

59
24



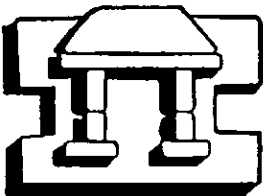
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"ESTILOS DE VIDA DE SALUD EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARIA DE JESUS GONZALEZ MERINO
MARIA TERESA GUEVARA ROSAS



ASESORES: JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES
ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN
ROCIO TRON ALVAREZ

IZTACALA LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27 6876



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICO A QUIENES AMO:

GRACIAS:

A ese pequeño ser que fue la motivación más grande para terminar este trabajo.

A mis padres: Gloria y Cruz

Por que juntos me han dado el apoyo y comprensión para lograr mis metas.

Por darme el ejemplo para esforzarme y salir adelante en la vida. Te amo mamá.

Por dejarme la herencia más valiosa de la vida: mis estudios. Te amo papá.

A mis hermanos: Adolfo, Imelda, Juan, Alicia, Mauricio, Cruz, Manuel, Gloria, Marco y César

Por el apoyo que siempre me brindaron. En especial a Gloria, Manuel y Juan por su ayuda incondicional.

A mis amigas; Tere, Edith, Mireya y Esther

Por estar siempre a mi lado.

A Vaquero

Por su infinita paciencia para terminar este trabajo y por su valiosa amistad.

A mis profesores: Rocío y Enrique

Por su apoyo para este trabajo.

A mi esposo: Juan José

Por que sin su apoyo no hubiera logrado salir adelante y terminar este trabajo
y por formar una parte importante de mi vida

TE AMO MUCHO.

*Mejorar nuestro estilo de vida es más
importante que divulgarlo.*

Charles A. Lindbergh

*Todo los motivos, ideales, conceptos,
sentimientos de un hombre no tienen
importancia si no lo fortalecen para
un mejor desempeño de los deberes que
le corresponden en la vida.*

Henry Ward Beecher

MARY CHUY

A MIS PADRES: PABLO Y DOLORES

Por que con su maravillosa presencia enriquecen cada momento de mi vida; por su amor y comprensión, su cotidiano esfuerzo, honestidad y rectitud invaluable que son el ejemplo que me guía, por brindarme la oportunidad de cumplir una de las metas más importantes en mi vida. Por todo cuanto inmerecidamente he recibido de ustedes.

A MIS HERMANOS: ESTHER, HUGO Y MIGUEL

Le agradezco a la vida permitirme compartir junto con ustedes mi existencia; por ser como son, y enriquecer mi vida; por que gracias su apoyo incondicional y a su comprensión, han permitido que logre llegar.

A MIS AMIGAS: CHUY, EDITH Y GABY

Por brindarme su sincera amistad e impulsarme a ir siempre adelante; por compartir nuestros sueños y por luchar por ellos; porque juntas llegaremos a alcanzar el éxito.

A TODA MI FAMILIA

Por mostrarme que la felicidad esta en dar. Pero muy en especial a mis primos porque con ellos he compartido momentos muy felices en mi vida y siempre me han motivado a seguir adelante.

A VAQUERO

Por ser más que un maestro, un amigo que nos ha mostrado el camino para lograr nuestra meta, no sólo en la escuela sino en nuestra vida.

MARÍA TERESA

INICIAR UNA OBRA ES COSA RELATIVAMENTE FÁCIL, BASTA CON AVIVAR UN POCO LA LUMBRE DEL ENTUSIASMO. PERSEVERAR EN ELLA HASTA EL ÉXITO, ES ALGO QUE REQUIERE CONTINUIDAD Y ESFUERZO.

INDICE

	páginas
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1: PROCESO SALUD – ENFERMEDAD	
1.1. DEFINICION	7
1.2. ENFOQUES DEL PROCESO	
1.2.1. ENFOQUE UNICAUSAL	9
1.2.2. ENFOQUE ECOLOGICO	10
1.2.3. ENFOQUE HISTORICO-SOCIAL	11
1.2.4. PARADIGMA ECOCONDUCTUAL	12
CAPITULO 2 : CONDUCTAS DE SALUD	16
CAPITULO 3 ESTILOS DE VIDA Y SALUD	
3.1. DEFINICION	28
3.2. EJERCICIO FISICO	33
3.2.1. SALUD Y EJERCICIO FISICO	34
3.3. ALIMENTACION	40
3.4. SEXUALIDAD	44
3.4.1. RELACIONES SEXUALES	48
3.5. SUEÑO	54
3.6. TIEMPO LIBRE Y RECREACION	55
CAPITULO 4 : ESTRÉS	
4.1. DEFINICION	61
4.2. EFECTOS DEL ESTRÉS SOBRE LA SALUD	70
CAPITULO 5 : INVESTIGACION	
5.1. METODOLOGIA	80
5.2. RESULTADOS	81
5.3. DISCUSION	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
ANEXOS	104

RESUMEN

En el presente estudio se realizó una comparación entre 120 estudiantes del área de Ciencias de la Salud y 60 estudiantes del área de Ciencias Sociales para analizar sus estilos de vida en salud, para evaluarlos se utilizó el cuestionario "HEALTH FITNESS SURVEY OF VIRGINIA TEACH FACULTY & STAFF".

Se encontró que ambos grupos practican estilos de vida no saludables en que no realizan regularmente ejercicio; fuman frecuentemente, ingieren bebidas alcohólicas en fiestas; en cuanto a sus horas de dormir ambos grupos reportan que su salud lo consideran incompleto, en lo que respecta al estrés se encontró que ambos grupos consideran que su vida se encuentra moderadamente estresada.

Se concluye que los estilos de vida de salud de ambos grupos no están muy relacionados con los contenidos del curriculum de las diferentes carreras a las que pertenecen los estudiantes, ya que los contenidos del área de Ciencias de la Salud (médico-biológicas), están más relacionadas con los hábitos más óptimos para tener una vida saludable y por lo tanto mejor calidad de vida a diferencia del curriculum del área de Ciencias Sociales.

INTRODUCCION

En la psicología se encuentran diferentes áreas de aplicación entre las cuales se pueden mencionar; la clínica, la educativa, la laboral y la de la salud, entre otras. Esta última es un área relativamente nueva dentro del campo de la psicología, en donde se pretenden realizar actividades interdisciplinarias orientadas hacia una atención integral del individuo.

Torres y Beltrán (1986) y Ribes (1990) afirman que el estudio de la psicología en el campo de la salud es relativamente incipiente, hasta hace algunos años la labor del psicólogo en el ámbito de la salud, se realizaba a través de incursiones en las instituciones del sector salud, realizando tareas en programas, selección de personal, impartiendo cursos de relaciones humanas dentro del personal paramédico y administrativo, ejerciendo como ayudantes de terapia o psicometrias en el área de salud mental junto al psiquiatra como titular de la misma.

Sin embargo, diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud han contribuido al nacimiento de la psicología de la salud (Matarazzo, 1980, 1987; Miller, 1983; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995). En primer lugar por el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud, recientemente han sido redefinidos en términos más positivos como un complemento al estado de bienestar físico, mental y social incorporando los aspectos psicológicos. En segundo lugar, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico. Este modelo se enfoca en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los

factores psicológicos y sociales, es así que distintos estudiosos han comenzado a abogar por un nuevo modelo.

En tercer lugar, el cambio en los patrones de enfermedad antes de los avances espectaculares de la medicina en el siglo veinte, la mayoría de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso (neumonia, gripe, tuberculosis y difteria...) (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979). El descubrimiento de fármacos efectivos como antibióticos y vacunas, y la mejora de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento de la longevidad ha dejado paso a las enfermedades crónicas. Quiere ello decir que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles. Nacemos con buena salud, enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas como afirma Knowles (1977, cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995). Es así que los factores psicológicos han pasado a un primer plano ya que los principales problemas de salud de este tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta. En cuarto lugar, se encuentran cuestiones de índole económica, ya que, los costos por los cuidados de salud se han disparado, sin embargo, en muchas ocasiones estos gastos no garantizan una mejora en el estado de la salud, es por esto que ahora se debe de hacer énfasis en medidas preventivas y especialmente en cambiar las conductas menos saludables (Agras, 1982; cit. en Becoña Vázquez y Oblitas, 1995).

Queda claro entonces, que la psicología de la salud se interesa por los factores psicológicos implicados en el proceso salud-enfermedad. Matarazzo (1980;cit. en Latorre y Beneit, 1994) define a la psicología de la salud, como la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas de la disciplina de la

psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud así como la configuración de las políticas sanitarias. Asimismo, Torres y Beltrán (1986) mencionan que la psicología de la salud es la actividad profesional encaminada a estudiar, e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha con el equipo de salud-población en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población.

Matarazzo (1984, cit. en Latorre y Beneit, 1994) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad se encuentran dentro del denominado *estilo de vida* (hábitos de comportamiento). Además la mayoría de las veces el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, así como una reestructuración de su estilo de vida anterior, de manera que se adapte lo mejor posible.

Las resoluciones en el campo de la salud dependen de nosotros mismos, como personal de salud, como profesores o como usuarios. Las actitudes, que determinan nuestras conductas, se aprenden en el contexto de la realidad y en situaciones reales, donde es factible poner en práctica dichas actitudes y donde se comprueba que al hacerlo, se obtienen resultados favorables. Nuestras actitudes, en el caso de la salud son influidas en alto grado por el ambiente prevalente y, para lograr un cambio, se necesita que las instituciones y gran parte del personal se comprometan y decidan poner en práctica las modificaciones.

Reig, Rodriguez y Mira (1987) afirman que existen diferentes factores que contribuyen a la inserción de la psicología a un nuevo modelo de salud:

- 1) Al considerarse la salud un derecho básico, se amplió el concepto de ésta, entendiéndose como un concepto integral que incluye la promoción, prevención e inserción.
- 2) Se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene, sino lo que la gente hace. Esta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.
- 3) La aparición, desarrollo y la aplicación del análisis funcional de la conducta de la terapia del comportamiento ha dado lugar a un gran número de resultados positivos abren la posibilidad de interacciones psicológicas como complemento a la interacción biomédica.
- 4) Un replanteamiento del tema de sanidad, insertando el desarrollo de la psicología para aportar una buena relación costo-utilidad que implique ampliar la duración de la vida y la calidad de ésta.

Donneys (1991; cit. en Lozada, 1994) afirma que los medios, métodos y contenidos de la educación para la salud deben dirigirse a producir un cambio sin violencia a través de la modificación de comportamientos inadecuados y el mejoramiento de las condiciones de vida; orientando los contenidos educativos al auto cuidado y al bienestar físico. Por lo tanto la Educación de la Salud se define como la disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta individuales y sociales favorables para la salud a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso educadores-educandos.

Laguna (1991) afirma que la gran misión de la Universidad es formar profesionales útiles en la sociedad que sean capaces de generar cambios benéficos a ella, dependiendo de los alcances en las tareas educativas realizadas en nuestro caso, por diversas facultades y escuelas que conforman el campo de la salud (Medicina, Enfermería, Odontología, Psicología, etcétera).

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar los estilos de vida de salud de los estudiantes universitarios de las áreas de ciencias de la salud y de ciencias sociales, debido a que se considera que los contenidos del área de ciencias de la salud van enfocados a considerar aspectos físicos, psíquicos y sociales del individuo para así alcanzar una salud óptima del mismo; mientras que los contenidos del área de ciencias sociales van enfocados al desarrollo social del individuo, por lo tanto los alumnos del área de ciencias de la salud deben practicar estilos de vida más saludables que los alumnos del área de ciencias sociales.

CAPITULO 1

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

1.1. Definición

Para el estudio del proceso salud-enfermedad es necesario definir cada uno de estos conceptos. San Martín (1985) menciona que la salud no es un fin en sí misma sino va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano y del progreso social. Es decir, la salud requiere más que una definición biológica, debe de tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación (ecológica, ambiente, sociedad, cultura, economía, etcétera). Por otro lado, el concepto de salud es dinámico e histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y de las ideas de cada época. De aquí que la idea que la gente tiene de su salud no es siempre la correcta; ya que está limitada por el marco social en que la gente actúa. Asimismo Terris (s/a, cit. en San Martín, 1985); Hunt (1989) y Matarazzo (1995) afirman que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". Sobre estas bases se modifica la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en la siguiente forma: "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de una capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o invalidez".

En lo que respecta a la enfermedad, ésta es tomada como un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre considerado como una unidad bio-psico-social. La atención exclusiva sobre la etiología orgánica es considerada hoy como insuficiente (multicausalidad de los fenómenos biológicos). En esta forma la enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico, ecológico y social o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o anatomía del individuo.

Salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación ecológica, son la resultante del éxito o del fracaso del organismo individual para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por lo tanto, un "individuo sano" es aquel que muestra y demuestra una armonía física, social y mental con su ambiente, incluyendo las variaciones. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias entre las condiciones de vida.

De todas estas definiciones resulta con claridad que el proceso salud-enfermedad no es sólo privativo del médico clínico, ya que siempre está relacionado con el ambiente de vida de la población y del individuo con su cultura y educación, con los comportamientos sociales y con el nivel de desarrollo social.

1.2. ENFOQUES DEL PROCESO

1.2.1. ENFOQUE UNICAUSAL

Este enfoque se basa en la llamada doctrina de la etiología específica en la que se plantea que un factor determinado (un microorganismo) es el causante de la enfermedad de un organismo sano (Campos y Campos, 1985). Este enfoque sostiene que cada enfermedad tiene una causa definida y para controlarla basta con atacar el agente causal que lo provoca concentrando el tratamiento en aquellas partes afectadas del cuerpo. Ríos (1983) afirma que en el siglo XIX esta concepción se vio reforzada por la teoría bacteriana de Pasteur que postula la idea del origen microbiano de la enfermedad.

Sin embargo, este enfoque es reduccionista, ya que la enfermedad es valorada a partir de las perturbaciones funcionales del organismo humano sólo como un ser biológico descuidando la dimensión de otros aspectos importantes como el aspecto social y psicológico, entre otros.

La concepción biomédica en el campo de la salud- enfermedad significó un avance histórico y abrió horizontes insospechados en el oscuntarismo anterior; sin embargo, ha generado también reducciones, desenfoques, exclusiones y desviaciones de graves consecuencias. Ha priorizado la atención al enfermo sobre el cuidado de la salud, reduciendo la científicidad al territorio y a los métodos de las ciencias bionaturales (Franco 1990).

El modelo médico-biológico de la salud, como carencia de enfermedad (o bien como continuo balance entre salud-enfermedad), hace énfasis en las condiciones propias

del organismo y de los distintos subsistemas que lo requieran. Como lo señaló con agudeza Fleck (1937; cit. en Ribes, 1990), el modelo médico adoptó una versión modificada del modelo demonológico en el que el cuerpo es poseído por agentes extraños. Concibe a la salud como una metáfora del organismo como fortaleza defendiéndose de factores auspiciadores genéticos y externos, se considera a la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes externos nocivos (Ribes 1990).

1.2.2. ENFOQUE ECOLOGICO

Conceptualiza el proceso salud-enfermedad en términos de una triada ecológica: agente-huesped-medio. El agente hace referencia a un microorganismo patógeno, el huesped al individuo u organismo que entra en contacto con tal microorganismo y al medio a la totalidad de condiciones físicas (temperatura, contaminación, humedad, etcétera); químicos, orgánicos y sociales (hacinamiento, alimentación, actividad profesional, etcétera) en los que ocurre la interacción agente-huesped. Se puede decir, que si bien este enfoque significa un avance en la concepción, no sale del marco individual. Sin embargo, Rios (1983) menciona que la definición que ha dado la O.M.S. se basa en este enfoque: “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedades o afecciones”.

1.2.3. *ENFOQUE HISTORICO-SOCIAL*

Campos y Campos (1985) mencionan que este enfoque permite estudiar la historicidad del proceso de salud-enfermedad y su determinación socioeconómica. El proceso salud-enfermedad adquiere historicidad porque está socialmente determinado esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino que es necesario aclarar cómo está articulado el proceso social.

