta y activación física.....	124

Capítulo 1 Introducción

Presentación

El interés particular que me movió a realizar este trabajo es que por más de una década de trayectoria profesional en comunicación organizacional en Guadalajara Jal., me he dedicado a diseñar contenidos para la difusión de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, tanto en revistas impresas, como programas de radio y sitios web.

En ese quehacer he identificado que las audiencias de medios corporativos, es decir los seguidores de los contenidos que las empresas ponen en agenda de sus propios medios masivos solicitan información para la salud, sobre temas que les preocupan, tales como drogadicción, comunicación familiar, osteoporosis, anorexia, bulimia, obesidad, Alzheimer, ecología, inteligencia emocional, diabetes, hipertensión, influenza y un sin número de intereses que no hablan más que de problemas manifiestos.

Entonces el abordaje de esos y muchos otros temas más, los he realizado con mis compañeros de trabajo quienes han sido comunicadores, diseñadores gráficos, administradores, mercadólogos, psicólogos, nutriólogos y químicos farmacobiólogos; desde una perspectiva de prevención, sin embargo siempre me quedaba la inquietud sobre si las demandas de información para la salud, parten de las experiencias previas sobre el padecimiento de enfermedades o de la intención de prevenirlas; por lo que las experiencias personales sobre la comunicación para la salud me resultan pertinentes para investigar al interior de la familia, la generación de ese proceso comunicativo, relativo a la temática de prevención de enfermedades como eje central, en este estudio, para observar los patrones de comunicación familiar y su impacto en la prevención.

Este trabajo tiene como propósito personal obtener el grado de Maestra en Comunicación de la Ciencia y la Cultura, mediante la defensa de mi tesis. Como propósito institucional (ITESO) pretendo ofrecer un estudio sobre los patrones de comunicación familiar como factor prevención de ECNT a través de la promoción de la dieta correcta y la activación física y aportar conocimiento científico para el sector médico sobre el tema. Ha sido mi interés abonar hacia una de las líneas prioritarias que el ITESO contempla en las problemáticas relacionadas con la salud pública (ITESO, 2016).

Parto de la idea de que en el trayecto de la vida de un individuo, es muy frecuente que el monitoreo e interés por el mantenimiento óptimo de su estado general de salud son acciones que aparecen hasta que una enfermedad le impide al sujeto la realización de alguna de las actividades de su vida cotidiana, al parecer acude al médico hasta que se enferma.

En este sentido, me parece que la prevención de enfermedades, no es una práctica arraigada en el estilo de vida de las personas alrededor del mundo, en específico la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), dado que este tipo de padecimientos según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) son la causa de muerte de 38 millones de personas cada año, de las cuales 16 millones se presentan en sujetos menores de 70 años de edad. Estas enfermedades son definidas por esa institución como aquellas que “no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes” (OMS, 2015). En su sitio web, la OMS (2015) afirma que las ECNT deterioran la salud de todos los grupos de edad y de todas las regiones aunque precisa que se asocian más con las personas de edad avanzada,

indica que niños y adultos son vulnerables debido a los factores de riesgo que se asocian con esos padecimientos tales como malos hábitos alimenticios, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol; el sobrepeso y la obesidad; el estilo de vida.

De manera precisa esos factores de riesgo muestran sus consecuencias cuando aparecen, síntomas de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea o la hiperlipidemia, los cuales se convierten en motivos de consulta en las clínicas u hospitales.

En México la tasa de mortalidad por las ECNT según David Kershenobich y Salomón Chertorivski (2013) incluyendo todas las edades por cada 100,000 habitantes rebasa el 78% y destacan que el porcentaje de defunciones por ECNT en 1960 era sólo del 7%. Estos autores mencionan que en el 2011 la OMS analizó la situación de las ECNT en nuestro país y reportó un aumento progresivo tanto en el índice de masa corporal (IMC) como en las cifras promedio de glucosa en ayunas, la prevalencia de sobrepeso en la población fue de 68% y de obesidad fue de 32%; 13.1% de la población mexicana tiene niveles elevados de glucosa y 33.9%, cifras elevadas de presión arterial, el 37% inactividad física y el 13.4% fuma.

Los habitantes del estado de Jalisco tienen una esperanza de vida de 75.6 años y las principales 5 causas por las que fallecen las personas son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, accidentes automovilísticos y enfermedades del hígado (INEGI, 2012). Aunado a esos datos el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, como se menciona en el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria* (2010) este problema genera en las personas enfermedades crónicas, razón por la que se considera como una epidemia por la Organización Mundial de la Salud (2004), pues es la

puerta de entrada para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades del sistema circulatorio, la osteoartritis y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otras.

Al respecto la Secretaría de Salud Nacional, ha desarrollado una serie de estrategias para contribuir a que los ciudadanos se involucren en el cuidado y mantenimiento de su salud, basándose en la prevención más que en el tratamiento, dado que éste representa un costo económico que según cálculos elaborados por Gutiérrez-Delgado et al. (2008) indican que el ingreso perdido por muerte atribuible a obesidad y sobrepeso fluctuó entre 15 059 millones y 25 099 millones de pesos en el 2008 y en el 2012 entre 22 436 y 48 244 millones de pesos.

Algunas de las estrategias gubernamentales para promover la prevención tanto de los factores de riesgo, como de las ECNT son, entre otros, el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*, *PREVENIMSS*, *PREVEINSTE*, *La salud empieza en casa* y *Seguro popular*.

Para este trabajo destaco la existencia del *Sistema Nacional de Información en Salud* establecido en la Secretaría de Salud, sustentado jurídicamente en la *Ley General de Salud* (2014), de la cual se deriva el *Reglamento en Materia de Protección Social en Salud*, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en el 2004, cuyo Capítulo VI especifica los términos en que operará el *Sistema Nacional de Información en Salud* (SINAIS), del cual en particular destaco el apartado que sustenta al SINAIS que es la *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud*, que tiene como uno de sus objetivos “establecer los criterios para obtener, integrar, procesar, analizar y difundir la información para la salud” (*Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, 2012*).

Objeto de investigación

El objeto de investigación tiene como centro **los patrones de comunicación familiar como factor o no de prevención de las ECNT**, en particular a través de la promoción de la dieta correcta y de la activación física, específicamente entre padres o tutores e hijos adolescentes todo ello para lograr los siguientes objetivos: identificar el contexto en el que sucede este tipo de comunicación; recuperar las características de los sujetos de investigación en la descripción que hagan de sus conversaciones sobre la prevención de las ECNT en situaciones de conflicto; toma de decisiones, autoridad de los padres y valor de las conversaciones; para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los miembros respecto a la prevención.

Los patrones de comunicación familiar entre padres o tutores e hijos adolescentes como objeto de estudio se encuentran delimitados dentro de la dimensión cultural de enfermedad misma que es abordada desde la antropología médica, a decir de Martínez Hernández (2011), existen diferentes teorías culturales de la enfermedad con la “idea de que los padecimientos humanos constituyen universos narrativos y simbólicos que condensan formas de experiencia propias del mundo local” (p. 8).

Los patrones de comunicación según Koerner y Fitzpatrick (2002, p. 85) se entienden como proponen Macleold y Chafee (1972) y Fitzpatrick y Ritchie (1994) como creencias centrales que determinan cómo se comunican las familias y son visibles en el manejo situaciones de conflicto, toma de decisiones, autocontrol, resiliencia ante ambientes adversos, en la autoridad de los padres o en el valor que los miembros le dan a las conversaciones familiares. Lo que permite visibilizarlos es la orientación de dos dimensiones: la conformidad y la conversación. La orientación de la conversación es definida como “el grado a través del cual las familias crean un ambiente en el que todos los

miembros se animan a participar sin restricción en la interacción de una amplia variedad de temas” (p. 85). La orientación a la conformidad se refiere “al grado en cual la comunicación familiar se esfuerza en crear un clima de homogeneidad de actitudes valores y creencias” (p. 85).

Es importante aclarar que los patrones de comunicación familiar entre padres o tutores e hijos no se abordarán desde la dimensión biomédica de la antropología médica que es aquella en la se investigan las enfermedades y los sistemas médicos (Martínez Hernández 2011, p. 7).

El enfoque de este trabajo está en la prevención y para esto tomo de referencia el Modelo de la Historia natural de la enfermedad y sus niveles de prevención propuesto por Leavell y Cralk (1965) y que comprende tanto la prevención primaria, como la prevención secundaria y la prevención terciaria.

Prevención primaria

En este nivel los procedimientos médicos no están enfocados a un padecimiento específico, sino que sirven para lograr el bienestar y la salud en general, tales como la educación higiénica, el buen nivel de nutrición de acuerdo a la fase de vida o condición en la que se encuentre cada individuo, tales como la niñez, adolescencia, juventud, vejez; o el embarazo, cada etapa de la vida requiere una nutrición particular.

De este modo la inclusión de la familia y de la sociedad son factores importantes para promover la salud de cada persona y del grupo al que pertenece. Otros factores que contemplan los autores de este modelo son la recreación, y las condiciones agradables en el hogar y en el trabajo, debido a que la influencia entre los individuos de un mismo grupo en ocasiones es determinante. Los exámenes preventivos se hacen para mantener y preservar la salud, estos permiten la detección temprana de alguna patología, porque se hacen cuando

la persona no está enferma o no presenta síntomas. Dentro de este nivel los autores mencionan también la protección específica, que es un tipo de prevención a base de medidas aplicables para evitar una enfermedad en particular o a un grupo de enfermedades, con el objetivo de detener las causas antes de que comprometan la salud del individuo, tales como estudios de laboratorio.

Prevención secundaria

Este nivel de prevención describe las ventajas de los diagnósticos y tratamientos oportunos, los objetivos de estos: son prevenir el contagio a otros (en el caso de las enfermedades infecciosas); curar o detener el proceso patógeno para prevenir complicaciones o secuelas, así como evitar la incapacidad de las personas por largos periodos de tiempo. En enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes, el diagnóstico temprano, según los autores ha probado eficiencia en el ataque a la enfermedad en su historia natural. Los exámenes para detectar enfermedad son parte de la prevención secundaria ya que estos previenen el desarrollo de patologías, su cronicidad y la muerte.

Prevención terciaria

En este nivel ya no hay otra cosa que hacer más que centrarse en la rehabilitación, en sus tres dimensiones que son la física, la social y la mental a través de la cuales se busca detener el proceso patógeno (en el caso de las enfermedades infecciosas) y en la prevención de la invalidez completa, para que el individuo pueda continuar su vida integrado al sector laboral y a su grupo social, y que pueda de este modo contar con todas sus capacidades físicas y mentales.

En la siguiente tabla se ilustra el modelo de la historia natural de la enfermedad propuesto por *Leavell y Clark. (1965, p. 18)* y que se entiende desde tres paradigmas; en el primero se ubica al sujeto en un periodo pre-patogénico o patogénico; en el segundo paradigma lo ubica en una etapa de prevención: primaria, terciaria o secundaria y en el tercer paradigma ubica al sujeto en las conductas y prácticas requeridas para el cuidado y mantenimiento de su salud.

Tabla 1 Historia natural de la enfermedad

Paradigma 1	Período pre-patogénico		Período patogénico		
Paradigma 2	Prevención Primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
	Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Paradigma 3	Conducta del hombre sano frente a acciones preventivas primarias		Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas secundarias		Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas terciarias
	Participar efectivamente en programas de salud. Consultar periódicamente al médico. Buscar información adecuada para el mantenimiento de la salud. Adoptar hábitos nutricionales adecuados		Consultar periódicamente al médico. Percibir correctamente los síntomas y definir adecuadamente la propia enfermedad. Buscar ayuda médica competente. Adoptar el papel del enfermo en forma apropiada. Ajustarse al sistema social hospitalario		Abandonar oportunamente el papel de enfermo y paciente. Adaptarse a una nueva identidad

Fuente: Leavell y Clark. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. McGraw-Hill book Company, New, York, 1965, pag 18.

Este modelo usado en la epidemiología, focaliza la atención en detectar el agente causante de la enfermedad materializado en virus, bacterias o ambiente contextual; opera priorizando lo biológico por lo que cuando una enfermedad no es causada por un agente patógeno, se invierte más tiempo en estudios de laboratorio y tratamientos basados en prueba y error para curar al paciente.

Problema de investigación

El problema de investigación se sitúa en el campo de la comunicación para la salud; este concepto se entiende como propone Schiavo (2007) quien afirma que se trata de un proceso comunicativo que “opera dentro de un complejo ambiente en el que se alienta y apoya a las personas para que adopten y mantengan conductas saludables” (2007, p. 7).

La complejidad de ese ambiente se da debido a que no sólo participan individuos, o comunidades (una de las cuales es la familia), sino también profesionales de la salud; servicios públicos y privados de salud, campañas, así como programas y políticas de las autoridades de salud; todos con la finalidad de influir en los comportamientos de las personas para la prevención de enfermedades.

El problema de investigación surge de la tensión entre lo que circula en el campo de la comunicación en salud y lo que circula en la comunicación familiar respecto a la prevención de enfermedades y de manera muy específica de enfermedades las crónicas no transmisibles.

En este sentido, y como ya se ha expuesto, este trabajo se centra en los patrones de comunicación familiar como factor de prevención de las ECNT, específicamente de diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, observados desde la cotidianidad, con la intención visibilizar lo que circula a nivel micro social frente a las discusiones del campo de la comunicación en salud, específicamente respecto a la prevención.

Un contexto único para estudiar la comunicación humana es la comunicación familiar. Koerner y Fitzpatrick (2002), sostienen que los teóricos están obligados a investigar una variedad de temas, partiendo de los conceptos “familia” y “comunicación” mismos que han sido estudiados de manera “infame” a decir de los autores porque “cualquiera” sabe qué son y cada quien tiene una idea diferente para definidos.

Ilustración 1 Comunicación familiar y comunicación en salud



Koerner y Fitzpatrick (2002a), proponen entender la familia desde una definición transaccional, en la que la familia es entendida desde un panorama que abre las fronteras de definiciones como las que contemplan a la consanguinidad o los lazos legales como factores para entender este concepto de manera flexible, lo que permite reconstruirlo e incorporar los cambios sociales que han roto viejos paradigmas y que permiten entender a la familia como cada una de éstas decida definirse. Desde su propuesta los autores, destacan tres perspectivas que los científicos sociales han seguido históricamente sobre la conceptualización de la familia y, que son explicadas por Wambolt y Reiss, (1989):

En primer lugar, exponen las **definiciones estructuralistas** de la familia que están basadas en la presencia o ausencia de algunos miembros o roles en la familia; otras basadas en la distinción, tal es caso de la familia de origen, familia de procreación, familia de padres solteros, familias encabezadas por padres homosexuales, familias adoptivas y familias extendidas.

En segundo lugar presentan las **definiciones psicosociales** de la familia basadas en grupos de personas unidas por conseguir una meta común juntos, como mantener el hogar, dar educación a los hijos y proporcionar apoyo emocional y material para todos.

Y finalmente, presentan las **definiciones transaccionales** de la familia que están basadas en grupos de personas que por sus comportamientos generan un sentido de familia e identidad con lazos emocionales y experiencias compartidas de historia y futuro.

Por otra parte, las definiciones de comunicación humana según Koerner y Fitzpatrick (2002b) son tan problemáticas como las de la familia, sin embargo dichos autores argumentan que la comunicación no parte solamente de premisas que se dirigen a conclusiones “garantizadas” sobre las mismas premisas de origen (emisor, mensaje, receptor), sino que sugieren que el modelo de comunicación “inferencial” contempla un espectro más amplio que los esquemas de significados y símbolos. Según ellos los sujetos que se comunican desde el modelo inferencial, no responden simplemente a un símbolo, sino que “analizan las características del contexto “pragmático” (p. 72), y el entendimiento se alcanza mediante la activación de un proceso de declaración e interpretación, así mismo tiene lugar la desactivación de ese proceso dando como resultado conocimiento previo y expectativas diferentes. A decir de Koerner y Fitzpatrick (2002b), el modelo inferencial de comunicación sugiere que los símbolos deben ser reconocidos e interpretados a través de la complejidad del proceso cognitivo involucrado, como la re-cognición o memoria. Esto requiere hacer inferencias acerca de las “intenciones” detrás del uso de símbolos que se basan en el entendimiento de convenciones sociales (costumbres), que rigen el curso de ciertos símbolos, su relación con el emisor y el receptor así como la forma de pensar-ser-hacer, tanto de unos como de otros.

Los autores contemplan que partir de este modelo de comunicación (inferencial) ofrece posibilidades para desarrollar teorías únicas de comunicación familiar.

Entre otros trabajos y en el interés de explicar la comunicación familiar, consideran la intersubjetividad y la interactividad Fitzpatrick & Ritchie (1993) como factores que participan simultáneamente en el ambiente comunicativo de la familia, tanto como unidad social y como miembro perteneciente. Por intersubjetividad se refieren al hecho de compartir conocimiento entre quienes participan en un evento comunicativo; mientras que por interactividad entienden el grado mediante el cual la “creación” del símbolo y la interpretación se relacionan.

Según los autores la comunicación es un proceso que se da simultáneamente con una unidad social (familia), que tome en cuenta la intersubjetividad y un elemento comportamental que contemple cómo los miembros de la familia mantienen sus propias estructuras cognitivas a través de los patrones de respuesta de los miembros de la familia en actos comunicativos (conversaciones).

Después de exponer lo anterior, es posible concretar que los patrones de comunicación familiar son un elemento clave, para conocer la manera en que se construye sentido respecto a prácticas como la dieta correcta y la activación física.

Objetivo general

Luego de presentar los elementos previamente definidos, es posible enunciar que el objetivo general es: Identificar la manera en la que los patrones de comunicación familiar y su contexto impactan en la promoción de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la dieta correcta y la activación física como factores de prevención de enfermedades, si es el caso de las crónicas no transmisibles, en la adolescencia.

Pregunta de investigación

Así mismo, es posible presentar la pregunta que ha guiado esta investigación, en la siguiente formulación:

¿De qué manera los patrones de comunicación familiar y su contexto impactan en la promoción de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la dieta correcta y la activación física, en la adolescencia?

Llegué a esa pregunta porque como he mencionado mi interés no radica en estudiar las enfermedades, ni a los enfermos, ni a los servicios de salud, sino que me interesan los patrones de comunicación familiar como factor de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y el contexto en el que se da ese tipo de comunicación.

Hipótesis de trabajo.

Como una guía en esta investigación, paralelamente a la pregunta, trabajé con la siguiente hipótesis:

La manera en la que los patrones de comunicación familiar impactan en la promoción de la dieta correcta y la activación física es espontánea, irregular, basada en la autoridad de los padres o tutores, esto tiene un impacto variable en la prevención de enfermedades crónicas en un contexto de riesgo latente de fomentarlas desde la adolescencia.

Esa formulación surge de mi postura respecto al potencial de la comunicación como disciplina para aportar conocimiento sobre el proceso prevención-salud y la necesidad de que los profesionales de la salud incorporen estos conocimientos, particularmente los relacionados con la prevención, en sus protocolos de atención, diagnóstico y tratamiento.

Parto de que este tipo de datos contextuales de los sujetos no se contemplan en los métodos en los que regularmente se enfocan la práctica médica como es el hipotético deductivo englobado en el paradigma causalista para identificar el agente patógeno y eliminarlo o

tratarlo en el caso de las enfermedades infecciosas; o protocolos que se ocupan de dar al paciente de alguna enfermedad crónica un plan para cuidar y mantener su salud con medicamentos, recomendaciones psicológicas, dietéticas y de activación física, para que continúe con calidad de vida. Aunque estas prácticas resultan médicamente pertinentes no contemplan en sus protocolos de diagnóstico, cuando ubican al paciente en un nivel de prevención, el contexto en el que se da la comunicación familiar y cuáles son las creencias centrales de la familia respecto al mantenimiento de la salud, mismas coadyuvan al desarrollo o prevención de una enfermedad crónica.

Las afirmaciones anteriores sobre los métodos que siguen los profesionales de la salud surgieron de la entrevista que realicé a un investigador del área epidemiológica-social inmerso en el campo de la comunicación en salud adscrito a la Unidad de Investigación Social Epidemiológica en Servicios de Salud (UISESS¹) del Instituto Mexicano del Seguro Social de Jalisco quien afirma que:

[...] lo que nos enseñan [a los médicos] es que puede haber muchas causas y un efecto o una causa y muchos efectos o las variaciones que usted quiera en este sentido pero en última instancia, ese paradigma hace que el médico se focalice o se centralice en los mecanismos finos por los cuales se produce la enfermedad, ejemplo: En el caso de las enfermedades crónicas específicamente la diabetes el mecanismo es la disfunción páncreas-insulina y órganos donde se absorbe la glucosa, entonces al médico se le enseña, por ejemplo en el caso de la diabetes tipo 1 que el páncreas no funciona, por lo tanto si el páncreas no funciona y no produce insulina pues hay que darle la insulina, se le inyecta insulina al niño, al jovencito que esa es la diabetes tipo 1,[...]. En el caso de la tipo 2 que es la del adulto que es casi 80% 90% de los casos ahí hay poquita insulina o hay insulina de muy mala

¹ Unidad del sistema de investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que tiene como objetivo producir y reproducir el conocimiento de proceso salud enfermedad desde el punto de vista socio cultural y epidemiológico.

calidad entonces no capta la glucosa o no la puede meter adecuadamente a los órganos, entonces hay que sensibilizar a los órganos de ahí que muchas veces entonces que se plantee la necesidad de entender mejor esta situación, de verla más integral, en qué sentido, bueno de ¿dónde proviene la glucosa? A pues la glucosa viene del alimento y la sensibilización de los órganos a la glucosa de dónde proviene, pues de la necesidad de absorber glucosa que la da el ejercicio ¿si me explico? El problema, es que estamos tan imbuidos en el paradigma causalístico, así positivista en el cual usted tiene que tener un sistema de medición objetivo reproducible a través del método científico que terminamos o dando insulina o dando pastillas ¿sí? Se nos olvida porque eso no nos lo enseñan de manera adecuada, que existe un contexto en el cual ese páncreas vive que se llama familia y que esa familia tiene estilos, hábitos de vida, tipos, modos de comer, modos de descansar, modos de trabajar, toda una situación contextual tipo sociocultural mucho mucho mucho muy importante y ese es el gran problema de todos los médicos[...]

Perspectiva teórica

Por una parte mi trabajo podría enmarcarse en cierta medida en la corriente de pensamiento del interaccionismo simbólico porque los teóricos de esta corriente propusieron una aproximación sistemática al estudio de la dimensión subjetiva de la vida social, que identifica la subjetividad y los efectos derivados de la interacción de los actores, como el meollo donde debe centrarse la mirada sociológica (Castro, 2011). La Escuela de Chicago fue donde surgió el Interaccionismo simbólico a mediados del siglo XX y según Castro, se convirtió en una de las corrientes más usadas en la psicología y la sociología médicas, en tanto posee potencial para estudiar con minuciosidad la interacción social que tiene lugar en torno a los enfermos crónicos como la relación médico paciente o entre profesionales en las instituciones hospitalarias. Una de las teorías impulsadas por la corriente del

interaccionismo simbólico es la teoría de la etiquetación que consiste en identificar principios diferenciales cuando los sujetos desvían su reacción ante una serie de normas o entes regulatorios que la sociedad legitima en determinadas enfermedades. Castro argumenta que “la sociedad cuenta con un conjunto de reglas que se aplican a los individuos que las violan” (p, 50) y cita a (Scheff, 1973 p. 54) quien expone que “la mayor parte de las violaciones no implican que el trasgresor reciba el rótulo de enfermo mental, sino el de mal educado, ignorante, pecador, criminal o simplemente atormentado según el tipo de norma de que se trate”.

Por otra parte este trabajo incorpora como marco teórico a la fenomenología, corriente enfocada en estudiar cómo conocemos y está interesada en los atributos de la experiencia consciente (Castro, 2011). Para fines de esta investigación retomo que esta escuela de pensamiento ha tenido líneas de investigación en salud y destaco la de Alfred Schütz que identificó varias propiedades respecto al sentido común, que explicadas por Castro son “reciprocidad de perspectivas” y que consiste en:

- “la presuposición (con la que funcionan todos los individuos) de que las cosas significan lo mismo para mí que para los demás y que las cosas que presupongo o doy por sentadas también son presupuestas por los demás” (2011, p.95)
- “origen social del conocimiento, sólo una parte muy pequeña de mi conocimiento del mundo se origina en mi propia experiencia, mientras que la mayor parte está formada por conocimientos preexistentes que me han sido heredados” (2011, p. 95)

De esta propiedad destaco los conocimientos heredados en tipificaciones, (una de éstas es el vocabulario) y según Castro esto es por excelencia lo que permite transmitir el conocimiento, así como la sintaxis del lenguaje cotidiano.

La tercera propiedad de Schütz es:

“el sentido común se encuentra socialmente distribuido, lo que significa que el conocimiento que un individuo tiene a mano en un momento cualquiera de su vida está estructurado en zonas de diversos grados de claridad, nitidez y precisión” (Schütz, 1974 p. 45).

Es decir que el sentido común de los médicos no es el mismo que el de los pacientes, o el sentido común de los sacerdotes no es el mismo que el de los feligreses. Entonces, el sentido común que se comparte en una coyuntura sociocultural precisa, proporciona un marco de referencia para entender y describir desde dónde se piensa y actúa.

Este marco ha cubierto investigaciones respecto a las enfermedades crónicas, según Castro porque los enfermos rompen con todo lo que los demás dan por sentado, y la relación entre el enfermo y lo que rompe la “normalidad” da pie a una serie de problemáticas dignas de estudiarse, tales como el impacto de la enfermedad en las relaciones familiares, pérdida de autoestima, reconfiguración de la vida después de un diagnóstico de enfermedad crónica. Según Castro todas las experiencias subjetivas de los padecimientos pueden estudiarse desde la fenomenología de manera objetiva, siempre y cuando se adecúe la cientificidad de Schutz a dos postulados: “el de la coherencia lógica y el de la interpretación subjetiva” (2011, p. 97):

“De acuerdo al primero, las explicaciones que se ofrezcan deben realizarse bajo un esquema conceptual coherente que sea además compatible con la lógica formal, garantizando así que se trate de objeto científico distinguible de los objetos del sentido común. De acuerdo con el segundo postulado, debe presuponerse la existencia de un sentido lógico en la experiencia subjetiva que se busca estudiar. Ello a su vez supone la renuncia a la tentación simplificadora que atribuiría a lo

absurdo o a la irracionalidad de los actores las descripciones y las explicaciones que estos ofrecen acerca de sus padecimientos” (2011, p. 98).

Aclaro una vez más, que mi objeto de estudio no son las enfermedades, sino los patrones de comunicación familiar entre padres o tutores e hijos adolescentes, por eso destaco lo que Vidales (2011) explica sobre la tradición fenomenológica de la comunicación:

“-*la comunicación como la experiencia del otro*. En esta tradición la comunicación ha sido teorizada como un diálogo o experiencia del otro, por lo que explica la interrelación de la identidad y la diferencia en las relaciones humanas, mismas que cultiva. Así la auténtica comunicación o diálogo se encuentra fundado en la experiencia directa y no mediada del contacto con otros.” (2011, p. 27)

Destaco que una de las corrientes que se derivan de la fenomenología desde la perspectiva médica es la etnometodología que según Castro es una orientación empírica que:

“ favoreció el desarrollo de la investigación sistémica de las conversaciones cara a cara o telefónicas, mirándolas siempre como un logro sostenido entre los actores participantes. Ello dio pie al surgimiento del *análisis conversacional*, una prolífica corriente igualmente empírica que parte del postulado de que la conversación entre dos o más personas es la forma quintaesencial de la interacción social” (p. 101).

Respecto al *análisis conversacional* Castro destaca lo propuesto por Sacks sobre el objetivo de este enfoque que es:

“esclarecer las competencias sociales que se ponen en juego y que hacen posible la interacción conversacional en diversos escenarios sociales así como describir las realidades que se construyen por ese medio” (Sacks, 2000, p. 101).

El abordaje de este trabajo sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, (asociada la comunicación familiar entre padres o tutores e hijos adolescentes) está

enmarcado dentro de la perspectiva teórica de Koerner y Fitzpatrick consistente en patrones de comunicación familiar (*FCPT Family Communication Patterns Theory*) y que está basada en el concepto de construcción social de la realidad de Berger y Luckmann, a su vez inspirada en gran medida por la fenomenología de Alfred Schütz.

“La familia ha sido considerada como el más interesante e influyente sistema humano, y su influencia en el comportamiento individual más profundo que en el área de comportamientos comunicativos” (Koerner y Fitzpatrick, 2002b, p. 37).

Según Baiocchi-Warner (2013) el modelo teórico de Koerner y Fitzpatrick ha demostrado que la comunicación familiar desempeña un rol central en los comportamientos de los integrantes de una familia, tanto en el proceso cognitivo como en el social, porque este modelo teórico vincula a través de las creencias centrales de la familia, la cognición y la comunicación familiar, con los resultados comportamentales psicosociales de cada miembro de la familia.

Según Baiocchi-Warner (2013), lo que modelo teórico de Koerner y Fitzpatrick propone es que el proceso de comunicación familiar crea una realidad compartida que se puede convertir en un patrón identificable, este patrón se descompone en variables medibles como la frecuencia, el contexto y la variedad de temas que la familia aborda, que conectan la comunicación familiar con comportamientos y actitudes.