Es importante precisar que en la interpretación del proceso salud-enfermedad propia del enfoque histórico-social, se contempla su carácter dual, biológico y social, no obstante lo social tiene una jerarquía distinta de lo biológico, ya que éste último está condicionado por circunstancias socio-históricas concretas lo que revela el hecho del porque las diferentes clases sociales de una misma sociedad, enferman y mueren de modo distinto. Así, es definido el proceso salud enfermedad como fenómeno colectivo, resultante, según Ríos (1983), de un proceso histórico determinado por las condiciones sociales, económicas, políticas y ecológicas (entre otras), buscando a la vez establecer el peso y/o jerarquía que cada uno de ellos tiene en la génesis de la enfermedad.

Por otra parte, Ribes (1990) señala que el modelo sociocultural de la salud subraya la correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de la vida. Existen indicios claros de cómo las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadoras o directamente responsable de alteraciones en la salud biológica.

1.2.4. PARADIGMA ECOCONDUCTUAL.

Este paradigma parte del supuesto de que las influencias ambientales son determinadas por un rango de interactividad, genética intraindividual, lo biológico cognitivo y las diversas habilidades conductuales siendo el punto más importante (dentro del paradigma) las influencias ambientales y las conductas de salud en determinados segmentos de la población (Winett, 1985).

Franco (1990) menciona que los problemas de salud-enfermedad son de naturaleza exclusivamente bio-natural o bio-psico-social, en sus manifestaciones, en la manera como se les entiende, se les interpreta y se les enfrenta, así como sus consecuencias. Por lo tanto, se hace necesario, una modificación del patrón de cientificidad para que supere el modelo bio-natural y se asuma también la cientificidad de las ciencias sociales en el proceso salud-enfermedad. Esto implica enriquecimientos metodológicos y modificaciones de las prioridades investigativas.

En los diferentes programas de formación de personal profesional para la salud, la orientación bio-psico-social podría concretarse en los siguientes puntos (Franco, 1990):

- 1) Una ampliación a la base teórica para la problemática sanitaria lo cual implica procesos de debate para redefinir categorías y métodos: trabajo interdisciplinario sistemático y vinculación de personal profesional de otras áreas.

- 2) Cambios en las metodologías tanto docentes como investigativas. Desde la selección de temas y objetos a investigar o enseñar hasta las categorías, las pruebas o análisis y las técnicas pedagógicas e investigativas.
- 3) Observar los espacios y circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas y de los grupos en donde es posible enfermar, sobrevivir y morir.
- 4) La creatividad en las formas de “nuevas prácticas”, sociales de promoción y defensa de la vida y la salud y de conformación y entendimiento de la enfermedad y la muerte.

Los esfuerzos de la educación profesional en la salud por contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de la sociedad a partir de un enfoque más integrador, lograran su objetivo en la medida en que los contenidos y prácticas derivadas de tal enfoque penetren a la ideología, y preocupaciones de la sociedad.

El modelo bio-psico-social elaborado por Guze, Matarazzo y Saslow (1953; cit. en Matarazzo, 1995), sirve como proyecto unificador para el entendimiento del desarrollo, diagnóstico, reacciones y tratamiento de enfermedades y trastornos psicológicos. Este modelo intenta demostrar las interrelaciones y los efectos de interacción y reforzamiento de innumerables procesos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos de un individuo.

Partiendo de las consideraciones anteriores, se pueden adelantar algunos supuestos que fundamentan la pertinencia y utilidad de un modelo psicológico de la salud, siendo así que Ribes (1990) propone un modelo psicológico de la salud que se divide en tres factores fundamentales

- 1) La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
- 2) Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan al estado de salud.
- 3) Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Torres y Beltran (1986) proponen que la perspectiva teórica del estudio del proceso salud-enfermedad debe basarse en ciertas premisas:

- a) La salud-enfermedad es un proceso binomial determinado en gran medida por las condiciones socioeconómicas y culturales que rodean al individuo.
- b) La forma como se expresa el proceso salud-enfermedad en una población o en un individuo en particular, no están dadas en forma mecánica por las características estructurales, económicas y sociales que vive esa población; pero es innegable que la dinámica social condicionada por el tipo de estructura socioeconómica que vive éste, incide o ejerce una determinada influencia en los niveles de salud de dicha población.

Queda claro entonces, que la psicología de la salud se interesa por los factores psicológicos implicados en el proceso de salud-enfermedad. Matarazzo (1980; cit. en Latorre y Beneit, 1994) define a la psicología de la salud como la suma de las aportaciones docentes y de educación profesionales y científicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, así

como para la configuración de las políticas sanitarias. Torres y Beltrán (1986) mencionan que la psicología de la salud es la actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etcétera) que facilita la vinculación estrecha con el equipo de salud-población en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población.

De los enfoques revisados, consideramos que el paradigma ecoconductual es uno de los enfoques más apropiados, ya que retoma diversos factores que otros no toman en cuenta (influencias ambientales, conductas de salud, medios de comunicación referidos a la salud, entre otros), es por esto que esta investigación se basará en este enfoque.

CAPITULO 2

CONDUCTAS DE SALUD

En la actualidad, existen muchas evidencias de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera), tiene un efecto inmenso en nuestra salud (Matarazzo, Weiss, Herd, y Miller, 1984; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Las conductas de salud, incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como por ejemplo, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio físico (Latorre y Beneit, 1994).

Becoña, Vázquez y Oblitas (1995) consideran que no podemos dejar fuera los estados psicológicos que influyen en nuestra salud. Ya que consideran que nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes.

Las conductas de salud son importantes, porque están implicadas en los procesos de salud y enfermedad; para Latorre y Beneit (1994) existen varios tipos de conductas de salud, en función de su grado de vinculación o dependencia con respecto al sistema de salud:

1.- Algunas conductas de salud dependen enteramente del acceso del individuo al sistema de salud como es el caso de las vacunaciones o de los exámenes periódicos de salud. Estas conductas no pueden ser realizadas de

forma individual y privada, sino que requieren la intervención directa de los profesionales sanitarios.

2.- Otro tipo de conductas de salud son frecuentemente recomendados por los profesionales sanitarios, pero los individuos no solicitan por regla general la ayuda de éstos para ponerlas en práctica. Estos tipos de conductas de salud incluye el seguir una dieta controlada, dejar de fumar o practicar un deporte adecuado.

3.- Finalmente, las personas llevan a cabo comportamientos de salud de una forma totalmente independiente del acceso a los sistemas de salud. Este sería el caso, por ejemplo, de las conductas referidas a la seguridad vial o a la seguridad en el trabajo.

Como mencionan Latorre y Beneit (1994) un tipo de conducta de salud es referente a las medidas preventivas, de tipo médico y de sistemas de salud, muchas de las enfermedades, son prevenibles por estas conductas que se promueven a nivel nacional. Todo esto ha producido, en contrapartida, un cambio en los patrones de mortalidad en este siglo en las sociedades avanzadas: las enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, las enfermedades coronarias) han sustituido enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con accidentes debido a comportamientos inadecuados (como por ejemplo, muerte en accidentes de tráfico).

Matarazzo (1984, cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995) considera que existen patógenos conductuales e inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son los que hacen a uno más susceptible a la enfermedad. Por

ejemplo, fumar, beber alcohol, entre otros, los cuales son factores de riesgo asociados a principales causas de muerte.

Los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad. Uno de los mejores ejemplos de los inmunógenos conductuales nos los proporciona un amplio estudio realizado en Estados Unidos, con una muestra de 7000 personas seguida a lo largo de nueve años y medio, se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud a los cinco años y medio (Belloc y Breslow, 1972; Belloc, 1973; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995) y a los nueve años y medio (Breslow y Estrom, 1980; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995) éstas eran:

- 1) Dormir de 7 a 8 horas;
- 2) Desayunar casi todos los días;
- 3) Tres comidas al día, sin picar entre ellas;
- 4) Mantener el peso corporal dentro de los límites normales;
- 5) Practicar ejercicio físico regularmente;
- 6) Uso moderado del alcohol y
- 7) No fumar.

Es así que en los Estados Unidos se incrementó el número de ciudadanos que se involucraron en estilos de vida y conductas diseñadas para promover y cuidar la salud; correr y hacer ejercicio eran ya hábitos de vida en 1979 para millones de personas; las comidas altas en colesterol y en sal se habían desplazado de las mesas de muchas familias. Por esfuerzo concertado e individual se había apoyado para reemplazar el

dulce y la comida chatarra en las cafeterías escolares por alimentos más nutritivos. Los adultos en EUA empezaron programas para el manejo de mejores dietas y dejaron el cigarrillo y otras sustancias que eran potencialmente dañinas para la salud además, los padres de familia, educadores de salud y otros, estaban reformando programas educativos y propuestas para ayudar a la juventud de ese país a evitar el tabaquismo y adicciones a otras sustancias perjudiciales, así como a practicar una buena nutrición e higiene dental.

Estos fueron algunos ejemplos de actividades preventivas y mejoramiento de la salud de interés para un número de psicólogos y médicos que en 1979 se preocupaban por el papel de una conducta propia del individuo en el cuidado de su salud (Matarazzo, 1995).

Las acciones de toda la comunidad también influyen sobre nuestra salud. En nuestro entorno podemos encontrar con riesgos ambientales, como son la contaminación del aire, agua y suelo, o sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos peligrosos) y radiaciones naturales o provocadas (Doll y Peto, 1989; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995). Estos elementos ejercen una influencia significativa sobre la salud en comunidades enteras; es por esto que se llega a la conclusión de la prevención (prevención primaria) (Caplan, 1964; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995), la cual consiste en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria implica dos estrategias (Fielding, 1978; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995):

1. Cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos y 2. prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y animando a la gente a adoptar los mismos (por ejemplo, prevención de fumar entre los adolescentes) (Becoña, Palomares y García, 1994; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Esta estrategia parece a simple vista, algo sencillo de poner en práctica y que mejoraría en mucho nuestra calidad de vida; sin embargo, existen diferentes factores que influyen en la práctica de las conductas de salud; que de alguna forma no facilitan la aplicación de dichos programas, se pueden considerar dos grandes grupos de factores:

I.- FACTORES SOCIALES. Algunos de los comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan determinados comportamientos que, paulatinamente, se convierten en verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida, y que son excepcionalmente resistentes al cambio. Otro factor social son los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Otra categoría de factores sociales se refiere a la influencia de grupo, así por ejemplo, la presión del grupo de los iguales, es un factor significativo en los hábitos de fumar en los adolescentes. La última categoría se refiere, a conductas que dependen del modelo y tipo de resistencia sanitaria a los que el individuo puede acceder.

II.- FACTORES PERSONALES. Entre los factores personales que controlan los hábitos de salud se encuentran los siguientes: la autopercepción de síntomas, que se trata de un proceso que comienza con la identidad de determinadas señales corporales como síntomas y, en un paso inmediato, continua con el establecimiento de relaciones causales entre ellos y ciertas conductas o hábitos. Esta interpretación de síntomas dependerá ; en primer lugar, de lo que en términos cognitivos se denomina saliencia del síntoma y que hace referencia a su carácter de novedad, a lo llamativo que resulta para una persona en cuanto estímulo diferente del resto de las señales corporales que continuamente está recibiendo; en segundo lugar también es necesario, de un conjunto de factores ligados a las expectativas del sujeto respecto del síntoma y sus consecuencias, de experiencias previas con la enfermedad, de su educación sanitaria y, probablemente también, de factores y dimensiones de personalidad, actitudes y motivaciones.

Los factores emocionales juegan, asimismo, un importante papel como determinantes de las conductas de salud. Así muchos hábitos nocivos para la salud, como fumar, beber o comer en exceso, se encuentran asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales, como el estrés. Por último las creencias y las actitudes también determinan de forma significativa la práctica de conductas de salud. La creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de

vulnerabilidad ante la enfermedad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada.

Es así, que el sector salud, aparece habitualmente en una doble situación. Por una parte proclama normativamente el “debe ser” para lograr una sociedad saludable y, por otra parte, atiende sin la cobertura ni eficacia deseada, las consecuencias de políticas y acciones de otros sectores y grupos de presión (tabaquismo, contaminación y deterioro ambiental, desnutrición, violencia, etcétera).

Este sector está influenciado o determinado por diferentes situaciones que dependen del sistema social de cada país. En nuestro país existe un programa de salud dedicado a promover la salud y con esto prevenir enfermedades y gastos que éstas provocan.

Cuando se realiza un programa de salud, el paradigma predominante en salud está centrado en la enfermedad, es así, que el individuo enfermo es el objetivo del quehacer del médico. También se observa, que las acciones de promoción de la salud a nivel individual y, especialmente, a nivel poblacional, demoran por lo general un tiempo relativamente prolongado en hacerse evidentes.

Esto hace que la población subvalore estas acciones en relación con aquellas cuyo efecto es visto de inmediato o en un plazo corto. Lo mismo les sucede a los profesionales de la salud, especialmente al médico, que ha de dar prioridad a las acciones que permiten ver el fruto de su trabajo en un lapso reducido.

La Organización Panamericana de la salud (1992) considera que esto también influye en el desarrollo y la planificación de las políticas públicas, en tanto las autoridades responsables aspiran a capitalizar el resultado de sus esfuerzos, inversiones, programas, etcétera, durante su gestión. En muchas ocasiones, se tiende a desvalorizar el saber y el poder que reside en la población en la forma de cultura, valores y modelos de organización social, solidaria y ayuda mutua. Esta falta de reconocimientos se expresa entre otras, en las siguientes prácticas:

- A) La imposición de modelos consumistas en la organización de los recursos, los cuales giran en torno a intereses individuales que compiten con los de salud de la población.
- B) La existencia de intereses económicos fundamentados en el lucro, los cuales incentivan conductas, prácticas y valores que atentan contra la salud de la población o el ambiente. A la vez, se distraen recursos en acciones cosméticas o irrelevantes que no obedecen a necesidades de salud de los individuos, la población o el ambiente.
- C) La manipulación de metas y valores por intereses creados con fines de lucro, lo cual crea necesidades y demandas superfluas o por lo menos distantes de las necesidades básicas y más urgentes de la población.
- D) La falta de conocimientos y reconocimientos de los ideales de la salud de la población, cuya definición proviene del

componente formal del sector a partir de su conocimiento limitado del individuo enfermo.

- E) La imposición de respuestas técnicas provenientes de la racionalidad institucional existente que a menudo resulta de alto costo y poca eficiencia.
- F) La estimulación de hábitos y comportamientos personales y sociales que producen placer o bajan la tensión a corto plazo, pero que tienen consecuencias negativas para la salud a mediano y largo plazo.

Otras son las prácticas sociales habituales (bronceado al sol, uso del tabaco, consumo de alcohol y de ciertos alimentos) que han adquirido a lo largo del tiempo en la socialización de los individuos un alto significado simbólico de bienestar social y material asociado al merecido descanso y esparcimiento, a pesar de que son dañinas a la salud.

En lo que se refiere a la salud, los medios de comunicación social distan mucho de ser responsables. La televisión, la radio, las publicaciones impresas en general obedecen a las fuerzas económicas del mercado. Para tener utilidades deben vender más, y para ellos es imperativo que atraigan la atención de los consumidores.

Sin embargo, se sabe que la conducta está condicionada no solo por factores de predisposición personal en la forma de conocimientos, valores, creencias y actitudes, sino también en las

características del ambiente físico y social. El conocimiento de los efectos positivos o negativos de determinados hábitos o costumbres no es suficiente para que los individuos abandonen aquellos que son nocivos e incorporen aquellos que protegen su salud. Es necesario facilitar tanto la adopción de nuevas conductas como el abandono de conductas aprendidas utilizando principios validados de aprendizaje social. Esta es la mayor contribución que pueden hacer las ciencias de la conducta a la promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Se han realizado diferentes modelos para explicar por que las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud, uno de estos modelos es el de creencias sobre la salud propuesto por Rosentock (1966; cit. en Latorre y Beneit, 1994). Según este modelo los factores que determinan la conducta de la salud son de dos tipos: por una parte, la percepción de amenazas sobre la salud, y por otra parte, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas.

Por lo que se refiere a la percepción de amenazas contra la salud, se encuentra determinada, a su vez por tres factores: valores generales sobre la salud, creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad; creencias sobre la gravedad de la enfermedad.

En cuanto a las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza, están en función de otros factores: creencia en la eficacia de las

medidas concretas para reducir las amenazas, convicción de que los beneficios de la medida superan los costos.

Un gran número de estudios han puesto de manifiesto que el modelo de creencias sobre la salud es adecuado para predecir en que condiciones los individuos pondrán en práctica determinadas conductas de salud; sin embargo, no es un modelo suficiente para ayudar a instaurar comportamientos estables que promuevan y fortalezcan la salud.

Un modelo similar, es el de acción razonada (Fisbhein, 1980; Ajzen y Fisbhein, 1980; cit. en Latorre y Beneit, 1994) postulan que una conducta de salud es el resultado directo de la intención comportamental, es decir, de algo tan sencillo como que una persona intenta llevar a cabo, realmente, la conducta. La intención comportamental depende, a su vez, de la conjunción de dos tipos de factores: las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto, y las valoraciones con normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental.

Las actitudes sobre la acción específica, están determinadas por los siguientes aspectos: las creencias respecto al resultado más probable de la conducta; la evaluación final de esas consecuencias del comportamiento.

Las normas subjetivas están en función de las creencias normativas, es decir, lo que la persona cree que los demás piensan de la conducta; la motivación general que posee el individuo para actuar conforme a tales normas.

La descomposición de conductas complejas de sus elementos, el uso de refuerzos positivos y negativos, de incentivos y el control sobre los elementos del medio ambiente social, son algunas de las técnicas disponibles. Finalmente el uso apropiado de los medios de comunicación social para fines de cambios de conductas de salud, es otra de las herramientas importantes que permiten llegar a la población sana con actividades de promoción (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

CAPITULO 3

ESTILOS DE VIDA Y SALUD

3.1. DEFINICION

La participación del psicólogo en la problemática de la salud, está relacionada con el cambio en los estilos de vida para alcanzar una mejor salud individual, ésta a su vez está relacionada con la modificación de la conducta. La cual obedece a dos factores:

- 1) Las conductas inadecuadas y los estilos de vida pueden ser componentes causales importantes de muchos desórdenes físicos y que modifican dichos comportamientos de estilos de vida;
- 2) La psicología puede detectar y corregir las conductas inadecuadas a través del entrenamiento de hábitos que conducen a la salud.

El planteamiento de que el control de los estilos de vida contribuyen a la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud también ha sido expresado por profesionales de diferentes disciplinas a la psicología. Es necesario tener claro qué es lo que se va a entender por estilos de vida para conocer lo que se puede modificar en cuanto a hábitos de salud se refiere.

Aunque la noción de estilos de vida es un estilo de personalidad individual, parece que su uso denota una manera colectiva de vivir.

Max Weber y Talcott (1947; cit. en Shuluen y Hosak, 1988) describen estilos de vida de un grupo colectivo semejante a una clase socioeconómica. El término también se uso para describir un grupo de

época, como los 60's en Estados Unidos, los cambios de estilos de vida de la mujer durante la revolución sexual de la misma época. En psicología, la noción de estilos de vida colectiva es conocida por los trabajos de Alfred Adler y David Shapiro (1965; cit. en Shuluen y Hosak, 1988) quienes descubrieron estilos de vida de varias personalidades neuróticas.

Mientras Adler con frecuencia usa el término en sentido colectivo, puntualizó que el estilo de vida de cualquier individuo es un patrón singular de pensamientos, sentimientos y actos que son únicos para el individuo y representan el contexto en el cual todas las manifestaciones específicas se toman en consideración. Eventualmente el patrón llega a ser una directiva dominante en la vida de un individuo.

Para Silbret, Schneiderman y Braunstein (1981; cit. en Campos y Campos, 1985), los estilos de vida, se refieren a las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo, incluyendo:

- a) el lugar donde vive y las condiciones del ambiente de su hogar,
- b) el tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan esta actividad,
- c) lo que come y lo que bebe,
- d) sus hábitos personales tales como fumar, beber, consumir drogas, entre otros,
- e) el grado de actividad física que realiza,
- f) la clase de actividades recreativas en las cuales participa y
- g) su familia y amigos.

Sánchez y Singer (1989) proponen como estrategia de prevención a los problemas de salud mental, el diseño e instrumentación de intervenciones que cambian en lo posible los estilos de vida de la población de manera que se adopten aquellos que protegen la salud mental. Por estilos de vida se entiende el conjunto de actitudes, conductas, concepciones y emociones que conforman el vivir continuo del individuo, en su casa, en su escuela, en su trabajo, en su comunidad, etcétera.

Sin embargo, también habría que definir estilos de vida como factores de riesgo conductuales para enfermedades diversas. Esta conceptualización se basa en la noción de que las enfermedades degenerativas tales como las enfermedades isquémicas del corazón. Los tumores malignos, etcétera están determinadas multifactorialmente siendo el control de factores de riesgo el medio idóneo para prevenir tales enfermedades.

Es así que los estilos de vida van a ser referidos como aquellas conductas que forman parte de la vida diaria de un individuo y que por lo tanto van a tener consecuencias en su salud.

Moreno (1993) afirma que los estilos de vida no son otra cosa que las formas de realizar diferentes actividades, rutinas cotidianas o hábitos: hora de vigilia o de descanso, modalidades de alimentación y número de comidas diarias, hábitos de fumar, consumo de alcohol y otros estimulantes, ejercicio físico, utilización de servicios de salud, etcétera.

Por otra parte, Napalkov (1995) considera que los modos de vida (estilos de vida) no significa solo hábitos nocivos o comportamientos inadecuados; son también las condiciones básicas de la vida, que ha menudo no dependen del

comportamiento o los hábitos de un individuo dado. Por ejemplo la calidad del aire, del agua de beber y del suelo son factores ambientales que dependen fundamentalmente del comportamiento de comunidades enteras más que de individuos.

La promoción de la salud, busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar, es un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población de verificar, acrecentar y mejorar su salud; este carácter social pretende por un lado reducir la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a acciones de mero impacto individual, sin embargo, reconoce que los comportamientos y hábitos tienen determinantes culturales y están sujetos a refuerzos colectivos, ya que considera que las enfermedades y traumas tienen condiciones ambientales y sociales. Restrepo (1991; cit. en Roux, 1994) afirma que tres son los grandes objetos, sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención: a) el impulso y el aliento de los estilos de vida saludables, b) el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad y c) la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos que se encuentran definidos social y culturalmente como factores que ponen en riesgo la salud. Modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y frecuentemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales (Roux, 1994).

Pero cuales son estos comportamientos que necesitan ser modificados en la investigación de estilos de vida, se han identificado numerosos factores conductuales que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades particulares, y

son considerados como factores de riesgo para tales enfermedades. Aún más, las investigaciones acerca de la relación estilos de vida-salud, han hecho evidentes que las principales causas de muerte en Estados Unidos corresponden estrechamente con patrones específicos de conducta individual (Campos y Campos, 1985).

Demore y Matarazzo (1981; cit. en Campos y Campos,1985) señalan que si se modifican cinco factores de riesgo conductuales, como fumar, actividad física insuficiente, consumo excesivo de alcohol, de drogas y consumo calórico excesivo, entre otros; entonces, decrementaría sustancialmente siete de las diez principales causas de muerte. Matarazzo (1995) señala que las investigaciones de varios especialistas muestran que, después de fraccionar otros factores conocidos de riesgo, el relativo a muerte prematura es dos veces mayor en aquellos individuos que se encuentran en cualquiera de estas conductas potencialmente patógenas: 1) fumar, 2) trabajar y vivir en un estilo de vida de estrés crónico, llamado tipo conductual A (especialmente su componente de hostilidad), y 3) la sobrealimentación con ganancia de 50% de su peso sobre lo normal.

Es decir, la reducción de las tasas de mortalidad como efecto de las estrategias de modificación en los factores de riesgo conductuales, solo ocurriría si tales estrategias son efectivas después de un período prolongado de tiempo.

Cambiar hábitos y comportamientos arraigados es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad de los agentes de salud. La habilidad técnica y científica que posean será suficiente. Tendrán que estar capacitados para aproximarse a la población y entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ellas las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importantes

develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables (Roux, 1994).

La salud constituye un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla no siempre representa suficiente atractivo. Ya que el estilo de vida de un individuo asociado a conductas sanas, puede servir también como protección (llamada inmunógeno conductual) contra la muerte prematura. Así, la investigación de Beloc y Brestlow (1972; cit. en Matarazzo, 1995) ha identificado conductas deseables, que cuando se practican regularmente se asocian con un riesgo disminuido de mortalidad: 7 a 8 horas de sueño diario, desayunar casi todos los días, nunca o casi nunca comer entre comidas, peso recomendable de acuerdo a la estatura, no fumar, no tomar más de cuatro bebidas por ocasión y comprometerse a realizar una actividad física.

3.2. EJERCICIO FISICO

El término ejercicio se emplea como sinónimo de actividad física; sin embargo, el ejercicio tiene características que lo distinguen de muchas otras actividades físicas (Viamonte, 1995).

El principal propósito de un programa de ejercicio es manejar el movimiento (fuerza, flexibilidad, equilibrio y coordinación) y la condición física con seguridad.

Los términos "ejercicio físico" y "actividad física" se han usado a menudo indistintamente y de hecho, tienen una serie de elementos comunes. Ambos

incluyen cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que dé lugar al gasto de energía y ambos se correlacionan positivamente con la forma física, a medida que la intensidad, duración y frecuencia de los movimientos se incrementan. Ejercicio físico y actividad física, no obstante, no son sinónimos. El ejercicio físico es una subcategoría de la actividad física, que es planificada, estructurada y repetitiva y tiene como objeto la mejora o mantenimiento de uno o más componentes de la forma física.

El ejercicio físico es, pues, un subapartado de la actividad física y puede constituir toda o una parte de cada una de las categorías de la actividad diaria, excepto el sueño.

Por otra parte, el concepto de deporte es más restringido que los de actividad física o ejercicio físico.

Piédrola (1991) afirma que el deporte tiene características peculiares que lo diferencian claramente del ejercicio físico no deportivo, en especial la “competición”, la afirmación personal o colectiva y la artificiosidad en su desarrollo con reglas preestablecida.

Como el ejercicio físico, el deporte tiene como uno de sus objetivos principales la mejora o mantenimiento de la forma física.

3.2.1. SALUD Y EJERCICIO FISICO

Numerosos estudios epidemiológicos han investigado, los efectos del ejercicio sobre la mortalidad global y en la prevención y tratamiento de numerosas

enfermedades y problemas de salud, estos estudios se han centrado en los efectos del ejercicio físico sobre la cardiopatía coronaria, la hipertensión, y la diabetes mellitus, la osteoporosis, la depresión y la obesidad.

Los sujetos que practican ejercicio de manera regular presentan tasas globales de mortalidad más bajas que los sujetos inactivos. Esta menor mortalidad se debe a menores tasas de mortalidad específica por enfermedades cardiovasculares y cáncer en los sujetos con niveles elevados de actividad física (Piédrola, 1991; Goldberg, 1989 y Urban y Schwarzenberg, 1991). Asimismo el Dr. Morris (cit. en Wood, 1991), en sus investigaciones demostró que los cobradores de los famosos autobuses rojos de dos pisos de Londres, presentaban menos cardiopatías a lo largo de los años que los conductores de dichos autobuses. Esto parecía indicar que los cobradores, al subir y bajar constantemente entre los dos pisos, se habían beneficiado de esta forma regular de ejercicio, a diferencia de los conductores sedentarios.

De igual manera, Pfenbarger (cit. en Wood, 1991) al trabajar con antiguos alumnos de colegios de Estados Unidos comprobó que los hombres que seguían haciendo ejercicio en su tiempo libre, después de sus años de estudiantes padecían un 50% menos de ataques cardíacos que sus contemporáneos que llevaban una vida sedentaria. Incluso si existían otros indicadores de riesgo, el ejercicio era de gran ayuda. Sin embargo, Wood (1991) menciona que la elección del tipo de ejercicio es importante, ya que debe estimular al corazón y a los pulmones de una forma moderada, no de forma agotadora. Es preciso elegir un deporte o un ejercicio que sea adecuado y agradable de manera que se pueda seguir practicando cuando uno se vaya haciendo mayor. Es necesario reflexionar sobre las preferencias personales

antes de elegir cualquier ejercicio, así como saber la intensidad correcta para practicarlo.

Los beneficios del ejercicio se observan en el sistema cardiovascular, pulmonar, osteo-musculo-articular, digestivo, genitourinario, neurológico y hematológico. Además produce efectos metabólicos favorables, ayuda a mantener el peso corporal idóneo y la psiquis.

La actividad física vigorosa y habitual parece reducir el riesgo de la enfermedad.

El ejercicio físico y el deporte pueden desempeñar un papel importante en la prevención de algunas de las enfermedades más frecuentes como las cardiovasculares, el exceso de grasa y las alteraciones del aparato locomotor, además las actividades físicas pueden ayudar a muchas personas a superar sus tensiones emocionales y la inestabilidad mental. La actividad física debe ser considerada como una actividad esencial, que nuestra manera actual de vivir (estilo de vida) ya no puede satisfacer de manera espontánea. Por lo tanto la inactividad del hombre ha aumentado el ocio, esto ha provocado que todos los individuos intenten conseguir una salud sólida y una vida feliz a través de un esparcimiento físicamente activo que incluya deportes y otros ejercicios físicos que le permitan mejorar su nivel de forma física.

Además, el deporte constituye un subsistema social, con estructuras, reglamentaciones, actividad y definición propia; es por esto que se debe de aceptar que el deporte es un ducto generador de actitudes y comportamientos específicos. Las benéficas características que se le han atribuido (como moldeador de personalidad, factor de socialización, valor educativo, moral y cultural), han motivado a la sociedad a comprometerse en su amparo, asumiendo el deporte como

un valor sociocultural además de contribuir al movimiento de la salud personal que cada integrante de la sociedad o cultura en general debe de tener (Nisbet, 1991).

Varios estudios indican que el ejercicio habitual y/o la actividad física y vigorosa pueden impedir o controlar la hipertensión, la osteoporosis y la diabetes tipo II y puede tener efectos benéficos sobre la artritis. La actividad física y el ejercicio alivian los síntomas de depresión ligera o moderada y, por lo general, reduce los síntomas de ansiedad. El ejercicio puede disminuir el riesgo de ciertos tipos de cáncer. En un estudio reciente en Harvard, las mujeres que no participaban en deportes mostraban mayor frecuencia de cáncer del sistema reproductivo (2.5 veces el riesgo) que las atletas. Las personas físicamente activas tienen menos problemas de salud (Viamonte, 1995).

La gran mayoría de la población está más interesada por las prácticas de tiempo libre y de mantenimiento corporal, que por los deportes tradicionales de competición. También parecen interesados por la búsqueda de la salud física y mental, por el encuentro con otras personas y por volver a la naturaleza, tales cuestiones, aparecen como motivaciones que incitan al individuo a frecuentar lugares de práctica y a consagrar a ésta su tiempo libre y una parte de su presupuesto. Aquí podemos encontrar que la relación social aparece como una motivación muy importante (Dechavanne, 1991).

Dechavanne (1991) menciona que la participación de la mujer en el deporte ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años. Las prácticas físicas con mayor participación femenina tienen a menudo una relación con la estética o corresponden a actividades de tiempo libre. En un estudio realizado por la SOFRES, en 1979, sobre la práctica deportiva se encontraron datos muy

interesantes; el 25% de los hombres practica de manera regular un deporte, mientras que sólo el 15% de las mujeres hace de igual manera; también se puede observar una diferencia en cuanto, si ha practicado alguna vez algún deporte aunque actualmente no se realice, el 21% de las mujeres afirman que si lo han practicado mientras que en mayor cantidad, el 42% de los hombres lo han practicado en algún momento de su vida. Al preguntarse sobre la regularidad en la práctica de algún deporte, sólo el 33% de los hombres afirma que jamás lo han practicado regularmente, mientras que el 64% de las mujeres afirman no practicar regularmente el deporte.

Sisniega (1995) afirma que al pasar a la vida adulta con todas las obligaciones y compromisos que ésta implica, la gran mayoría de la población se olvida de la práctica del deporte. El exceso de trabajo, las presiones familiares y sociales hacen difícil que le dediquemos un espacio a la actividad física. En muchos casos el poco tiempo libre que se tiene es dedicado a eventos de tipo social: comidas, cenas, fiestas, entre otros, en donde lo que más se hace es comer y beber en cantidades exageradas. Es así que de manera casi imperceptible, se inicia la decadencia física del ser humano, Morris y Collins (1992) mencionan que hay que promover ampliamente el ejercicio físico mediante la educación del público, sin limitarse a distribuir folletos y otros medios de propaganda y aprovechar con este fin, más eficazmente la televisión. Los propios promotores de la salud deberían recibir asimismo, instrucción en todos los asuntos de interés público e individual, conviene que los servicios de salud proporcionen, estímulos e instalaciones a su personal para la práctica regular de una actividad física.