Para identificar los patrones, este modelo teórico establece dos dimensiones; la primera es la conformación de las conversaciones y su orientación, para caracterizar el balance entre la relación cognitiva y comportamiento interpersonal, como un mecanismo a través del cual los individuos entablan un patrón particular de comunicación y de comportamiento. Esta dimensión tiene dos niveles, el alto y el bajo; en el alto una familia se caracteriza porque sus miembros experimentan cohesión y unidad de opiniones, actitudes, creencias y valores.

En la dimensión de nivel de conformación bajo, los miembros se caracterizan por manifestar creencias y actitudes heterogéneas, es decir un patrón identificable promovido por la comunicación; un individualismo e independencia de lo que la familia valora y privilegia, aun cuando la estructura familiar se debilita. Las familias de nivel de conformación bajo ignoran la jerarquía del punto de vista de la familia.

La segunda dimensión, reconocida como la orientación de las conversaciones; examina el grado de estimulación entre los miembros de la familia para interactuar de manera abierta y frecuente sobre diversos temas. También especifica grados en esta dimensión y en el nivel alto, los miembros interactúan, discuten y participan sobre un despliegue de temas, sobre sus pensamientos, sentimientos y actividades en común.

En el nivel bajo de esta dimensión, las características de las conversaciones familiares muestran que la interacción es menos espontánea, menos frecuente y poco participativa.

El modelo teórico de patrones de comunicación familiar, contribuye a explicar las conexiones entre la comunicación familiar y los comportamientos y actitudes de los miembros de una familia y a identificar qué prácticas se promueven.

En esta investigación ese modelo se aplica para estudiar el impacto de los patrones de comunicación familiar en la promoción de la dieta correcta y la activación física, que son prácticas medulares para la prevención de ECNT, a través de la identificación de patrones de comunicación en situaciones de conflicto, toma de decisiones, autoridad de los padres y valor de las conversaciones.

Hasta aquí el panorama introductorio de esta investigación, en la cual el objeto de estudio, son los patrones de comunicación familiar, a partir de 4 patrones que propone el modelo teórico de Koerner y Fitzpatrick que son; autoridad de los padres, situaciones de conflicto, valor de las conversaciones y la toma de decisiones.

Identificamos esos patrones para describir el contexto en el que se da ese tipo de comunicación y contribuir a entender cómo se construye sentido sobre prácticas que contribuyen a la prevención de las ECNT como son, la dieta correcta y la activación física; a través de conocimientos, actitudes y prácticas, que las adolescentes manifestaron durante el proceso de investigación. Con esto esperamos aportar conocimiento sobre el proceso prevención-salud y la necesidad de que los profesionales de la salud incorporen estos conocimientos, particularmente los relacionados con la prevención, en sus protocolos de atención, diagnóstico y tratamiento

Enseguida comienza el estado de la cuestión respecto a investigaciones sobre la prevención de enfermedades relacionadas con la comunicación familiar, con énfasis entre padres e hijos adolescentes.

Capítulo 2 Estado de la cuestión

Este capítulo contiene información que considero valiosa para conocer cuáles han sido algunos de los motivos de investigación tomados en cuenta por investigadores de diferentes disciplinas, respecto a la prevención de enfermedades y su relación con la comunicación. Comienzo con las investigaciones que tienen que ver especialmente con comunicación entre padres e hijos adolescentes; enseguida realizo una exposición de investigaciones sobre comunicación y prevención de enfermedades desde perspectivas como la medicina, la mercadotecnia social, el carácter instrumental de los medios y procesos de organización y cambio social.

Comunicación familiar entre padres e hijos

La comunicación familiar entre padres o tutores e hijos adolescentes sobre la prevención de enfermedades ha sido estudiada en países como Estados Unidos y Canadá, con temas relacionados a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazos, o sobre el inicio de la vida sexual, mas no sobre prevención de las ECNT. Existen estudios como el de Kratzke C. et al, (2013) titulado *Breast Cancer Prevention Knowledge, Attitudes, and Behaviors*; y en el que a partir de un cuestionario integrado por 51 preguntas encuestaron a hijas (universitarias de 18 años o más, hispanas y no hispanas) en relación al conocimiento, las actitudes y los comportamientos respecto a la prevención del cáncer de mama, y la práctica del auto examen de mama. El instrumento contaba con preguntas cerradas (respuestas sí o no) sobre la medidas de prevención de cáncer de mama y abiertas en las que las chicas anotarían los consejos que sus madres les daban sobre ese tema. La muestra de estudiantes de algunas universidades de Estados Unidos, la consiguieron poniendo carteles sobre la aplicación de dicha encuesta en los salones de

clases, en esos lugares la aplicaron papel y contestaron con lápiz, usaron también el cuestionario en línea para que las estudiantes interesadas pudieran participar, a todas les decía que la participación era voluntaria y que podían retirarse si no estaban interesadas. Los investigadores procesaron y reportaron los datos de manera cualitativa y cuantitativa, y usaron como base teórica el Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974); este modelo se diseñó para dar una explicación sobre la naturaleza de las acciones preventivas de la salud de las personas contemplando tres factores: 1. Las percepciones individuales basadas en la creencia de que nos podemos enfermar (riesgo), 2. La valoración (amenaza) sobre qué tan severo es el impacto de las enfermedades en nuestro cuerpo; y 3. Las percepciones individuales sobre los beneficios y barreras para tomar una acción preventiva. Los resultados que reportaron en este estudio fueron que el 36% de las estudiantes reciben información sobre la prevención del cáncer de mama de sus las madres a través de consejos, a los cuales los califican como un fuerte factor de prevención para promover el auto examen de mama.

Por otra parte otras existen investigaciones en las que la comunicación entre padres e hijos se ha estudiado con la intención de prevenir enfermedades de transmisión sexual. Es el caso de autores como Erika Pluhar y Tanya Jennings (2006) quienes estudiaron el contenido y proceso de la comunicación entre madres e hijas afroamericanas sobre sexualidad. En este estudio se abordó la comunicación en niñas entre 6 y 10 años de edad y sus madres, se trabajó con *focus groups* de madres afroamericanas y detonaron la discusión después de leer un texto llamado “*Beyond the Birds and the Bees*” and “*Let’s Talk about Sex . . . But How?*”, partieron de la premisa de que los padres deben ser los primeros educadores de los hijos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos en adolescentes y orientar para retardar el inicio de la vida sexual, para eso utilizaron el

modelo ecológico de Bronfenbrenner (1978), este modelo identifica 4 sistemas: micros, mesos, exos y macros. En este estudio focalizaron primeramente en la influencia de los microsistemas (la familia y específicamente la madre) respecto a la socialización sexual de las niñas. El modelo ecológico informa el desarrollo de su guía de entrevista tanto como el proceso de análisis, este modelo permite analizar los mensajes que reciben las niñas sobre sexualidad no sólo de sus madres sino también de los sistemas como los medios, la comunidad, la cultura o la historia. Los autores utilizaron preguntas para provocar a las madres a considerar el rol de los medios y su influencia en las niñas. Las madres fueron seleccionadas por la edad de los hijos (6-10 años) y porque supieran hablar y leer en inglés, así como firmar el consentimiento de participar y su disponibilidad a participar.

Los autores crearon una guía de entrevista basada en la revisión de literatura sobre comunicación y sexualidad entre padres e hijos para guiar los grupos de discusión. Como resultado, a través de datos cualitativos encontraron que algunas madres sí hablan sobre este tema de manera proactiva, sin embargo otras no tienen el conocimiento suficiente para hacerlo; encontraron que la estructura familiar y las experiencias de las madres en sus familias de origen parecen tener una influencia particular en el proceso de comunicación.

En otro un estudio con enfoque mixto es decir cuantitativo-cualitativo sobre los factores que influyen la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos adolescentes, Rouviera M. et al., (2011), argumentan que en países como México este tema es aún comunicado por los padres desde creencias religiosas, dicho estudio se basó en la teoría fundamentada, a través de entrevistas tanto a padres (18) como a hijos (15), estudiantes de secundaria en escuelas públicas. Uno de los hallazgos de dicha investigación es que el mensaje recurrente de prevención primaria que los padres dan a sus hijos es la práctica de abstinencia (para prevenir enfermedades de transmisión sexual); en contraparte el uso del

condón y la anticoncepción son mencionados escasamente o están ausentes. Este estudio resalta que la cultura religiosa moralista de México hace que a los padres les resulte difícil aceptar la probabilidad de que sus hijos inicien una vida sexual activa. Los autores mencionan que estos hallazgos son un reto para desarrollar estrategias para promover el diálogo temprano y constante sobre sexualidad entre padres e hijos.

Una investigación más es la realizada en Estados Unidos por Akers A. (2010) quien estudió la comunicación entre padres e hijos adolescentes de raza negra, asociada al aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes. Trabajaron con la técnica de *focus groups* con 21 familias (68 padres y 57 hijos), en los que la discusión fue guiada para tratar temas de salud, incluyendo la anticoncepción, planificación familiar y el aborto. Se audio grabó cada sesión, se transcribió y se analizó la información con teoría fundamentada y análisis de contenido. Los resultados mostraron el surgimiento de 5 temas generales entre padres e hijos adolescentes: primero la anticoncepción se trató de manera indirecta y enmarcada en términos de evadir las consecuencias negativas del sexo. Segundo, el conocimiento de la anticoncepción es bajo. Tercero, los padres motivan más seguido a los hijos al uso del condón que a las hijas. Cuarto, en las discusiones se enfatizó la importancia de planear para el futuro más que la anticoncepción. En este estudio la comunicación familiar entre padres e hijos adolescentes según el autor debería intervenir para mejorar el conocimiento sobre la anticoncepción, ayudar a los padres a entender los efectos dañinos causados por la pobre diseminación de información respecto de la anticoncepción así como proveer a las madres y padres de habilidades comunicativas dado el rol que desempeñan en el desarrollo sexual de sus hijos adolescentes.

Una investigación sobre la comunicación entre padres e hijos adolescentes respecto al inicio de la vida sexual, también realizada en Estados Unidos, dirigida por Angera J. et al. y

publicada en el 2008 consistió en aplicar una encuesta a estudiantes universitarios (192) sin graduarse (de 18 a 24 años). La encuesta tenía 180 preguntas sobre la percepción de los estudiantes respecto a su pasada comunicación con sus padres sobre sexualidad. Las preguntas se estructuraron de acuerdo a la escala de cercanía entre padres e hijos (*Parent-Child Closeness Scale* de Buchanan, Maccoby y Dornbush, 1991); la escala sexual de comunicación (Somers y Canivez, 2013) y por la encuesta del Colegio de conductas de riesgo del Centers for Disease Control and Prevention, que data de 1998. Los investigadores abordaron la frecuencia y la brecha de comunicación de los padres a los hijos para inducirlos para retardar el comienzo de la vida sexual, dado que se adjudica a los padres el rol de educadores. Antes de aplicar las 180 encuestas hicieron una prueba piloto. Los resultados mostraron que las madres tienden a establecer comunicación con sus hijos con mayor frecuencia sobre el inicio de la vida sexual que los padres, así como que las madres comienzan a hablar con mayor anticipación sobre el inicio de la vida sexual con sus hijos (alrededor de los 13 años) que los padres.

A manera de síntesis como ha sido posible observar en los 5 trabajos previamente expuestos, la comunicación en la familia para la prevención de enfermedades ha sido estudiada a través de métodos cuantitativos y cualitativos y se han utilizado *focus groups*, diversos tipos de entrevista y encuestas. Los tiempos de investigación van desde 6 meses hasta 5 años; la cantidad de sujetos de investigación varía entre 50 parejas de padres y 50 hijos adolescentes, hasta más de 400 parejas y más de 400 hijos.

Es un hecho que la comunicación y la prevención son un binomio estudiado entre padres o tutores e hijos adolescentes, desde diversas metodologías y teorías; en los estudios mencionados observo una tendencia a estudiarlo en enfermedades o situaciones indeseables con enfoque preventivo o de promoción de la salud, desde hace al menos 15 años y que las

enfermedades crónicas no transmisibles son poco socorridas y esa es una razón de peso para realizar esta investigación, como también lo es el hecho de que estudios sobre comunicación familiar, sedentarismo y nutrición son imperativos para profesionales de ciencias sociales y de las ciencias de la salud.

Comunicación familiar y prevención de ECNT

Las enfermedades crónicas no transmisibles en Latinoamérica, han sido estudiadas en diversos campos como son la medicina, la mercadotecnia social y la comunicación en salud; enseguida enuncio un panorama general sobre cada campo.

1. Prevención de ECNT desde la medicina

La prevención de ECNT ha sido abordada a partir de estudios cuantitativos sobre datos demográficos, con la perspectiva de cambiar el enfoque de los servicios de salud y la atención que brinda el personal médico, porque según Kershenovich y Chertorivski (2013) las ECNT son para el Sistema nacional de salud un reto, dado que la preparación de los profesionales de la salud en México no incluye el desarrollo de habilidades para implementar medidas preventivas y el enfoque de los servicios de salud estuvo por décadas, enfocado a diagnosticar y curar, más no a promover la prevención de estas enfermedades.

También ha sido estudiada desde la perspectiva de que el estilo de vida es un determinante de prevención, donde se destaca a través de datos cuantitativos que la dieta, la actividad física y el uso de tabaco son determinantes para que las ECNT aparezcan, por lo que los cambios en el estilo de vida, de cada uno de esos factores, coadyuvan a prevenir este tipo de enfermedades, como lo asegura López (2009) cuando afirma que en poblaciones urbanas de Guatemala es prioritario “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (p. 64), esto a través de la promoción

de prácticas saludables. Otro enfoque para estudiar la prevención de la ECNT, desde la medicina, ha sido identificar la causa raíz de este problema de salud pública, dando como resultado que la prevalencia del sobre peso y la obesidad es la puerta de entrada para el desarrollo de las mismas, como se describe en el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria* (2010) donde se establecen políticas gubernamentales en México que promuevan la prevención respecto a este problema de salud en específico.

2. Prevención de las ECNT desde la Mercadotecnia social

Encuentro que desde este campo, uno de los enfoques para estudiar la prevención de enfermedades, no sólo de las ECNT, ha sido desde la perspectiva de “conciliar los objetivos y propósitos de la salud pública con los del usuario”, Góngora (2014). Desde este estudio realizado en Cuba se argumenta que es necesario centrarse en datos cuantitativos y cualitativos sobre el *modus operandi* de los “consumidores” y en función de eso se ejecutan acciones de promoción de la salud en campañas de prevención, que pretenden incidir en el cambio de conducta de las personas, sobre todo de las que se encuentran en riesgo de padecer esas enfermedades.

3. Prevención de ECNT en Comunicación en salud

Se ha estudiado la prevención, más no sólo de las ECNT, de acuerdo con Ríos (2010) en Latinoamérica, la comunicación en salud, se ha abordado desde tres perspectivas, la primera en su carácter instrumental, donde aparecen los medios como protagonistas y el enfoque es la comunicación masiva, en el proceso comunicativo se centra en la transmisión de información; la segunda es donde aparecen los procesos organización, participación y cambio social desde esta perspectiva una campaña para prevenir una enfermedad se evaluaría no solo con el número de impactos en radio, televisión e impresos (mera transmisión de información) sino en datos demográficos sobre cambios de conducta en los

públicos meta de la campaña. La tercera perspectiva donde convergen la comunicación masiva, la participación de las personas como elementos centrales dentro de un proceso de comunicación en salud, donde además de datos cuantitativos, cualitativos y mixtos se han aplicado métodos para analizar de alguna manera el empoderamiento de las personas ante el control de su estado de salud; en este caso aparecen los medios, la participación de las personas como agentes de cambio, donde no sólo los expertos en medios y en salud participan sino también los ciudadanos, que además de aprender conocimientos para prevenir, aportan sus propios conocimientos para promover el cambio en sus prácticas.

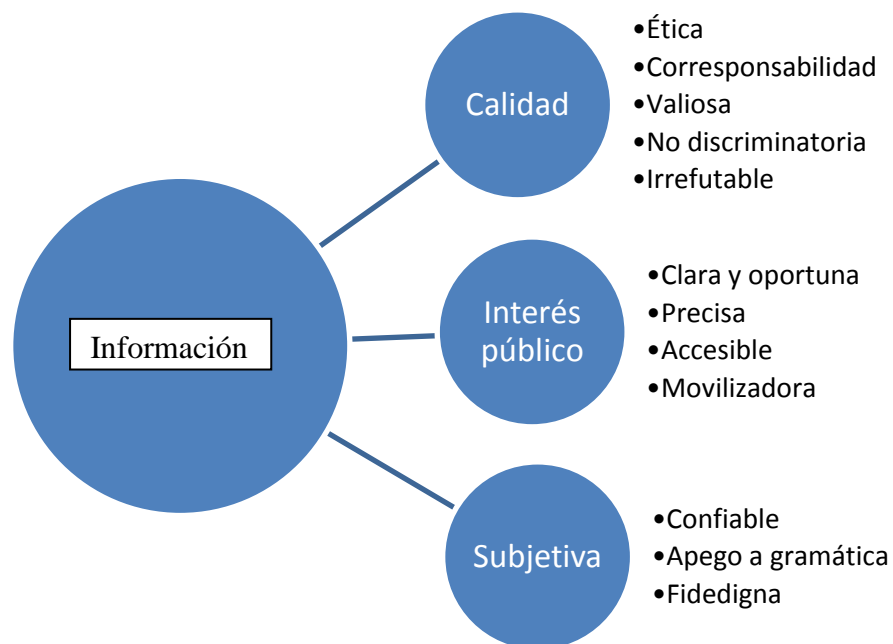
A) Carácter instrumental de medios de comunicación

Para prevenir las ECNT y una gran variedad de padecimientos, Deyanira Cano (2015), editor en jefe de *Salud 180*, un sitio que privilegia los contenidos promotores de salud; argumentó en una ponencia dentro del Simposio Medios de comunicación en salud 2015, que el tiempo es un factor determinante en el quehacer de un medio de comunicación como un sitio web, para hacer que el usuario se interese en la publicación, ya que sólo se disponen de 10 segundos para el enganche, por eso cada nota debe tener un sólo tema central, le apuesta al formato de preguntas y respuestas; escribir entre 300 y 400 palabras, tener consistencia, no ambigüedad, redactar oraciones de 14 palabras. Tener encabezados inteligentes, incluir 2 *links*, por supuesto entender el 100% del contenido. Recomienda usar el formato *story telling* es decir, contar las noticias como historias-infografías y preguntarse si será útil para el usuario transmitir emociones o reflexiones. Conocer qué requiere el usuario, eso da vida al medio, mover al cambio de vida a través de la toma de decisiones basados en la información del medio. Recomienda usar el símbolo “leer más” en lugar de ventanas, contar con podcast y videos y estar activo en Facebook, Twiter, Instagram y

canal de YouTube, además de contar con una agenda editorial y permitir acceder al medio desde Mac o Android en cualquier dispositivo.

Otra noción instrumental de los medios es la que presenta Sergio René de Dios Corona (2015) quien argumenta que el ser humano necesita estar informado no sólo en temas de salud sino en los asuntos públicos de su entorno, por eso la labor de un medio de comunicación es producir información de calidad, y ésta es la materia prima del periodista. La información de calidad está ligada con la ética, existe una corresponsabilidad entre las personas que trabajan en un medio (reportero, periodista, director, dueño). Enfatiza que la objetividad no existe, siempre hay un sujeto o una subjetividad. Según este autor la información tiene que tener las siguientes características:

Ilustración 2 Características de la información según De Dios Corona

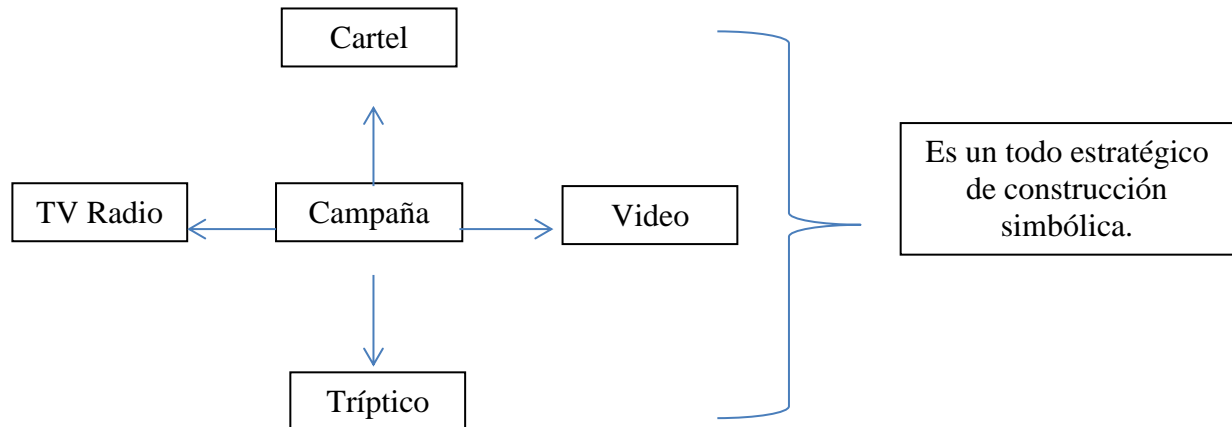


Sergio René de Dios Corona (2015) explica que la información se entiende como una mercancía y un medio debe presentarla como digna de fe y crédito, confiable, oportuna casi en el momento. Irrefutable que no se pueda desmentir; novedosa, movilizadora “convoca al involucramiento”, enfocada a un destinatario, accesible, valiosa (fuentes oficiales); respeto a los otros, respeto de la intimidad; no discriminatoria, evitar calificativos; a favor de la paz; defensa de la naturaleza, apego a reglas gramaticales. Con el lenguaje se construyen o destruyen realidades.

B) Procesos de organización y cambio social

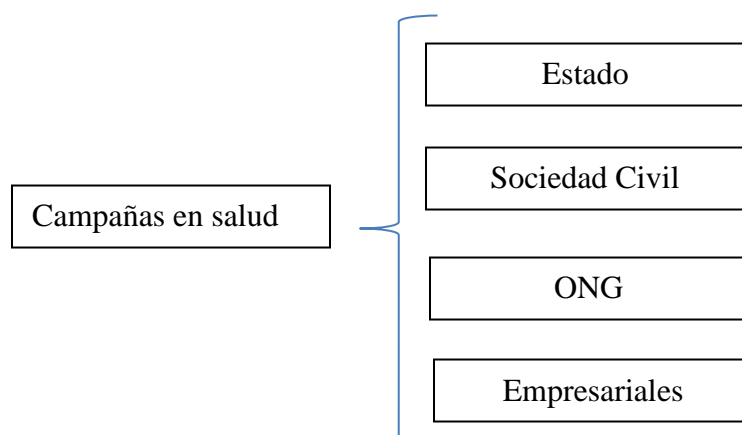
El médico José Miguel Labril Elgueta (2015) argumentó en la ponencia que presentó en el Simposio Medios de Comunicación y Salud 2015 que la comunicación para la salud, parte como pregunta para el desarrollo de la sociedad, de la preocupación por el bien común y el acceso a la salud. Enfatiza que las campañas orientadas a la prevención de enfermedades o a cualquier tema de salud tienen su origen en un bien público y en una preocupación por hacer efectivos los derechos sanitarios; una sociedad sana está vinculada con el desarrollo de una nación donde la gestión del cuerpo tiene que ver con la modernización, que establece una relación entre la política, los medios y los ciudadanos. José M. Labril (2015) dice que en 1990 aparece la comunicación en salud en Santiago de Chile como una reconfiguración del Estado donde el ciudadano es posicionado como un agente de cambio y que exige derechos. Enfatiza que un elemento clave en el tema de salud son las campañas mediáticas y que todas parten de una pregunta clave ¿qué cambia con esta campaña? lo que hace la diferencia con la mercadotecnia social que está vinculada a la venta. Las campañas son explicadas por José M. Labril como un sistema de comunicación que modifican una realidad porque irrumpen y presuponen un “otro” que vive una posibilidad de cambio en un contexto situado, y que cuenta con elementos que orientan hacia a cambios benéficos.

Ilustración 3 Campaña como sistema de comunicación según José M. Labril



La campaña crea una construcción simbólica, preocupaciones sanitarias como las ECNT el VIH o el tabaco pueden ser por ley o por percepción del riesgo. El autor sugiere que una campaña puede tener un encuadre sobre algún aspecto específico como algunas prácticas, que se convierten en un acontecimiento como las muertes atribuibles a algún padecimiento o la presencia pública de una enfermedad.

Ilustración 4 En cuadro de campaña según José M. Labril



Argumenta que a mayor presencia pública de una enfermedad ésta tiene una cobertura más amplia en medios (prensa, radio, TV, internet) para hablar de cáncer, por ejemplo adquiere

códigos como identificación de fuentes oficiales, cómo se nombra a los enfermos (no es lo mismo decir diabético que persona que vive con diabetes). El autor sostiene que en la comunicación para la salud se debe tener cautela en la elaboración de campañas, contrastar fuentes, contemplar la multiplicidad de voces, jerarquizar y gestionar expectativas de la propia campaña, profundizar en la relación médico-diagnóstico por el sobreuso autogestionado de la información disponible en internet, apostarle a la prevención o al diagnóstico precoz y hacerse cargo de la promesa de la campaña, (o sea prevenir cáncer, obesidad, o movilizar a la activación física por ejemplo) argumenta que las enfermedades cambian culturalmente y también la prevención.

Otro ejemplo de procesos de organización y cambio social es el que sostiene la Dra. Annie J. Sasco (2015), quien habla sobre las campañas de prevención de cáncer y observa que deben enfocarse a evadir los factores de riesgo que son controlables por el sujeto: estilo de vida, tabaco, dieta ejercicio, vida sexual y reproductiva. Refiere que hay estudios epidemiológicos que son dados a conocer a través de la disseminación de información a través de medios de comunicación y que deben priorizar los factores de prevención de cáncer, no los ya conocidos sino innovar información relacionada por ejemplo los alimentos alterados genéticamente o la contaminación del aire. Sugiere que en las naciones debería enfatizarse la elaboración de políticas para no permitir el uso de hormonas en la carne, así como el trabajo prioritario en los factores de riesgo de obesidad. Se debe trabajar desde la prevención primaria, esto es antes de que se manifiesten las enfermedades y las campañas deben ser evaluadas antes y después de la misma.

Hasta aquí el estado de la cuestión. El panorama descrito en estas páginas por un lado, en cierta medida, ayuda a conocer cómo es que la comunicación familiar incide en la

prevención de enfermedades desde la adolescencia y cuáles han sido los intereses investigativos al respecto, mismos que han sido abordados por un lado con marcos teórico metodológicos diferentes tales como el Modelo de creencias en Salud (desde la medicina); el Modelo ecológico (desde la educación), la teoría fundamentada, el análisis de contenido (desde la sociología) o la escala de cercanía con los padres (desde la psicología). Por otro lado muestra que dentro de la **comunicación en salud** el saber experto se posiciona en campañas temporales públicas o en medios de comunicación que alertan o invitan a la población para evitar los factores de riesgo, incorporan medios, mensajes e información validada así como modos de evaluación de las campañas que en el mejor de los casos inciden en los datos estadísticos de prevalencia o disminución de la enfermedad o situación indeseable a prevenir o en la permanencia o incremento en seguidores de algún medio de comunicación.

Como se ha señalado antes, el presente estudio aborda la prevención de enfermedades desde la **comunicación como disciplina de estudio**, que es diferente a la comunicación como práctica social y como campo profesional, a través de un modelo teórico que brinda ejes analíticos como son los patrones de comunicación familiar, mismos que permiten entender de qué manera impactan o no, en la promoción de la dieta correcta y la activación física. Es quizá la perspectiva de que la comunicación familiar, impacta en la promoción de prácticas saludables como la dieta correcta y la activación física, de poco interés en México, por lo que estudios como este son necesarios, porque se centran en la cotidianidad de las familias, en sus conocimientos, actitudes y prácticas antes de que aparezcan los problemas de salud, trabajamos donde no hay síntomas o resultados indeseables que explicar, para entender por qué la prevención, es tal vez una práctica relegada.

Al respecto, si bien es cierto que el saber lego es diferente al saber científico, el hecho es que muchas veces como investigadores creemos llegar al saber lego desde un etnocentrismo, desde conceptos ideales que llevamos en nuestra cabeza contruidos desde disciplinas que nos han dotado de ciertos conocimientos validos en las esferas científicas, una cuestión toral es que el ser humano y su la cultura son diversos y un problema toral es no ver la comunicación como ciencia por saberes previos que quizá limitan su potencial para establecer un diálogo intercultural, donde los silencios y las omisiones sean también tomadas en cuenta para formar un saber compartido, desde donde se genera el saber lego. Esto ya lo planea Boaventura De Sousa Santos en su libro Epistemología del Sur (2012) cuando resume su tercera conclusión respecto al desperdicio de la experiencia social:

“...de poco sirve recurrir a la ciencia social como la conocemos. A fin de cuentas esa ciencia social es responsable por esconder o desacreditar las iniciativas. Para combatir ese desperdicio de la experiencia no basta con proponer otro tipo de ciencia social. Es necesario pues proponer un modelo diferente de racionalidad. Sin una crítica de dicho modelo de racionalidad occidental dominante al menos desde hace más de dos siglos, todas las propuestas presentadas por el nuevo análisis social, por más alternativas que se juzguen tenderán a reproducir el mismo efecto de ocultación y descrédito” (p. 99).