El ejercicio no sólo debe proponerse a los pacientes con fines curativos sino también de manera preventiva.

En lo que respecta a los problemas de índole psicológica Piédrola (1991) menciona que el ejercicio físico alivia los síntomas de depresión leves y moderados y reduce los síntomas de la ansiedad. También parece indicar que incrementa la confianza en sí mismos, en niños y adolescentes.

Los pacientes sometidos a tratamiento por alcoholismo o abuso de drogas parecen manifestar beneficios adicionales si adoptan un programa de ejercicio físico, aunque las conclusiones no sean definitivas.

Varios estudios importantes han demostrado que el cáncer del colon y de mama, enfermedades relacionadas con el tabaco (bronquitis, enfisema y cáncer del pulmón); obesidad, regulación de la actividad cardíaca, tensión nerviosa, osteoporosis, entre otros, mejoran con el ejercicio físico (Miller y Burt, 1973 y Bove y Lowenthal, 1987)

Por otra parte Miller y Burt (1973) afirman que los resultados de una buena adaptación física se manifiestan en una diversidad de áreas, algunas de ellas inesperadas. Por ejemplo parece existir una relación concreta entre la adaptación física y los resultados académicos, de acuerdo con un estudio realizado con estudiantes varones de nuevo ingreso en la Universidad Estatal de Iowa. Este estudio reveló, de manera general que buenas calificaciones acompañaban a la adaptación física. Estos resultados se vieron parcialmente confirmados por un estudio de alumnos varones de nuevo ingreso, expulsados de la Universidad de Siracusa por causa de calificaciones bajas.

3.3. ALIMENTACION

Todos los organismos vivos necesitan, para realizar el programa genético que tienen marcado, material energético y de estructura que obtienen mediante la alimentación. Esto nos demuestra que comer es una necesidad primaria, aunque en torno a la misma se entrelazan un sinfín de sensaciones, conscientes e inconscientes, hábitos y factores culturales, amén de unos condicionamientos económicos importantes (Cervera, 1994).

Sin embargo, para Icaza (1986) el estado nutricional del individuo no sólo depende de su alimentación diaria, sino que es necesario que los requerimientos nutricionales no se aparten substancialmente de los que corresponden a su edad, peso, talla y estado fisiológico. Los requerimientos de los distintos nutrimentos están determinados por el estado de salud del individuo, por su ambiente, y por su actividad. Al mismo tiempo el estado de salud del individuo depende del saneamiento ambiental, el tipo de atención médica que reciba y de su nivel educativo. Actualmente, hay algunos cambios del patrón alimentario habitual supeditados a ciertas patologías, por ejemplo, la prevención de la obesidad, socialmente no aceptada y sanitariamente fuente de complicaciones y enfermedades (Cervera, 1994).

Tanto en las naciones desarrolladas como en los países en desarrollo, la transformación de los alimentos y del modo de vida han repercutido notablemente en el estado de salud de los ciudadanos durante las tres últimas décadas. La urbanización, junto con las presiones sociales y económicas resultantes, han favorecido en los países en desarrollo la adopción de regímenes alimenticios análogos. Los alimentos ricos en fibra y pobres en grasa animal han

sido sustituidos por otros con alto contenido de hidratos de carbono y grasa animal y así ha aumentado la ingestión de calorías a la vez que ha ido disminuyendo el ejercicio físico (Musaiger, 1991).

Millen y Murad (1991) afirman que los datos científicos que relacionan las prácticas alimentarias con la prevención y tratamiento de las principales enfermedades crónicas son cada vez más abundantes y particularmente convincentes en lo que respecta al papel de la dieta (poca grasa, sobre todo de origen animal y poco colesterol) en la prevención de cardiopatías. Otros datos dan igualmente a entender que los alimentos ricos en fibra y pobres en grasa y posiblemente otros nutrientes, contribuyen a prevenir ciertas formas de cáncer (en particular del intestino grueso y de la mama). El exceso de calorías, con el consiguiente exceso de grasa corporal, está también asociado con la diabetes.

A veces factores relacionados con la vida moderna, como la falta de tiempo disponible, condicionan la compra y preparación de los alimentos, lo que influye enormemente en el tipo de alimentación. Por otra parte, se ha de contemplar la cuestión de la distribución y horarios de comidas. Vemos pues que el hombre no puede tener un ritmo de alimentación que dependa solamente de sus necesidades biológicas, sino que debe adaptarse al trabajo, a los hábitos familiares y demás condicionamientos, de modo que hay individuos que llegan a adquirir la costumbre de comer solamente 2-3 veces al día (Cervera, 1994).

Musaiger (1991) y Stollerma (1994) consideran también que el modo de vida, sobre todo la existencia de horarios fijos en el trabajo y otros lugares ha afectado a los hábitos de consumo de alimentos. Ya que en el mundo occidental y de algunos países en desarrollo, el almuerzo está perdiendo importancia y

contiene menos carne y patatas, y más huevo y queso que en épocas anteriores. La cena ha pasado a convertirse en la comida principal del día.

Estos cambios en los horarios de comida han dado como consecuencia que muchos, de los individuos no desayunen, iniciando la toma de alimentos al medio día, lo que supone un ayuno de varias horas si tenemos en cuenta que la última comida ha sido la cena del día anterior.

Cervera (1994) menciona, que aunque no está científicamente comprobado, parece lógico y razonable aconsejar a la población un buen desayuno, que permita al individuo hacer frente a las actividades matinales. Una comida que no sea excesiva para evitar una sobre carga digestiva, y así poder llevar una actividad normal por la tarde.

Otro aspecto importante es el que se refiere a costumbres y tradiciones y aún preceptos religiosos pues en muchos casos aún cuando se dispone de los medios económicos suficientes para adquisición de los alimentos, hay ciertos tipos de alimentos que no se consumen por que la gente no los sabe preparar o no ha adquirido el gusto por consumirlos. La tradición en algunos núcleos familiares, originan la desnutrición de los menores; pues se da preferencia al hombre que trabaja, en detrimento de los niños pequeños (Barquin, 1981).

Los factores familiares también afectan las costumbres alimentarias, ya que, las familias están influidas por la tradición y el seguimiento de lo que hacían los padres y abuelos, que a su vez lo imitaban de sus antepasados próximos. Así se mantenían hábitos poco justificables en el momento actual.

Por otra parte se ha encontrado que la alimentación del grupo familiar, en general, se desarrolla con la educación que tiene el ama de casa, por lo que es legítimo pensar que una educación de tipo alimentario a las mujeres, podrá significar un progreso considerable en la alimentación de los grupos familiares. Sin embargo, a causa de las presiones económicas y la transformación social, cada vez más son las mujeres que ejercen un empleo remunerado; esto se ha venido observando en la última década en la mayoría de los países en desarrollo, de forma que la mujer, por la falta de tiempo para cocinar recurre con creciente frecuencia a los platos preparados o, cuando ésto no es posible a ingredientes cada vez más fáciles de preparar (Musaiger, 1991 y Millen y Murad, 1991).

Buena parte de la población trabajadora invierte en alimento fuera del hogar, y en muchos casos ingieren alimentos mal preparados y contaminados, lo que redundará desfavorablemente en la salud (Barquín, 1981).

Los jóvenes son los clientes más asiduos de los restaurantes que están proliferando en las zonas urbanas. Los alimentos servidos, que ha menudo sustituyen a los platos tradicionales tan largos de preparar contienen mucha grasa, sal y colesterol (Musaiger, 1991).

El desarrollo económico de las últimas dos décadas ha propiciado un aumento general del poder adquisitivo, con la consiguiente transformación de los hábitos alimentarios. Ya que, como menciona Barquín (1981) y Musaiger (1991), uno de los problemas que confronta el hombre en la actualidad, en relación con la alimentación, se refiere a la corriente de consumismo que crean los medios masivos de comunicación, en muchos países en desarrollo, la

televisión ocupa gran parte del tiempo de ocio, pues apenas existen otros medios de esparcimiento.

En 1987 se realizó un estudio para evaluar la prevalencia de las principales enfermedades no transmisibles relacionadas con ciertos factores de riesgo, así como para determinar la situación epidemiológica en una empresa, muy representativa de las demás empresas soviéticas. En el curso de la investigación se prestó gran atención a los problemas de nutrición y se trato de convencer a los trabajadores para que tratarán de cambiar sus hábitos alimenticios y modos de vida. Se comprobó que en general sabían perfectamente qué era una nutrición sana, qué alimentos debían consumir, cómo combinarlos y en qué cantidad, sin embargo, no podían seguir las recomendaciones, ya que, no había alimentos suficientes y además por imposición de los usos familiares, la falta de tiempo y lo elevado de los precios, entre otras razones. Sin embargo las recomendaciones por si solas no bastaban para realizar algún cambio real en los hábitos alimentarios. Además, los trabajadores tropezaban con verdaderas dificultades para elegir alimentos adecuados y más sanos dada su escases (Stroot, 1991).

3.4. SEXUALIDAD

El término sexualidad significa muchas cosas para personas diferentes. La palabra sexo por otra parte, tiene aún otro significado, y una connotación diferente que la palabra sexualidad. La mayoría de las personas, al relacionar la palabra sexualidad, usan términos que connotan sentimientos entre otras

personas, como amor, comunicación, unión, compartir, tocar, cuidar, sensualidad y erótico. Al definir sexo nos mencionan términos que indican “hacer” algo, como cópula, orgasmo, vagina, pene, genitales y “hacer el amor”. El desempeño y los sentimientos, al incluir partes del cuerpo son parte del terreno de la sexualidad. Es obvio que no existe una definición única. Debemos considerar la palabra sexual en un sentido más amplio. Esto nos permitirá explorar muchas facetas de la experiencia humana (Gotwald, 1983).

Golwald (1983) considera que lo que somos en lo sexual es producto de moléculas y de nuestro medio, incluyendo nuestra crianza emocional; esto es naturaleza y crianza. Por lo tanto la sexualidad no sólo se determina por sus circunstancias biológicas, sino también por su contexto social, cultural y emocional.

Becerril y Landa (1987; cit. en García y Medina, 1996), definen la sexualidad como la integración de los potenciales sociales, biológicos y psicológicos determinados por el momento histórico en que se vive.

Flores (1985; cit. en García y Medina, 1996) considera que la sexualidad es la expresión del comportamiento como producto de la integración de los factores bio-psico-sociales y la combinación de sus respectivos sexos.

Monroy (1990, cit. en Lara y Jaramillo, 1996) conceptualiza la sexualidad como las características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres.

La sexualidad es influida desde el período prenatal, el sexo y el medio social condiciona la educación, costumbres y expectativas de vida, y se

reproduce en la vida social, laboral y familiar. Para Alvarez (1986) al hablar de sexualidad se integran a este concepto los aspectos biológicos (sexo), psicológicos (identidad de género) y sociales (sexo de asignación, papel sexual), lo que implica una dimensión más amplia que la simple concepción reduccionista del sexo como biología y coito.

Independientemente de la definición que se le da a la sexualidad es importante tomar en cuenta cuál es la repercusión que ésta tiene en nuestra salud. Para esto es necesario cierto análisis y cuestionamientos previos; en un tiempo, el concepto de salud se consideró como la ausencia de enfermedad, para después evolucionar hacia el concepto actual, es decir, el completo estado de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, en relación con la sexualidad es importante hablar sobre la enfermedad y principalmente sobre los criterios que de profesionales de la salud utilizan para determinar su existencia, en ocasiones la enfermedad es considerada como algo malo e indeseable y la salud como algo bueno y de gran valor; sin embargo, los términos bueno y malo adquieren otra dimensión ya que su utilización implica juicio moral, personal y subjetivo. Los conceptos de lo que es bueno o malo varía en forma importante de una cultura a otra, grupo social y en ocasiones de un individuo a otro. Alvarez (1986) considera que cuando los profesionales de la salud expresan hoy la normalidad o no de un fenómeno social o comportamiento humano, casi siempre emite un enunciado que implica un juicio de valor a favor o en contra de lo que es o no de su agrado que beneficia o perjudica al grupo social al que pertenece. Surgen así términos que desafortunadamente aún se usan en libros de alto nivel científico como: perversiones, desviaciones, aberraciones, etcétera. Estas

denominaciones en materia de sexualidad son fáciles de comprender. Si se estudia el pasado y presente, se observará que la sexualidad y su ejercicio han sido considerados algo sucio, pecaminoso y vergonzoso.

La sexualidad participa de tantos o más mitos y prejuicios como la enfermedad mental. Los estudios antropológicos sobre el comportamiento sexual en diversos pueblos muestran que: dentro del grupo humano existen infinidad de costumbres y comportamientos sexuales, y algunos que son comunes en ciertas sociedades se rechazan en otras; no hay comportamientos sexuales universales; las actitudes de aceptación o rechazo de los comportamientos sexuales en un mismo grupo humano se modifican con el tiempo y con los sucesos históricos-sociales de cada población (Alvarez, 1986).

El funcionamiento sexual se encuentra de tal manera involucrado con el estado de salud física, mental y social que ignorarlo no es otra cosa que el reflejo de una inadecuada atención de la salud. Richard Green (cit. en Alvarez y Mazin, 1990) señala que descuidar la función sexual es no tomar en cuenta que ésta es parte del funcionamiento integral del individuo. Como lo señala el informe de la reunión de expertos de la OMS en 1974, los problemas de sexualidad humana tienen mayor importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, que lo que se había aceptado hasta la fecha. En consecuencia la OMS en 1975 define a la salud sexual como: la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser humano sexual, en forma que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor. Asimismo, la OMS (cit. en Alvarez, 1986; Alvarez y Mazin, 1990)

considera que se requieren tres elementos básicos para conseguir una salud sexual:

- 1) La posibilidad de disfrutar una actividad sexual reproductiva equilibrando una ética personal y social.
- 2) El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenza o culpas, sin mitos y falacias; en esencia sin factores psicológicos y sociales que interfieran en las relaciones sexuales.
- 3) El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que lo entorpezcan.

3.4.1 RELACIONES SEXUALES

Nuestros comportamientos y actitudes sexuales están considerablemente influenciadas por nuestras creencias, pensamientos y percepciones sobre el sexo. Las exigencias, expectativas culturales al igual que las enseñanzas y doctrinas religiosas ayudan a moldear nuestra actitud con respecto al sexo. Uno de los objetivos de crecer en sociedad es aprender a expresar adecuadamente nuestra sexualidad, sin la carga que representan las prohibiciones absurdas o la ansiedad y las culpas excesivas (MacCary, 1983).

En México como en la mayoría de los países en América Latina la sexualidad es ocultada y reprimida a pesar de su presencia constante. Es por esto que este tema se ha convertido en tabú, por que casi no se habla de él y cuando se hace, se realiza de manera errónea creando así grandes mitos. Los niños

crecen sin tener una información científica objetiva relacionada al tema (Alvarez, 1986).

La concepción y las actitudes hacia la sexualidad están impregnadas de valores socioculturales que emiten juicios moralistas; así, la visión de la sociedad hacia la mayoría de las cosas y sobre todo hacia la sexualidad se ve regida por la división de lo "bueno" y lo "malo", lo "normal" y lo "anormal", lo "corporal" y lo "ánimico", lo "físico" y lo "metafísico", lo cual da como resultado una concepción de la sexualidad incompleta, parcial y alejada de criterios científicos. Dicha concepción acarrea graves problemas, sea por la ignorancia respecto al tema, por la información errónea que se posee, o por ambas (Aguilera y cols, 1986; cit en García y Medina, 1996).

Según Devereux (1983; cit. en Lara y Jaramillo, 1996) cada cultura maneja de manera diferente el modo en que debe de ser inculcada la sexualidad a los individuos que la conforman.

Para entender un poco la diversidad de los comportamientos sexuales la OMS propone un estudio socioantropológico con el fin de extraer información sobre conocimientos, actitudes y creencias de las formas en las que distintas sociedades y culturas perciben el sida; para esto pretenden estudiar cinco grandes apartados (Carballo, 1993):

1. Entorno sociocultural. Pone de manifiesto el conjunto de normas y valores que hegemónicamente se asientan en una sociedad determinada. La compleja red de interrelaciones que configuran la organización social: matrimonio o relaciones de pareja estables,

economía dineraria o del trueque, religión contemplativa o de contenido ritual, parentesco, etcétera.

2. Ideología sexual. Expresa las formas en que actitudes, creencias y comportamientos sexuales difieren dentro de un mismo marco societario. Las diferencias se registran tanto a nivel grupal como a nivel individual, ya que tanto los distintos sectores de la población – en función del estrato económico, educacional, etcétera- como las personas, muestran diferentes idiosincrasias ideológicas.
3. Inclínación al riesgo. Trata de medir los resultados que ciertas prácticas sexuales conllevan. En suma calibra la predisposición poblacional a asumir o rechazar orientaciones y sugerencias en relación a las pautas de conducta, que adoptar o no, ciertas prevenciones pueden desembocar en situaciones de riesgo.
4. Oportunidad. Expone la capacidad de contacto sexual del individuo que a su vez está mediatizada por una serie de variables socioculturales que abarcan desde la edad hasta la extracción económica. En este orden de cosas es especialmente significativo verificar la oportunidad del sujeto para establecer actividades sexuales extra conyugales.
5. Comportamiento sexual. Es el reflejo de la (s) forma (s) en que el individuo condicionado por su ideología, al riesgo y a la oportunidad sexual pone todos estos elementos en práctica, condicionándolos, a su vez, desde el momento en que se expresa el quehacer sexual. El rechazo o el uso de condones. el número de parejas sexuales y su

adscripción a grupos específicos , la frecuencia coital, las formas, maneras y tipos en que se manifiesta la actividad sexual, etcétera son algunas de las múltiples variantes que adopta el comportamiento sexual humano. De su análisis y estudio la OMS quiere establecer estrategias de intervención.

Los cambios en que una cultura considera una conducta sexual aceptable son especialmente lentos debido a que la orientación y las experiencias de la niñez imponen limitaciones muy fuertes sobre la libertad de la conducta erótica en la vida adulta (British Council of, 1966; Ellis, 1966; Rubin, 1965, cit. en MacCary, 1983).

Sin embargo, aún en este tiempo de educación sexual en las escuelas públicas y desaparición aparentes de todas las restricciones en los libros, sigue imperando mucha ignorancia y mucha interpretación errónea acerca de la reproducción y de la actividad sexual. Pero es más grave todavía debajo de nuestra libertad aparente en materia de cuestiones sexuales, siga existiendo mucha hipocresía, mucho miedo, muchos conflictos y mucho sentimiento de culpabilidad (Miller y Burt, 1973)

La conceptualización y las actitudes que los jóvenes tienen ante la sexualidad se ven influenciadas por las diversas fuentes de las cuales reciben información, tales como la televisión, las revistas, la radio, en general los medios masivos de información, los cuales pretenden estereotipar el comportamiento sexual enviando a los jóvenes mensajes erróneos de lo que "debe ser" o de lo que de ellos se espera y dado que los jóvenes en la adolescencia se encuentran en la búsqueda de su identidad siguen estos

estereotipos creyendo que así serán más fácilmente aceptados por la sociedad en la que viven (CONAPO, 1992; cit. en García y Medina, 1996).

Algunas culturas consideran que el experimentar y llevar a cabo una práctica sexual activa es un acontecimiento común favorable en la vida del individuo y que dicha actividad debe presentarse en el momento que este individuo ha alcanzado su madurez física; en otras culturas se tienen ideas reservadas sobre la sexualidad y se establecen algunos límites al llegar el individuo a la adolescencia.

Particularmente en nuestra sociedad mexicana, el tema de la sexualidad está acompañado de dogmas, creencias y tabúes que influyen de una manera rigurosa en el comportamiento sexual de la gente, sobre todo de los adolescentes.

Una influencia particularmente relacionada con lo anterior es la transmitida en la familia. Los padres transmiten información sexual a sus hijos a través de las formas físicas en que se relacionan uno con otro, aún cuando la mayoría de los padres no hablan de sexo abiertamente con sus hijos. La forma en que ellos se relacionan con su pareja por medio de los abrazos, de los besos, ademanes afectuosos, entre otros, son formas de información y educación sexual verbal o no verbal. Muchos padres quieren hacerse cargo de la educación sexual de sus hijos aunque esto involucra cuestionamientos propios sobre su vida sexual (Rodríguez y Rivera, 1991; cit. en Lara y Jaramillo, 1996).

Monroy (1990, cit. en Lara y Jaramillo, 1996) en su guía práctica de sexualidad se refiere a la importancia de lo que consideran o actúan los padres sobre la sexualidad frente a sus hijos diciendo:

“...Si los padres consideran que la sexualidad es algo bueno y deseado llevarán a cabo actitudes y conductas específicas que lleven al niño a adquirir este concepto o por lo contrario, por falta de claridad crearán en sus hijos confusión sobre aspectos de la sexualidad y conceptos que los obliguen a sentir temor, rechazo, morbo e inhibición acerca de la propia sexualidad y la de otros” pág. 52.

Carrizo (1982; cit. en Lara y Jaramillo, 1996) menciona al respecto que el tabú de lo sexual obstaculiza con frecuencia entre los miembros de las familias mexicanas que exista un diálogo abierto y franco sobre materia sexual, motivo por el cual la familia no proporciona una orientación oportuna y adecuada.

La educación inadecuada sobre la sexualidad tiende a perpetuar actitudes sociales que se reflejan en papeles rígidos y estereotipados en ambos sexos, como el machismo del hombre y la pasividad y la sumisión de la mujer (Alvarez, 1986).

Alvarez (1986) menciona que estos aspectos podrían remediarse en la medida que los mexicanos y latinoamericanos reconozcan y acepten, mediante una educación adecuada de la sexualidad, que la actividad sexual no necesariamente esta involucrada la reproducción y que es una forma de obtención de placer, satisfacción, desarrollo personal y para incrementar las relaciones interpersonales .

Miller y Burt (1973) consideran que las relaciones sexuales constituyen una actividad para personas maduras, tanto emocional y psicológica como físicamente, esta es la manera de encontrarse a uno mismo, el afecto y el respeto mutuo son las únicas salvaguardias eficaces contra la explotación sexual.

Asimismo Mc Cary (1983), menciona que las necesidades psicológicas del contacto físico, tocarse, abrazarse, palparse y las respuestas tiernas ante estos actos, es mayor y más intensa que la necesidad sexual. Además el contacto físico ha sido denominado el eslabón perdido entre el amor y el sexo. Es más el tocarse puede ser un ingrediente muy importante para eliminar el estrés y la depresión general.

Andrade, Camacho y Díaz (1994) afirman que en los jóvenes universitarios las dudas, conflictos y problemas de la sexualidad llegan a tener consecuencias no sólo sobre su desempeño académico sino sobre su salud mental, como lo muestran las evaluaciones de motivos de conducta en centros de salud mental.

3.5 SUEÑO

Por término medio pasamos durmiendo entre 30 y el 40% de la vida. Es natural, pues, que a veces el día nos parece demasiado corto. Aunque parezca extraño, los estudiosos no saben realmente por qué dormimos tanto, ni siquiera realmente por qué dormimos.

Smith, Sarason y Sarason (1984) mencionan que prescindiendo de la función del sueño, sabemos que éste es importante porque la actividad mental y física se deteriora si permanecemos insomnes un periodo largo.

Casi todo el mundo regula los periodos de sueño y vigilia con arreglo a hechos externos, entre ellos : cambios de intensidad luminosa entre el día y la noche, horas de comida y hasta el ruido de los despertadores. Estos fenómenos

externos comprenden un ciclo de actividades de 24 horas. Este tipo de descanso recibe el nombre de ciclo monofásico del sueño.

El lactante humano tiene un tipo de ciclo polifásico, pero a medida que madura va adquiriendo el ciclo monofásico.

Cuando existe un cambio radical de los patrones del dormir se altera el ritmo cardiaco, puede presentarse una fátiga o desorientación. Asimismo Colligan, Frockt y Tasto (1978 cit. en Smith, Saranson y Saranson , 1984)

mencionan que se aprecian cambios similares en al actividad física y psiquica de los empleados que han estado en turnos distintos. Entre otras cosas consumen más bebidas alcohólicas y somníferas, sufren más problemas digestivos, trastornos menstruales, resfriados, nerviosismo, fatiga y también comentaron que sus relaciones sexuales eran menos satisfactorias.

3.6 ACTIVIDADES RECREATIVAS Y TIEMPO LIBRE

Es concebido el tiempo libre, no sólo como un espacio para el descanso y la diversión, sino también, y quizá principalmente, como la posibilidad del desarrollo de las cualidades creativas y transformadoras de la persona. La procuración y creación de estrategias que conduzcan a dichos fines es una tarea prioritaria en los tiempos modernos, en los cuales el desarrollo creciente de la automatización de todas las actividades productivas, así como los servicios, han generado disminuciones tanto en el tiempo dedicado a la jornada laboral, como en el desempeño de las tareas cotidianas.

Hablar del tiempo libre y la recreación en la sociedad mexicana adquiere gran relevancia si se considera que los jóvenes entre los 12 y 35 años alcanzan la cifra de casi 36 millones (43.8% de la población total); de las cuales el 27% están comprendidos entre los 15 y 19 años y el 22% entre los 20 y 24 años, segmentos juveniles que por sus características de formación, requieren de políticas específicas que los alejen de una nociva inactividad que los margine y empuje a desarrollar conductas hostiles hacia la sociedad. Riesgo que está presente principalmente, en las grandes áreas urbanas, donde las opciones del tiempo libre se ven limitadas por la insuficiencia de espacios y actividades recreativas que contribuyan a que el ocio se constituya en un tiempo de cultura y aprendizaje, de profundización y generalización del conocimiento (Figueroa, 1995).

Al hablar sobre qué es el tiempo libre no hay que olvidar las innumerables definiciones que se han propuesto del ocio o tiempo libre, Munné (1995) separa estas definiciones en los siguientes grupos:

- a) Tiempo libre es el que queda después del trabajo: autores muy distintos entre si, coinciden de este modo el tiempo libre o el ocio.
- b) Tiempo libre es el que queda libre de las necesidades y las obligaciones cotidianas: este es el enfoque que se centra en las concepciones de Lundberg y Komarovsky, Neumeyer.

- c) Tiempo libre es el que queda libre de las necesidades y obligaciones cotidianas y se emplea en lo que uno quiere: es la posición, entre otros, de Miller y Robinson.
- d) El tiempo libre es la parte de tiempo destinado al desarrollo físico e intelectual del hombre en cuanto a sí mismo: así opina Prudenski y Richta.
- e) El tiempo libre es el que se emplea en lo que uno quiere: Stanley Parker.

Asimismo, Figueroa (1995) concibe el tiempo libre no sólo como un espacio para el descanso y la diversión, sino también, y quizás principalmente, como la posibilidad del desarrollo de las cualidades creativas y transformadoras de la Persona, la procuración y creación de estrategias que conduzcan a dichos fines es una tarea prioritaria en los tiempos modernos, en los cuales el desarrollo creciente de la automatización de todas las actividades productivas, así como los servicios, han generado disminuciones tanto en el tiempo dedicado a la jornada laboral, como en el desempeño de las tareas cotidianas.

Así, el tiempo libre como práctica social es una realidad presente en todos los sectores de la sociedad, y el cual se adaptan las formas recreativas a las condiciones sociales específicas, que a su vez proyectan las características del grupo social en que tiene lugar.

El hombre que se divierte emplea su tiempo de ocio con un modo de prácticas que, ante todo, responden a un intento de apartarse o superar la situación en la cual se encuentra, siendo así que la recreación debe de representar una fuerza activa

mediante la cual lejos de ser una evasión del trabajo, sea una actividad para el desarrollo del individuo a plenitud.

Pérez y Colaboradores (1997), definen la recreación como el conjunto de fenómenos y relaciones que surgen en el proceso de aprovechamiento del tiempo libre mediante la actividad terapéutica, profiláctica, cognoscitiva, deportiva o artística- cultural . sin que para ello sea necesario una compulsión externa y mediante las cuales se obtiene la felicidad, satisfacción inmediata y desarrollo de la personalidad.

De igual manera Figueroa (1995) considera la recreación como la manifestación más acabada del adecuado uso del tiempo libre, no escapa a la posibilidad de convertirse en un bien de consumo, en torno al cual se ha creado una poderosa industria cuyo principal móvil es el lucro, que acapara todo lo que la recreación podría adoptar.

El tiempo libre es, por lo tanto, un factor importante que conforma la vida de los jóvenes que se convierten en un instrumento de aculturación, ya que a través de él se producen y reproducen actividades y valores con la transmisión no solo de paquetes recreativos, sino de actitudes y creencias.

De ahí que en materia de apoyos recreativos para la juventud se contemple como objetivo primordial la promoción del desarrollo de actividades de extensión formativas que fomenten el uso creativo del tiempo libre, y que estimulen el deseo de conocer, aprender y capacitarse.

Por lo cual se hace necesaria la más amplia colaboración social para este propósito, que permitirá a los jóvenes abrir causas de participación en todas las esferas productivas de creación y conocimiento.

Sin embargo, estas actividades no son tan sencillas de realizar ya que como menciona Sisniega (1995), el tiempo libre en las grandes ciudades es como el aire limpio de nuestra capital, cada día que pasa parece que tenemos menos. El trabajo el transporte, los compromisos sociales y familiares son factores que limitan el tiempo que tenemos para recargar nuestras pilas y vivir mejor.

El tiempo libre es como un tesoro que debemos de aprovechar y cuidar para realizar mediante él actividades que además de ayudarnos a relajar y descansar, contribuyen a nuestro desarrollo físico y espiritual.

Con esta definición podemos poner en tela de juicio dos cuestiones que obstaculizan la apropiación adecuada de nuestro tiempo libre.

1.- Creer que el tiempo libre es secundario, poco importante o peor aun, negativo: “ el ocio es la madre de todos los vicios “, dice el dicho.

2.- Creer que el tiempo libre se da espontáneamente sin ninguna determinación y por ello, no es motivo de atención, construcción, cuidado o preparación.

Aguado (1995) considera que la salud de los sujetos se favorece en la medida en que sus actividades vitales logran “alimentar” las diferentes esferas del ser humano.

Una buena parte de estas necesidades del ser humano se logran en el tiempo libre. Ya que si hiciéramos un simil con la alimentación, el mayor volumen de nutrientes se encuentran en las proteínas, carbohidratos, grasas y el agua, en menor volumen pero indispensables en los minerales y vitaminas; en esta metáfora, el tiempo libre serian las

vitaminas y minerales de nuestras actividades, que aunque en pequeña cantidad son indispensables para lograr un equilibrio vital.

Porque además es bien sabido que el uso constructivo del tiempo libre coadyuva a la prevención y rehabilitación de conductas y hábitos nocivos tanto personales como sociales, que es uno de los problemas que agobian a las sociedades contemporáneas (Subirats, 1995).

El tiempo libre no está tanto en las actividades o situaciones objetivas que se recrean durante este tiempo, sino en el significado de las mismas. El significado social e individual de una conducta va a determinar si ésta favorece el desarrollo humano. En conclusión realizar una actividad recreativa, lúdica, deportiva, doméstica o incluso "hacer nada," puede guardar diversos significados y, con frecuencia opuestos. El conjunto de actividades que asumen frente al tiempo libre al igual que en relación con el trabajo, las podemos agrupar en dos grandes grupos; actitudes de evasión o actividades de contacto (Aguado, 1995).

CAPITULO 4

ESTRÉS

4.1. DEFINICION

El estrés en el ámbito hospitalario ha sido objeto de múltiples investigaciones en los últimos años, al habersele encontrado una alta conexión con enfermedades físicas que repercuten negativamente en la esfera cognitivo-conductual de los individuos.