Capítulo 3 Marco teórico-metodológico

En este capítulo describo los fundamentos conceptuales y metodológicos a través de los cuales me acerqué teóricamente al problema de investigación, enmarcado por los factores de riesgo para el desarrollo de las ECNT, como el sedentarismo y desapego a la dieta correcta; especifico cómo está delimitado el estudio, cuáles datos se buscaron intencionalmente, a través de qué instrumentos, así como la descripción de los sujetos de investigación.

Contextualización en torno a los factores de riesgo para desarrollar ECNT y sus condiciones en México

En el presente apartado realizo una exposición de elementos contextuales que permiten entender, los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de las ECNT que son el sedentarismo, sobrepeso y obesidad; así como algunos factores para la prevención como la dieta correcta y activación física.

El sobrepeso y obesidad contribuyen al desarrollo de las ECNT, al respecto la OMS (2015) considera que estos se diagnostican cuando existe una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que puede ser perjudicial para la salud del individuo. Para saber si la grasa corporal es excesiva se requiere conocer el estado que guarda el índice de masa corporal (IMC); este índice refleja la relación entre el peso y la talla y se calcula dividiendo el peso en kilogramos del individuo por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Entonces para determinar el IMC de un sujeto que mide 1.83 metros y pesa 103 kg tendríamos que hacer la siguiente ecuación:

103 kg entre el cuadrado de 1.83 metros (3.34) el resultado sería un IMC de 30.8, ese dato se compara con los índices reconocidos como saludables, para la OMS los parámetros son los siguientes:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Según la OMS el índice de IMC es “la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas”.

En México según Barquera et al. (2013) las tendencias de sobrepeso y obesidad muestran una desaceleración del aumento en la prevalencia, pero “no existe evidencia que permita inferir que disminuirá en los próximos años. Por ello, las políticas públicas para su prevención y control deberán intensificarse y mejorarse” (p. 151).

Para Barquera la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México fue del 71.3% en adultos de 20 años o más y destaca que la prevalencia de obesidad fue más alta en mujeres que en hombres.

El sedentarismo es otro factor de riesgo para el desarrollo de las ECNT; el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como: “Dicho de un oficio o de un modo de vida: De poca agitación o movimiento”; el diccionario etimológico *Glosbe*, explica que la palabra sedentario viene del latín *sedere* que significa estar sentado. Esa acción afecta en gran medida la salud de las personas, porque al estar sentado lo único que se mueve en el mejor de los casos es el pensamiento.

La OMS (2003) calcula que “más del 60% de la población adulta en el mundo no realiza suficiente actividad física como para que su salud pueda beneficiarse”. Por tanto se consigue lo contrario, entonces no es inofensivo permanecer en la paradoja de “hacer nada” durante la mayor parte del día. Este hábito se ha ligado a un importante daño al sistema cardiovascular, como lo dijo el jefe de medicina interna del Hospital Civil Juan I. Menchaca, Miguel Ángel Zambrano, en entrevista a 1070 AM Radio Noticias en febrero del 2014: “las principales afectaciones que produce el permanecer por 6 horas o más sentado son directamente al sistema circulatorio y los órganos más dañados son los riñones, el intestino y corazón”.

Un estudio elaborado por el INEGI en el 2014 sobre la participación de hombres y mujeres en la práctica deportiva y ejercicio físico en mexicanos de 18 años o más en el tiempo libre, consideró sujetos activos a aquellos que practicaron actividad físico-deportiva al menos 3 veces por semana acumulando mínimo 75 minutos de actividad vigorosa y reportó al 56.4% de la muestra como inactivos físicamente, de ese porcentaje 61.3% eran mujeres y 38.7% hombres. Como activos reportó 43.6%; dentro de este porcentaje los hombres ocuparon 57.7% y las mujeres 42.3%.

Población de 18 años y más, por condición de actividad físico-deportiva

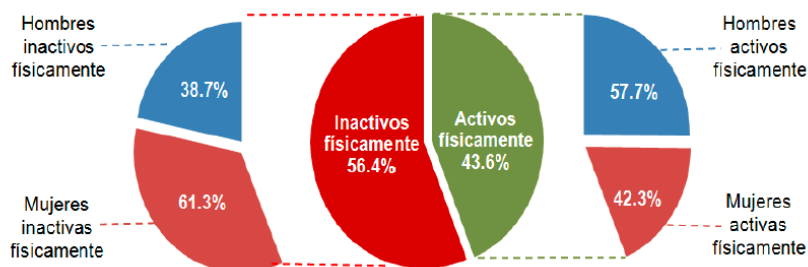


Ilustración 5. Población de 18 años y más, por condición de actividad física. (INEGI, 2014)

Con esos datos fácilmente se entiende por qué la principal causa de muerte de mujeres y hombres de México según INEGI (2013) son las enfermedades del corazón, seguida de la diabetes mellitus.

Alimentación

El último factor de riesgo, que contribuye a padecer ECNT es el desapego a una dieta correcta. Por este término se entiende lo que la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 dice en su inciso **3.7** *“los hábitos alimentarios que de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades”* (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, 2012).

De manera gráfica, la alimentación correcta se concreta en lo descrito en el plato del bien comer, una guía de alimentación diseñada para los mexicanos. Indica los tipos de alimentos y recomienda incluir en cada comida al menos un alimento de cada tipo. En color verde agrupan las verduras y frutas, en amarillo los cereales y los alimentos de origen animal en color rojo.



"Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación"

Ilustración 6. Plato del buen comer. (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, 2012).

La dieta correcta según la norma referida en su inciso **3.21** debe ser:

Completa.- *Que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los 3 grupos.*

Equilibrada.- *Que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.*

Inocua.- *Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.*

Suficiente.- *que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños, que crezcan y se desarrollen de manera correcta.*

Variada.- *que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.*

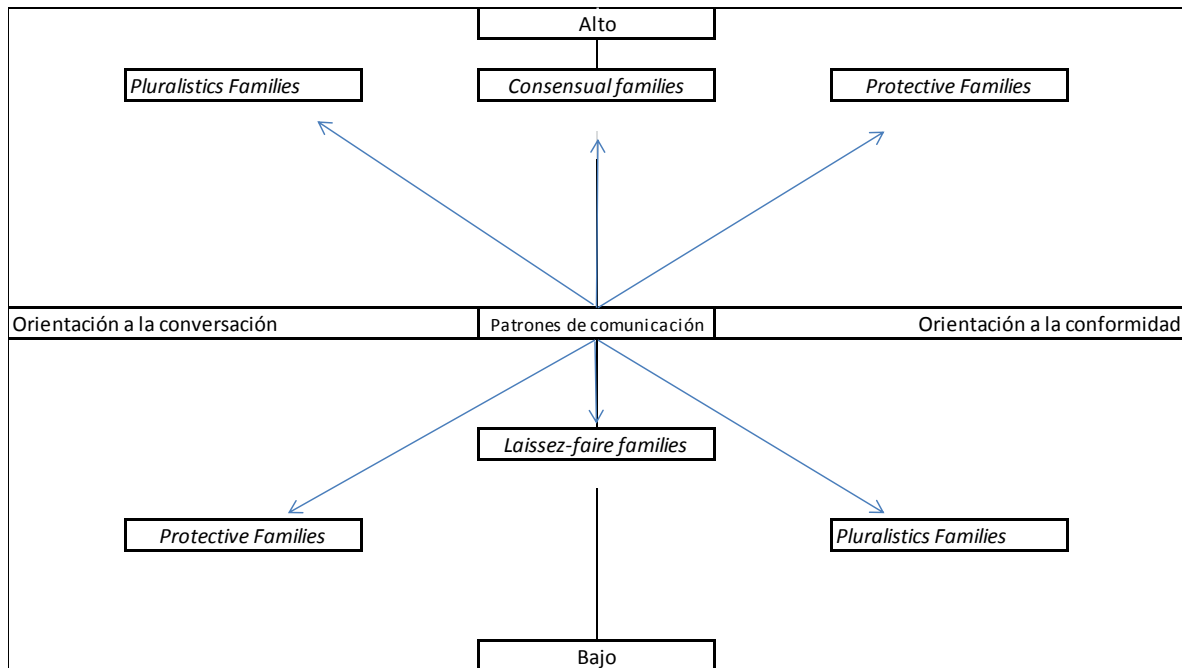
Adecuada.- *que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.*

Teoría de patrones de comunicación familiar

Koerner y Fitzpatrick (2002a), proponen el modelo teórico patrones de comunicación familiar (*FCPT Family Communication Patterns Theory*), basados en una investigación hecha por Mcleod y Chafee (1972). Este modelo teórico es una alternativa para el análisis social en la que se consideran la intersubjetividad y la interactividad (Fitzpatrick & Ritchie, 1993). Como ya se expuso anteriormente por intersubjetividad se refieren a compartir conocimiento entre quienes participan en un evento comunicativo, por interactividad se entiende el grado mediante el cual la “creación” del símbolo y la interpretación se relacionan, en este modelo teórico la comunicación es un proceso que se da

simultáneamente con la familia como una unidad social, que tome en cuenta la intersubjetividad y un elemento comportamental que contemple cómo los miembros de la familia mantienen sus propias estructuras cognitivas a través de los patrones de respuesta de los miembros de la familia en actos comunicativos (conversaciones).

Este modelo teórico clasifica a las familias en cuatro tipos, cada uno caracterizado por sistemas específicos asociados con sus comportamientos comunicativos de padres o tutores e hijos y sus resultados de socialización en los hijos. Los comportamientos comunicativos se identifican en los patrones de comunicación familiar que describen la tendencia de las familias a desarrollar modos de comunicación estables y predecibles (Koerner y Fitzpatrick, 2004) para esto utilizan dos dimensiones centrales en el funcionamiento familiar: (a) la orientación a la conversación (grado en que las familias crean un clima que anima a sus miembros a participar con libertad en las interacciones), y (b) la orientación a la conformidad (grado en el que la comunicación familiar propicia la homogeneidad en actitudes, valores y creencias).



Esquema 1 *Ejes de orientación y tipologías de familias, elaboración propia.*

Explicación de los tipos de familias según Koerner y Fitzpatrick (2004)

Consensual families. Familias altas en las dos dimensiones de orientación, conversación y conformidad. Por un lado los padres se caracterizan por presionar para acordar y preservar la jerarquía existente dentro de la familia, y por el otro tienen interés en abrir comunicación y explorar nuevas ideas. En estas familias los padres resuelven los conflictos escuchando y pasando tiempo con sus hijos y les explican sus decisiones esperando que las entiendan. En estas familias los hijos aprenden los valores de la familia y adoptan las creencias y tienden a resistir mensajes persuasivos que se desvían de las posiciones y valores de los padres. Los padres no se interesan en aceptar las opiniones de sus hijos.

Pluralistics families. Estas son las familias altas en la orientación de la conversación pero bajas en la conformidad, la comunicación se caracteriza por abrir discusiones sin restricciones e involucrar a los miembros de la familia. Los padres no sienten la necesidad

de tener el control de sus hijos pero toman las decisiones por ellos. En esta familia la actitud de los padres es dejar que las discusiones sean evaluadas con base en el mérito de los argumentos. Aquí los padres desean aceptar las opiniones de los hijos. En estas familias los hijos aprenden a ser independientes y autónomos y los padres los dejan participar en las decisiones de la familia. Como consecuencia del procesamiento de la información y toma de decisiones, en este tipo de familia se influencia más por mensajes basados en argumentos racionales.

Protective Families. Son familias con bajo nivel de orientación de la conversación pero alto en la orientación de la conformidad. La comunicación en este tipo de familia se caracteriza por el énfasis en la obediencia ante la autoridad de los padres y por un reducido interés de los padres por la comunicación abierta en la familia. Los padres de estas familias creen que ellos deben tomar las decisiones por su familia y por los hijos y los padres le dan poco valor a explicar sus razones a los hijos. Los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y desconfían de su propia habilidad para tomar decisiones. Como consecuencia de eso son fácilmente influenciados y persuadidos por autoridades externas, independientemente de la calidad de los argumentos.

Laissez-faire Families. Son de bajo nivel tanto en la orientación de la conversación como en la orientación de la conformidad. Su comunicación se caracteriza por interacciones un poco desvinculadas entre los miembros de la familia a los que sólo les interesa un limitado número de temas en común. Los padres en este tipo creen que cada miembro de la familia debería ser capaz de tomar sus propias decisiones. Como consecuencia en el procesamiento de la información y toma de decisiones, los hijos son frecuentemente influenciados por sus pares o por fuentes externas.

Conceptos	Categorías	Observables	Técnicas	Materialidad
<i>Consensual families communication patterns</i>	<i>Conversation Orientation</i>	Nivel alto	Encuesta	Procesamiento de datos numéricos del cuestionario para establecer patrones de comunicación de las familias encuestadas y su vinculación con las tipologías de familias, para hacer un cruce de información con el análisis del grupo de discusión y las actitudes y comportamientos de prevención de enfermedades crónicas, como la dieta correcta y la activación física extraídos de la discusión; y cruzarlo con la perspectiva médica de la entrevista a experto para identificar las etiquetas con las que se nombra a los pacientes cuando acuden a consulta, las conductas asociadas a las enfermedades crónicas y conocimientos o actitudes que el médico adjudique a la dinámica familiar, para la prevención de ECNT.
	<i>Conformity Orientation</i>	Nivel alto	Grupo de discusión	
<i>Pluralistics families communication patterns</i>	<i>Conversation Orientation</i>	Nivel alto	Entrevista a Experto	
	<i>Conformity Orientation</i>	Nivel bajo		
<i>Protective Families communication patterns</i>	<i>Conversation Orientation</i>	Nivel bajo		
	<i>Conformity Orientation</i>	Nivel alto		
<i>Laissez-faire Families communication patterns</i>	<i>Conversation Orientation</i>	Nivel bajo		
	<i>Conformity Orientation</i>	Nivel bajo		

Tabla 2 Conceptos clave y categorías de análisis, elaboración propia.

Teoría de la etiquetación

Para el análisis de la entrevista a experto tomo elementos de la **Teoría de la etiquetación** propuesta por Howard Becker y es una alternativa a las corrientes de análisis social del interaccionismo simbólico que según Castro R. (2011) se convirtió en una de las corrientes más usadas en la psicología y la sociología médicas. Howard Becker (1963) sostiene que los grupos sociales hacen reglas e intentan fortalecerlas en ciertos contextos. De esta manera las situaciones sociales son definidas por las reglas y los tipos de comportamientos apropiados para las reglas, específicamente algunas acciones como “correctas” y otras como “incorrectas”. Cuando una regla es obligatoria la persona que se supone la ha roto

puede ser vista como un tipo especial de persona, una que no puede ser confiable para vivir por las reglas acordadas en el grupo, es así como Becker define “*outsider*”.

Por consiguiente la persona que es etiquetada como *outsider* puede tener un punto de vista diferente del asunto que observa la regla. Puede ser que no acepte la regla por la cual está siendo juzgado y puede considerar que quienes lo juzgan no tienen el derecho de hacerlo.

Concepto clave desviación.

Becker define que el *outsider* –el que se desvía de las reglas del grupo- la desviación es clave porque ayuda a entender qué hay en ellos que los hacen “hacer” las cosas prohibidas. La desviación es construida por la sociedad, la desviación no es una cualidad de la persona que comente el acto es más que una consecuencia de la aplicación de las reglas de otros, más que una sanción ante una ofensa. La desviación emerge como un producto de una transacción que tiene lugar entre algún grupo social y alguien que es visto por el grupo como un *rule-breaker*. El autor se interesa más en el proceso a través del cual los desviados son etiquetados como *outsiders* y su reacción ante ese juicio.

El foco de atención es el comportamiento que es etiquetado como desviado, por lo que esta teoría pone énfasis en reconocer que será categorizado como desviado hasta observar la respuesta que ocurre en los otros. La desviación no es una cualidad que se sitúa en el comportamiento por sí mismo, si no en la interacción entre la persona que comente un acto y quienes responden a él.

Los *outsiders*

Los *outsiders* son personas que son juzgadas por otros por ser desviados por consiguiente, están fuera de un círculo de miembros “normales” de un grupo. Las reglas sociales son la creación de un grupo social específico. El autor dice que en las sociedades modernas no están organizadas de manera simple donde todos están de acuerdo sobre lo que las reglas

son y cómo las aplican en situaciones específicas. El autor explica que las personas siempre están aplicando sus reglas en las de otros más o menos en contra de su voluntad y sin el consentimiento de esos otros. El autor sostiene que las reglas están hechas por los adultos para los jóvenes. Las diferencias en la habilidad para hacer reglas y aplicarlas en otra gente son esencialmente diferencias de poder. Aquellos grupos con una posición social que les da poder están más preparados para fortalecer sus reglas. Las distinciones de edad, sexo, raza y clase están relacionadas con diferencias de poder, las cuales cuentan para las diferencias en el grado que tienen ciertos grupos de diseñar reglas para otros. En suma para reconocer que la desviación es creada por la respuesta de la gente sobre comportamientos particulares, por etiquetar ese comportamiento como desviado, se puede mantener en la mente que las reglas son creadas y mantenidas por las etiquetas.

Metodología

Dado el objeto de estudio hasta ahora descrito, este trabajo tiene un enfoque paradigmático mixto; destaco que este enfoque lo planteó N. K. Denzin en los 70, luego se perfeccionó por E. G. Guba y Y. S. Lincoln, ellos sostienen que este tipo de enfoque permite el análisis de datos cuantitativos y cualitativos haciéndolos compatibles. De acuerdo con Francisco J. Macedo y Teresa M. Torres (2000) el enfoque mixto permite trabajar con datos cuantificables y con datos que son relativos a la subjetividad y a la significación. En la presente investigación, por un lado se contemplan datos de tipo cualitativo al observar en la interacción de los actores las variables frecuencia, contexto y patrones de comunicación familiar en su vida cotidiana. Por el otro lado incluyo datos de tipo cuantitativo para identificar de acuerdo a los patrones de comunicación los tipos de familia, y si los patrones

son factores de prevención de ECNT observables en verbalizaciones sobre dieta correcta, la actividad física y chequeos preventivos.

Técnicas y herramientas elegidas

A continuación realizo la descripción del **Instrumento revisado de patrones de comunicación familiar de Koerner y Fitzpatrick** que fue creado para evaluar las dimensiones de conversación y conformidad, el cual cuenta con dos versiones dirigidas a evaluar, respectivamente, la percepción de los padres y de los hijos, sobre los comportamientos de comunicación familiar. En función de la combinación de las puntuaciones altas y bajas en ambas dimensiones se obtienen cuatro tipos de familias: *consensuadas, pluralistas, protectoras y laissez-faire* (Koerner y Fitzpatrick, 2004).

Preguntas guía del grupo de discusión

Moderador:

1 Me gustaría que cada uno me dijera qué hacen en su rutina diaria desde que se levantan hasta que se acuestan a dormir

2 En esa rutina diaria me gustaría que me dijera en qué momentos y de qué hablan con sus papás

3 ¿Las enfermedades crónicas son en ocasiones tema de conversación en la familia?

4 ¿Qué piensan de la prevención de enfermedades?

5 ¿Cuándo van a tomar una decisión importante como qué quiero estudiar o meterme a hacer ejercicio o tomarme una chela o fumar, qué las hace decir sí o no?

Determinación del universo y muestra de estudio

La muestra de estudio se determinó de acuerdo con una convocatoria que invitó a los estudiantes de un grupo de la Preparatoria 6 de la Universidad de Guadalajara, en la que se explicó el objetivo de la investigación. El ingreso al grupo fue posible después de presentar el proyecto a un profesor de la misma institución.

Criterios de selección de la muestra:

- 1** Participar de manera voluntaria en un grupo de discusión y contestar el instrumento, colaborar y responder con apego lo que sucede en su vida cotidiana.
- 2** Que los padres de los estudiantes que decidieron participar en el estudio, respondieran el instrumento y estuvieran de acuerdo en que sus hijas intervinieran en el grupo de discusión sobre prevención enfermedades crónicas y comunicación familiar.
- 3** Que los estudiantes tuvieran entre 16 y 19 años.

Abordaje para el análisis de la entrevista a un experto

Desde la perspectiva de Flick (2007) la entrevista con expertos en investigación cualitativa ayuda a comprender la realidad porque el entrevistado tiene menor interés como persona que en su calidad de experto para cierto campo o actividad. El experto se integra al estudio como representación de un grupo de expertos específico (no como un caso individual). La información es potencialmente relevante pero mucho más limitada que en otro tipo de entrevistas. La guía de entrevista fue directiva, para excluir los temas no productivos (apéndice 1).

Experto entrevistado: Médico Investigador del área epidemiológica-social que trabaja en la Unidad de Investigación Social Epidemiológica en Servicios de Salud, en Guadalajara.

Tomé elementos de la **Teoría de la etiquetación** para la interpretación de la entrevista, analizar y entender qué prácticas médicas promueven o limitan la incorporación de conocimiento generado por el estudio de la comunicación familiar para la prevención de enfermedades y el aprecio o desdén que en la comunicación en salud se le da al contexto familiar y a los patrones comunicación como factor de prevención de enfermedades.

La teoría de la etiquetación es una de las teorías impulsadas por la corriente del interaccionismo simbólico que consiste en identificar principios diferenciales cuando los sujetos desvían su reacción ante una serie de normas o entes regulatorios que la sociedad legitima en determinadas enfermedades. Castro (2011) recurre a Scheff para explicar cómo opera esta teoría:

“la mayor parte de las violaciones no implican que el trasgresor reciba el rótulo de enfermo mental, sino el de mal educado, ignorante, pecador, criminal o simplemente atormentado según el tipo de norma de que se trate Scheff” (1973, p. 54),

En esa explicación de la teoría de etiquetación se hace referencia a las enfermedades mentales, pero como mi enfoque está en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes o hipertensión, tomaré esta teoría para identificar cuáles son las reglas que instaura el médico para la prevención de estas enfermedades y llamaré desviación a las reacciones contrarias que describa el médico al referirse a los pacientes cuando acuden a consulta y qué de eso podría tener relación con la comunicación familiar.

Esta teoría según Castro (2011), consiste en las marcas que la sociedad pone a la enfermedad y explica que éstas hacen énfasis en la “desviación” de lo que es reconocido como “saludable” y lo que no lo es, esa desviación es la forma de llamar a las enfermedades, esa reacción de las personas entre una cosa y la otra, debe ser “validada y reconocida” para que sea significativa.

“La validación no consiste en otra cosa que el control social que ejerce sobre los individuos desviados, bajo la forma de aislamiento, segregación, castigos, supervisión y algunas formas de “tratamiento” organizado. Por ello (...) el análisis debe comenzar por la reacción social, específicamente por el control social, más que con la etiología del padecimiento en cuestión” (Lemert, 1974 p. 49).

De este modo, apliqué esta teoría para identificar (etiquetar) la conducta “desviada” respecto de lo que es la prevención de las ECNT. Busqué esa desviación en la interacción entre lo que circula en la comunicación en salud y lo que circula en la comunicación familiar padres o tutores – hijos adolescentes. Castro (2011) refiere a Lemert para explicar que la *desviación* se construye por los grupos sociales porque estos crean sus reglas en las cuales se etiqueta cuál es la conducta desviada. Esta teoría se integra en la corriente de pensamiento del interaccionismo simbólico y Castro (2011) explica que “la desviación social hace referencia al conjunto de conductas que no se ajustan al marco normativo y de expectativas sociales que predominan en una sociedad determinada” (p. 81). Según Castro esta teoría se ha usado para estudiar la “la desviación social” como la criminalidad, conductas juveniles de rebeldía, preferencias sexuales no hegemónicas o el consumo de drogas.

Consideraciones éticas

De acuerdo al Artículo 100 de la *Ley General de Salud* (2004) la investigación con seres humanos implica enmarcar el estudio en principios científicos y éticos para la medicina y que sólo pueden realizarla profesionales de la salud; si bien esta investigación es de índole sociocultural me parece pertinente mencionar que para garantizar el cumplimiento de los principios de autonomía en la participación, se aclaró a los estudiantes que aceptaron participar en la investigación, que debían hacerlo de manera voluntaria y para garantizar la justicia en el trato se hizo la convocatoria al grupo de preparatoria sin restricción de género, así como respetar su ideología, cultura y forma de expresarse en el grupo de discusión. Al tratarse de adolescentes se les planteó que los padres o tutores podían llenar una carta de consentimiento firmado, si necesitaban algún documento formal para que sus hijos o hijas y ellos mismos pudieran participar.

El principio de beneficencia es compartir esta investigación con profesionales de la salud para mejorar de alguna manera las estrategias de prevención de enfermedades crónicas y acercar información sobre la génesis de los padecimientos crónicos a los sujetos de investigación.

El principio de no maleficencia se aplica en no dañar a los sujetos de investigación con las herramientas usadas en la investigación y respetar si alguno de ellos decide no participar en el grupo de discusión, así como atender cualquier inquietud de los padres.

De acuerdo con el artículo segundo de la citada ley, esta investigación brinda conocimiento para la *prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana* a través de la incorporación de hallazgos sobre la potencialidad de los patrones de comunicación familiar

en conocimientos actitudes y prácticas sobre los factores de prevención de las enfermedades.

Hasta aquí la descripción del marco teórico metodológico. Aclaro que mi perspectiva sobre la ciencia incluye a la comunicación como tal, motivo por el cual esta ciencia es el eje central de esta investigación que promueve la incorporación de esta disciplina a los procesos médicos.

Capítulo 4 Implementación de instrumentos, sistematización, análisis e interpretación de resultados

En este capítulo presento tanto la exposición de la forma en que se generaron los datos como, a la luz del modelo teórico y la teoría empleada, la interpretación de los datos recolectados; en primera instancia del grupo de discusión, seguido de la entrevista a experto.

A continuación describo el abordaje metodológico con el que trabajé con los sujetos de investigación.

El grupo de la preparatoria al que se le hizo la convocatoria contó con 46 alumnos de los cuales 30 eran hombres y 16 mujeres; los estudiantes que decidieron participar fueron 5 mujeres estudiantes de la Preparatoria 6 de la U de G y sus respectivos padres a quienes se les aplicó el Instrumento de patrones de comunicación familiar de Koerner y Fitzpatrick (apéndices 2 y 3).

Familias participantes

Las familias que participaron estuvieron conformadas por madre, padre e hijos, no se presentó una conformación familiar diferente a esta. A continuación describo las taxonomías usadas para identificar a cada miembro de la familia, así como el número consecutivo que le asigné a cada una y los datos demográficos (edad y ocupación) de cada integrante.

Ejemplo

(A) Adolescente (F) Familia (1) AF1

(P) Padre (F) Familia (1) PF1

(M) Madre (F) Familia (1) MF1

Así sucesivamente con cada familia.

Tabla 3 Datos demográficos, de elaboración propia.

Familia 1			Familia 2		
Miembro	Edad	Ocupación	Miembro	Edad	Ocupación
AF1	16	Estudiante	AF2	16	Estudiante
					Lic. Cultura física y deporte
PF1	51	Profesor	PF2	53	
MF1	49	Educadora	MF2	53	Lic. Psicología
Familia 3			Familia 4		
Miembro	Edad	Ocupación	Miembro	Edad	Ocupación
AF3	16	Estudiante	AF4	16	Estudiante
PF3	45	Comerciante	PF4	49	Panadero
MF3	42	Ama de casa	MF4	49	Ama de casa
Familia 5					
Miembro	Edad	Ocupación			
AF5	16	Estudiante			
		Agricultor y transportista			
PF5	49				
MF5	47	Hogar			

Las adolescentes contestaron el instrumento de patrones de comunicación familiar versión para hijos (apéndice 1), el cuestionario de autoría propia sobre dieta correcta y activación física y participaron en un grupo de discusión, como los describe Flick (2007) para identificar los patrones de comunicación familiar en situaciones de conflicto, toma de decisiones, autoridad de los padres y en el valor que la familia da a las conversaciones y su incidencia en la prevención de enfermedades crónicas. Esta actividad ocurrió en una sola sesión en la casa de una de las estudiantes, con duración aproximada de 4 horas 45 minutos que se interrumpía por el sonido de los teléfonos celulares de las participantes, cuando sus padres las llamaban, para saber si estaban bien o si ya se había terminado la sesión.

Los padres contestaron el instrumento de patrones de comunicación familiar versión para padres (apéndice 2) y la cuestionario de autoría propia (apéndice 4) sobre dieta correcta y

activación física. Los cuestionarios fueron enviados a los padres en sobre cerrado a través de sus hijas quienes los regresaron de igual manera con la firma de sus respectivos padres así como con datos de contacto como teléfono para aclaraciones. Se descartaron las familias donde los padres no quisieron contestar los instrumentos.

Grupo de discusión

Para realizar el grupo de discusión dispuse el lugar a manera de mesa redonda, coloqué una computadora al centro que sirvió para consultar infográficos sobre ECNT. Revisé las cartas de consentimiento firmado y entregué los instrumentos que iban a ser contestados; los cuales expliqué detalladamente. Una vez que las adolescentes me entregaron los instrumentos contestados les entregué en un sobre los cuestionarios para que fueran contestados por sus padres. La sesión ocurrió el día 31 de octubre de del 2015.