La investigación sobre el estrés se ha caracterizado por una falta de univocidad acerca de importantes términos y constructos. Cuando a fines de la década de los '70 Selye empezó a usar el término "stress" para indicar un tipo de respuestas humanas, su inglés no era lo suficientemente bueno y la elección del término así lo demostró. Posteriormente el mismo señaló que debería haber elegido la palabra "strain", que significa forzar o violentar, para ser más consistente con lo que quería indicar. Siendo así que Hans Selye define al estrés como una respuesta no específica del cuerpo a cualquier tipo de demanda que se reciba ya sea ésta placentera o no. También se le define como cualquier cosa, placentera o no, que interfiera con el equilibrio del cuerpo (Omar, 1995; Viamonte, 1995; Alvarez, 1991). Asimismo, Acosta y Castillo (1987) señalan que el término estrés se deriva de la física (concebido como la ley de Hooke de la elasticidad) donde es utilizado para señalar a una fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar el límite de resistencia produce una deformación o la

destrucción de ese objeto o sistema. Esta definición puede ser transferida a la medicina y la psicología como una sobretensión, sobrecarga o acumulación de estados de ansiedad que al estar actuando sobre el organismo de manera crónica y debido a su frecuencia e intensidad puede rebasar los límites de la resistencia del organismo, manifestándose en una enfermedad física o psicológica denominadas como enfermedades psicosomáticas o psicofisiológicas y actualmente como enfermedades de la civilización.

Por otra parte Meichenbaum y Jaremko (1987) y Rojas (1995) señalan que en términos conocidos estrés significa: tensión, alteración, desequilibrio o presión ejercida por nuestras actividades y problemas cotidianos. Nakajima (1994) menciona que el estrés es una fuerza que, aplicada a un sistema, lo deforma. Las fuerzas y presiones psicológicas y sociales, fruto de diversos acontecimientos o situaciones, pueden considerarse como un estrés cuando perturban al equilibrio de una persona. La tensión psicológica puede denominarse también estrés; en este caso, el agente causal se puede denominar "factor estresante".

Rojas (1995) afirma que el problema radica básicamente en la alta complejidad de factores interrelacionados con el propio estrés, problema que ha llevado a la medicina, primeramente, y a la psicología, posteriormente, a investigarlo desde diversos enfoques que a continuación se muestran:

A) MODELO MEDICO

Los primeros estudios realizados acerca del estrés tuvieron su origen netamente biológico basados en el concepto de Claudio Bernard (1865; cit. en Rojas, 1995), quien señala que: “el organismo es un conjunto de sistemas que reacciona automáticamente a la información biológica”. Asimismo Cannon (1932; cit. en Rojas, 1995) define al estrés como una reacción de alarma vehicular a través de la actividad simpático-adrenal, que perturba el equilibrio interno.

Por su parte, Selye (1953; cit. en Rojas 1995) lo define como: “un síndrome que tiene cambios dentro del sistema biológico, registrándose respuestas fisiológicas inespecíficas en causa y efecto pero que sirven para una adaptación de orden pasivo”, Selye desarrolló esta definición, cuando observó un grupo de respuestas fisiológicas generalizadas en organismos que fueron expuestos a estímulos nocivos, por ejemplo, gentios, altas temperaturas o toxinas, llamando a estas respuestas: “Síndrome de adaptación general”. Que son todas aquellas actividades neuronales y endocrinas que permiten que el organismo soporte estímulos fisiológicamente nocivos, que son divididos en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. En la reacción de alarma o periodo inicial, el organismo presenta una activación inicial de muchas respuestas a consecuencia de la explosión súbita del organismo a los estímulos estresores. El periodo de resistencia muestra una secreción de hormonas de la glándula de la adrenalina, la cual funge para proteger al organismo del estímulo nocivo. Por último, el periodo de agotamiento es el cual en el que se ha presentado una

sobreestimulación por bastante tiempo, causando la muerte del organismo animal, y en el humano, este tipo de patrón de respuestas las consecuencias serán probablemente, lesiones cardiovasculares, alteraciones renales, hipertensión, úlceras pépticas, migrañas o infartos.

En general, el modelo médico sostiene que el estrés es como un proceso adaptativo en el cual el mecanismo regulador, si actúa exageradamente, posibilitará la aparición de problemas orgánicos en diferentes partes, de acuerdo a la intensidad y duración de este proceso.

B) MODELO CONDUCTUAL

Este modelo se centra en analizar al estrés como un evento ambiental, más que en observar los cambios fisiológicos internos, como lo realizó el modelo médico. Este interés surgió al encontrar una fuerte relación entre los trastornos biológicos y conductuales en individuos sometidos a demandas ambientales severas. Sin embargo, este modelo se encasilla en el paradigma unicausal operante de Estímulo-Respuesta (E-R), en donde se ignora el papel activo del organismo.

C) MODELO TRANSACCIONAL O COGNITIVO

Este modelo se centra en conocer cuáles son los procesos cognitivos con los que cuenta un individuo para analizar y resolver una situación ambiental que le parece aversiva, rigiéndose en dos principios de análisis: las evaluaciones cognitivas y lo más trascendental, las formas de afrontamiento, explicándose que la valoración cognitiva son: todas aquellas interpretaciones negativas, extraídas del medio ambiente y por estilos de afrontamiento, todas aquellas

respuestas conductuales (motoras y verbales) para combatir el evento ambiental aversivo.

El individuo se encuentra dentro de una situación amenazante para él, valorándola inmediatamente como dañina y nociva (evaluación primaria), después el individuo valora sus propios recursos u opciones para adaptarse (valoración secundaria), finalmente, él ejecuta acciones para manejar o controlar el estrés (afrentamiento). Con esto, este modelo define al estrés como aquel estado que altera el equilibrio fisiológico, afectivo, cognitivo y conductual y, que, por lo tanto, afecta a un individuo de una forma integral en sus componentes bio-psico-social.

Jex (1992, cit. en Omar, 1995; Ivancevich y Matteson, 1992 y Latorre y Benoit, 1994) mencionan que los investigadores han definido al estrés de tres formas diferentes: como un estímulo, como una respuesta y como las relaciones entre estímulo y respuesta.

La definición del estrés como un estímulo que focaliza la atención sobre los estresores (que puede ser cualquier evento) que requieren algún tipo de respuesta adaptativa. En este contexto, estrés significa cualquier fuerza externa sobre un objeto o una persona y que da lugar a una respuesta de tensión. Por tanto una definición de esta índole considera el estrés como cierta característica, determinado evento o situación al ambiente, que de algún modo tiene consecuencias potencialmente perturbadoras. Sin embargo, Ivancevich y Matteson (1992) afirman que existe una objeción a este tipo de definición, ya que ésta obedece a que las características situacionales, por si solas, pueden resultar inadecuadas para predecir la respuesta del individuo.

Así, dos sujetos pueden someterse al mismo grado de estrés y manifestar diferentes niveles de tensión, o uno de ellos podría manifestarla y el otro no.

Por otro lado, una definición de estrés como respuesta está asociada con lo que más comúnmente se refiere a “forzar” o “violentar”. Estrés es una respuesta del sujeto a los estresores del entorno. Selye se refiere a este tipo de estrés como la respuesta del organismo ya sea psicológica, sociológica o comportamental que presenta un individuo ante un estresor ambiental. Este enfoque se centra en la respuesta del individuo a los estresores potenciales del ambiente. La respuesta del estrés demuestra que el individuo ha sido sometido a un ambiente perturbador o disfuncional. En la definición basada en el estímulo, el estrés es un evento externo; en cambio, en esta definición existe una respuesta interna, que puede manifestarse en una variedad de formas visibles.

Las definiciones basadas en la relación estímulo-respuesta, constituyen una combinación de las dos clases anteriores, ya que se considera al estrés como una consecuencia de la interacción de los dos estímulos ambientales y la respuesta idiosincrática del individuo.

Esta manera de definir al estrés hace hincapié en la naturaleza particular de la relación entre la persona y su ambiente. Se considera al estrés como algo más que un simple estímulo o respuesta; es el resultado de una interacción única entre las condiciones de estímulo del ambiente, y las respuestas que éstas provocan. La naturaleza idiosincrática de la respuesta está en función de los procesos psicológicos que intervienen, y que son parte constitutiva del individuo, por ejemplo, las diferencias individuales.

Por otra parte, Ivancevich y Matteson (1992) mencionan que existe una definición funcional para el estrés, en donde se considera a éste como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas. Las características individuales pueden abarcar variables como la edad, el sexo, la raza, las condiciones de salud y la herencia. Los procesos psicológicos pueden incluir componentes de las actitudes y creencias, los valores y muchas otras dimensiones de la personalidad.

Frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes maneras cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen en el ámbito de la psicología comportamental como estrategias o estilos de afrontamiento.

La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de afrontamiento del sujeto. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación salud-estrés-enfermedad y constituyen características estables del sujeto y el ambiente donde el sujeto funciona. Con respecto a este punto, Omar (1995) señala que la investigación del estrés ha ido cambiando su foco de interés desde el impacto de los estresores a los factores que intervienen en la relación salud-estrés-enfermedad. En este sentido, se ha comenzado a atribuir al afrontamiento un rol fundamental en estos procesos. Siendo así que Omar (1995) presenta cuatro modelos explicativos y

taxonómicos que hacen referencia a las estrategias de afrontamiento entre las cuales se encuentran los siguientes:

A) FOLKMAN.- Este modelo incluye aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del MODELO FENOMENOLOGICO COGNITIVO DE LAZARUS Y proceso de afrontamiento. Los estresores son definidos como transacciones o intercambios entre la persona y los particulares contextos ambientales que la persona percibe o evalúa como amenazantes. La persona es conceptualizada como un formador activo de sus relaciones con el medio, en tanto que afrontamiento es conceptualizado como los cambios conductuales de la persona en respuesta a las demandas transaccionales. Afrontamiento también es visto como formando parte del proceso vinculado a rasgos relativamente estáticos. Dentro de este modelo, el afrontamiento es considerado cualquier intento que hace la persona para manejar una situación estresante.

B) MODELO BIDIMENSIONAL DE ESTRATEGIAS INTRAPSIQUICAS DE KROHNE.- Krohne (1989, cit. en Omar, 1995) distingue dos tipos principales de estrategias de afrontamiento: vigilancia y evitación o prevención cognitiva. La vigilancia se caracteriza por una aproximación y un procesamiento intensificado de los rasgos de información relevante. El propósito general del sujeto es ganar control y protegerse de la amenaza.

La evitación o prevención cognitiva es vista como una retirada de la información amenazante. El propósito general es reducir el arousal engendrado por la confrontación con un evento agresivo.

C) **MODELO MULTIFACTORIAL DEL CONTROL PERCIBIDO DE BRYANT.**- Este modelo tiende a explicar las distintas formas en que las personas evalúan su control sobre los eventos y los sentimientos referidos a experiencias positivas y negativas.

Se parte del supuesto de que los sujetos hacen al menos cuatro tipos distintos de autoevaluaciones acerca de su habilidad para controlar: evitar los resultados negativos; soportar los resultados negativos; conseguir o lograr resultados positivos y gozar y disfrutar los resultados positivos. De los cuatro tipos de creencias de control, las de “evitación” y “obtención” aparecen fuertemente correlacionadas. Las relativas a “disfrutar” y “soportar” involucran diferentes conjuntos de estilos comportamentales y cognitivos. A su vez las creencias de “evitar” y “soportar” parecerían estar más relacionadas con la apreciación subjetiva del estrés, en tanto que las creencias de “disfrutar” y “obtener” estarían más fuertemente correlacionadas con medidas subjetivas de bienestar.

D) **MODELO TRANSACCIONAL DE LAS RELACIONES DIADICAS DEL APOYO DE SCHWARZER Y LEPPIN.**- En este modelo la integración social, el apoyo cognitivo social y el apoyo comportamental social son diferenciados y correlacionados con personalidad, estrés, afrontamiento y procedimientos patogénicos. Se presupone que el apoyo social mediatiza los efectos del estrés sobre

la enfermedad, así como también que afecta directamente al bienestar.

Los procesos de relaciones sociales se presentan aquí como una jerarquía con el propósito esencial de separar tres aspectos previos de la relación social: estrés, personalidad y salud. Las diferencias individuales en personalidad podrían contribuir a explicar la discrepancia observada entre apoyo cognitivo y comportamental.

4.2. EFECTOS DEL ESTRÉS SOBRE LA SALUD.

Los efectos del estrés sobre la salud pueden ser muy diversos y numerosos. Ivancevich y Matteson (1992) señalan que algunas consecuencias pueden ser indirectas y construir efectos secundarios o terciarios; otras son casi sin duda; resultado del estrés, otras simplemente se relacionan en forma hipotética con tal fenómeno. Al respecto Cox (1978; cit. en Ivancevich y Matteson, 1992) y Acosta y Castillo (1987) ofrecen una taxonomía de las consecuencias del estrés, que abarca:

- a) *efectos subjetivos*: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca autoestima, amenaza y tensión nerviosismo y soledad;

- b) *efectos conductuales*: propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebidas o cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor;
- c) *efectos cognoscitivos*: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloque mental, falta de autocontrol, pensamientos inadecuados.
- d) *efectos fisiológicos*: aumento de catecolaminas y corticoesteroides de la sangre y de la orina, elevación de niveles de glucosa sanguíneos, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de la boca, exudación, dilatación de pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, entumecimiento y escozor en las extremidades.

Entre las consecuencias orgánicas que se han encontrado relacionadas con el aspecto psicológico, Terras (1994) considera los siguientes:

- 1) *dolores de cabeza*: el efecto adverso a largo plazo del estrés sobre el sistema nervioso hace en primer lugar que el paciente sea más sensible al dolor. Aumenta el riego cerebral en la fase inicial del estrés, el efecto a largo plazo del estrés crónico sobre la circulación general puede ser negativo. El riego cerebral llega a verse afectado y aparece el dolor de cabeza;
- 2) *tensión premenstrual*: muchas mujeres que sufren de tensión premenstrual tienen un nivel más alto de lo normal de

aldosterona (una hormona suprarrenal). Esto explicaría en parte el excesivo aumento de peso, la retención de líquidos en general, la sensibilidad mamaria y la hinchazón abdominal. Sin embargo, el estrés podría provocar de igual manera una amenorrea (falta de menstruación);

3) *trastornos digestivos e intestinales*: muchos problemas del tubo digestivo, como ingestión, gases, ardor de estómago y colon irritable, tienen que ver con el estrés.

Los nervios de los intestinos reciben mensajes hormonales del cerebro que ordenan a los músculos intestinales a relajarse o contraerse. Cualquier desequilibrio en el momento o cantidad de la secreción de tales hormonas produce alteraciones en la función intestinal, como espasmos, diarreas y estreñimiento.

Entre otras consecuencias del estrés Alvarez (1991) menciona que el asma y la migraña son dos enfermedades que necesitan tomarse en cuenta.

En lo que respecta, al asma, el individuo que la presenta tiene que experimentar dos tipos distintos de tensión antes de un ataque agudo. Los factores del estrés habituales son: la infección y la alergia. Pero hay otras formas de estrés que pueden provocar también la crisis, como el ejercicio físico o los trastornos emocionales.

Lo que se acaba de exponer sobre el asma, puede aplicarse también a la migraña. Esta puede ser provocada por la ingestión

de determinados alimentos, por las luces destellantes o por la observación de un comportamiento perturbador. Los cambios emocionales producidos por el estrés, pueden provocar también la aparición de la migraña.

Tanto en la migraña como en el asma puede afirmarse que el cuerpo es hipersensible a la tensión, y que el aumento de ésta, propicia que el individuo experimente un ataque de tales síntomas.

Herbert (1994) menciona que existen muchos investigadores que están estudiando actualmente si (y cómo) el estrés y la enfermedad están efectivamente relacionados. Un punto concreto de estas investigaciones consiste en estudiar los efectos del estrés en el sistema inmunitario.

A este respecto parece haber cierta relación entre la duración del estrés y la importancia de los cambios inmunitarios: cuánto más prolongado es el estrés, por ejemplo, mayor es la disminución de ciertos tipos de glóbulos blancos (células del sistema inmunitario).

Otra explicación es la que asocia el estrés a determinados comportamientos que modulan la respuesta inmunitaria. En general, las personas con estrés suelen dormir menos, hacen menos ejercicio, se alimentan peor, fuman más y consumen alcohol y otras drogas con mayor frecuencia que los demás y,

según se ha demostrado, todos estos comportamientos afectan al sistema inmunitario.

Por otra parte, Rojas (1995) menciona que el estrés a bajo nivel, sirve para desarrollar estrategias para adaptarse a las constantes demandas ambientales, y por otra parte, el estrés en alto grado que es fuerte en su frecuencia, intensidad y duración agota los recursos existentes, dando paso al inicio o desarrollo del estrés como enfermedad, originando alteraciones cardiovasculares, digestivas, respiratorias, cutáneas, urinarias, musculares y genitales.

No obstante Mechanic ((1974; cit. en Rojas, 1995) encontró que este tipo de enfermedades se desarrollaban, principalmente, cuando el organismo no cuenta con las estrategias de afrontamiento para adaptarse a los eventos ambientales estresantes.

Es conveniente señalar, que el estrés puede ser previo o posterior a una enfermedad, esto es, como causa o como efecto. A este respecto Reynoso (s/a; cit. en Rojas, 1995) clasifica el estrés en psicológico y físico, señalando que el primero se indica por conflictos, pérdidas, frustraciones, etcétera (eventos aversivos), mientras que el segundo se origina a partir de quemaduras, infecciones, lesiones, etcétera, es decir, como consecuencia de una determinada enfermedad adquirida o congénita.

Viamonte (1995) señala que al parecer, diez sucesos que producen más tensión (distrés) en la vida son:

- La muerte de un cónyuge o de un ser querido
- El divorcio
- Las separaciones conyugales
- La muerte de un pariente cercano
- Las lesiones graves o enfermedades
- El matrimonio
- El hecho de ser despedido o perder el empleo
- Los grandes cambios en la salud o en el comportamiento
- Las dificultades sexuales
- La llegada de un nuevo miembro a la familia.

Asimismo, Sarason (1980; cit. en Fierro, 1988) resume que los factores que intervienen en el desarrollo de respuestas al estrés son:

- a) demandas del medio, la naturaleza de la tarea a desarrollar
- b) habilidades específicas del organismo para llevar a cabo esa tarea o cumplir con esas demandas
- c) características generales personales (fisiológicas, cognitivas y motoras)
- d) apoyos sociales y ambientales
- e) historia de la persona y experiencias anteriores en situaciones de estrés.

El estrés no siempre es nocivo; por ejemplo, la tensión en los músculos de la espalda aumentan su fuerza, lo que se beneficioso para un apropiada actividad metabólica ósea y en la prevención de la osteoporosis. El exceso o la falta de actividades humanas (físicas, intelectuales, emocionales, sexuales y espirituales puede llevar a situaciones perjudiciales de estrés.

Actividad física. Un esfuerzo físico extremo puede causar lesiones severas e incluso la muerte, ya que debido a la práctica de tales ejercicios pueden resultar un colapso cardiovascular o quizás la muerte.

La falta de actividad física se refleja en la estructura muscular pobre, un funcionamiento anormal de las articulaciones y un esqueleto débil. La obesidad frecuentemente acompañada de inactividad física, conlleva una carga excesiva sobre las articulaciones de la parte inferior de la espalda, las caderas y las extremidades inferiores, contribuyendo así al desarrollo de las enfermedades degenerativas de las articulaciones.

Actividad intelectual. El trabajo intelectual excesivo puede causar insomnio y reacciones emocionales que se manifiestan como irritación, debilidad, malestares, dolores de cabeza, etcétera.

Actividad emocional. Las formas agudas y crónicas de la hiperactividad emocional pueden ocasionar diversos trastornos psicósomáticos. La angustia es una forma de estrés

potencialmente dañino que por lo común es el resultado de un sentimiento persistente de fracaso o de frustración. La angustia genera diversos tipos de sentimientos de infortunio, y en sus formas agudas y crónicas pueden causar enfermedades orgánicas tales como ataques al corazón embolias, hipertensión arterial e incluso ciertos tipos de cáncer. La depresión y el comportamiento anormal pueden conducir igualmente a enfermedades orgánicas y mentales, así como a un considerable número de enfermedades sociales que incluyen alcoholismo, drogadicción, violencia, accidentes y promiscuidad.

Actividad sexual. La actividad sexual excesiva conduce generalmente a la promiscuidad y a disfunciones sexuales. Por lo contrario una falta total de actividad sexual puede causar trastornos del sistema reproductivo y problemas psicológicos.

Actividad espiritual. La actividad espiritual excesiva se observa en los fanáticos, que llegan a la autodestrucción y/o al exterminio genocida, basado en sus creencias. Por otro lado, la falta de fe en momentos de desesperación suele culminar con el desencanto, el miedo, la tristeza y la depresión.

Por otra parte Ivancevich y Matteson (1992) mencionan que las respuestas del estrés son, esencialmente, intentos que hace el cuerpo para cambiar las condiciones externas del ambiente o para adaptarse a ellas. Una respuesta del estrés eficaz representa una

adaptación exitosa, pero el cuerpo no siempre responde perfectamente o en forma adecuada; cuando esto no sucede, sobreviene un resultado físicamente negativo o un padecimiento de adaptación.

Castillejas (1983) y Lazarus (1981; cit. en Acosta y Castillo, 1987) mencionan que el estudio del estrés remarca los cambios rápidos en los estilos de vida del hombre moderno y que esto se debe a las constantes demandas o presiones a solucionar en varias áreas sociales como la ejecución de un trabajo, obligaciones familiares, su tiempo libre, entre otras.

Lalonde (1974), Hirschfeld y Hirschfeld (1980) y Melamed y Siegel (1980; cit. en Acosta y Castillo, 1987) se refieren a los hábitos y estilos de vida como los causantes de muchos desórdenes físicos, sugieren que corrigiendo esas fallas conductuales se reduce el riesgo asociado con esos desórdenes.

San Martín (1983) remarca lo anterior diciendo que los cambios o estilos de vida demasiado rápidos producen conflictos psicológicos que se traducen en enfermedades psicosomáticas, psiconeurosis y otros desórdenes del comportamiento.

Entre los cambios y estilos de vida de los señalados por Levenson, Hirschfeld y Hirschfeld (1980; cit. en Acosta y Castillo, 1987), se encuentran: cambios de horario de trabajo, cambios de hábitos alimenticios, hábitos de sueño, cambios financieros, cambios de actividades sociales cambios de trabajo,

divorcio o la muerte de una persona cercana, malos hábitos de comer, fumar y mala administración del tiempo libre.

A nivel general se concluye, que existen diversos factores psicológicos que contribuyen a que se presenten alteraciones a nivel fisiológico, en los que se demuestra que los factores psicológicos participan en la etiología y desarrollo de los trastornos psicósomáticos. Sin embargo, no hay que dejar de lado que existen factores del ambiente que contribuyen a la alteración de la salud, entre los que se han identificado se encuentran: la contaminación ambiental, el hacinamiento, los medios de comunicación entre otros. Tampoco hay que olvidar que ciertos hábitos de vida o costumbres afectan a la salud como las dietas mal balanceadas, el tabaquismo, el alcoholismo, la vida sedentaria y diversas condiciones socioculturales como el rechazo, las represiones, la falta de ejercicio físico, la incapacidad para solucionar problemas cotidianos, el aburrimiento, etcétera.

Es así que es de suma importancia reconocer que estos problemas dependen en gran parte de la ineptitud de las personas para solucionarlos o por el hecho de evitarlos y/o afrontándolos inadecuadamente. Por lo tanto esas personas se encuentran bajo constantes estados de ansiedad y/o tensión que a la larga pueden llegar a manifestarse a través de los cambios fisiológicos o conductuales (Acosta y Castillo, 1987; Nakajima, 1994).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO 5

INVESTIGACION

METODOLOGIA

SUJETOS: En esta investigación participaron 180 estudiantes, de los cuales 120 pertenecen a la ENEP Iztacala (20 de psicología, 20 de enfermería, 20 de odontología, 20 de optometría y 20 de medicina); y 60 de la ENEP Acatlán, con edades entre los 15 y 25 años, de ambos sexos.

MATERIALES E INSTRUMENTOS: Lápices y hojas. Como instrumento de evaluación se utilizó el cuestionario "HEALTH FITNESS SURVEY OF VIRGINIA TECH FACULTY & STAFF", adecuado al lenguaje y a las necesidades de nuestra población; este cuestionario consta de 63 preguntas (de opción múltiple y preguntas abiertas), las cuales se refieren a cuestiones acerca de su actividad deportiva, de tiempo libre, culturales y recreativas, así como a sus hábitos de alimentación, de fumar, de dormir y su relación de pareja.

PROCEDIMIENTO: La aplicación del cuestionario se realizó en cada una de las áreas de la ENEP Iztacala y Acatlán correspondientes a cada carrera.

Para realizar la elección de la muestra se utilizó un método no probabilístico, primero se les preguntó a los estudiantes su carrera, y se les mencionó el objetivo de este cuestionario "el presente cuestionario tiene como finalidad conocer las actividades físicas que realiza y su estado actual de salud". Se les dijo que no existe un tiempo determinado, y que si alguna pregunta no les queda clara . nosotros podríamos ayudarles.

RESULTADOS

EJERCICIO

La tabla 1 muestra las comparaciones respecto a la conducta deportiva de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su condición actual de salud: excelente, buena, regular y mala, se encontró que los estudiantes del área de ciencias sociales practican deporte con mayor frecuencia que los estudiantes de ciencias de la salud.

La tabla 2 muestran los motivos por los cuales los estudiantes no realizan ejercicio, se observan diferencias significativas respecto a el horario ($X^2=7.29167$; $GL=1$; $P\leq 0.01$) (ver tabla 38), ya que los estudiantes de ciencias de la salud reportan no realizar ejercicio señalando que no tienen el tiempo disponible para asistir al gimnasio. Asimismo, en los estudiantes que consideran su estado actual de salud "mala", se encontró una diferencia significativa, en lo que se refiere al nulo interés en el ejercicio en los estudiantes de ciencias sociales ($X^2=5.00000$; $GL=1$; $P\leq 0.05$) (ver tabla 40), con respecto a los estudiantes de ciencias de la salud.

La tabla 3 muestra las comparaciones respecto a los motivos por los cuales los estudiantes realizan ejercicio, encontrándose una diferencia significativa

($X^2=5.36513$; $GL= 1$; $P\leq 0.05$) (ver tabla 42), en cuanto al sentirse bien al realizar ejercicio, mostrando un mayor porcentaje de alumnos en el área de ciencias de la salud, en el grupo de estudiantes que consideran su estado actual de salud “buena”. De igual manera en el mismo grupo otra razón por la cual los estudiantes realizan ejercicio es la cooperación que muestran sus compañeros ($X^2=6.36671$; $GL=1$; $P\leq 0.01$) (ver tabla 42), ya que tienen un mayor porcentaje de estudiantes el área de ciencias de la salud.

TIEMPO LIBRE

Las tablas 4,5,6,7 y 8 muestran las actividades que realizan los estudiantes en su tiempo libre para su diversión y recreo encontrándose que los estudiantes que consideran su estado actual de salud como “excelente” y “regular” practican algún deporte, mientras que los que consideran su salud como “mala” sus actividades son diversas como: practicar algún deporte, leer, ver televisión, ir al teatro o escuchar música. Asimismo, se encontró que los estudiantes de las dos áreas, de manera general asisten a dichas actividades con una frecuencia de 1 a 5 veces por semana a museos, cines o teatros.

Por otra parte, en las actividades que realizan para su diversión y recreo se encontró que los estudiantes del área de ciencias de la salud que consideran su estado actual de salud “excelente” existe una diferencia significativa, con respecto al grupo de los estudiantes del área de ciencias sociales, ya que el grupo de ciencias de la salud acuden con mayor frecuencia a fiestas que los de

las ciencias sociales; sin embargo, un mayor porcentaje de alumnos del área de ciencias sociales que consideran su estado actual de salud como “mala” acuden a fiestas para su diversión y recreo.

Los estudiantes que consideran su estado actual de salud como “buena” de ambas áreas, prefieren realizar algún deporte para su diversión y recreo. En el grupo que considera su estado actual de salud como “regular” se encontró que en las dos áreas prefieren estar con sus amigos y/o ir a fiestas encontrándose una pequeña diferencia en porcentajes en las dos actividades. Cabe mencionar que los grupos que consideran su estado actual de salud como “excelente”, “buena” y “regular” realizan estas actividades con una frecuencia de 1 a 5 veces por semana (Tabla 8), mientras que los que consideran su estado actual de salud como “mala” las realizan con mayor frecuencia en 6 a 10 veces por semana (tabla 8) ó todos los días.

HABITOS DE SALUD

En las tablas 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15 se muestran las comparaciones de diferentes hábitos de salud (fumar, frecuencia de fumar, ingerir alcohol, frecuencias de beber alcohol, control de fumar, dormir, calidad del dormir) que tienen los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales en los cuales no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de estudiantes. En cuanto al hábito de fumar se encontró que el mayor porcentaje de estudiantes tanto de ciencias de la salud como de ciencias sociales respondió que no fuman;

sin embargo, se mostró una diferencia significativa entre el área de ciencias sociales y ciencias de la salud (ver tablas 53, 54, 55, 56) que consideran su estado actual de salud “regular” , ya que los estudiantes de ciencias sociales respondió en mayor porcentaje que si fuman ($X^2= 3.86061$; $GL=1$; $P<=0.05$).

En lo que se refiere a la frecuencia del fumar se encontró que la mayoría de los estudiantes tanto del área de ciencias sociales, como de ciencias de la salud fuman en promedio de 1 a 10 cigarrillos por día.

Asimismo, en cuanto al hábito de ingerir bebidas alcohólicas , la mitad de los estudiantes tanto del área de ciencias de la salud como de ciencias sociales respondió que ingiere bebidas alcohólicas; sin embargo se observó una diferencia significativa entre el grupo de estudiantes que consideran su estado actual de salud “regular” (ver tablas 53, 54, 55, 56) ya que los estudiantes de ciencias sociales obtuvieron un mayor porcentaje que los de ciencias de la salud en cuanto a ingerir bebidas alcohólicas, ($X^2= 5.08824$; $GL=1$; $P<= 0.05$).

En cuanto a la frecuencia de ingerir bebidas alcohólicas se encontró que no existen diferencias significativas entre los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, en donde se encontró que el mayor porcentaje de los estudiantes ingiere bebidas alcohólicas sólo en las fiestas, también se puede observar que todos los estudiantes del área de ciencias sociales que consideran su estado actual de salud “mala” respondieron que sólo los fines de semana ingieren bebidas alcohólicas.

Por otra parte se puede apreciar la tendencia general que tienen los estudiantes de ciencias sociales y ciencias de la salud a dormir de 5 a 8 horas, ya en lo referente a la calidad del dormir se puede apreciar que las respuestas de los alumnos tanto de ciencias sociales y ciencias de la salud se muestran muy diversas; mostrándose que el mayor porcentaje de estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales consideran que la calidad de horas de dormir son satisfactorias y regulares.

RELACION DE PAREJA Y SEXUALIDAD

Las tablas 16, 17, 18, 19, 20 y 21 muestran las comparaciones en las relaciones de pareja y la sexualidad de los estudiantes de ciencias de la salud y de ciencias sociales; se observó, que en general no existen diferencias significativas entre ambos grupos. En lo que se refiere a como consideran su relación de pareja, se encontró que no existe una tendencia general; sin embargo, en el grupo de los alumnos que consideran su estado actual de salud “excelente” se encontró una diferencia, ya que los estudiantes de ciencias sociales consideran que su relación de pareja es muy buena en un mayor porcentaje a diferencia de los estudiantes de ciencias de la salud. En cuanto a los estudiantes que consideran su estado actual de salud “buena” “regular” y “mala”, se encontró que los mayores porcentajes de estudiantes consideran su relación de pareja regular, muy buena y regular, tanto los alumnos del área de ciencias sociales como en los del área de ciencias de la salud.

En lo que respecta al tiempo que dedican a su pareja, no existen diferencias significativas entre los estudiantes del área de ciencias sociales y los estudiantes del área de ciencias de la salud. De igual forma se observó que los estudiantes que consideran su estado actual de salud “excelente”, del área de ciencias de la salud muestran un mayor porcentaje de estudiantes que le dedican a su pareja de 1 a 2 veces por semana mientras que los estudiantes del área de ciencias sociales, muestran un mayor porcentaje en aquellos que le dedican entre 3 a 4 veces por semana o de 5 a más ocasiones.

Los estudiantes que consideran su estado actual de salud “buena” tanto los alumnos de ciencias sociales como los alumnos de ciencias de la salud, muestran un mayor porcentaje de estudiantes que le dedican a su pareja es de 1 a 2 veces por semana, y los alumnos que consideran su estado actual de salud “regular”, muestran un mayor porcentaje de estudiantes que le dedican de 5 a más ocasiones por semana a su pareja, tanto del área de ciencias sociales como del área de ciencias de la salud.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales se encontró que la tendencia general en ambos grupos (ciencias sociales y ciencias de la salud) es de 1 a 2 veces por semana, mientras que en lo referente a la satisfacción de las relaciones sexuales se encontró que las respuestas se encuentran muy dispersas.