La discusión partió de una pregunta detonadora sobre sus actividades diarias para poner en la conversación sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de enfermedades y cómo intervienen los padres en ello. Previo a la pregunta detonadora las adolescentes leyeron en voz alta alternándose una y otra infográficos (apéndice 5) respecto a sobrepeso y obesidad de la Secretaría de Salud, otro de la misma institución sobre hipertensión y uno más sobre factores de riesgo de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes, estos surgieron de una búsqueda simple en internet al teclear infográfico factores de riesgo de cada enfermedad.

Procesamiento de la información

Primera etapa

Los datos obtenidos del instrumento patrones de comunicación familiar versión padres y versión hijos, de acuerdo a *FCPT (Family Communication Patterns Theory)* se capturaron en hojas de cálculo de Excel, se estableció la media (suma de valores de todos los reactivos del instrumento, divididos entre el número de familias participantes) de las dimensiones de conversación y conformidad para luego establecer los niveles bajo y alto de cada una al tomar como referencia ese indicador.

Enseguida se muestran los niveles de cada familia de acuerdo a las categorías orientación a la conformidad de las conversaciones y orientación a la conversación.

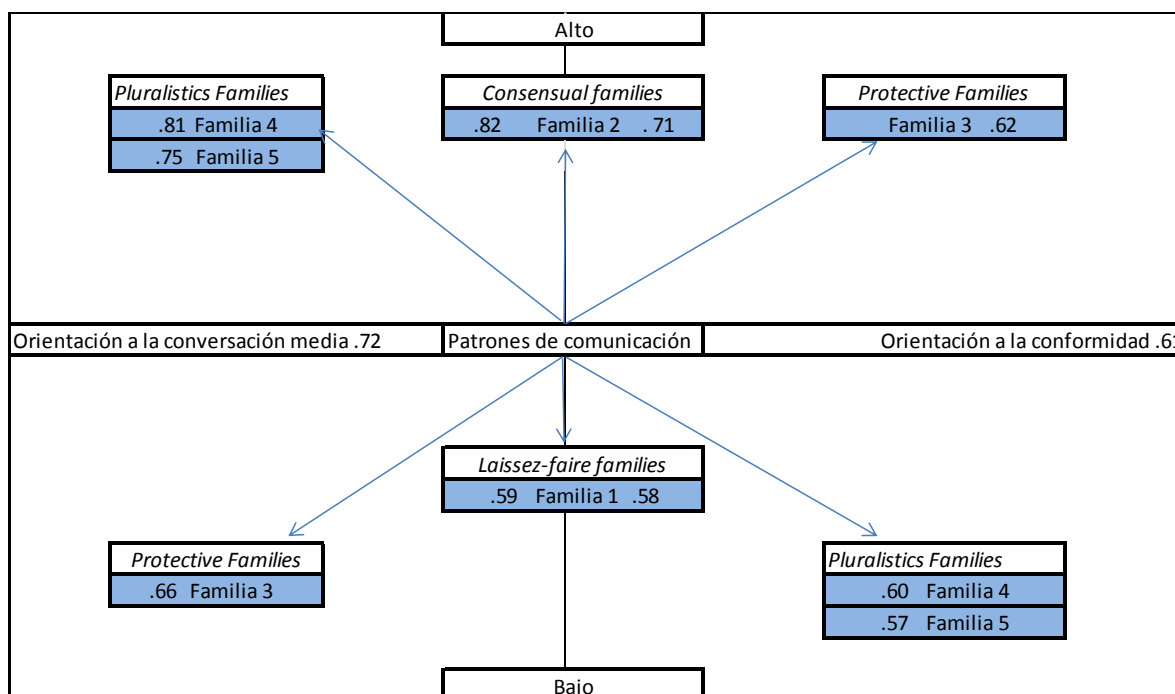
Tabla 4 Niveles de orientación a la conversación y orientación a la conformidad, elaboración propia.

No. Fam	Conver.	Confor.	NACNV	NBCNV	NACNF	NBCNF
Familia 1	0.60	0.58		*		*
Familia 2	0.82	0.71	*		*	
Familia 3	0.66	0.62		*	*	
Familia 4	0.81	0.60	*			*
Familia 5	0.75	0.57	*			*
Media Conversación			Media conformidad			
0.73			0.61			

NACNV	<i>Nivel Alto de Conversación</i>
NBCNV	<i>Nivel Bajo de Conversación</i>
NACNF	<i>Nivel Alto de Conformidad</i>
NBCNF	<i>Nivel Bajo de Conformidad</i>

De acuerdo a los valores obtenidos se procedió a tipificar a las familias de acuerdo al modelo teórico *Teoría de patrones de comunicación familiar* de Koerner y Fitzpatrick. En el siguiente esquema se muestra la asociación de los resultados de los niveles con los tipos de familia del modelo teórico.

Lo que se obtuvo de esa tipificación es la visibilización de las particularidades de cada familia en lo que se refiere a “realidades compartidas” entre los miembros a través de los patrones de comunicación que se gestan en el día a día, así como el impacto de estos en los conocimientos actitudes y prácticas que son parte de la forma de entender la salud, la enfermedad y la prevención de enfermedades específicamente en el proceso intersubjetivo que cada adolescente describe para la toma de sus decisiones y en la interacción generada en el grupo de discusión respecto a las ECNT. Si bien este modelo teórico tiene su génesis en la cultura anglosajona, un contexto diferente al local, resultó útil para interpretar y entender el proceso de comunicación familiar de estas 5 familias radicadas en Guadalajara, México, esto a partir de los datos cuantitativos generados de la aplicación del instrumento y de la identificación de los patrones de comunicación como datos cualitativos en el grupo de discusión.



Esquema 2 Tipos de familias, elaboración propia.

Segunda etapa

Posteriormente en el análisis de la transcripción del grupo de discusión consistente en, identificar los patrones de comunicación familiar codificados previamente; y su relación con la promoción (o no) de las prácticas dieta correcta y la activación física.

Enseguida, de acuerdo a las categorías de análisis, se procedió a describir el impacto de cada patrón de comunicación familiar en cada tipo de familia; de acuerdo con la codificación establecida en tablas de Excel que permitieron identificar conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la dieta correcta y activación física.

Con este análisis se procedió a notar la presencia o ausencia de los patrones que se asocian con cada tipo de familia y su correspondencia con los comportamientos asociados desde la teoría a la prevención de enfermedades.

Para la sistematización de datos obtenidos del grupo de discusión, tomé las directrices que plantea Barbour (2013) al establecer un marco de codificación dándoles a los patrones el siguiente orden y correspondencia con los tipos de familias y las siguientes categorías de análisis:

Ejemplo: C (*Consensual*) (F) *Families* (P) Patrón (1)

Tabla 5 Categorías de análisis, elaboración propia.

Categorías de análisis	<i>Consensual families</i>	<i>Pluralistics Families</i>	<i>Protective Families</i>	<i>Laissez-faire families</i>
Autoridad de los padres	CFP 1	PFP 1	PVFP 1	LFFP 1
Toma de decisiones	CFP 2	PFP 2	PVFP 2	LFFP 2
Conflicto	CFP 3	PFP 3	PVFP 3	LFFP 3
Valor de las conversaciones	CFP 4	PFP 4	PVFP 4	LFFP 4

Patrones de comunicación familiar

Los patrones con los que se trabajó son los siguientes, destaco que hice énfasis en los componentes de autoridad de los padres, toma de decisiones, manejo del conflicto y valor en las conversaciones. Las taxonomías para cada patrón constan de las iniciales del tipo de familia al que corresponden y se les asignó un número consecutivo.

Tabla 6 Descripción de patrones de comunicación familiar, elaboración propia.

Categorías de análisis	Consensual families	Pluralistics Families	Protective Families	Laissez-faire families
Autoridad de los padres	CFP 1 Los padres presionan para acordar y preservar la jerarquía en la familia.	PFP 1 Los padres abren discusiones sin restricciones e involucran a los miembros de la familia	PVFP 1 La comunicación se basan en la autoridad de los padres y obediencia de los hijos	LFPP 1 Su comunicación se caracteriza por interacciones un poco desvinculadas entre los miembros de la familia a los que sólo les interesa un limitado número de temas en común
Toma de decisiones	CFP 2 Los padres tienen interés en abrir comunicación y explorar nuevas ideas y están interesados en lo que sus hijos tienen que decir sin embargo los padres creen que ellos deberían tomar la decisiones finales en los asuntos familiares.	PFP 2 Los padres no sienten la necesidad de tener el control de sus hijos ni de tomar las decisiones por ellos.	PVFP 2 Los padres de estas familias creen que ellos deben tomar las decisiones por su familia y por los hijos y los padres le dan poco valor a explicar sus razones a los hijos.	LFPP 2 Los padres en este tipo creen que cada miembro de la familia debería ser capaz de tomar sus propias decisiones.
Conflicto	CFP 3 Los padres consideran el conflicto como negativo y peligroso para la familia, pero un conflicto no resuelto es una amenaza, para la relación familiar y entablan conversaciones para resolverlo.	PFP 3 Los padres enfatizan el libre intercambio de ideas y la ausencia de presión para obedecer, esto hace que se aborden los conflictos y los resuelven de manera positiva	PVFP 3 Los conflictos son concebidos negativamente, los integrantes esperan no tener conflictos con nadie de su familia y actuar de acuerdo a las normas e intereses de la familia	LFPP 3 No se experimenta en la familia una constricción de los intereses individuales ni incidentes de choque de intereses y esos conflictos son raros y los miembros tienden a evadir el conflicto.
Valor de las conversaciones	CFP 4 En estas familias los hijos aprenden a valorar en las conversaciones familiares y adoptan las creencias y valores de los padres y tienden a resistir mensajes persuasivos que se desvían de las posiciones y valores de los padres.	PFP 4 En estas familias los hijos valoran las conversaciones familiares y aprenden a ser independientes y autónomos en la toma de decisiones.	PVFP 4 En esta familia los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y desconfían de su propia habilidad para tomar decisiones.	LFPP 4 Los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y ellos tienen que tomar sus propias decisiones por que no reciben apoyo de sus padres y se cuestionan su habilidad para tomar decisiones.

Autoridad de los padres

Este patrón de comunicación en el tipo de *Laissez-faire familie* se refiere a que la comunicación se caracteriza por interacciones un poco desvinculadas entre los miembros de la familia a los que sólo les interesa un limitado número de temas en común, esta situación corresponde con lo identificado en el discurso de la AF1 cuando se le preguntó de qué y cuándo habla con sus padres y ella contestó que: “Pues de lo que salga, pues de permisos o si estamos viendo las noticias”. Este patrón de comunicación no promueve la prevención de enfermedades dado que la familia interactúa cuando una situación “lo amerita” como pueden ser los permisos, más no de situaciones que aún no se presentan como serían las ECNT.

Este patrón de comunicación en el tipo *Consensual families* se refiere a que los padres presionan para acordar y preservar la jerarquía en la familia. Esto se identificó en el discurso de la AF2 cuando expresó que:

[...] mi papá es el que le insiste más a mi hermana, es que ella pesa más que yo y es más chaparrita que yo y mi papá le insiste más a ella y ella dice sí es que ya tengo que adelgazar y tengo qué sabe qué y mi papá le insiste por ejemplo si compra unas galletas él le dice ya ves tú sabrás ya te estoy diciendo y cosas así y haz ejercicio y es más o menos eso y a mí me dicen que haga ejercicio [...]

Este patrón impacta en la prevención de enfermedades dado que parece ser un tema de interés de la familia el cuidar la alimentación y realizar activación física y podría atribuirse a que el padre es maestro de educación física.

En este patrón de comunicación en el tipo *Protective Families*, la comunicación se basa en la autoridad de los padres y obediencia de los hijos esto se identificó cuando la AF3 mencionó que sus padres le dicen: [...] “usted coma porque está muy flaca y les digo que

estoy gorda y me dicen pues haz ejercicio y ya no me dicen nada”[...] Este patrón impacta en la promoción de la dieta correcta y la activación física y se basa al parecer en la apariencia física de los miembros de la familia.

En este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics Families*, los padres abren discusiones sin restricciones e involucran a los miembros de la familia, esto se identificó cuando la AF4 expresó:

[...]con...mi papá... hasta en la noche hablamos de cómo le fue en su día qué paso en su trabajo y también yo digo si me pasó algo interesante en la escuela y ya también platicamos de lo que pasa en la tele y así y con mi mamá pues en todo el día pues como estoy con ella siempre mientras comemos o y en la tarde si se nos ocurre algo ella nos dice algo o yo también les cuento lo que me paso en el día[...]

Este patrón impacta en la prevención de enfermedades porque parece que conversar en familia es un elemento al que se le da peso y se potencia el impacto de la comunicación familiar sobre asuntos diversos no solo de prevención.

En este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics Families*, los padres abren discusiones sin restricciones e involucran a los miembros de la familia, esto se identificó cuando la AF5 expresó:

[...]sí hablo mucho con mi mamá y casi siempre hablamos de lo que nos pasó y yo tengo un tema y platico muchísimo con mi mamá, no sé por qué es sobre un muchacho (todas se ríen) y no sé estamos platicando y siempre saco ese tema es como de lo que platicamos, también platico de cómo me siento y de lo que me pasó en toda la semana o cosas que no le dije o cosas que me acuerdo (...) Con mi papá no, es más bien cómo le fue en el trabajo y le doy masaje y así pero de temas como(...) Papá me siento así, platico con él a veces pero no siempre y no todo el día.

Este patrón impacta en la prevención de enfermedades porque parece que conversar en familia es un elemento al que se le da peso y se potencia el impacto de la comunicación familiar sobre asuntos diversos no solo de prevención.

Toma de decisiones

Este patrón de comunicación en el tipo de *Laissez-faire familie* se refiere a que los padres creen que cada miembro de la familia debería ser capaz de tomar sus propias decisiones, esto se observó cuando en el grupo de discusión se preguntó en qué piensan cuando van a tomar una decisión importante, la AF1 dijo: “Yo pienso en todo el mundo, en mí misma y en mi bienestar y ya y en mi familia pero más en mí”. Este patrón impacta en la prevención de ECNT cuando los hijos al decidir algo lo hacen a través de un proceso cognitivo en el que entran en juego sus conocimientos, los de sus padres y de terceros.

Este patrón de comunicación en el tipo *Consensual families* se refiere a que los padres tienen interés en abrir la comunicación, explorar nuevas ideas, están interesados en lo que sus hijos tienen que decir, sin embargo creen que ellos deberían tomar las decisiones finales en los asuntos familiares. Esto se observó cuando en el grupo de discusión se preguntó en qué pensaban para decidir algo importante la AF2 dijo: “Pues yo en mis papás porque qué van a decir porque ellos son los que te regañan y uno mismo tiene que pensar para hacer las cosas bien no pensando en los demás si no en tí misma”. Esto tiene potencial para impactar en la prevención de enfermedades si los padres incorporan conocimientos al respeto o permiten que sus hijos los expongan.

En este patrón de comunicación en el tipo *Protective Families*, los padres creen que ellos deben tomar las decisiones por su familia y por los hijos; los padres le dan poco valor a

explicar sus razones a los hijos. Lo que se observó cuando en el grupo de discusión se preguntó en qué pensaban para decidir algo importante fue que la AF3 dijo:

[...]Yo pienso así en cuál sería la mejor opción de las cosas (AF1 No porque te digan tus papás) sí porque pueden ser drogadictos pero si tu no quieres ni vas a hacerles caso a ellos, más bien pensar en el buen camino y así [...]

El hecho de que la adolescente no refiera que decide en función de lo que le piden sus papás da cuenta de que los padres dan poco valor a explicar sus razones a los hijos y al no haber referente en los padres la adolescente saca su conjeturas y decide basándose en categorizaciones de lo “mejor” o lo “bueno” desde su experiencia cotidiana.

En este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics Families*, los padres no sienten la necesidad de tener el control de sus hijos ni de tomar las decisiones por ellos. Esto se observó cuando en el grupo de discusión se preguntó en qué pensaban para decidir algo importante y la AF4 dijo:

[...]Yo sí pienso en mis papás y ya después como en Dios y ya me daba pena con él ya le estoy quedando mal... no se de repente sí le digo a Dios hay qué pena hice esto mal ya sé que no es lo bueno y no quieres y me arrepiento y ya hasta el último pienso en mí como que me preocupo más por los demás entonces primero pienso más en ellos en qué dirían y así y ya. Tal vez suene muy anticuada o aburrida pero si es algo malo no lo hago aunque quiera [...]

El hecho de que los padres no sientan la necesidad de controlar a sus hijos, ni tomar decisiones por ellos puede indicar que los hijos busquen otra figura que sirva de referente para tomar una decisión que en este caso fue Dios.

En este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics Families*, los padres no sienten la necesidad de tener el control de sus hijos ni de tomar las decisiones por ellos. Esto se observó cuando en el grupo de discusión se preguntó en qué pensaban para decidir algo importante y la AF5 dijo:

[...] Yo cuando hago las cosas casi nunca pienso en mis papás no sé por qué, hay veces que sí pero casi nunca, más bien pienso en mí y más bien... tal vez puede sonar tonto pero pienso en qué diría Dios (Todas Yo también!) cuando son decisiones importantes, quiero estar bien conmigo y estar bien con Dios con mis papás no es tanto de estar ¡hay no manches! Pero me importa más cómo me siento yo y lo que vaya a pasar conmigo y con eso lo que le esté haciendo a Dios y con eso ya decido así lo veo [...]

Vuelve a surgir Dios para la toma de decisiones cuando los padres no sienten la necesidad de controlar ni de tomar decisiones por los hijos lo que los mueve a realizar un proceso cognitivo que saca a la luz categorizaciones como el “bien”.

Conflicto

Este patrón de comunicación en el tipo de *Laissez-faire familie* se refiere a que no se experimenta en la familia una constricción de los intereses individuales ni incidentes de choque de intereses y ese tipo de conflictos son raros y los miembros tienden a evadir a evadirlos. Al respecto no se detectó reacción alguna en la AF1.

Este patrón de comunicación en el tipo *Consensual families* se refiere que los padres consideran el conflicto como negativo y peligroso para la familia, pero un conflicto no resuelto es una amenaza, para la relación familiar y entablan conversaciones para resolverlo. Al respecto se observó eso que la AF2 dijo que: “La comunicación familiar es importante para evitar conflictos de diferentes cosas o situaciones y se puede decir que eso más que nada”. Lo dicho muestra que en este tipo de patrón y familia se crea un ambiente en el que los miembros comparten sus puntos de vista y se busca el consenso.

Este patrón de comunicación en el tipo de *Protective families* se refiere a que los conflictos son concebidos negativamente, los integrantes esperan no tener conflictos con nadie de su familia y actuar de acuerdo a las normas e intereses de la familia. Al respecto se observó

que la AF3 dijo que ante una situación controversial o de conflicto sus padres: “me preguntarían que qué se de eso y lo que yo no sepa ellos me lo dirían y ya”. Este patrón en este tipo de familia sugiere que las conversaciones surgen de manera situacional, es decir, que una situación de vida en la adolescente se pondría como tema de discusión sólo si se considera en la familia como conflicto.

Este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics families se refiere* a que los padres enfatizan el libre intercambio de ideas y la ausencia de presión para obedecer, esto hace que se aborden los conflictos y los resuelven de manera positiva. Al respecto se observó que la AF4 dijo que con relación a la alimentación y el ejercicio surgen conflictos:

[...] mi mamá es la que nos dice que hagamos ejercicio mi papá también nos dice pero él no hace nada, no hace ejercicio y mi mamá le insiste ¡vamos a caminar! Porque a veces dice que se siente muy engarrotado así como tieso y mi mamá le dice que es porque no hace ejercicio que vayamos a caminar y así y mi mamá es la que procura ir al parque en las mañanas a caminar y así ella sí en cuanto ya nos vamos todos se va a caminar llega y hace su rutina pero pues sí[...]

Lo dicho sugiere que una situación en las que algún miembro de la familia ve afectada su salud se pone como tema de conversación para invitar a la práctica que resuelva el conflicto que en este caso es la práctica de ejercicio.

Este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics families se refiere* a que los padres enfatizan el libre intercambio de ideas y la ausencia de presión para obedecer, esto hace que se aborden los conflictos y los resuelven de manera positiva. Al respecto se observó que la AF5 identifica que respecto a padecer enfermedades su papá le hablaría sobre la alimentación y el ejercicio:

[...] Pues mi papá me diría: Mira gordita, (es que me dice gorda o cachetes), mira existen muchísimas enfermedades y se agarraría riendo porque casi nunca habla serio y me diría: pues como ya sabes...pues tu abuelita tenía diabetes cuando se

murió y a pesar de que estaba flaquita, la diabetes también se presenta en los gordos y la hipertensión no creo que te dé pero bueno te digo (me lo diría riéndose porque nunca habla en serio) y de la obesidad me diría que tienen exceso de peso pero si tú no te cuidas y sigues así como marrana engordarías muchísimo, me haría reír para decirme esas cosas[...]

Lo dicho sugiere que la afectación a la salud es un tema de conversación y puede convertirse en un conflicto el cual requiere que los padres o tutores argumenten cómo puede resolverse el problema potencial de manera positiva.

Valor de las conversaciones

Este patrón de comunicación en el tipo de *Laissez-faire familie* se refiere que los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y ellos tienen que tomar sus propias decisiones porque no reciben apoyo de sus padres y se cuestionan su habilidad para tomar decisiones. Al respecto se detectó que la AF1 considera que sus padres piensan: “que diario tomamos a mal lo que nos dice que es por nuestro bien, “ya no te voy a decir nada porque te enojas pero luego sí nos dice”. Lo dicho sugiere que los padres desacreditan sus argumentos porque no mueven al comportamiento deseado.

Este patrón de comunicación en el tipo *Consensual families* se refiere a que en estas familias los hijos aprenden a valorar las conversaciones familiares y adoptan las creencias y valores de los padres y tienden a resistir mensajes persuasivos que se desvían de las posiciones y valores de los padres. Al respecto se identificó que la AF2 valora las conversaciones con ambos padres:

[...]con mi papá (...)hablo de cualquier cosa igual con mi mamá, como que tengo una relación muy estrecha con ambos (...)cuando ya estamos más relajados y todo y ya comentamos cualquier cosa cómo nos fue en el día o algo que pase en ese momento y ya que está mi mamá es como que ya una charla más de los 4 (...) es que tengo una hermana, entonces pues de cualquier cosa ya aja[...]

Lo dicho sugiere que este patrón en este tipo de familia los miembros facilitan un momento en el cual cada miembro puede compartir cualquier tema lo que representa un potencial para la prevención de enfermedades, si es que se hablara de ello.

Este patrón de comunicación en el tipo *Protective families* se refiere a que los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y desconfían de su propia habilidad para tomar decisiones. Al respecto se observó que la AF3 no habla con sus padres por el ritmo de vida de la familia: “como que casi no hay tiempo (de platicar) porque nos tardamos mucho en levantarnos (...) tardo mucho en contar las historias (...) siempre tardo mucho en hablar con mis papás en contarles mis historias”. El hecho de que la adolescente reconozca que casi no hay tiempo de platicar y que se tarda mucho en contar las cosas sugiere que se le da poco valor a las conversaciones y que la adolescente prefiera no hablar.

Este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics families* se refiere los hijos valoran las conversaciones familiares y aprenden a ser independientes y autónomos en la toma de decisiones. Al respecto cuando se les preguntó en el grupo de discusión que es para ellos la comunicación familiar la AF4 respondió:

[...](la comunicación familiar) Es tener confianza entre toda la familia y poder decir lo que uno siente y que no te dé pena o miedo a que me regañen, sino que te digan lo que está bien o está mal y den su punto de vista. Tener confianza para poder platicar de lo que sea, bueno, malo, penoso gracioso.

Coherentemente con este tipo de patrón y familia lo dicho sugiere que las conversaciones familiares son valoradas porque se pueden obtener elementos que le abonen al conocimiento sobre algún tema y escuchar incluso opiniones encontradas que muevan a la adolescente a fortalecer sus puntos de vista y / o a aceptar los de la familia y actuar en consecuencia.

Este patrón de comunicación en el tipo *Pluralistics families* se refiere los hijos valoran las conversaciones familiares y aprenden a ser independientes y autónomos en la toma de decisiones. Al respecto cuando se les preguntó en el grupo de discusión que es para ellos la comunicación familiar la AF5 respondió:

[...] La comunicación familiar para mí es a grandes rasgos hablar en familia en confianza con la verdad y siempre al grano no echar tanto choro yo sé que sí porque si no les tienes confianza a tus papás que siempre están contigo entonces ¿a quién? porque ellos siempre te están apoyando, porque yo sí confío en mis papás yo puedo decirles todo hasta si maté a alguien y no me llevan a la cárcel a menos que crean que es lo mejor[...]

Lo dicho es coherente con las características de este patrón en este tipo de familia porque se valoran las conversaciones familiares y en ellas la adolescente construye su propia opinión de las cosas y eso la mueve a la autonomía e independencia.

Ahora bien cabe aclarar que esta investigación no es estadísticamente representativa, por lo que los resultados no son generalizables; estos son una veta para mirar de manera micro social la construcción de las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión desde la perspectiva de la comunicación como ciencia.

Mediante este tipo de herramientas metodológicas observé un conceso en el grupo respecto a la toma de decisiones, en el que las estudiantes las basan al instaurar un punto de referencia o un marco de acción para decidir sobre cuestiones relacionadas a la salud; un primer marco es construido por la comunicación familiar que revela los valores y creencias de la familia a través de situaciones de conflicto o de desacuerdo respecto a las actitudes y comportamientos de las hijas en donde si ellas respetan el orden dentro del marco de referencia, la comunicación no es tan frecuente, cuando las adolescentes discrepan al respecto surge una situación de conflicto que amerita tener una conversación entre padres e

hijos, en donde las adolescentes manifestaron cierta autonomía al no decidir basadas en lo que sus padres les dicen siempre y corren riesgos tomando decisiones basadas en su propio macro de referencia que al menos en estas 5 estudiantes no es 100% apegado a los conocimientos actitudes y prácticas que la comunicación familiar instaure, aparece también Dios como punto de referencia donde un par de estudiantes mencionaron que basan o cuestionan sus decisiones en una conversación con Dios.

Otro consenso al que llegaron las adolescentes con relación a la prevención de enfermedades y la comunicación familiar fue que los padres construyen argumentos para prevenir las ECNT sobre todo la obesidad, basados en la apariencia física o argumentos basados en experiencias de familiares que han padecido o padecen diabetes o hipertensión.

Como ejemplo menciono que la adolescente de la F1 no sabía que en su familia había muchos parientes con diabetes e incluso algunos fallecieron por consecuencia de esa enfermedad, esto refleja que la omisión de temas relacionados con prevención de enfermedades construye rutas para que las adolescentes, hagan ejercicio o sean sedentarias, coman con cierto apego a la dieta correcta o no; de ahí que el impacto de los patrones de comunicación familiar sea variable en la promoción de la dieta correcta y la activación física.

Resultados del cuestionario sobre apego a dieta correcta y activación física

El procesamiento de datos para esta cuestionario de autoría propia (apéndice 5) se hizo a través de la captura en hojas de Excel del instrumento 2 que fue una cuestionario tipo Likert con 6 opciones de respuesta, donde el 6 significó estar completamente de acuerdo y 1 completamente en desacuerdo con cada reactivo o afirmación, 10 de los reactivos están relacionados con los factores de prevención sobre la vivencia de la Dieta Correcta; 2 con activación física, 1 con la visión a futuro de los sujetos respecto al binomio vejez y salud y 2 relacionados a la percepción de la frecuencia de comunicación en la familia y si un tema es la prevención de ECNT.

Se realizó con una suma simple de los valores expresados por los participantes, el valor máximo alcanzable por reactivo que fue de 18, luego se procedió a sacar la variación respecto a estar completamente de acuerdo con cada reactivo

En los apéndices 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5 se encuentran las tablas que muestran los resultados obtenidos, donde el valor expresado como 1.00, significa que los integrantes de la familia están completamente de acuerdo con la afirmación o reactivo y los valores diferentes a este son la variación o distanciamiento a estar completamente de acuerdo y su acercamiento al completamente en desacuerdo.

Ejemplo, si la sumatoria de un reactivo hubiera dado 9 (dado que el valor máximo es 18) la variación se expresaría como .50

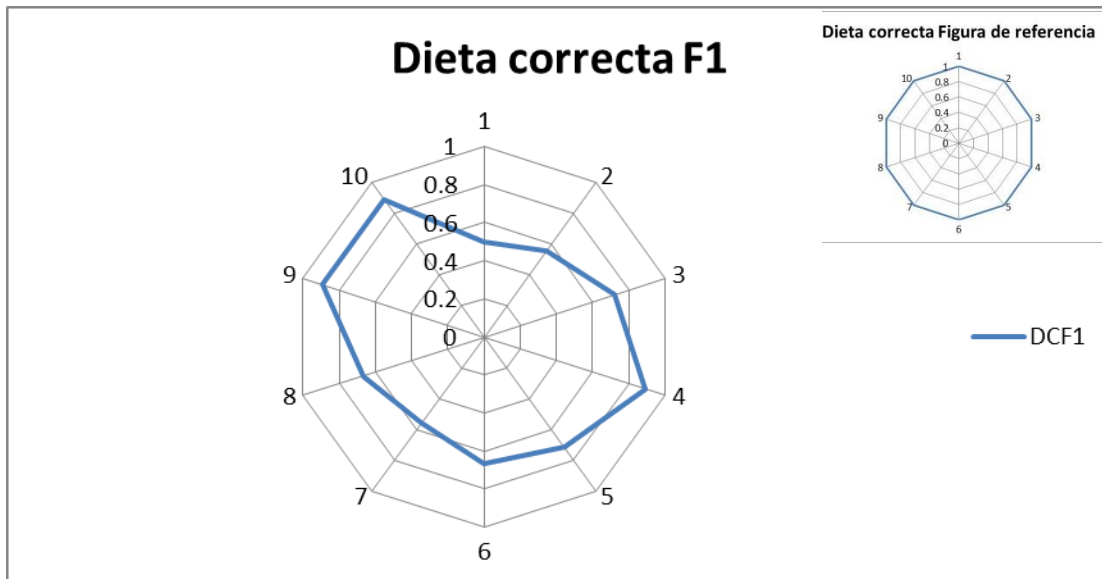
En este sentido las siguientes gráficas muestran la variación de cada familia respecto a los reactivos sobre dieta correcta como factor de prevención, mientras mejor formado se aprecia el círculo y más cercano a la periferia, significa que la familia percibe que en su rutina diaria se dan las prácticas que tienen relación con la dieta correcta y se tienen conocimientos al respecto.

En el cuestionario sobre dieta correcta y activación física observó una relación entre el tipo de familia del modelo teórico de patrones de comunicación familiar y los conocimientos actitudes y prácticas que cada una construye basadas en ellos. Esa relación es dicotómica y compleja. Dicotómica porque entran en juego las creencias centrales de la familia que están incorporadas en los conocimientos de las adolescentes (estén ellas de acuerdo o no) y los propios, esto se observa en la descripción que las adolescentes hacen sobre el proceso que siguen para tomar sus decisiones a través sus actitudes tales como aceptación, indiferencia, o desacuerdo. Es compleja porque los marcos de sentido desde donde deciden oscilan entre la autoridad de los padres, la autonomía de las adolescentes, los consensos entre amigas y la comunicación con Dios.

Un paréntesis respecto a la comunicación con Dios

La adolescentes que mencionaron a Dios acuden con frecuencia (una o dos veces por semana) a “Pandillas” que es un “movimiento pandillero de vida cristiana” podría ser que ese sea otro marco de referencia para actuar. En estos grupos de socialización al parecer no se habla sobre salud, enfermedad o prevención, al parecer se habla de espiritualidad con orientación a interpretar el mundo en una lógica del bien o el mal. La AF3 también va a Pandillas pero no mencionó a Dios.

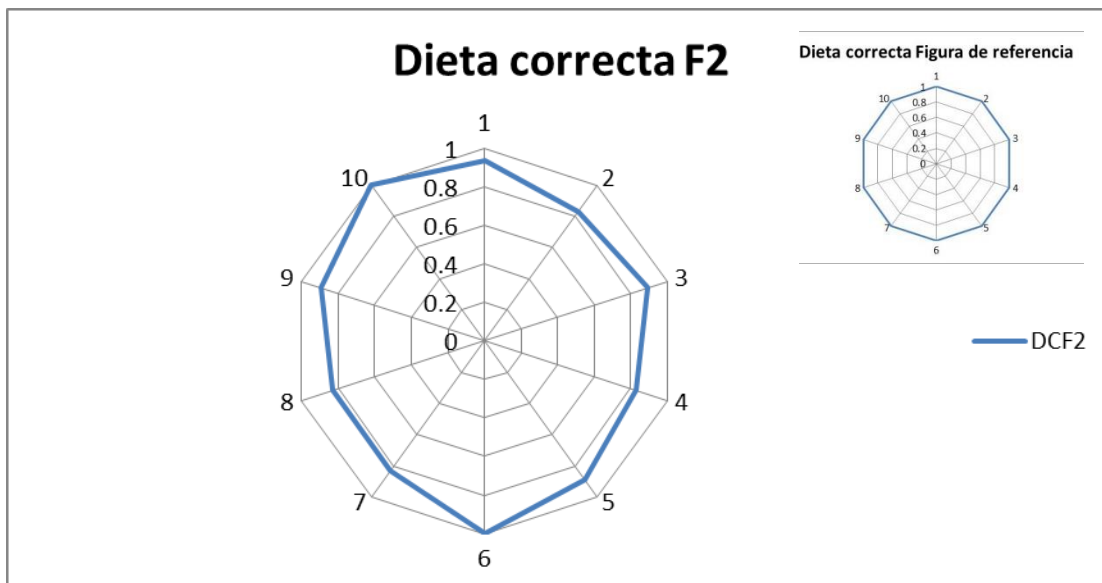
Gráfica 1 Familia 1 percepción sobre dieta correcta, elaboración propia.



En la familia 1 del tipo *Laissez faire family* la figura asemeja un ovoide irregular que interpreto como que existe cierto conocimiento sobre la dieta correcta sin que sea una práctica aceptada por todos los miembros. Tanto el padre como la madre son maestros, él de secundaria y preparatoria, y ella de preescolar; me parece -como lo dice el modelo teórico- en este tipo de familia, se presenta una interacción desvinculada entre ellos y su hija sobre el apego a la dieta y a la activación física y no sólo de eso al parecer con los datos del grupo de discusión de esta adolescente en particular sólo se interactúa cuando surge alguna situación como algún permiso o cuando ella se sale de las normas marcadas por los padres. La influencia de los patrones de comunicación familiar de la F1 sugiere que no se promueve la prevención de las enfermedades a través de la promoción de la dieta correcta y esto mueve a la adolescente a que tome sus decisiones al respecto en un proceso interno de significación donde participan los padres, lo que ella considera “correcto” y talvez la opinión de sus amigas u otros actores como los medios de comunicación. En este

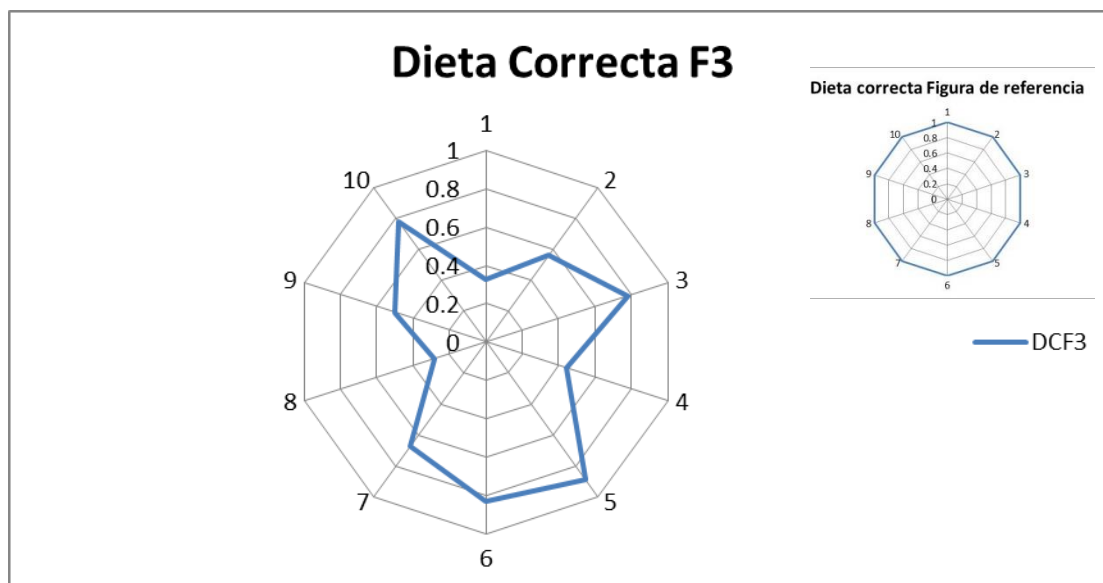
caso los patrones de comunicación mueven a la adolescente a hacer lo contrario a lo que sus padres establecen respecto a la dieta.

Gráfica 2 *Familia 2 percepción sobre dieta correcta, elaboración propia.*



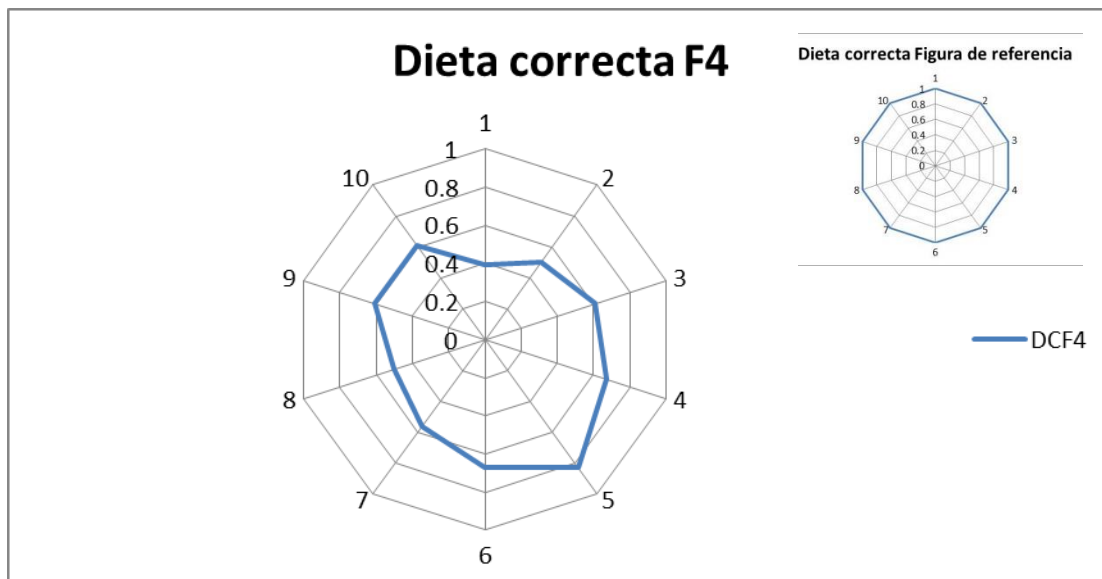
En la familia 2 de tipo *Consensual families* el círculo quedó mejor formado lo que sugiere que existe conocimiento y aceptación a practicar la dieta correcta. Esta familia está conformada por un padre que es maestro de educación Física y madre psicóloga esto sugiere que por los saberes que poseen los padres construyen un marco de referencia (o significado) que las hijas aceptan y en este caso podría ser un factor de prevención ya que la adolescente está de acuerdo con sus padres. Aclaro no es la profesión que tienen los padres lo que hace que haya aceptación sobre la dieta correcta, es el consenso familiar o la aceptación del marco de referencia del que la adolescente parte para la toma de decisiones.

Gráfica 3 Familia 3 Percepción sobre dieta correcta, elaboración propia.



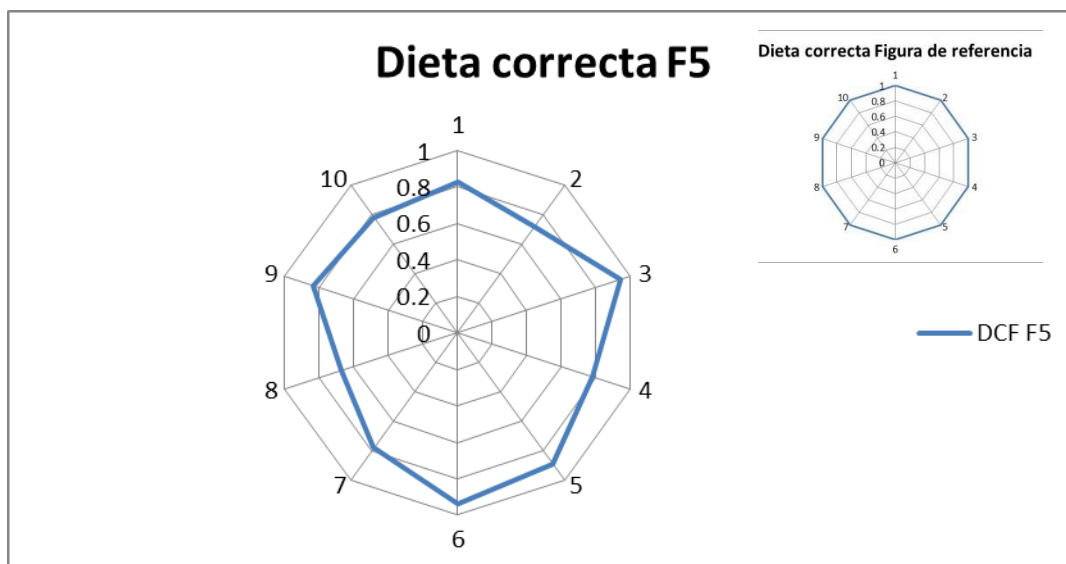
En la Familia 3 de tipo *Protective families* la figura que se observa en la gráfica de la dieta correcta dista de ser un círculo lo cual indica que no se percibe en la familia el conocimiento ni la práctica de la dieta correcta. El padre es comerciante y la madre ama de casa, el marco de referencia que rige la toma de decisiones de la adolescente a través de los patrones de comunicación familiar, no promueve la dieta correcta, la adolescente manifestó indiferencia ante los comentarios de sus padres respecto a “comer para no estar flaca” y acuerdo en argumento de que “dormir es más importante que comer” hay orientación al individualismo esto podría no promover la prevención de enfermedades. Digo podría porque puede suceder que aunque los patrones de comunicación familiar no promuevan la práctica de la dieta correcta, la adolescente desde su proceso intersubjetivo a través de los marcos de referencia decida practicarla, aunque en este caso particular al parecer no es así.

Gráfica 4 Familia 4 percepción sobre dieta correcta, elaboración propia.



En la Familia 4 de tipo *Pluralistic families* se observa una figura que interpreto como cierto grado de conocimiento sobre la dieta correcta pero no hay aceptación sobre la práctica de la misma, la adolescente sí toma como referencia los conocimiento actitudes y prácticas de sus padres, él es panadero y ella ama de casa, para tomar decisiones, no solo en temas de salud sino de cualquier tema, además incorpora en el marco de referencia a Dios en la dimensión de hacer lo bueno o lo malo, importante que eso se lo cuestiona una vez que realizó una acción que amerita sentir pena y arrepentirse, lo que da cuenta de la autonomía que este tipo de familia promueve para la toma de decisiones de los hijos.

Gráfica 5 Familia 5 percepción sobre dieta correcta, elaboración propia.



En la Familia 5 de tipo *Pluralistic families*, la figura que muestra los valores que le dieron al cuestionario sobre percepción de la dieta correcta se acerca en algunos puntos a la periferia lo que interpreto como que existe conocimiento y cierto apego a seguirla. Existe acuerdo por parte de la adolescente con el marco de referencia que los padres formulan a través de la comunicación familiar sobre la dieta correcta, sin embargo la adolescente externó que no decide sólo con base en ese marco de referencia sino que piensa qué diría Dios de sus acciones, aparece nuevamente la autonomía que es característica de este tipo de familia.

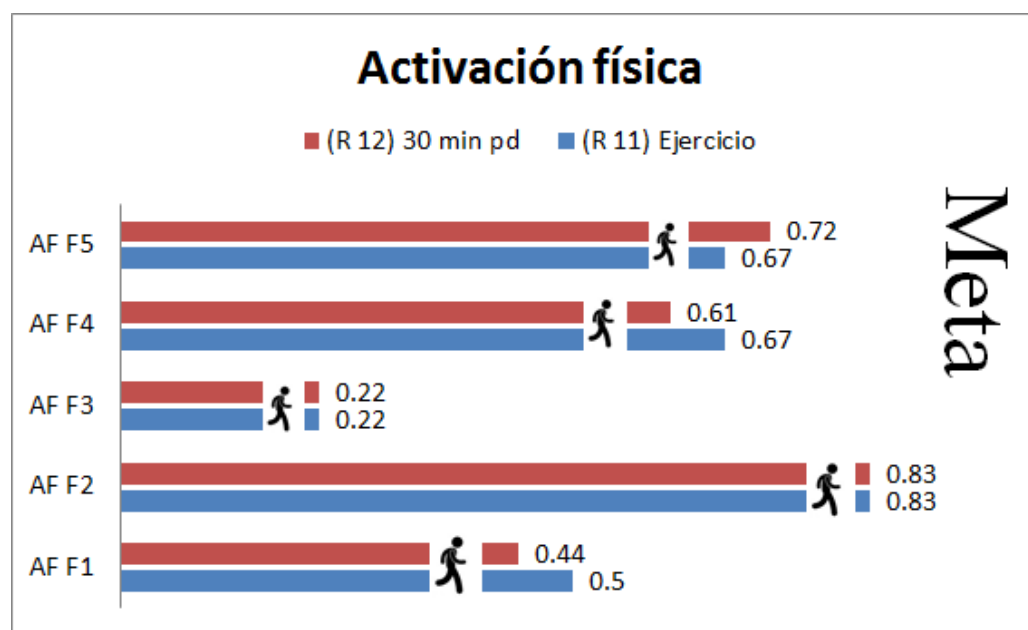
Percepción sobre práctica de la activación física

La percepción de las familias sobre la práctica de la activación física se muestra en la siguiente gráfica.

En los apéndices 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5 se encuentran las tablas que muestran los resultados obtenidos, donde el valor expresado como 1.00, significa que los integrantes de la familia están completamente de acuerdo con la afirmación o reactivo y los valores diferentes a este son la variación o distanciamiento a estar completamente de acuerdo y su acercamiento al completamente en desacuerdo.

Ejemplo, si la sumatoria de un reactivo hubiera dado 9 (dado que el valor máximo es 18) la variación se expresaría como .50.

Gráfica 6 *Percepción de las 5 familias respecto a práctica de activación física, elaboración propia.*



Uno de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas es el sedentarismo, por esa razón en esa gráfica visibilicé que en las familias participantes la práctica de la activación física es superficial ya que con “salir a caminar eventualmente” se entiende como tal, lo cual no corresponde con lo que es activarse para evitar el sedentarismo; que requiere establecer un plan diario de acuerdo a la edad, peso y situación de vida en la que se encuentra el sujeto, con tiempos y rutinas establecidas para mejorar o mantener en buen estado del funcionamiento del sistema circulatorio, digestivo y musculo esquelético, por mencionar algunos.

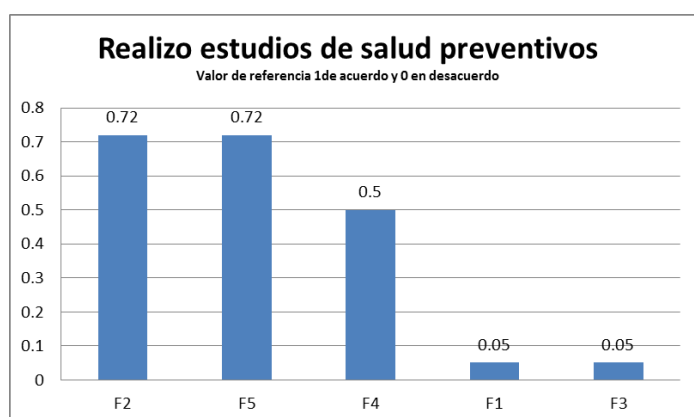
En la gráfica de la línea de meta que muestra los valores que dieron las familias a estar de acuerdo o en desacuerdo sobre los reactivos “Realizo ejercicio físico” y “Realizo al menos 30 minutos de ejercicio físico” observo en la F1 que la práctica de la activación física no es aceptada ni se realiza sistemáticamente. La F2 es la que más se acerca referir que en la familia se realiza activación física. Las barras de la F3 muestran que no hay aceptación sobre prácticas de activación física incorporadas a la rutina diaria de la familia aunque se tenga conocimiento de los beneficios de las mismas. En la F4 los valores otorgados a los reactivos refieren que se práctica ejercicio de manera irregular. En la F5 los valores otorgados muestran que la práctica de activación física es aceptada pero no se realiza durante 30 minutos al día.

Es poco alentador observar que solo en una familia se combate el sedentarismo y encontrar que en las otras cuatro familias las adolescentes se encuentran desde ahora en riesgo de padecer alguna enfermedad crónica por el simple hecho de no decidirse a practicar con regularidad y con tiempo suficiente alguna actividad física.

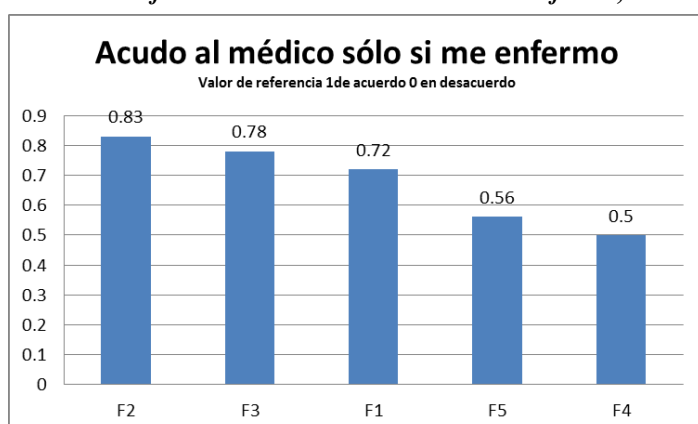
Estudios preventivos

El diagnóstico precoz de alguna enfermedad contribuye a mejorar la condición de vida de las personas, dos familias estuvieron en desacuerdo con la realización de estudios de salud preventivos (la F1 y la F3) y las otras tres se inclinaron más hacia estar de acuerdo. Respecto a acudir al médico sólo si se enferman, tres familias se inclinaron más a estar de acuerdo y dos de ellas al desacuerdo.

Gráfica 7 Estudios preventivos, autoría propia.



Gráfica 8 Acudo al médico sólo si me enfermo, autoría propia.



En estas gráficas destaco que la F1 expresa mayor acuerdo en que “no” se realizan estudios de salud preventivos y en acudir al médico sólo si se enferman, por otra parte la F2 expresó estar de acuerdo con la realización de estudios de salud preventivos y también en acudir al médico solo si se enferman, es decir que en ambos casos se requiere del referente de la enfermedad para pensar en la prevención.

Para que la prevención se convierta en práctica requiere cambiar ese paradigma, porque exige acudir con el profesional de la salud sin presentar síntomas de enfermedad; y esto es clave para entender por qué desde la teoría de la etiquetación y el método hipotético deductivo “la salud es un silencio orgánico” ausencia de síntomas tanto para profesionales de la salud como para el ciudadano común, donde se ha aprendido que se requiere identificar (etiquetar) el “agente” que enferma y actuar en consecuencia para eliminarlo y en esa lógica de causa-efecto se van creando los marcos de referencia para diagnosticar enfermedades más no de prevenirlas; marcar las “conductas de riesgo” para orientar a que las personas no se desvíen de las conductas “recomendadas” desde las ciencias duras sin incorporar las ciencias sociales; en ese sentido los patrones de comunicación aportan elementos para “sobre pasar” el silencio orgánico y aportar elementos sobre la emergencia del conocimiento social sobre la prevención de las enfermedades versus el conocimiento preexistente sobre las mismas; al crear un marco de interpretación respecto a la construcción social de las enfermedades.

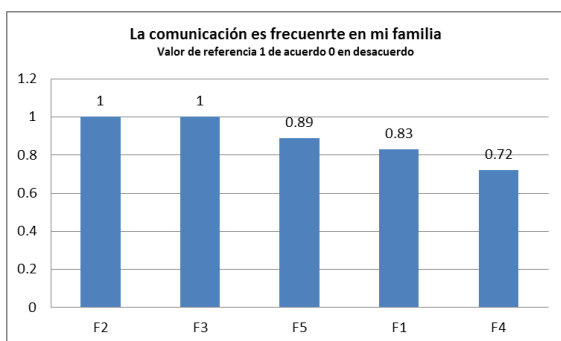
Me explico, al menos en estas 5 familias los patrones de comunicación y el contexto que las rodea permiten entender que las adolescentes no conciben la prevención sin el referente de la enfermedad, ¿cómo es esto posible si existen campañas gubernamentales que alertan sobre la prevención de obesidad y diabetes, si dentro de las principales causas de muerte de los mexicanos están enfermedades prevenibles, si ya hay obesidad y diabetes infantil?

Esto podría ser posible porque en cada familia se heredan a través de la comunicación conocimientos, actitudes y prácticas que impactan en las decisiones de sus miembros sobre infinidad de situaciones, éstas acompañadas de contextos cargados de actitudes que en ocasiones ocasionan conflictos para volverse visibles o quedan en los procesos auto reflexivos de las adolescentes que no se comparten en la familia sino en grupos sociales ajenos que las hacen visibles. De ahí que el valor que las familias dan a las conversaciones entre sus miembros sea total para contribuir a la construcción del conocimiento respecto a la prevención y pasemos de ver la obesidad como un problema de apariencia física a verlo como precursor de enfermedades.

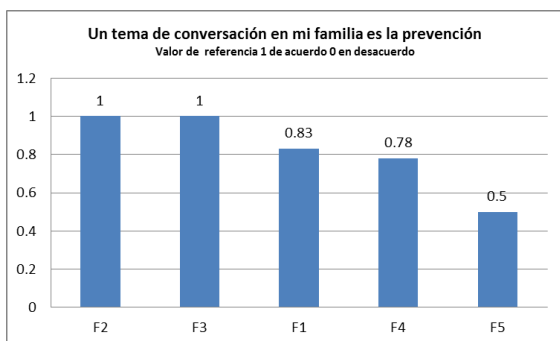
Como se observó en las familias la frecuencia en la que se dan actos comunicativos varía de acuerdo al tipo, por ejemplo en la F1 al parecer no se ponen temas de conversación espontáneos, se dan si existe una situación que amerita hablar en familia tales como solicitud de permisos o situaciones de conflicto, en la F4 se realizan actos comunicativos de temas variados sin que amerite generar un conflicto. Este tipo de apreciaciones no se ven en las siguientes gráficas que son de tipo cuantitativo donde se refleja la percepción sobre la frecuencia de la comunicación y sobre un tema particular.

Frecuencia de comunicación y prevención de ECNT como tema de conversación

Gráfica 9 La frecuencia de la comunicación familiar, autoría propia.



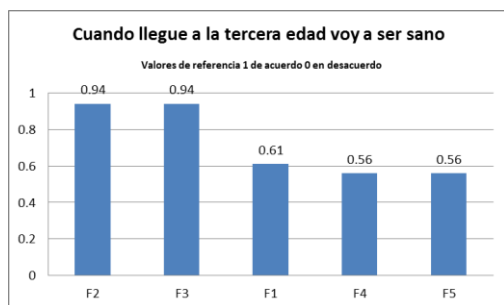
Gráfica 10 La prevención como tema de conversación, autoría propia.



Proyecciones de salud en la vejez

Los valores otorgados en la familia 2 y 3 al reactivo “Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano” refieren que serán sanos en su vejez y la F1, F 4 y F5 no están completamente de acuerdo.

Gráfica 10 La prevención como tema de conversación, autoría propia.



Con los datos interpretados desde el modelo teórico de patrones de comunicación familiar podría predecir por ejemplo, que aunque la F3 piense que serán viejos sanos no lo serán dado que el sentido que dan a las prácticas de dieta correcta y activación física no los hace incorporarlas en su vida diaria. Para poder corroborarlo tendría que hacer una investigación prospectiva, seguir el crecimiento de la adolescente hasta la edad adulta y registrar si los patrones de comunicación cambian con los años y su familia se cambia de un tipo a otro o permanece en el mismo, para corroborarlo pero eso sería hacer otra tesis.

Límites de los instrumentos utilizados

Una de las limitantes de la aproximación empírica de esta investigación es que sólo decidieron participar mujeres adolescentes y cabe la pregunta ¿qué tan diferentes serían los resultados entre adolescentes hombres y mujeres, tanto en los patrones de comunicación familiar como en los de la percepción de la dieta correcta y la activación física?

Por otra parte ¿el hecho de que los padres sean profesionales en alguna disciplina contribuye a que construyan sentido en su familia sobre prácticas saludables? Quizá esta pregunta podría ser resuelta desde la perspectiva de comunicación pública de la ciencia, en aras de entender desde otro punto de vista la construcción social de las enfermedades.

Me parece que las dos últimas preguntas dan pie para realizar otras investigaciones que incorporen la comunicación familiar, como eje central y así contribuir a entender la construcción social de las enfermedades

La cuestión de género que se incorpora a esta investigación por el hecho de que decidieron participar solo mujeres adolescentes es relevante, porque el género según Gomez (2002):

“no es sinónimo de sexo. *Sexo* alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que *género* se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder... el género se aplica...a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder. Más allá de su importancia en la formación de la identidad subjetiva, la categoría del género constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social” (p. 5).

La vida social se reorganiza generación tras generación y desde mi punto de vista la cuestión de género está rompiendo fronteras de pensamiento para entender el mundo. Esto implica que ahora los niños puedan decidir qué género quieren ser cuando sean grandes; esto abre infinidad de caminos en los que el ser humano libra fronteras de un orden social, que al parecer encuentra su límite en su imaginación. Pero eso no es relevante para este estudio lo que sí lo es, es que en ocasiones el rol de las mujeres en las familias es cuidar el bienestar de sus integrantes, lo que hace que la mujer no ponga en primer lugar su salud y esto la pone en una situación de riesgo al privarse de diagnósticos oportunos. Salcedo Rocha (2016) explica que esos roles colocan a la mujer en una situación de vulnerabilidad y con dificultad para ejercer su derecho a la salud “A pesar del énfasis que se ha puesto en su salud, el bienestar y el empoderamiento”(p.2). Por eso considero total que algunas adolescentes hayan mostrado autonomía en la toma de decisiones, y logren construir marcos de referencia que incorporan sentidos sobre prácticas construidos en grupos ajenos

a sus familias, sobre todo para realizar acciones para prevenir enfermedades aun cuando esta práctica al parecer, en sus familias no esté arraigada.

AF1 dijo: Yo pienso en todo el mundo, en mí misma y en mi bienestar y ya y en mi familia pero más en mí

AF2 dijo: Pues yo en mis papás porque qué van a decir porque ellos son los que te regañan y uno mismo tiene que pensar para hacer las cosas bien no pensando en los demás si no en tí misma

AF3 Yo pienso así en cuál sería la mejor opción de las cosas (AF1 No porque te digan tus papás) sí porque pueden ser drogadictos pero si tu no quieres ni vas a hacerles caso a ellos, más bien pensar en el buen camino y así.

Versus

AF4 dijo: Yo sí pienso en mis papás y ya después como en Dios y ya me daba pena con él ya le estoy quedando mal... no se de repente sí le digo a Dios hay qué pena hice esto mal ya sé que no es lo bueno y no quieres y me arrepiento y ya hasta el último pienso en mí como que me preocupo más por los demás entonces primero pienso más en ellos en qué dirían y así y ya. [...]

Otro asunto respecto a la cuestión de género es el trato que las mujeres reciben en los servicios médicos a los que tienen acceso, en donde en ocasiones se fomenta adjudicar los problemas de salud de las mujeres a la “histeria” como lo señalaba el médico entrevistado. Al respecto en un estudio sobre percepción de prácticas en enfermedad coronaria en mujeres, realizado por Juárez-Herrera (2016) se argumenta que se da una “calificación despectiva de la mujer” en el argot médico al nombrar un diagnóstico como PVI (pinche vieja histérica) con lo que descalifican los síntomas referidos y los determinan como fingidos. Esta es otra línea de investigación para ser abordada desde la comunicación.

Me parece enriquecedor usar métodos mixtos para el análisis de resultados porque permite interpretar datos cuantitativos a la luz de las teorías que explican los cualitativos. En este caso las variaciones de la percepción de la dieta correcta y la activación física con los datos del grupo de discusión vistos desde el modelo teórico “teoría de patrones de comunicación familiar”.

Hasta aquí la interpretación de los datos obtenidos del cuestionario de autoría propia sobre la percepción de la dieta correcta y la activación física. Paso ahora a la interpretación de la entrevista a experto.

Entrevista a experto

Pasemos ahora a la interpretación de la entrevista a un experto en calidad de representante de la comunicación en salud desde el campo profesional de la medicina. Recordemos que la comunicación en salud es un campo en el que confluyen agentes, tales como como profesionales de la salud, servicios públicos y privados, campañas, programas y políticas de autoridades de salud; individuos o comunidades que tienen la finalidad de influir en los comportamientos de las personas para la prevención de enfermedades.

Desde la teoría de la etiquetación presento la interpretación de la entrevista a experto en la que el médico aclaró que en las ECNT, para que una persona acuda al médico hay procesos previos:

[...] el paso previo reside en que las enfermedades crónicas plantean de entrada una situación donde uno señala algo raro o algo anormal me está pasando, pero eso implica acercarse a gente conocida que puede ser la familia, con el acervo cultural o bagaje cultural personal lo enfrenta, tecitos, dormir más, quitarse las tortillas, y si no funciona eso entonces recurren a las gentes especializadas de la comunidad que pueden el boticario, hierbero, la vecina, quien sea y en tercera instancia es cuando se acude con el médico[...]

Reglas que instaure el médico para tratar a los pacientes

Desde teoría de la etiquetación identifiqué los principios diferenciales cuando los sujetos desvían su reacción ante una serie de normas o entes regulatorios que la sociedad legitima en determinadas enfermedades. En la entrevista el médico refirió que los profesionales de la salud culpabilizan a los enfermos de sus padecimientos y les asignan una etiqueta

[...] el lunes va un albañil a consulta porque le duele la cabeza (...) el médico dice (...) está haciendo san lunes no quiere ir a trabajar es un irresponsable, está crudo, tú tienes la culpa, gordo, tragón irresponsable (...) entonces vienen otro tipo de cuestiones en donde en el caso de las enfermedades crónicas el sistema médico culpabiliza a la víctima (...) va (una mujer) a consulta le duele el estómago, le duele la cabeza o le duele el pecho (el médico dice) Hay está histérica[...]

El conjunto de reglas constituidas por el sector médico tienen relación con el desarrollo de las ENCT y son mencionadas como acciones incorrectas que tienen consecuencias en la salud de las personas, una de las reglas que se violan es las de la dieta correcta y culpabilizan al paciente por “tragón”.

Una de las reglas que instaure el sector médico para la prevención de las ECNT es la incorporación de disciplinas diferentes a las de la salud y no perder de vista contexto sociocultural en el que el sujeto vive:

[...] La prevención de la enfermedad (...) en medicina consideramos que hay varios momentos (1) promover la salud (...) se tienen tres posibilidades, hacer obras de tipo indirecto que mejoran el medio ambiente, social biológico, parques vías recreativas, 2 Educación, protección específica, eso es la parte de promoción de la salud la prevención primaria. La prevención secundaria que es donde estamos nosotros anclados, medidos y que sí sabemos es el diagnóstico precoz que está muy ligado a la tecnología a mejor tecnología yo le puedo hacer el diagnóstico más precozmente. Tratamiento adecuado y limitación del daño este más ligado a cuestiones quirúrgicas cortar la apéndice, cambiar corazones, riñones esos tres elementos es la prevención secundaria y eso es lo que nos enseñan y lo tercero que no nos enseñan es la rehabilitación física que es una especialidad, rehabilitación social que la deben hacer las trabajadoras sociales y desafortunadamente dentro de la institución que la trabajadora social no se dedica a eso y rehabilitación mental que la pueden hacer los

psicólogos, entonces como usted ve el enfoque del proceso de salud-enfermedad actual es multidisciplinario y requiere del concurso no necesariamente del médico ni de la enfermera, ni del psicólogo ni de nutriólogo sino de todo el mundo porque la salud y la enfermedad tienen que entenderse como una relación social, porque en aislado usted no puede enfermarse puede sentirse mal estoy de acuerdo pero no tiene un referente[...]

Desviación

Las reacciones contrarias que describió el médico al referirse a los pacientes cuando acuden a consulta y se les da un tratamiento, tienen relación en algunos casos con la dinámica familiar o con el contexto social aunque son de variable impacto en la prevención o apego al tratamiento indicado por el profesional de la salud.

[...]sale el paciente con la receta y en la calle está el de la jícama y le dice qué te recetaron, la pril u ¿esa cochinada? eso no sirve para nada a mí me dieron y me inyecte y me puse así como sapo y ya no sirvió para nada (el tratamiento)
(...) el paciente tiene una esposa o unos hijos que lo apoyan y sale adelante, entonces el proceso de adopción (del tratamiento) es muy importante porque hay diferentes ámbitos en donde toma un papel muy importante el elemento familiar y el apoyo social sobre todo de los entes o sujetos significativos y las esferas de apoyo social, pueden ser de diferente orden, económico, social o cultural, moral, emocional, etc., y cada quien se acerca con su cada cual[...]

Respecto a la diabetes e hipertensión

Un aspecto trascendente fue que el médico reconoció que para la prevención de las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión la incorporación de otras disciplinas es importante porque en nuestro país no se tiene una cultura de la prevención:

[...]Lo que pasa es que no se han establecido puentes, mire a los sociólogos no les importa la salud, les importa la relación social y al médico le vale lo social porque nunca nos lo han enseñado y a veces nos consideramos omnipotentes en el sentido de que hay va la pastilla o la cirugía y ya se cura y en enfermedad crónica nos estamos dando de topes porque ya llevamos casi 50 años bueno 25 con el modelo de

diabetes y 50 con el de crónicas (...) donde no hay un agente específico, por ejemplo en el caso de la hipertensión, nosotros hablamos de hipertensión arterial esencial, esencial quiere decir que no sabemos qué la causa el 98 o 95% de las hipertensiones son esenciales, no sabemos qué las causa, pero sí sabemos qué la construye en términos generales, el estrés, bueno pues sí, el estrés pero el estrés produce muchas cosas, desde un dolor de cabeza hasta un cólico (...) y no hemos resuelto el problema porque la solución no es necesariamente médica es multidisciplinaria y en la medida en que se incorporen más disciplinas y de lo más disímil posible a las de la salud más fácil vamos a resolver el problema [...]

Vinculación con la dinámica familiar.

[...] toda una serie de situaciones (contextuales) y eso de alguna manera también es transmitido desde la familia entonces la enfermedad crónica requiere no tan solo del tratamiento médico requiere del apoyo social (para la prevención) (...) la enfermedad crónica no empieza como se plantea en los libros o ah ya me dio la diabetes No ... es un proceso donde se va construyendo la enfermedad, se va construyendo la experiencia y en base a ensayo y error[...]

La enfermedad como un hecho social

[...] en la enfermedad crónica se requiere ver a la salud y a la enfermedad como un proceso social histórico determinado por el acceso a los bienes y servicios que promueven la salud o la enfermedad o a la prevención[...]

Hasta aquí la interpretación de la entrevista a experto, con lo descrito me parece atinado ver la salud y la enfermedad como un hecho social histórico y es trascendental verlo así para la prevención, como también lo es hecho de que siempre va a haber personas sanas y enfermas y las cuestiones socioculturales que las definen, tales como el apego a la activación física y a la dieta correcta tienen un potencial para la prevención cuando se promueven en la dinámica familiar específicamente en los patrones de comunicación, como los vimos en la interpretación del grupo de discusión.

Si bien la comunicación en salud es un **ambiente complejo** en el que intervienen agentes para influir en las personas para la prevención de enfermedades, al menos en esta

entrevista, se expone el talón de Aquiles de los médicos que por siglos han pensado en curar en lugar de prevenir, lo cual no es nuevo; lo que sí es toral en esta entrevista es la actitud del médico que deja la puerta abierta para la participación de otras ciencias para trabajar en la prevención ¿será esa actitud incorporada en los nutriólogos? ¿en los acondicionadores físicos?, ¿en las campañas y políticas gubernamentales como *Más vale Prevenir*? Quizá no porque lo que se etiqueta y difunde son las conductas desviadas como el sedentarismo y la dieta incorrecta para prevenir las enfermedades como la diabetes. Sería pertinente entonces poner en la agenda de la esfera de los profesionales de la salud el conocimiento popular que construye sentido a través de los patrones de comunicación familiar sobre la prevención en las familias de nuestro país.

Confluencia del modelo y la teoría empleada

Un aspecto común en las investigaciones citadas en el estado del arte con respecto a la comunicación familiar y la prevención de enfermedades es que se parte de una premisa implícita de que las personas valoran estar sanas y son las situaciones indeseables o la prevención de enfermedades lo que ha motivado a los investigadores de diferentes países a tratar de entender desde diferentes posturas la comunicación familiar y su impacto en los factores socioculturales que las desencadenan o previenen incorporando la comunicación en ese proceso de construcción social de la enfermedad.

Un aporte de esta investigación es que es posible entender a través de los patrones de comunicación familiar la construcción social de las enfermedades así como su prevención, y quizá de otro tipo de problemas de investigación.

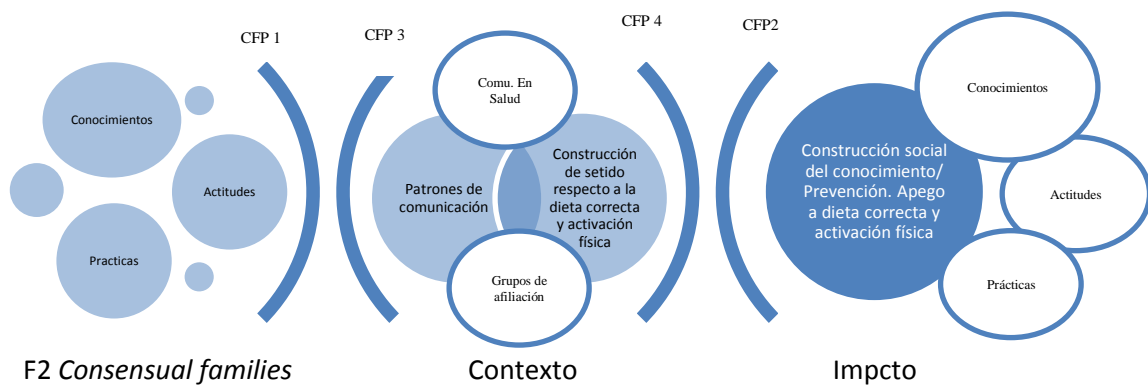
En la siguiente tabla explico las taxonomías para la comprensión de los esquemas, en los cuales explico el contexto, los conocimientos actitudes y prácticas que se promueven en cada tipo de familia así como el impacto en la construcción social del sentido respecto a la prevención o a la enfermedad.

Tabla 7 Categorías de análisis y patrones de comunicación, autoría propia.

Categorías de análisis	<i>Consensual families</i>	<i>Pluralistic Families</i>	<i>Protective Families</i>	<i>Laissez-faire families</i>
Autoridad de los padres	CFP 1	PFP 1	PVFP 1	LFFP 1
Toma de decisiones	CFP 2	PFP 2	PVFP 2	LFFP 2
Conflicto	CFP 3	PFP 3	PVFP 3	LFFP 3
Valor de las conversaciones	CFP 4	PFP 4	PVFP 4	LFFP 4

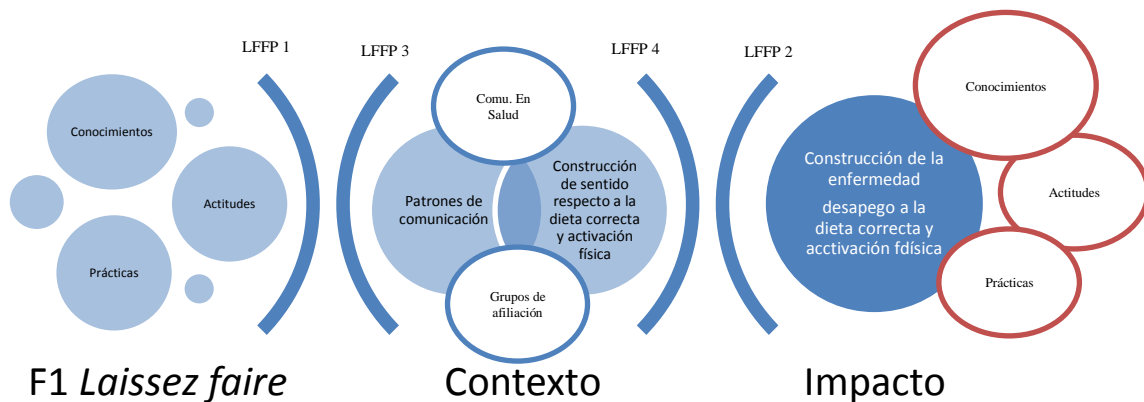
En la familia 2 del tipo *Consensual families* se ha dotado de sentido a las prácticas de dieta correcta y activación física, ese sentido se ha incorporado en la toma de decisiones de la adolescente con base en los conocimientos, actitudes y prácticas que sus padres han construido y han sido tomados como propios por las hijas quienes se apegan a esas prácticas. Lo descrito gráficamente lo expreso enseguida (las líneas curvas representan los patrones de comunicación)

Esquema 3 F2 CAP's



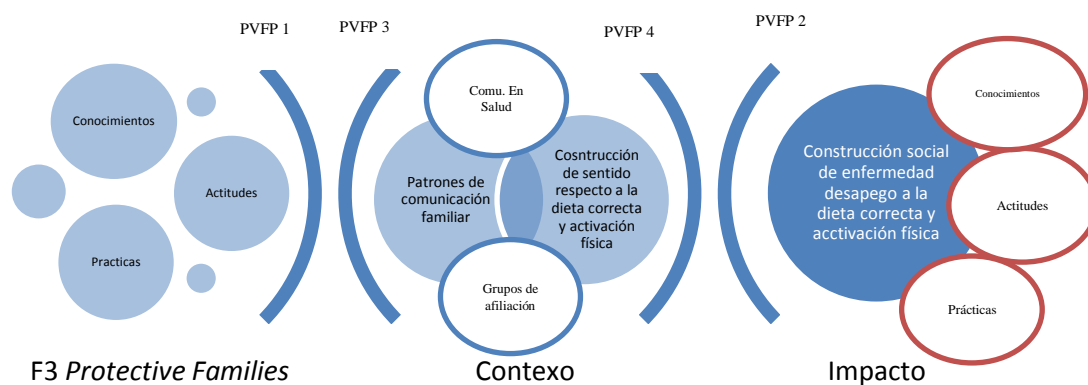
En la Familia 1 de igual manera se ha dotado de sentido las prácticas de dieta correcta y activación física, ese sentido se ha incorporado en la toma de decisiones de la adolescente con base en los conocimientos actitudes y prácticas que sus padres han construido y no han sido tomados como propios por la hija quien realiza de manera intermitente el apego a esas prácticas. Gráficamente esta relación se vería así:

Esquema 4 F1 CAP's

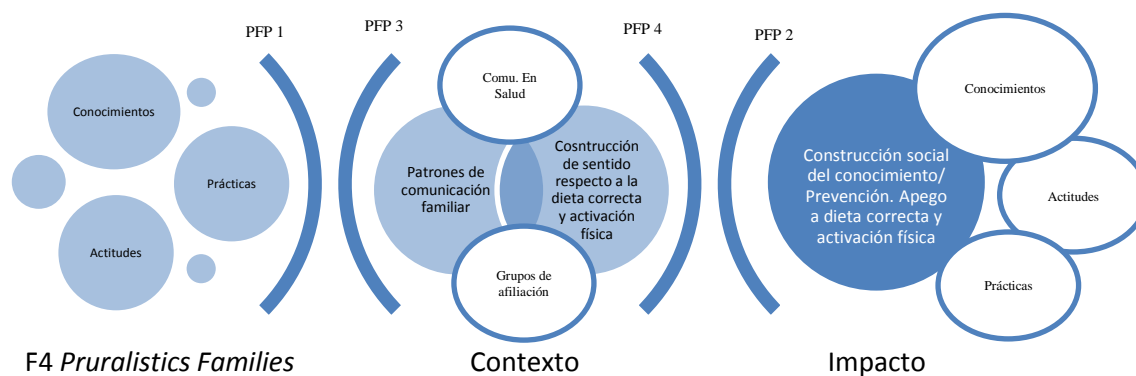


Hago notar que tanto la F1 como la F3 siendo de diferentes tipos al parecer sus patrones de comunicación familiar logran impactar en la construcción social de las enfermedades.

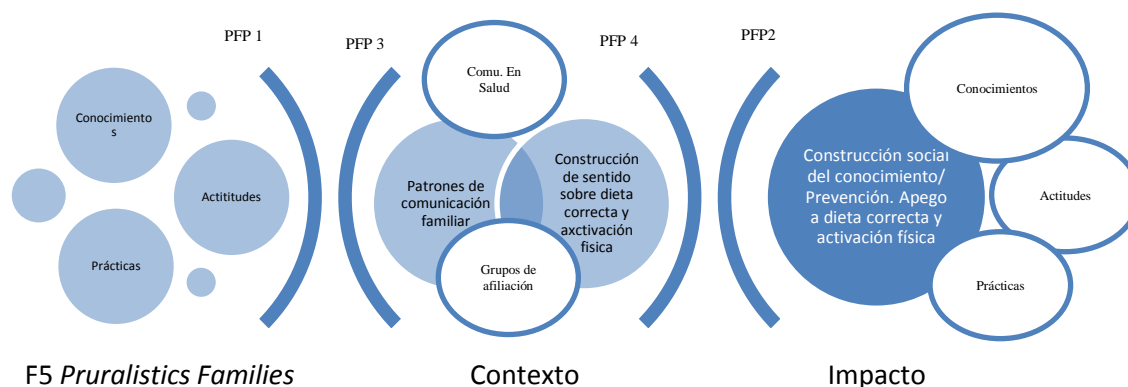
Esquema 5 F3 CAP's



Esquema 6 F4 CAP's



Esquema 7 F5 CAP's



Los patrones de comunicación familiar en estas 5 familias, independientemente del tipo de que se trate, tienen un impacto variable (tan variable como el número de patrones y tipos de familia de este modelo teórico) en la prevención de enfermedades de acuerdo a la promoción que se haga sobre conocimientos actitudes y prácticas de la dieta correcta y activación física, dado que como se muestra en los esquemas en 3 familias se promueven y en dos parece que no, pero en ambos escenarios se construye sentido al respecto impactando en la prevención de enfermedades o en su desarrollo.

Los esquemas anteriores con la lógica de la teoría de la etiquetación y el paradigma de causa efecto ¿podrían interpretarse? ¿cuáles serían las conductas desviadas? Pensemos en que quizá la discrepancia entre los miembros de la familia sobre cuestiones de prevención podría ser una, los datos sí podrían interpretarse aunque una misma conducta “discrepante” no siempre tendría el mismo efecto y esto obligaría a incorporar otras formas de interpretación de los efectos, de las causas y esto diversificaría la posibilidad de promover

la prevención en los consultorios al construir referentes para la prevención y no sólo respecto al proceso salud enfermedad.

El contexto

Lo que sucede en el contexto de la adolescente es la interacción entre los marcos de referencia para la toma de decisiones y es ahí donde se construye el sentido no sólo de salud, la prevención o la enfermedad, como decía el médico sabemos que estamos sanos o enfermos por el punto de referencia del que partimos, pero ¿cuál es el referente para promover la prevención de ECNT? Al parecer en estas 5 familias apenas se está construyendo que la dieta correcta y la activación física podrían convertirse en eso. Quizá en la siguiente generación, en el hipotético caso que estas adolescentes tengan hijos, talvez ese referente se encuentre más posicionado y se realicen acciones para la prevención.

Si los profesionales de la salud incluyen en sus métodos de diagnóstico el ahondar en la construcción de sentido que crea una familia en torno a la prevención de enfermedades, es posible que encuentren factores esenciales que desencadenan la hipertensión o los que contribuyen a la maternidad en adolescentes, porque el sentido que se construye a través de la comunicación familiar entorno a las situaciones indeseables o a las enfermedades quizá tiene potencial para dejarlas de mirarlas exclusivamente desde el paradigma causalista, sino ampliar la visión a los elementos en el contexto comunicativo centrándose en los fragmentos de la experiencia social y que estos sean reconocidos e incorporados.

Esto contribuiría a cambiar el hecho de que el ciudadano común viva en el “hasta que me enfermo voy al médico” y los profesionales de la salud vivan en el “encontrar el agente que enferma para eliminarlo” ahí está un beneficio de la incorporación de otras ciencias como sociales y desde mi punto de vista la comunicación para entender problemas de salud pública.

El impacto

Si bien el impacto de los patrones de comunicación familiar en esta investigación no es representativo estadísticamente, permite cualitativamente vislumbrar patrones de sentido en el análisis micro social, lo que permitió mirar la emergencia de otro problema asociado a la adolescencia que es la ausencia de la cultura de la prevención.

Me parece que en las familias por un lado se puede promover la cultura de la prevención a través de los conocimientos actitudes y prácticas construidas desde los patrones de comunicación; por el otro parece que se está preparando a los hijos para estar enfermos con la promoción del sedentarismo y el desapego a la dieta correcta, al mismo tiempo promoviendo la resiliencia que según Palomar (2012), desde la sicología se refiere a la capacidad de adaptarse y transformarse a pesar de vivir situaciones difíciles o traumáticas, como podrían ser las ECNT.

El término *impacto* refiere a asuntos macro, por eso aclaro que en esta investigación es entendido como **la capacidad de detonar prácticas de prevención (o no) de enfermedades.**

Con los resultados hasta aquí presentados, al parecer hay un impacto en la promoción del sedentarismo, porque no hay referentes ante esta condición de vida que le confieran al menos sentido de riesgo de enfermedad, por ejemplo en la Familia 3 se prioriza dormir y ninguno de sus miembros refiere hacer activación física.

Me parece que la promoción de prácticas a través de los patrones de comunicación familiar, es innegable, en pero el sedentarismo que es la ausencia de activación física, se promueve al invisibilizar sus consecuencias en la salud humana, he de decir que la obesidad o desnutrición es perceptible a través de la vista, los hábitos alimenticios se perciben en la cantidad, frecuencia y características de los alimentos que se consumen, pero ¿cómo se

percibe el sedentarismo?, ¿qué marcos referenciales permiten construir sentido respecto al sedentarismo? Me parece que los referentes respecto al sedentarismo y sus efectos nocivos en la salud están apenas en construcción en las familias que participaron en esta investigación y esto es un gran reto para la comunicación familiar.

Hasta aquí la interpretación de los datos, que contribuyen a concretar el cumplimiento del objetivo general de identificar los patrones de comunicación familiar, en la intersubjetividad de los actores y en la interacción de los actores en el establecimiento de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la prevención de enfermedades, si es el caso de las crónicas no transmisibles.

De acuerdo al objetivo planteado en esta investigación, los patrones de comunicación del modelo teórico que sustenta el trabajo, fueron identificados a partir de las expresiones de intersubjetividad de los actores al momento de contestar el instrumento que el modelo propone a través de un proceso auto reflexivo que se materializó en tipos de familia, según las dimensiones de orientación a la conversación y orientación a la conformidad. La interacción de los actores se dio en el grupo de discusión y se materializó en la exposición de expresiones verbales en torno a conocimientos, actitudes y prácticas que son compartidas por las adolescentes y que tienen su origen en los marcos de referencia que cada familia construye así como en otros grupos sociales, mismos que impactan en la toma de decisiones respecto a prácticas de prevención como la dieta correcta y activación física. Puedo afirmar que estas actitudes y prácticas impactan en la toma de decisiones respecto a prácticas promotoras de enfermedad como el sedentarismo, porque un dato -no buscado intencionalmente- pero relevante fue que los referentes respecto a la prevención de ECNT y

dos prácticas que coadyuvan a su promoción, no son tan significativos, al menos tanto para que se actúe en consecuencia desde la adolescencia. Un dato que no se analizó fueron los determinantes socio-económicos de las familia y su relación con los patrones de comunicación encontrados, esa es otra línea de investigación.

Capítulo 5 Consideraciones finales

En este capítulo presento las consideraciones finales de esta investigación, que organizo en dos direcciones, la primera de ellas orientada a la comunicación familiar en el proceso de salud enfermedad y la segunda a la noción de prevención versus riesgo.

Comunicación familiar

Al inicio de este documento mencioné que partía de la idea de que en el trayecto de la vida de un individuo, el monitoreo y mantenimiento óptimo de su estado general de salud son acciones que aparecen hasta que una enfermedad le impide al sujeto la realización de alguna de las actividades de su vida cotidiana, al parecer acude al médico hasta que se enferma, para que lo curen. Esta idea ya ha sido planteada por el neurólogo David Perlmutter en 2014 en los siguientes términos:

“La mayoría de la gente cree que puede vivir como elija, y que, cuando surjan problemas de salud, acudirá al médico para obtener una solución rápida en la forma de una pastilla novedosa. Este conveniente escenario promueve el enfoque de ciertos médicos que se concentran en el tratamiento de la enfermedad” (p. 20).

Ahora con el conocimiento generado con este estudio me parece que los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física como factores de prevención de enfermedades crónicas, van más allá de éstas, dado que si se pone a la luz de este modelo teórico cualquier otro problema de investigación, los patrones de comunicación familiar tienen potencial para entender o explicar una realidad social problematizada.

En términos metodológicos, por un lado el instrumento de este modelo teórico permite identificar y clasificar a las familias en los tipos que se plantean con datos cuantitativos, por otro tiene limitaciones para analizar las conversaciones como acto comunicativo en una familia, me explico; si el objeto de estudio fueran las conversaciones familiares, la metodología implicaría tener a una familia conversando sobre algún tema que motive a los participantes a externar sus puntos de vista al respecto; quizá seleccionar (previa aplicación del instrumento a una muestra representativa de algún universo en cuestión) a familias de cada tipo descrito en la teoría y elaborar categorías de análisis para el objetivo de investigación. La limitación principal desde mi punto de vista es que este modelo teórico no cuenta con herramientas para recolectar datos cualitativos y es ahí donde se encuentra la construcción social de los marcos de referencia que dan sentido a las prácticas y para eso quizá el modelo podría incorporar elementos para el análisis cualitativo y contribuir a darles materialidad a este tipo de datos.

Recordemos que el objeto de estudio de esta investigación son los patrones de comunicación familiar, dado que las conversaciones no son la única forma de comunicación, y a través del grupo de discusión pudieron ser analizados como factor de promoción de la dieta correcta y la activación física al materializar en datos cualitativos los patrones nombrándolos como autoridad de los padres, toma de decisiones, situaciones de conflicto y valor de las conversaciones en cada tipo de familia que el modelo teórico propone.

Desde este estudio la comunicación familiar tiene un gran reto: reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas que se heredan de generación en generación respecto a dos factores prevención de enfermedades crónicas que son la activación física y dieta correcta y construir sentido para que inviten a considerar el sedentarismo como una práctica de riesgo, así como dejar de considerar la apariencia física como indicador para controlar lo que se come.

El aporte de esta investigación respecto a los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en familias con hijos adolescentes consta de tres partes.

La primera de ellas es que el modelo teórico de Koerner y Fitzpatrick, aplicado permitió observar algunos de los patrones de comunicación que ellos proponen, la segunda es que emergieron los 4 tipos de familia de acuerdo a los niveles de orientación a la conversación y orientación a la conformidad. La tercera parte es que estos patrones impactan en los conocimientos actitudes y prácticas que la familia socializa en su particular forma de interacción.

Proceso de salud enfermedad

Retomado el Modelo de la Historia natural de la enfermedad y sus niveles de prevención de Leavell y Cralk (1965) que comprende la prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria y que explica el proceso de la prevención de enfermedades a través de sus tres paradigmas, considero que quizá desde entonces no se consideraba como conducta de riesgo el sedentarismo porque en el periodo prepatogénico del tercer paradigma se describe que las personas sanas se encuentran frente a acciones preventivas primarias, como “Participar efectivamente en programas de salud. Consultar periódicamente al médico. Buscar información adecuada para el mantenimiento de la salud. Adoptar hábitos

nutricionales adecuados”, me parece que las familias de las adolescentes (al parecer sanas) frente a las acciones preventivas a su alcance podrían participar activamente en lo que refiere ese paradigma pero también con acciones para combatir el sedentarismo.

La incorporación del conocimiento que aporta la comunicación como disciplina es una opción de mejora en el proceso de salud-enfermedad, porque extiende un puente que puede priorizar la prevención al invitar a que los profesionales de la salud muevan su mirada del método hipotético deductivo hacia la adquisición de nuevas habilidades para la prevención, al ver al paciente como una persona que de generación en generación a través de la comunicación hereda conocimientos, actitudes y prácticas que podrían contribuir a saber dónde y cuándo intervenir para favorecer la cultura de la prevención de enfermedades y más de aquellas de las que no se sabe el agente causal que está latente y no es identificado hasta que se convierte en síntoma biológico o psicológico y se acude a la consulta.

La participación de las personas en la vigilancia y acción sobre su estado de salud, a través de apropiación del conocimiento respecto a los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de las ECNT que se difunden en los medios de comunicación, en los consultorios, o en las recomendaciones de amigos y familiares que han vivido alguna enfermedad, o que tienen el hábito de realizarse chequeos médicos anuales, sería el camino más fructífero para revertir los índices de mortalidad por padecimientos que son prevenibles.

Desafortunadamente ese conocimiento no llega a todos los rincones del país de boca de los profesionales de la salud, sin embargo sí llegan las telenovelas, las tienditas de la esquina donde se pone al alcance de todos alimentos y bebidas diversos y en el mejor de los casos hay servicios básicos de agua potable, luz y drenaje. Considero entonces prioritario que al menos en sectores de la población donde ese conocimiento sí llega, tales como el

universitario o el empresarial, se establezcan acciones para incentivar en sus públicos directos el interés por el auto cuidado, así talvez se amplíe la red de personas que difundan ese conocimiento y éste llegue a más personas.

A través de los conocimientos, actitudes y prácticas de promoción de la dieta correcta que emergieron en el grupo de discusión con la participación de las adolescentes que se muestran en el apéndice 6, puedo explicar cómo se construyen socialmente desde la comunicación familiar las enfermedades así como la prevención de las mismas.

Esto es a través de la comunicación familiar que se da de forma informal, espontánea, irregular, basada en la autoridad de los padres o tutores, o grupos de afiliación y esto tiene un impacto variable en la promoción de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la dieta correcta y la activación física.

Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de enfermedades crónicas

El conocimiento sobre la dieta correcta que la AF1 compartió en el grupo de discusión fue con relación al consumo moderado de sal y a comer lo suficiente, con una actitud de desacuerdo con sus padres porque le limiten o condicionen sus gustos de comida y comer en casa es una práctica diaria.

El conocimiento sobre la activación física que la AF1 compartió en el grupo de discusión fue que el ejercicio es bueno y tiene una actitud de aceptación de los argumentos de sus padres respecto al ejercicio y practica hawaiano y va al gimnasio, algunos días de la semana.

El conocimiento sobre la dieta correcta que la AF 2 compartió en el grupo de discusión fue comer suficiente, que la sal retiene líquidos y que sabe que en su familia hay parientes con diabetes e hipertensión y eso la pone en riesgo de padecerlas y tiene una actitud de aceptación de los argumentos de los padres sobre su forma de comer, comer es casa es una práctica diaria en la comida y la cena más no en el desayuno.

El conocimiento sobre la activación física que la AF 2 compartió en el grupo de discusión fue que hacer ejercicio diario es necesario, mostró una actitud de aceptación con los argumentos de los padres para realizar ejercicio y disposición para realizarlo, una práctica frecuente que realiza la familia es salir a correr juntos aunque no mencionó la periodicidad en la que lo hacen.

El conocimiento sobre la dieta correcta que la AF 3 compartió en el grupo de discusión fue que debe comer para no estar flaca, que tiene familiares diabéticos y sabe que eso es un riesgo, manifestó una actitud de indiferencia ante los comentarios de los padres sobre la forma de comer y en su familia una práctica recurrente es no desayunar, comer en la calle y dormir.

El conocimiento sobre la activación física que la AF 3 compartió en el grupo de discusión fue el ejercicio es bueno, mostró una actitud de indiferencia ante los comentarios de los padres respecto al ejercicio y no practica actividad física con regularidad.

El conocimiento sobre la dieta correcta que la AF 4 compartió en el grupo de discusión fue que es bueno tomar agua tibia con limón en ayunas aunque no dijo para qué específicamente; un desayuno completo es, fruta, huevo, verduras y pan; es bueno comer menos sal, o que no esté tan procesada, sabe que tiene familiares diabéticos y que eso es un riesgo; y que comer por ansiedad no es correcto. Mostró una actitud de aceptación de los

argumentos de sus adre respectu a la alimentaci3n y el comer y cenar en casa es una pr3ctica diaria y desayuna en la escuela.

El conocimiento sobre la activaci3n f3sica que la AF 4 comparti3 en el grupo de discusi3n fue que el ejercicio es bueno para evitar rigidez en el cuerpo y para evitar el dolor de las rodillas, mostr3 una actitud de acuerdo con los argumentos de los padres respectu al ejercicio sin embargo pr3ctica jazz dos veces por semana y hace ejercicio en la escuela para no enfermarse.

El conocimiento sobre la dieta correcta que la AF 5 comparti3 en el grupo de discusi3n fue que M3xico es reconocido por estar en los primeros lugares de obesidad en el mundo, sabe que tiene familiares con diabetes e hipertensi3n y que eso es riesgo para que ella. Mencion3 que es positivo tener el frutero lleno, siempre comer verduras, tomar aguas frescas o natural y nunca tomar refresco. Mostr3 una actitud de acuerdo con los argumentos de los padres sobre cuidar su alimentaci3n pero no deja de comer s3lo por no verse gorda, se acepta como es. Desayunar, comer y cenar es una pr3ctica diaria, no siempre lo hace en casa donde una vez al mes come pizza.

El conocimiento sobre la activaci3n f3sica que la AF 5 comparti3 en el grupo de discusi3n fue que quemar calor3as con ejercicio es positivo y que si no haces ejercicio sufrir3s las consecuencias. Su actitud respectu a lo que sus padres le dicen sobre el ejercicio es de aceptaci3n porque tienen derecho de decirle ya que sus padres practican ejercicio. Practica volibol, ciertos d3as a la semana.

La autoridad de los padres al menos en estas 5 adolescentes sugiere que este patr3n de comunicaci3n independientemente del tipo de familia que se trate, tiene un impacto variable en la promoci3n de la dieta correcta y la activaci3n f3sica, as3 como la autonom3a de las adolescentes que al no estar de acuerdo con los referentes de su familia respectu a la

dieta correcta y activación física, basan sus decisiones en interacciones con grupos de afiliación o procesos auto reflexivos.

Con lo aquí dicho ¿podría ubicarse esta tesis en el campo de comunicación pública de la ciencia? Tal vez algunos lectores podrían decir que sí. Mi postura es que el énfasis de este trabajo no está en ese campo aunque hayan aparecido rasgos fuertes de él en el proceso; el énfasis está en cuestionar un modelo teórico que tiene su origen en la cultura estadounidense, en patrones de comunicación familiar, creados a partir de la investigación en familias de esa sociedad. Explotar al menos uno de los modelos teóricos que posicionan a la Comunicación como eje central de análisis, con un enfoque micro social fue uno de mis principales intereses, por eso en este trabajo no se evaluó la penetración de las campañas que circulan en la comunicación en salud en el campo de los profesionales, ni de los servicios médicos, ni de las instituciones.

Discusión

Parto de la premisa de que la comunicación familiar como factor de promoción de dieta correcta y activación física tiene potencial para prevenir enfermedades y pongo a discusión las siguientes aseveraciones.

En la comunicación familiar de estas 5 familias al parecer no hay una intensión explícita de incluir en su agenda temática cotidiana la prevención de enfermedades, si no hay una situación que lo amerite, éstas pueden ser la apariencia física (estar gordo o flaco) comer de más o de menos; posicionar el riesgo de padecer alguna enfermedad poniendo de ejemplo casos de conocidos o familiares que fallecieron en consecuencia. Es decir que existe el referente de enfermedad y las acciones a tomar en caso de; más no el de prevención y las acciones a tomar.

Por un lado la comunicación familiar es valorada por sus miembros si existe algún interés en común y mueve a la acción; por otro promueve la independencia de sus miembros si no se comparten los mismos intereses y se convierte en el marco de lo indeseable u opuesto a lo que el adolescente prioriza y esto también mueve a la acción.

En algunas familias los marcos de referencia contruidos en la comunicación familiar no son asumidos como propios por las adolescentes y se incorporan otros contruidos por grupos filiales ajenos a ésta, donde se socializan conocimientos actitudes y prácticas respecto a infinidad de temas. Uno de esos grupos es “Pandillas” movimiento juvenil de vida cristiana, lo que destaco aquí es que en ese grupo al parecer no se socializan conocimientos, actitudes o prácticas que tengan relación con la dieta correcta o activación física que son determinantes para la prevención ¿Qué sucedería si quienes coordinan esos grupos incorporaran la promoción de esos factores de prevención de ECNT? ¿O si en los sermones que dan los líderes religiosos los promovieran?

En el sector salud la prevención de ECNT se posicionó en agenda cuando los costos por los tratamientos de padecimientos prevenibles como sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión se incrementaron como lo describe Gutiérrez-Delgado et al. (2008) será que la ideología del capitalismo es la que mueve los esfuerzos para tratar los problemas sociales desde un enfoque miope en el que se invisibiliza su propia intención de producir so pena de promover el sedentarismo y una dieta dañina.

El alcance de mi trabajo de investigación se vio limitado a trabajar con las hijas adolescentes en el grupo de discusión para obtener datos cualitativos, me parece que el trabajar con los padres aportaría los marcos de referencia desde los que ellos contruyeron los propios y quizá estimar en cuántas generaciones se logra cambiar o construir el sentido de alguna práctica que tenga relación con la promoción de la dieta correcta o la activación

física y quizá describir, desde la comunicación familiar, cómo se construye la cultura de la prevención de enfermedades. Recordemos la segunda propiedad respecto al sentido común de Schütz que mencioné en la introducción de este trabajo sobre “origen social del conocimiento, sólo una parte muy pequeña de mi conocimiento del mundo se origina en mi propia experiencia, mientras que la mayor parte está formada por conocimientos preexistentes que me han sido heredados” (2011, p. 95).

Si bien por un lado mi hipótesis de trabajo respondió a mi pregunta de investigación, por el otro dejó fuera la participación de los grupos de afiliación que también coadyuvan a la construcción de los marcos de referencia de las adolescentes y que tienen un impacto en la toma de sus decisiones. Otro asunto que quedó fuera sin que yo me lo haya propuesto, es la participación de alguna familia que tuviera una composición diferente a la biparental o nuclear con hijos, tales como monoparental con hijos biológicos o adoptivos, o cualquier otra composición, sería conveniente quizá en otras investigaciones hacer criterios de selección que busquen diferentes tipos de composiciones familiares, así como que participen adolescentes de sexo masculino para identificar los patrones de comunicación familiares y su impacto en la construcción de la cultura de la prevención de enfermedades, ya que como destaca Arriagada (2007) entre 1990 y 2005 la familia nuclear se ha reducido en América Latina y que las familias constituidas por uno o ambos padres con o sin hijos predominan, pero también se han reducido del 63.1 al 61.4 por ciento debido al incremento de los hogares no familiares, también argumenta que la familia no es una institución inmutable sino que tiene cambios. En el estado de Jalisco estos cambios en la organización de las familias también se presentan como lo muestran datos de INEGI (2015) los hogares no familiares se incrementaron de 72,118 en 1990 a 11, 2177 en el año 2000 y 148,544 en

el 2005, desde mi punto de vista cualquier bina o grupo social que se autodenomine familia lo es.

Un asunto que fue tomando relevancia en mi proceso fue un fuerte interés porque lo descrito en esta tesis trascienda más allá de obtener un título académico, que sea de interés de profesionales de la salud y que contribuya a construir la cultura de la prevención de enfermedades al entender una parte de la realidad social sobre los problemas de salud pública que se gestan 10 ó 15 años antes de que se manifiesten y se diagnostiquen, como es el caso de la diabetes.

La perspectiva de análisis de este trabajo permite entender cómo se construye la cultura de la prevención de enfermedades a través de la orientación de las dos dimensiones del modelo teórico empleado que son: la conformidad y la conversación, como se pudo observar la familia 2 que es del tipo *consensual families* que obtuvo valores altos en ambas orientaciones y esto abona en esta familia, a la construcción social del conocimiento sobre prevención al promover el apego a dieta correcta y activación física, al parecer la orientación de la conversación en esta familia crea un ambiente en el que todos los miembros se animan a participar sin restricciones en diversos temas y la orientación a la conformidad refiere que la comunicación familiar se esfuerza por crear un clima de homogeneidad de actitudes conocimientos y prácticas. En contraparte esta perspectiva de análisis permite entender cómo de manera paralela ocurre la construcción social de las enfermedades crónicas de acuerdo al tipo de familia y a la orientación de la conformidad y la conversación en cada caso, al parecer sin que los miembros vean en la cotidianidad de sus prácticas comunicativas riesgos para el cuidado y mantenimiento de su salud.

Contrario a lo que yo esperaba encontrar, en el campo de la comunicación en salud sí se contemplan los elementos socioculturales del contexto de los pacientes para éxito o fracaso

de los tratamientos y el médico mostró apertura a la incorporación de otras disciplinas como las sociales y la comunicación, pero desde mi punto de vista aún falta trabajar en ese campo prevenir las enfermedades.

Conclusión

Está claro que en la comunicación familiar no está la cultura de la prevención de las ECNT a través de la promoción de la dieta correcta y la activación física, lo que sí está es la cultura de la enfermedad y de la estética corporal.

La comunicación como ciencia contribuye a entender cómo se construyen socialmente las enfermedades desde el estudio de los patrones de comunicación familiar, en donde se observa que los adolescentes adquieren hábitos que merman su salud desde esa etapa de sus vidas hasta su vida adulta y esto es un problema mayúsculo operacional para la seguridad nacional, no solo del sector salud porque como vimos al inicio de este trabajo la esperanza de vida de los mexicanos ha incrementado como también ha hecho el número de personas que viven con algún padecimiento crónico.

Por esa razón sugiero que los patrones de comunicación familiar sean contemplados en los protocolos de diagnóstico de los profesionales de la salud, tales como médicos generales, familiares e internistas, pediatras y geriatras, así como nutriólogos y acondicionadores físicos y que se incluya un comunicador con formación en investigación sociocultural; en el tratamiento multidisciplinario para prevenir o tratar enfermedades en los equipos de salud a nivel aplicativo y normativo. Del mismo modo sugiero se formule una política al respecto para que se incluya de manera contundente a la comunicación como una disciplina, dado que salud puede verse como un bien de uso (necesidad) y un bien de cambio (mercancía), la comunicación utiliza las dos acepciones, y puede dar margen a

contradicciones, las cuales en el ámbito de la salud pública desde mi punto de vista no deben existir porque la salud es un derecho.

Colofón

La comunicación familiar en el proceso de salud y enfermedad contribuye al desarrollo o prevención de enfermedades, sin embargo la velocidad con la que a través de ella se promueve la dieta correcta y la activación física como factores de prevención de ECNT se ve rebasada por la rapidez con la que se promueve el sedentarismo, que al menos en estas familias es no interpretado como un factor de riesgo, quizá al mismo nivel de sentido que le dan a tener familiares fallecidos por diabetes.

Quizá la prevención no es compatible con el disfrute de la vida como lo dice Joaquín

Sabina es esta canción:

Si lo que quieres es vivir cien años
No pruebes los licores del placer
Si eres alérgico a los desengaños
Olvídate de esa mujer
Compra una máscara antigás,
Mantén dentro de la ley

Si lo que quieres es vivir cien años
Haz músculos de cinco a seis
Y ponte gomina que no te despeine
El vientecillo de la libertad
Funda un hogar en el que nunca reine
Más rey que la seguridad
Evita el humo de los puros,
Reduce la velocidad

Si lo que quieres es vivir cien años
Vacúnate contra el azar
Deja pasar la tentación
Dile a esa chica que no llame más

Y si protesta el corazón
En la farmacia puedes preguntar:
¿tiene pastillas para no soñar?

Si quieres ser matusalén
Vigila tu colesterol

Si tu película es vivir cien años,
No lo hagas nunca sin condón.
Es peligroso que tu piel desnuda
Roce otra piel sin esterilizar,
Que no se infiltre el virus de la duda
En tu cama matrimonial.

Y si en tus noches falta sal,
Para eso está el televisor.
Si lo que quieres es cumplir cien años
No vivas como vivo yo.

Referencias bibliográficas

Angera, J. et al. (2008) *An investigation of parent/ghild Communication about sexuality. American Journal of sexuality Education, Vol. 3 (2). The Haworth Press.*

Arriagada, I. (2007) Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. CEPAL Naciones Unidas.

Akers, A. (2010) *Family Discussions About Contraception And Family Planning: A Qualitative Exploration Of Black Parent and Adolescent Perspectives*

Ayala, Monserrat (2014) En 1070 Radio Noticias Am. Entrevista a Dr. Miguel Ángel Zambrano. Recuperado el 02 de mayo 2015 de <http://www.1070noticias.com.mx>

Becker, Howard (1963) *"The Outsiders," by, reprinted from The Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance, 1963, pp. 1–18. Copyright © by the Free Press.*

Baiocchi –Wagner, E., Talley, A. E. (2013) *The Role of Families Communication in Individual Attitudes and Behaviors Concerning Diet and Physical Activity. abril 2015, de Routledge Taylor & Francis Group* Sitio web: DOI 10.1080/10410412336.2012.674911

Barbour, R. (2013) Los grupos de discusión en la investigación Cualitativa. Editorial Morata. Dirección Uwe Flick. México, DF.

Barquera, Simón et al. (2010). Acuerdo Nacional para la salud alimentaria. 10 de octubre 2014, de Secretaría de Salud Sitio web: www.promocion.salud.gob.mx

Barquera, Simón et al. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. Salud pública Méx [online]. 2013, Scielo vol.55, suppl.2, pp. S151-S160. ISSN 0036-3634

Berger, P. y Luckman, T. (1967) *The social construction of reality. New York: Author Books.*

Becker, MH (1974). *The Health Belief Model and sick role behavior.* Paper presentado en el Symposium on Compliance with Therapeutic Regimens, Hamilton, Ontario, Canadá.

Boaventura De Sousa, S. (2012) Una epistemología del sur. Casco coediciones. México: Siglo XXI; Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2013.

Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001) Creencias en salud: historia constructos y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 19 (1):91-100.

Cano Martínez, D. (2015) Periodismo en salud y nuevas tecnologías. Simposio Medios de Comunicación y Salud. Congreso Internacional Avances en Medicina. Hospital civil de Guadalajara.

Castro, R. (2011) Teoría social y salud. Lugar Editorial. Universidad Nacional Autónoma de México. México. P 81.

De Dios Corona, S. (2015) Ética y función social de la prensa. Simposio Medios de Comunicación y Salud. Congreso Internacional Avances en Medicina. Hospital civil de Guadalajara.

Fitzpatrick, M. A. y Ritche, L. D. (1993). Comunicación theory and the family. En P. Boss, W Doherty. R La Rossa, W. Schumm, y S Steinmetz . Eds.), Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach.)pp. 565-585). New York: Plenum.

Flick U. (2007) Introducción a la Investigación cualitativa. Editorial Morata. España. Capítulo 10: Entrevistas y debates del grupo de discusión.

Gómez E. (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6).

Góngora García, L. (2014). Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud. Universidad de ciencias médicas, Santiago de Cuba. MEDISAN, 2, 691-699.

Gutiérrez Delgado, C. (2008) Modelo para estimar el impacto de la obesidad y el sobrepeso en México. Secretaría de Salud. México.

Hidalgo- Rasumussen, C.A. et al. (2011) Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios, adolescentes en México. Cuadernos de Salud Pública, 27.

INEGI. (2012) Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2012. 5 de septiembre 2014, de INEGI Sitio web: www.inegi.org.mx

INEGI. (2013) Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido Mujeres/Hombres. Recuperado Marzo 2015, de INEGI Sitio web: <http://www.inegi.org.mx> INEGI (2014) Módulo de práctica deportiva y ejercicio físico. Resultados 2014 de INEGI. Recuperado el 5 de mayo 2015 de INEGI Sitio web: <http://www.inegi.org.mx>

INEGI. (2015) Encuesta intercensal. Principales resultados Jalisco. <http://www.inegi.org.mx>

ITESO (2016) 1ª Convocatoria de apoyo a la investigación del ITESO 2016. Documento aprobado por el Comité Académico, mediante el acuerdo 2-1, el 17/feb/15.

Macedo Martínez, J., Torres López, T.(comp.) (2000) Análisis cualitativo, en Salud. Teoría Método y Práctica. Plaza Valdes Editores Universidad de Guadalajara. P55

Juarez-Herrera y Cairo, L. (2016) Castro Vázquez Maria del Carmen y Teresa Ruiz Cantero Maria. Salud Pública de México. 2016. Vol. 58. No 4. Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas de enfermedad coronaria en mujeres del norte de México.

Kerps, G.L. y Thornton, B.C. (1992) *Health communication. Theory and practice (2da ed.) Prospect Heights, IL: Waveland Press.*

Kershenovich, D. y Chertorivski, S. (2013) Políticas de Salud, para las enfermedades crónicas no transmisibles en México. México: Coyuntura y Ensayo. CIDE.

Koerner A., Fitzpatrick M. A. (2002a) *Toward a Theory of Family Communication. Communication Theory.* Pp 70-91.

Koerner, A., Fitzpatrick, M. A. (2002b) *Understanding Family Communication Patterns and Family Functioning: The Roles of Conversation Orientation and Conformity Orientation. Communication Yearbook,* 26, 36-68

Koerner, A., Fitzpatrick, M. A. (2004) *Communication in intact families. En A. Vangelisti (Ed.), Handbook of Family Communication (pp. 177-195). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.*

Kratzke, C. et al. (2013) *Breast Cancer Prevention Knowledge, Attitudes, and Behaviors Among College Women and Mother–Daughter Communication. J Community Health (2013) 38:560–568 DOI 10.1007/s10900-013-9651-7. Published online: 29 January 2013 Springer Science+Business Media New York 2013*

Labrín Elgueta, J. (2015) Cobertura sobre el cáncer: cuidado, campañas y atención integral. Simposio Medios de Comunicación y Salud. Congreso Internacional Avances en Medicina. Hospital civil de Guadalajara.

Leavell y Cralk (1965) Preventive medicine for the Doctor in his Community. Mc Hill book Company, New York, 1965.

López Dondado Lorena, Valladares Gina, Contreras Josefina, Varela Evelyn, Figueroa Adriana, Molina Estela & Castellanos Lucia (noviembre 2009). Estudios sobre Estilos de vida y riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en las poblaciones adultas de las áreas urbanas de la Ciudad de Guatemala. UVG, 20, 63-68.

Martínez, A. (2011) Antropología Médica. Teorías sobre la cultura el poder y la enfermedad. Antrphos. España.

McLeod, J. M., Chaffee, S. H. (1972). *The construction of social reality*. En Tedeschi (Ed.), *The social influence process* (pp 50-59) Chicago: Aldine-Atheron.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud. (2012). Reglamento en materia de. 27 de octubre 2014, de Secretaría de Salud Sitio web: portal.salud.gob.mx

NORMA Oficial Mexicana NOM-043- SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

OMS (2003) Iniciativa mundial anual por tu salud, muévete. Recuperado el 02 de mayo 2014.

OMS (2015) Nota descriptiva de las enfermedades crónicas <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>. 13 de marzo del 2015.

OMS (2015) Nota descriptiva No.311 Obesidad y sobrepeso. Enero 2015 de Sitio web <http://www.who.int> Recuperado en 30 de abril 2015.

OMS (2015) Nota descriptiva S/N Enfermedades crónicas no transmisibles. Enero 2015 de Sitio web <http://www.who.int> Recuperado el 02 de mayo 2015.

OMS (2004) Estudio sobre la necesidad de una regulación económica más estricta para revertir la epidemia de obesidad. 5 de septiembre 2014, de OMS Sitio web: www.who.int Organización Mundial de la Salud. (Agosto 2011). Riesgos en la salud del adolescente. 13 de marzo 2015, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who>.

Pérez G. Cervantes Ríos J. (2003) Proyecto para la creación institucional de perspectiva de Familia. Abril 2015, de DIF Jalisco. Estudio sobre las familias Volumen 2 2003

Perlmutter, D. (2014) Cerebro de pan. Grijalbo.

Palomar, J. (2012) Estudios de resiliencia en América Latina / Coord. y pref. de J. Palomar Lever, J.C. Gaxiola Romero

Pluhar Erika, et al. (2006) *Getting an Early Start: Communication About Sexuality Among Mothers and Children 6-10 Years Old*. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, v7 n1 p7-35 2006

Ríos Hernández, I (2011) Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de la comunicación. Universidad de la Frontera. Temuco. Chile, 4, 123-140

Rojas, S. y Jarrillo, S. (2003) Comunicación para la salud y estilos de vida saludables. abril 2015, de Artigos.v.17, n.46, p.587-99, jul./set.

Romero Márquez, R.S, et al. (2011) Estilo y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. Revista Médica del Instituto de Seguro Social.

Rouviera Mariel, et al.(2011) *Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families"*
 Sacks, H. (2000) *Lectures on conversation. Oxford: Blackwll*

Sasco Annie, J. (2015) Diseño y análisis de campañas sobre el cáncer. Simposio Medios de Comunicación y Salud. Congreso Internacional Avances en Medicina. Hospital civil de Guadalajara.

Salcedo, R. (2016) El análisis de género incorpora otra Justicia. Boletín UISESS Ene- Abr. Número 1.

Scheeff (1973) El Rol del enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu

Schiavio, Renata (2007). *Health Communication. From theory to practice*. San Francisco CA: Jossey-Bass.

Schütz, A. (1974) El problema de la realidad social. Buenos Aires, Amorrortu.

Vidales, C. (2011) "Historia, teoría e investigación de la comunicación. En comunicación y Sociedad. Nueva Época, Núm. 23. Guadalajara Universidad de Guadalajara pp 11-43.

Wambolt y Reiss, (1989) *Task Perfonmance and the social construction of meaning: Juxtaposing mormality with contemporary family research. En D. Offer y M Sabshin (Eds) Normality: context and theory (pp. 2.40) Few York: Basic Books.*

Apéndices

Apéndice 1 Guion de entrevista para médico

Antes de entrevistarle solicitarle que lea el documento Proyecto de tesis II

- 1 ¿La comunicación familiar es un elemento determinante para la prevención de enfermedades?
- 2 ¿La prevención de las ECNT, desde la medicina contemplan la comunicación familiar?
- 3 ¿Desde qué paradigma los médicos tratan la prevención de enfermedades?
- 4 ¿La comunicación familiar como factor de prevención de las ECNT es incluido dentro del protocolo de atención médica?
- 5 ¿Qué determina que las personas acudan al médico hasta que se enferman?
- 6 ¿Dónde se mezclan el discurso médico y el social para la prevención de enfermedades?
- 7 ¿Qué argumentos utilizan los médicos para hablar de prevención con las personas?
- 8 ¿Le interesaría conocer los resultados de este estudio?
- 9 ¿La formación médica incluye elementos sobre la comunicación como factor de prevención?
- 10 ¿Ya cambió el enfoque de curar a prevenir?
- 11 Hábleme de las enfermedades crónicas ¿cómo son prevenidas, diagnosticadas y tratadas?

Apéndice 2 Instrumento revisado de patrones de comunicación familiar (Hijos)

Instrucciones:

Nos gustaría aprender más acerca de cómo te comunicas en tu familia. Por favor usa esta escala para indicar tu acuerdo o desacuerdo con los siguientes enunciados.

Fuertemente en desacuerdo Desacuerdo Neutral Acuerdo Fuertemente de acuerdo

1 2 3 4 5

Orientación conversacional

1 En nuestra familia frecuentemente hablamos de temas como política y religión, donde algunas personas están en desacuerdo con otras,	
2 Mis papás frecuentemente dicen cosas como “Cada miembro de la familia debería tener algo que decir en las decisiones familiares”	
3 Mis papás frecuentemente me preguntan mi opinión cuando la familia está pensando en algo	
4 Mis papás me motivan a desafiar sus ideas y creencias	
5 Mis papás frecuentemente dicen algo así como tú deberías ver siempre los dos lados de un problema	
6 Yo usualmente les digo a mis papás lo que estoy pensando de las cosas.	
7 Yo puedo decirles a mis padres casi todo.	
8 En nuestra familia frecuentemente hablamos sobre nuestros sentimientos y emociones.	
9 Mis papás y yo frecuentemente tenemos conversaciones largas y relajadas sobre cualquier tema.	
10 Yo realmente disfruto hablar con mis papás aun cuando no estamos de acuerdo	
11 Mis papás me motivan a expresar mis sentimientos	
12 Mis papás tienden a ser muy abiertos respecto a sus emociones	
13 Nosotros frecuentemente hablamos como familia acerca de cosas que hicimos durante el día.	
14 En nuestra familia, frecuentemente hablamos acerca de nuestros planes y expectativas para el futuro	
15 A mis papás les gusta escuchar mi opinión, aun cuando yo estoy en desacuerdo con ellos	

Conformidad conversacional

1 Cuando nada realmente importante es involucrado, mis padres esperan que yo obedezca sin cuestionar	
2 En nuestro hogar mis papás usualmente tienen la última palabra	
3 Mis papás sienten que es importante ser el jefe	
4 Mis papás algunas veces se irritan con mis puntos de vista si son diferentes a los de ellos	
5 Si mis padres no aprueban algo no quieren saber más al respecto	
6 Cuando estoy en casa yo debo obedecer las reglas de mis papás	
7 Mis papás frecuentemente dicen cosas como “Lo sabrás mejor cuando crezcas”	
8 Mis papás frecuente mente dicen cosas como “Mis ideas son correctas no deberías cuestionarlas”	
9 Mis papás frecuentemente dicen cosas como “Un niño no debería discutir con los adultos”	
10 Mis papás frecuentemente dice cosas como “Hay algunas cosas de las que no se debería hablar”	
11 Mis papás frecuentemente dicen cosas como “deberías darte por vencido con los argumentos más que volver loca a la gente”	

Conformidad conversacional

1 Cuando algo realmente importante está involucrado, yo espero que mis hijos/hijas obedezcan.	
2 En nuestro hogar los papás usualmente decimos la última palabra.	
3 Yo siento que lo importante para los padres es ser el que manda.	
4 Yo algunas veces me irrito con mis hijos/hijas cuando su punto de vista es diferente al mío.	
5 Si yo no apruebo algo yo no quiero saber nada al respecto.	
6 Cuando mis hijos/hijas están en casa espero que obedezcan las reglas de los papás	
7 Yo frecuentemente digo cosas como “Lo entenderás mejor cuando crezcas”.	
8 Yo frecuentemente digo cosas como “Mis ideas son correctas y tú no deberías cuestionarlas”.	
9 Yo frecuentemente digo cosas como “Un niño no debería discutir con los adultos”.	
10 Yo frecuentemente digo cosas como “Hay algunas cosas de las que no se debería hablar”.	
11 Yo frecuentemente digo cosas como “Tú deberías rendirte ante los argumentos que volver a la gente loca”	

Apéndice 4 Instrumento sobre percepción de dieta correcta y activación física

Edad							
Sexo							
Ocupación							
Reactivos	Completamente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6 Completamente de acuerdo
Realizo ejercicio físico							
Como al menos 5 frutas y /o verduras al día							
Bebo al menos 8 vasos de agua al día							
Mi alimentación es variada							
Mi alimentación es inocua							
Mi alimentación es suficiente							
Realizo al menos 30 minutos de ejercicio diario							
Consumo carne y productos de origen animal con moderación							
Consumo pan, harinas , papas con moderación							
Consumo frutas y vegetales en abundancia							
Mantengo horarios fijos para comer							
Desayuno como y ceno todos los días.							
Realizo estudios de salud preventivos							
Acudo al médico sólo si me enfermo							
Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano							
La comunicación en mi familia es frecuente							
Un tema de conversación en mi familia es la prevención de ECNT							

Apéndice 4.1 Resultados familia 1

Reactivo sobre dieta correcta F1	Variación
1 Como al menos 5 frutas y/o verduras al día	0.5
2 Bebo al menos 8 vasos de agua al día	0.56
3 Mi alimentación es variada	0.72
4 Mi alimentación es inocua	0.89
5 Mi alimentación es suficiente	0.72
6 Consumo carne y productos de origen animal con moderación	0.67
7 Con sumo pan, harinas, papas con moderación	0.56
8 Consumo frutas y verduras en abundancia	0.67
9 Mantengo horarios fijos para comer.	0.89
10 Desayuno como y ceno todos los días	0.89
Reactivos sobre activación física	
11 Realizo ejercicio físico	0.5
12 Realizo al menos 30 minutos de ejercicio físico	0.44
Reactivos sobre prevención de ECNT	
13 Realizo estudios de salud preventivos	0.5
14 Acudo al médico sólo si me enfermo	0.72
15 Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano	0.61
Reactivos sobre comunicación y prevención	
16 La comunicación en mi familia es frecuente	0.83
17 Un tema de conversación en mi familia es la prevención de ECNT	0.83

Los reactivos que más se acercan a la percepción sobre la práctica de la dieta correcta en la vida cotidiana son el 4, el 9 y el 10 de mantener horarios fijos para comer.

No hay reactivos que se acerquen a la percepción de práctica sistemática de activación física, no sobre la prevención de ECNT.

Los reactivos 16 y 17 se acercan a la percepción de la práctica de la comunicación familiar para la prevención.

Apéndice 4.2 Resultados familia 2

Reactivo sobre dieta correcta F2	Variación
1 Como al menos 5 frutas y/o verduras al día	0.94
2 Bebo al menos 8 vasos de agua al día	0.83
3 Mi alimentación es variada	0.89
4 Mi alimentación es inocua	0.83
5 Mi alimentación es suficiente	0.89
6 Consumo carne y productos de origen animal con moderación	1
7 Con sumo pan, harinas, papas con moderación	0.83
8 Consumo frutas y verduras en abundancia	0.83
9 Mantengo horarios fijos para comer.	0.89
10 Desayuno como y ceno todos los días	1
Reactivos sobre activación física	
11 Realizo ejercicio físico	0.83
12 Realizo al menos 30 minutos de ejercicio físico	0.83
Reactivos sobre prevención de ECNT	
13 Realizo estudios de salud preventivos	0.72
14 Acudo al médico sólo si me enfermo	0.83
15 Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano	0.94
Reactivos sobre comunicación y prevención	
16 La comunicación en mi familia es frecuente	1
17 Un tema de conversación en mi familia es la prevención de ECNT	1

En esta familia la mayoría de los reactivos se apegan a percepción de la práctica de la dieta correcta en la vida cotidiana, activación física, prevención de ECNT (a excepción del 13) y Comunicación y prevención.

Apéndice 4.3 Resultados familia 3

Reactivo sobre dieta correcta F3	Variación
1 Como al menos 5 frutas y/o verduras al día	0.33
2 Bebo al menos 8 vasos de agua al día	0.56
3 Mi alimentación es variada	0.78
4 Mi alimentación es inocua	0.44
5 Mi alimentación es suficiente	0.89
6 Consumo carne y productos de origen animal con moderación	0.83
7 Con sumo pan, harinas, papas con moderación	0.67
8 Consumo frutas y verduras en abundancia	0.28
9 Mantengo horarios fijos para comer.	0.5
10 Desayuno como y ceno todos los días	0.78
Reactivos sobre activación física	
11 Realizo ejercicio físico	0.22
12 Realizo al menos 30 minutos de ejercicio físico	0.22
Reactivos sobre prevención de ECNT	
13 Realizo estudios de salud preventivos	0.5
14Acudo al médico sólo si me enfermo	0.78
15 Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano	0.94
Reactivos sobre comunicación y prevención	
16 La comunicación en mi familia es frecuente	1
17 Un tema de conversación en mi familia es la prevención de ECNT	1

En esta familia la mayoría de los reactivos no se apegan a la percepción de práctica de la dieta correcta en la vida cotidiana (a excepción de 6), ni a la activación física, tampoco a la prevención de ECNT (a excepción del 15) y en la Comunicación y prevención 16 y el 17 presentaron apego a la práctica.

Apéndice 4.4 Resultados familia 4

Reactivo sobre dieta correcta F4	Variación
1 Como al menos 5 frutas y/o verduras al día	0.39
2 Bebo al menos 8 vasos de agua al día	0.5
3 Mi alimentación es variada	0.61
4 Mi alimentación es inocua	0.67
5 Mi alimentación es suficiente	0.83
6 Consumo carne y productos de origen animal con moderación	0.67
7 Con sumo pan, harinas, papas con moderación	0.56
8 Consumo frutas y verduras en abundancia	0.5
9 Mantengo horarios fijos para comer.	0.61
10 Desayuno como y ceno todos los días	0.61
Reactivos sobre activación física	
11 Realizo ejercicio físico	0.67
12 Realizo al menos 30 minutos de ejercicio físico	0.61
Reactivos sobre prevención de ECNT	
13 Realizo estudios de salud preventivos	0.5
14 Acudo al médico sólo si me enfermo	0.5
15 Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano	0.56
Reactivos sobre comunicación y prevención	
16 La comunicación en mi familia es frecuente	0.72
17 Un tema de conversación en mi familia es la prevención de ECNT	0.78

En esta familia la mayoría de los reactivos no se apegan a la percepción de que en la familia las prácticas de la dieta correcta en la vida cotidiana sea incorporada (a excepción de 5), ni a la activación física, tampoco a la prevención de ECNT y ni a práctica de Comunicación y prevención.

Apéndice 4.5 Resultados familia 5

Reactivo sobre dieta correcta F5	Variación
1 Como al menos 5 frutas y/o verduras al día	0.83
2 Bebo al menos 8 vasos de agua al día	0.72
3 Mi alimentación es variada	0.94
4 Mi alimentación es inocua	0.78
5 Mi alimentación es suficiente	0.89
6 Consumo carne y productos de origen animal con moderación	0.94
7 Con sumo pan, harinas, papas con moderación	0.78
8 Consumo frutas y verduras en abundancia	0.67
9 Mantengo horarios fijos para comer.	0.83
10 Desayuno como y ceno todos los días	78
Reactivos sobre activación física	
11 Realizo ejercicio físico	0.67
12 Realizo al menos 30 minutos de ejercicio físico	0.72
Reactivos sobre prevención de ECNT	
13 Realizo estudios de salud preventivos	0.72
14 Acudo al médico sólo si me enfermo	0.5
15 Cuando llegue a la tercera edad voy a ser sano	0.56
Reactivos sobre comunicación y prevención	
16 La comunicación en mi familia es frecuente	0.89
17 Un tema de conversación en mi familia es la prevención de ECNT	0.5

En esta familia los reactivos que se apegan a la percepción sobre práctica de la dieta correcta en la vida cotidiana son el 1, 3, 5, 6 y 9, a la activación física ningún reactivo, tampoco a la prevención de ECNT y en la Comunicación y prevención sólo se apega el 16.

Apéndice 5 Infográficos sobre ECNT

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

LO QUE DEBO SABER SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Hipertensión es otro término empleado para describir la presión arterial alta.

Cómo se obtiene la medición...

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior, presión arterial diastólica.

Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg).

- Una presión arterial normal es cuando la presión arterial es menor a 120/80 mmHg la mayoría de las veces.
- Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o mayor la mayoría de las veces.

Causas y Riesgos.

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, entre ellos:

- La cantidad de agua y de sal en el cuerpo.
- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos.
- Los niveles hormonales.

Síntomas.

- Dolor de cabeza fuerte.
- Náuseas o vómitos.
- Confusión.
- Cambios en la visión.
- Sangrado nasal.

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento es reducir la presión arterial, de tal manera que el riesgo de complicaciones sea menor. El médico recomendará cambios en el estilo de vida para bajar la presión arterial a un rango normal o en su caso el uso de medicamentos.

Se médico puede ayudarte a encontrar programas para bajar de peso, dejar de fumar y hacer ejercicio.

Usaré también puede pedirle al médico que lo remita a un nutricionista que pueda ayudarte a planear una dieta saludable para su caso.

¿Qué hacer para ayudar a controlar su presión arterial?

- Consumir una alimentación cardiosaludable, que incluya potasio y fibra.
- Tomar mucha agua.
- Hacer ejercicio con regularidad, al menos 30 minutos de ejercicio aeróbico por día.
- Si fuma, dejar de hacerlo.
- Reducir la cantidad de alcohol que consume.
- Reducir la cantidad de sodio (sal) que consume.
- Reducir el estrés. Trate de evitar factores que le causen estrés y pague con meditación o yoga.
- Mantener un peso corporal saludable.

Expectativas (pronóstico).

La mayoría de las veces, la presión arterial alta se puede controlar con medicamentos y cambios en el estilo de vida.

CS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**Hablemos de cuidar tu salud...
Sobrepeso y Obesidad**

El **sobrepeso** y la **obesidad** se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

#InformateAquí

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

La definición de la OMS es la siguiente:

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

Obesidad

#LaCausa

El sobrepeso y la obesidad son consecuencia de un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

#SabíasQue

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3.4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles a dichos padecimientos.

Datos y cifras mundiales.

- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.
- En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de ese grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- En 2008, el 35% de las personas adultas de 20 o más años tenían sobrepeso, y el 11% eran obesos.
- El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia prenatal.
- En 2012, más de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.
- La obesidad puede prevenirse.

Fuente: Organización Mundial de la Salud #OMS

#Como pueden reducirse el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. La opción más sencilla es la saludable en materia de alimentos y actividad física.

Individualmente:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Limitar la ingesta de azúcares.
- Realizar una actividad física periódica, y
- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.

En lo social...

- Dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas más arriba, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de los múltiples países involucrados: públicos y privados, y
- Lograr que la actividad física cotidiana y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.

CS

Infografía DIABETES AS

**LA DIABETES
LOS RIESGOS**

historial familiar

falta de ejercicio

dieta no saludable

sobrepeso

Diez millones de personas son diagnosticadas cada año con diabetes tipo 2. Si piensa que puede correr riesgo, haga que le examinen.

CS

www.worlddiabetesday.org

la mundial de la diabetes

Apéndice 6 Patrones de comunicación y CAP's sobre dieta correcta y activación física

Apéndice patrones de comunicación y CAP's sobre dieta correcta y activación física

La **F1** pertenece al tipo de familia *laissez faire* que se caracteriza por obtener bajo nivel en la orientación a la conversación y bajo en la orientación a la conformidad; en ella se identificaron los siguientes patrones de comunicación familiar y su impacto en los conocimientos actitudes y prácticas de prevención de enfermedades.

Categorías de análisis	Laissez-faire families	AF1 Grupo de discusión
Autoridad de los padres	LFFP 1 Su comunicación se caracteriza por interacciones un poco desvinculadas entre los miembros de la familia a los que sólo les interesa un limitado número de temas en común	(de qué y cuando hablan con sus papás) <i>Pues de lo que salga, pues de permisos o si estamos viendo las noticias.</i>
Toma de decisiones	LFFP 2 Los padres en este tipo creen que cada miembro de la familia debería ser capaz de tomar sus propias decisiones.	(en qué piensas para decidir) <i>Yo pienso en todo el mundo, en mí misma y en mi bienestar y ya y en mi familia pero más en mí</i>
Conflicto	LFFP 3 No se experimenta en la familia una constricción de los intereses individuales ni incidentes de choque de intereses y esos conflictos son raros y los miembros tienden a evadir el conflicto.	No detectado
Valor de las conversaciones	LFFP 4 Los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y ellos tienen que tomar sus propias decisiones por que no reciben apoyo de sus padres y se cuestionan su habilidad para tomar decisiones.	(mis papás) <i>me dirían que dejara de comer, nos dirían que cuidemos lo que comamos... pero que diario tomamos a mal lo que nos dice que es por nuestro bien, "ya no te voy a decir nada porque te enojas" pero luego sí nos dice.</i>

La **AF1** en el grupo de discusión mencionó las siguientes CAP's sobre los factores de prevención de ECNT.

Familia 1	Factor de prevención de ECNT Dieta correcta			Factor de prevención de ECNT Activación física		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
<i>Laissez-faire families</i>						
	<i>No comer tanta sal</i>	Desacuerdo con que limiten sus gustos de comida	Comer comida preparada en casa	<i>El ejercicio es bueno</i>	Acuerdo con los argumentos de sus padres respecto al ejercicio.	Clases de Haw aiano y gimnasio
	<i>No comer mucho</i>					

La **F2** que pertenece al tipo *Consensual families* que se caracteriza por tener alto nivel en la orientación a la conversación y alto en la orientación a la conformidad, se identificaron los siguientes patrones de comunicación familiar y su impacto en los conocimientos actitudes y prácticas de prevención de enfermedades.

Categorías de análisis	Consensual families	AF2 Grupo de discusión
Autoridad de los padres	CFP 1 Los padres presionan para acordar y preservar la jerarquía en la familia.	<i>Pues mi papá es el que le insiste más a mi hermana, es que ella pesa más que yo y es más chaparrita que yo y mi papá le insiste más a ella y ella dice sí es que ya tengo que adelgazar y tengo que saber qué y mi papá le insiste por ejemplo si compra unas galletas él le dice ya ves tú sabrás ya te estoy diciendo y cosas así y haz ejercicio y es más o menos eso y a mí me dicen que haga ejercicio.</i>
Toma de decisiones	CFP 2 Los padres tienen interés en abrir comunicación y explorar nuevas ideas y están interesados en lo que sus hijos tienen que decir sin embargo los padres cree que ellos deberían tomar la decisiones finales en los asuntos familiares.	<i>(para decidir en qué piensas) Pues yo en mis papás por que qué van a decir porque ellos son los que te regañan y uno mismo tiene que pensar para hacer las cosas bien no pensando en los demás si no en ti misma</i>
Conflicto	CFP 3 Los padres consideran el conflicto como negativo y peligroso para la familia, pero un conflicto no resuelto es una amenaza, para la relación familiar y entablan conversaciones para resolverlo.	<i>La comunicación familiar es importante para evitar conflictos de diferentes cosas o situaciones y se puede decir que eso más que nada</i>
Valor de las conversaciones	CFP 4 En estas familias lo hijos aprenden a valorar en las conversaciones familiares y adoptan las creencias y valores de los padres y tienden a resistir mensajes persuasivos que se desvían de las posiciones y valores de los padres.	<i>(...)con mi papá (...)hablo de cualquier cosa igual con mi mamá, como que tengo una relación muy estrecha con ambos (...) ya de regreso (en casa) es cuando ya estamos más relajados y todo y ya comentamos cualquier cosa cómo nos fue en el día este o algo que pase en ese momento este y ya que está mi mamá es como que ya una charla más de los 4 (...) es que tengo una hermana, entonces pues de cualquier cosa ya aja.</i>

La AF2 en el grupo de discusión mencionó las siguientes CAP's sobre los factores de prevención de ECNT.

Familia 2	Factor de prevención de ECNT Dieta correcta			Factor de prevención de ECNT Activación física		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Consensual families	No comer de más	Acuerdo con los argumentos de los padres	Comer un lonche en la escuela por la mañanas y tarde y noche comida de casa	Hacer Ejercicio diario es necesario	Acuerdo con lospadres y Disposición para realizar ejercicio	Salir a correr en familia
	La sal retiene líquidos					
	Herencia, familiares diabéticos e hipertensos. Sabe que eso es un riesgo. Los malos hábitos se heredan					

La **F 3** es del tipo *Protective families* que son bajas en conversación y altas en conformidad se identificaron los siguientes patrones de comunicación familiar y su impacto en los conocimientos actitudes y prácticas de prevención de enfermedades.

Categorías de análisis	Protective Families	AF 3 Grupo de discusión
Autoridad de los padres	PVFP 1 La comunicación se basa en la autoridad de los padres y obediencia de los hijos	<i>A mí me dicen al revés: usted coma porque está muy flaca y les digo que estoy gorda y me dicen pues haz ejercicio y ya no me dicen nada.</i>
Toma de decisiones	PVFP 2 Los padres de estas familias creen que ellos deben tomar las decisiones por su familia y por los hijos y los padres le dan poco valor a explicar sus razones a los hijos.	<i>(Para decidir en qué piensas) Yo pienso así en cuál sería la mejor opción de las cosas (AF1 No porque te digan tus papás) si porque pueden ser drogadictos pero si tu no quieres ni vas a hacerles caso a ellos, más bien pensar en el buen camino y así.</i>
Conflicto	PVFP 3 Los conflictos son concebidos negativamente, los integrantes esperan no tener conflictos con nadie de su familia y actuar de acuerdo a las normas e intereses de la familia	<i>(ante un tema controversial) Pues me preguntaría que qué se de eso y lo que yo no sepa ellos me lo dirían y ya.</i>
Valor de las conversaciones	PVFP 4 En esta familia los hijos aprenden que hay poco valor en las conversaciones familiares y desconfían de su propia habilidad para tomar decisiones.	<i>... como que casi no hay tiempo (de platicar) porque nos tardamos mucho en levantarnos ... tardo mucho en contar las historias... siempre tardo mucho en hablar con mis papás en contarles mis historias</i>

La **AF3** en el grupo de discusión mencionó las siguientes CAP's sobre los factores de prevención de ECNT.

Familia 3	Factor de prevención de ECNT Dieta correcta			Factor de prevención de ECNT Activación física		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Protective Families	Familiares diabéticos. Sabe que eso es un riesgo	Indiferencia ante los comentarios de los padres sobre la forma de comer	No desayunar	El ejercicio es bueno	Indiferencia ante los comentarios de los padres respecto al ejercicio	No realiza actividad física con regularidad.
	Comer para no estar falca					
	Dormir, es más importante que comer.					

La F4 es del tipo *pluralistic families altas en conversación y bajas en conformidad* se identificaron los siguientes patrones de comunicación familiar y su impacto en los conocimientos actitudes y prácticas de prevención de enfermedades.

Categorías de análisis	Pluralistics Families	AF4 Grupo de discusión
Autoridad de los padres	PFP 1 Los padres abren discusiones sin restricciones e involucran a los miembros de la familia	(de qué y cuando hablan con sus papás) con...mi papá... hasta en la noche hablamos de cómo le fue en su día qué paso en su trabajo y también yo digo si me pasó algo interesante en la escuela y ya también platicamos de lo que pasa en la tele y así y con mi mamá pues en todo el día pues como estoy con ella siempre mientras comemos o y en la tarde si se nos ocurre algo ella nos dice algo o yo también les cuento lo que me paso en el día...
Toma de decisiones	PFP 2 Los padres no sienten la necesidad de tener el control de sus hijos ni de tomar las decisiones por ellos.	(en qué piensas para decidir) Yo sí pineso en mis papás y ya después como en Dios y ya medaba pena con él ya le estoy quedando mal... no se de repente si le digo a Dios hay qué pena hice esto mal ya sé que no es lo bueno y no quieres y me arrepiento y ya hasta el último pienso en mí como que me preocupo más por los demás entonces primero pienso más en ellos en qué dirían y así y ya. Tal vez suene muy anticuada o aburrida pero si es algo malo no lo hago aunque quiera
Conflicto	PFP 3 Los padres enfatizan el libre intercambio de ideas y la ausencia de presión para obedecer, esto hace que se aborden los conflictos y los resuelven de manera positiva	(sobre la alimentación y el ejercicio)...mi mamá es la que nos dice que hagamos ejercicio mi papá también nos dice pero él no hace nada, no hace ejercicio y mi mamá le insiste ¡vamos a caminar! Porque a veces dice que se siente muy engarrotado así como tieso y mi mamá le dice que es porque no hace ejercicio que vayamos a caminar y así y mi mamá es la que procura ir al parque en las mañanas a caminar y así ella sí en cuanto ya nos vamos todos se va a caminar llega y hace su rutina pero pues sí.
Valor de las conversaciones	PFP 4 En estas familias los hijos valoran las conversaciones familiares y aprenden a ser independientes y autónomos en la toma de decisiones.	(la comunicación familiar) Es tener confianza entre toda la familia y poder decir lo que uno siente y que no te dé pena o miedo a que me regañen, sino que te digan lo que está bien o está mal y den su punto de vista. Tener confianza para poder platicar de lo que sea, bueno, malo, penoso gracioso.

La AF4 en el grupo de discusión mencionó las siguientes CAP's sobre los factores de prevención de ECNT.

Familia 4	Factor de prevención de ECNT Dieta correcta			Factor de prevención de ECNT Activación física		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Pruralistics Families	Agua tibia con limón en ayunas	Acuerdo con los argumentos de sus padres respecto a la alimentación	Desayuna algo en la escuela y come y cena en casa	El ejercicio es bueno para evitar rigidez en el cuerpo y para evitar el dolor de las rodillas	Acuerdo con los argumentos de los padres respecto al ejercicio	Practica Jazz dos veces por semana y hace ejercicio en la escuela para no enfermarse .
	Un desayuno completo es, fruta, huevo, verduras y pan.					
	Comer menos sal, o que no esté tan procesada					
	Familiares diabéticos y sabe que eso es un riesgo					
	Comer por ansiedad no es correcto					

La **familia 5** es del tipo *pluralistic families altas en conversación y bajas en conformidad* se identificaron los siguientes patrones de comunicación familiar y su impacto en los conocimientos actitudes y prácticas de prevención de enfermedades.

Categorías de análisis	Pluralistics Families	AF5 Grupo de discusión
Autoridad de los padres	PFP 1 Los padres abren discusiones sin restricciones e involucran a los miembros de la familia	(de qué y cuando hablan con sus padres) <i>si hablo mucho con mi mamá y casi siempre hablamos de lo que nos pasó y yo tengo un tema y platico muchísimo con mi mamá, no sé por qué es sobre un muchacho (todas se ríen) y no sé estamos platicando y siempre saco ese tema es como de lo que platicamos también platico de cómo me siento y de lo que me pasó en toda la semana o cosas que no le dije o cosas que me acuerdo. Con mi papá no, es más bien cómo le fue en el trabajo y le doy masaje y así pero de temas como... Papá me siento así, platico con él a veces pero no siempre y no todo el día.</i>
Toma de decisiones	PFP 2 Los padres no sienten la necesidad de tener el control de sus hijos ni de tomar las decisiones por ellos.	(en qué piensas cuando decides) <i>Yo cuando hago las cosas casi nunca pienso en mis papás no sé por qué, hay veces que sí pero casi nunca, más bien pienso en mí y más bien ... tal ves puede sonar tonto pero pienso en qué diría DIOS (Todas Yo también!) cuando son decisiones importantes, quiero estar bien conmigo y estar bien con Dios con mis papás no es tanto de estar hay no manches! Pero me importa más cómo me siento yo y lo que vaya a pasar conmigo y con eso lo que le esté haciendo a Dios y con eso ya decido así lo veo.</i>
Conflicto	PFP 3 Los padres enfatizan el libre intercambio de ideas y la ausencia de presión para obedecer, esto hace que se aborden los conflictos y los resuelven de manera positiva	(sobre la alimentación y el ejercicio) <i>Pues mi papá me diría: Mira gordita, (es que me dice gorda o cachetes), mira existen muchísimas enfermedades y se agarraría riendo porque casi nunca habla serio y me diría: pues como ya sabes... pues tu abuelita tenía diabetes cuando se murió y a pesar de que estaba flaquita, la diabetes también se presenta en los gordos y la hipertensión no creo que te dé pero bueno te digo (me lo diría riéndose porque nunca habla en serio) y de la obesidad me diría que tienen exceso de peso pero si tú no te cuidas y sigues así como marrana engordarías muchísimo, me haría reír para decirme esas cosas.</i>
Valor de las conversaciones	PFP 4 En estas familias los hijos valoran las conversaciones familiares y aprenden a ser independientes y autónomos en la toma de decisiones.	(la comunicación familiar) <i>La comunicación familiar para mí es a grandes rasgos hablar en familia en confianza con la verdad y siempre al grano no echar tanto choro yo sé que sí porque si no les tienes confianza a tus papás que siempre están contigo entonces ¿a quién? porque ellos siempre te están apoyando, porque yo sí confío en mis papás yo puedo decirles todo hasta si maté a alguien y no me llevan a la cárcel a menos que crean que es lo mejor.</i>

La **AF5** en el grupo de discusión mencionó las siguientes CAP's sobre los factores de prevención de ECNT.

Familia 5	Factor de prevención de ECNT Dieta correcta			Factor de prevención de ECNT Activación física		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Pluralistics Families	México es el segundo o primer lugar en obesidad	Acuerdo con los padres en cuidar su alimentación pero no deja de comer sólo por no verse gorda, se acepta como es.	Desayunar comer y cenar aunque no siempre sea comida de casa, comer pizza una vez al mes	Quemar calorías con ejercicio es positivo. Si no haces ejercicio sufrirás las consecuencias	Acuerdo con los padres porque ellos hacen ejercicio y tienen derecho a decirle que haga ejercicio.	Va al voly ciertos días de la semana
	Familiares con diabetes e hipertensión y eso es un riesgo Es positivo tener el frutero lleno, siempre comer verduras. Tomar aguas frescas o natural, nunca tomar refresco.					