En los alumnos que consideran su estado actual de salud “excelente” se encontró que en el área de ciencias de la salud el mayor porcentaje de estudiantes considera que sus relaciones sexuales son muy satisfactorias mientras que los del área de ciencias sociales el mayor porcentaje de estudiantes considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias, de igual manera los alumnos que

consideran su estado actual de salud “buena”, muestran que los del área de ciencias de la salud tienen un mayor porcentaje de estudiantes que consideran su relación sexual como muy satisfactoria y satisfactoria de igual manera que los alumnos del área de ciencias de la salud.

En cuanto a los alumnos que consideran su estado actual de salud “regular” se encontró una diferencia significativa ($\chi^2 = 5.38175$; $GL = 4$; $P < 0.05$) ya que los alumnos de ciencias sociales muestran una tendencia general hacia considerar su relación sexual como regular, mientras que los alumnos del área de ciencias de la salud, se encontró un mayor porcentaje en aquellos que consideran su relación sexual como muy satisfactoria y satisfactoria.

En cuanto a la atracción sexual se observó que existe una tendencia general hacia aquellos estudiantes que consideran su atracción sexual como regular y mucha. En los estudiantes que consideran su estado actual de salud “excelente” se encontró que en el área de ciencias sociales la mitad de los estudiantes consideran su atracción sexual como regular, y los del área de ciencias de la salud muestran que el mayor porcentaje de estudiantes consideran su atracción sexual como demasiada y mucha. Los estudiantes que consideran su estado actual de salud “buena” tanto los del área de ciencias sociales como del área de ciencias de la salud consideran que es mucha su atracción sexual hacia su pareja.

En los estudiantes que consideran su estado actual de salud “mala” se observó que el total del área de ciencias de la salud consideran su atracción sexual como regular, y los del área de ciencias sociales como regular y demasiada.

En cuanto a vivir con su pareja se encontró que los estudiantes que consideran su estado actual de salud como “excelente” del área de ciencias de la salud

muestran que su deseo de vivir con su pareja por el resto de su vida es demasiado, mientras que, los estudiantes del área de ciencias sociales su deseo de vivir con su pareja es regular. En cuanto a los alumnos que consideran su estado actual de salud como “bueno” se encontró que los estudiantes del área de ciencias de la salud no muestran ninguna tendencia hacia alguna respuesta en su deseo de vivir con su pareja, sin embargo, se observó que la mitad de estudiantes del área de ciencias sociales muestra mucho deseo de vivir con su pareja. Los alumnos del área de ciencias de la salud que consideran su estado actual de salud “regular” muestran que su deseo de vivir con su pareja es demasiado. Los estudiantes que tienen “mala” salud muestran que su deseo de vivir con su pareja es regular, en ambas áreas.

ESTRÉS

La tabla 22 muestran cómo consideran su vida los alumnos, encontrándose, que los estudiantes de ciencias de la salud de “excelente” salud, consideran su vida moderadamente estresada y los de ciencias sociales mínimamente estresada, los alumnos de buena salud de las dos áreas consideran su vida mínimamente estresada, al igual que los de mala y regular salud.

En las tablas 23, 24 y 25 se observó una tendencia general en las dos áreas y en todos los estados de salud de los estudiantes al considerar que los síntomas de estrés no se presentan en situaciones escolares (inicio, mediados y/o final de semestre); sin embargo, en la tabla 26 los estudiantes del área de ciencias sociales de “mala” y “regular” salud se encontró que presentan síntomas de

estrés en estados prolongados de tensión, mientras que los demás estados de salud (excelente y buena) de la misma área no los presentan. Asimismo, los estudiantes del área de ciencias de la salud de “excelente”, “buena” “regular” y “mala” respondieron que no se presentan síntomas de estrés en estados prolongados de tensión.

La tabla 27 muestra que no existen diferencias significativas en ambos grupos de “excelente”, “buena” y “regular” salud, debido a que los estudiantes de ambas áreas estarían dispuestos a realizarse un examen médico; al igual que los estudiantes de “mala” salud del área de ciencias de la salud, mientras que los del área de ciencias sociales de mala salud la mitad “sí” se realizaría un examen médico y la otra mitad “no”.

ALIMENTACION

La tabla 28 muestran como consideran los estudiantes su alimentación observándose que en las dos áreas existe una tendencia a considerar su alimentación como “buena” en los alumnos que tienen un estado actual de salud “excelente”, “buena” y “regular”, mientras que los estudiantes que tienen “mala” salud del área de ciencias de la salud consideran su alimentación como “mala” y los estudiantes del áreas de ciencias sociales que tienen “mala” salud consideran su alimentación como “deficiente”.

Las tablas 29, 30 y 31 muestran que en los estudiantes de las dos áreas que consideran su estado actual de salud como “excelente”, “buena” y “regular” existe una tendencia general a desayunar siempre y los alumnos que tienen una

“mala” salud del área de ciencias sociales, rara vez desayunan, mientras que los alumnos del área de ciencias de la salud que tienen “mala” salud no desayunan; sin embargo, en lo que respecta a la frecuencia del desayuno; en éstos alumnos se observó que sus respuestas fueron muy diversas.

En lo que se refiere a la calidad del desayuno (ver tabla 31) se encontró que los estudiantes de ciencias de la salud de “excelente” salud (en igual porcentaje) consideran su desayuno muy completo o poco incompleto, mientras que los del área de ciencias sociales de “excelente” salud consideran su desayuno muy completo. En los estudiantes que consideran su estado actual de salud como “bueno” se observaron diferencias en las dos áreas, ya que los de ciencias de la salud consideran su desayuno muy completo, mientras que los de ciencias sociales lo consideran poco incompleto. En los estudiantes que tienen “regular” salud no existen diferencias, ya que las dos áreas consideran su desayuno poco incompleto. En los estudiantes que consideran su salud como “mala” los del área de ciencias de la salud mencionan que no desayunan; y los del área de ciencias sociales de “mala” salud consideran su desayuno poco incompleto o no desayunan (en igual porcentaje).

La tabla 33 muestra el lugar de comida de los estudiantes encontrándose que los que tienen “excelente” y buena salud de las dos áreas comen con su familia; en los alumnos que tienen regular salud se encontraron diferencias significativas en ambas áreas ($X^2= 4.83721$; $GL= 1$; $P<=0.05$) (ver tabla 35) ya que los del áreas de ciencias de la salud en un mayor porcentaje comen con su familia mientras que los del área de ciencias sociales comen solos.

Los alumnos que consideran que tienen mala salud del área de ciencias de la salud comen con su familia y los del área de ciencias sociales comen en algunas ocasiones solos o con su familia.

La tabla 32 muestra que los estudiantes que tienen un estado de salud como “excelente” “bueno”, “regular” y “mala” del área de ciencias de la salud se observó una tendencia al no tener un horario específico de comida. Las respuestas de los estudiantes del área de ciencias sociales fueron diversas, ya que los estudiantes que consideran su estado actual de salud como “excelente” responden que si tienen un horario específico de comida; los de “buena” salud mencionan que a veces; los de “regular” salud dicen que no tienen un horario específico de comida y en los de “mala” salud se encontró (en porcentajes iguales) algunas veces tienen un horario específico de comida y otras veces no.

DISCUSION

Al considerar a la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente como la ausencia de enfermedad (Hunt, 1989 y Matarazzo, 1995) se debe considerar que existen estilos de vida saludables de importancia, entre los que se encuentran practicar ejercicio regularmente, dedicar tiempo libre para diversión y recreo; una adecuada alimentación; tener horas de sueño satisfactorias; no fumar; no ingerir bebidas alcohólicas; poseer estrategias adecuadas de afrontamiento al estrés y mantener una sexualidad satisfactoria, los cuales fueron evaluadas en esta investigación en estudiantes de dos áreas (ciencias de la salud y ciencias sociales), en donde se realizó una comparación entre ambos grupos encontrándose que son muy similares sus estilos de vida en salud.

Respecto a la alimentación de los estudiantes Sánchez (1985) menciona que la mayoría de los estudiantes señala que tanto la disponibilidad como el costo de los alimentos tiene regular importancia, ya que prácticamente se consume todo lo que está disponible sin pensar si es nutritivo, higiénico y bien preparado. Es así que esta mala selección y consumo de alimentos en cantidad y calidad provoca que el desarrollo físico y psicológico se vea deteriorado, como consecuencia del poco valor nutritivo, de la escasa higiene, entre otros.

En resumen, se podría decir que uno de los principales problemas que afectan a la nutrición de los estudiantes es el problema económico, pues aunque ellos quisieran y supieran comer no podrían hacerlo ya que en mayor o menor grado sufre de una disponibilidad inadecuada de productos; no hay buenos alimentos a precios correctos, sino que están sujetos a un sistema comercial que les ofrece lo contrario malos alimentos y muy caros, por lo tanto aunque los estudiantes tengan los conocimientos adecuados respecto a su alimentación el factor económico y la disponibilidad de alimentos intervienen en su nutrición.

En cuanto al ejercicio como hábito de salud Sisniega (1995) menciona que la actividad física forma parte de la naturaleza humana y debe ser una parte importante de nuestra vida desde que nacemos hasta que morimos.

Sin embargo, aunque se conozca la repercusión que el ejercicio tiene en nuestra salud; como menciona Morris y Collins (1992) al referirse a la actividad física como aquella que ha desempeñado un papel muy importante en la evolución del ser humano. Hoy, sin embargo, ignorando esa ley natural mucha gente ha dejado de hacer ejercicio vigoroso y regular con el consiguiente menoscabo de la salud. En bien de la especie y del individuo, es imprescindible promover en todos los estratos de la sociedad un grado más elevado de actividad.

Esto se ve reflejado en los estudiantes, ya que cuentan con las instalaciones para poder llevar a cabo una actividad física no la realizan por falta de tiempo, puesto que este es dedicado a las actividades escolares por lo cual es cierto lo que afirma Sisniega (1995) que al pasar a la vida adulta con todas las obligaciones y compromisos la gran mayoría de la población se olvida de la práctica del

deporte. El exceso de trabajo, las presiones familiares y sociales hacen más difícil que le dediquemos un espacio a la actividad física.

El deporte no sólo ayuda a conservar e incluso a incrementar la salud física, también facilita la socialización, brinda confianza en sí mismo. Asimismo Montalvo (1994) menciona que las personas que practican algún deporte muestran un bienestar y un mejor establecimiento de relaciones amistosas.

Con referencia a la sexualidad, esto no ha sido considerado como una actividad que tenga repercusiones en la salud; sin embargo, es inadecuado no contemplarlo como parte importante de la salud ya que el funcionamiento sexual se encuentra de tal manera involucrado en el estado de salud física, mental y social que la OMS (1975) define a la sexualidad como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en forma que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor (Alvarez y Mazin, 1990).

Sin embargo, hasta ahora la información que se tiene sobre sexualidad está fundada en aspectos biológicos y físicos, sin tomar en cuenta la relación personal y el aspecto cultural que ésta en la sociedad, ya que los estudiantes universitarios tienen una mayor información sobre sexualidad aún existen mitos sobre ésta, que tal vez no permitan que sus relaciones sexuales sean satisfactorias como lo menciona Carrizo (1982; cit. en Lara y Jaramillo, 1996) que el tabú de lo sexual obstaculiza con frecuencia entre los miembros de las familias mexicanas que existía un diálogo abierto y franco sobre material sexual, por lo cual la familia no proporciona una orientación oportuna y adecuada.

Considerando al estrés como parte integral de la salud física psíquica y social del individuo, Castillejas (1983) y Lazarus (1981; cit. en Acosta y Castillo, 1987) mencionan que el estrés remarca los cambios rápidos en los estilos de vida del hombre moderno y que esto se debe a las constantes demandas o presiones a solucionar en ambas áreas sociales como la ejecución de un trabajo, obligaciones familiares, su tiempo libre, entre otras, lo cual produce conflictos psicológicos, que se traducen en enfermedades psicosomáticas y desórdenes de comportamiento. Entre los cambios y estilos de vida se encuentran: cambios de hábitos alimenticios, hábitos de sueño, cambios de actividades sociales, malos hábitos de comer, fumar y mala administración del tiempo libre; lo cual se ve reflejado en los estudiantes, ya que dentro de los cambios mencionados, ellos presentan varios, llevándolos así a considerar su vida moderadamente estresada; sin embargo, es de suma importancia reconocer que la mayoría de estos problemas depende en gran parte de las aptitudes que tengan las personas para afrontarlos y solucionarlos de una manera adecuada (estrategias o estilos de afrontamiento). La habilidad para solucionar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de afrontamiento del sujeto. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación salud-enfermedad y constituyen características estables del sujeto y el ambiente en donde éste funciona (Omar, 1995).

La percepción subjetiva de la salud individual o familiar se asocia de manera directa con la atención o cuidados que se tiene ante alguna enfermedad o la posibilidad de contraerla. Por tanto resulta significativo que un alto porcentaje de estudiantes consideren su salud como "buena".

Es importante mencionar que la relación que existe entre los contenidos del curriculum y los estilos de vida en salud de las carreras evaluadas si influyen, pero no es determinante, ya que como se puede concluir existen otros factores ambientales que influyen en la práctica de estilos de vida saludables, por ejemplo: económicos, medios de comunicación; disponibilidad de alimentos; de tiempo, etcétera. Por tanto es importante que el personal de la salud re-enfoque su trabajo y agregue a sus acciones la atención de hábitos y prácticas del individuo (estilo de vida) que influyen en el estado general de salud presente y tienen más importancia aún para su bienestar futuro.

Un requisito previo para este reajuste, es que los profesionales que prestan los servicios fortalezcan y valoren aquellos comportamientos integrales que incorporen una concepción amplia de promoción y protección de la salud como el ideal social expresado precisamente por esas prácticas y comportamientos concretos.

Jones, Kickbusch y O'Byrne (1995) afirman que las escuelas pueden ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes básicas necesarias para generar salud. Tales aptitudes, a veces llamadas aptitudes para la vida, incluyen la toma de decisiones, la solución de problemas, el pensamiento crítico, la comunicación, la autoevaluación y las estrategias de adaptación. Esas aptitudes hacen más probable la adopción de un modo de vida sano.

Para el desarrollo de acciones y programas de promoción de la salud se requiere contar con recursos humanos técnicamente capacitados y afectivamente comprometidos con ésta.

Para ello de deben proveer oportunidades de enseñanza-aprendizaje que aporten conocimientos, habilidades y actitudes positivas hacia la promoción durante los estudios de las carreras de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, M.A. y Castillo, A.L.M. (1987) Stress en el trabajo en relación a los estilos de vida. Tesis de Lic. en psicología. UNAM. ENEP Iztacala.
- Aguado, V. J. (1995) Tiempo libre: factor en la salud. En Sarukhán, K. J. Seminario: importancia del uso del tiempo libre. México UNAM; p.p. 81-88.
- Alvarez, J. L. (1986) Sexoterapia integral. México: Manual moderno. Cap. 1
- Alvarez, G. J. y Mazin, R. (1990) Elementos de sexología. México: Mc Graw-Hill.
- Alvarez, R. M. E. (1991). Elimine el estrés en su vida diaria. Panamá: América. Cap. 1.
- Andrade, P. P.; Camacho, V.M. y Díaz (1994) Patrones de conducta sexual en universitarios. Revista intercontinental de psicología y educación, 7 (1) 99-108.
- Barquin, C. (1981). Medicina social. México: librería de medicina.
- Becoña, E.; Vázquez, F. L. y Oblitas, L. A. (1995) Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. Psicología Contemporánea, 2, (1): 4-15.
- Becoña, E.; Vázquez, F. L. y Oblitas, L. A. (1995) Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. Psicología Contemporánea, 2, (1): 100-111.
- Cáceres, A. L. (1995) El deporte y la recreación en la UNAM: opciones de uso del tiempo comprometido. En: J. Sarukhán K. Seminario: Importancia del uso del tiempo libre. México UNAM; p. p. 67-80.
- Campos y Campos (1985). La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral. Tesis de Lic. En Psicología. UNAM. ENEP Iztacala.
- Carballo, M. (1993). Los riesgos del sexo. En Nieto, J. Sexualidad y deseo Crítica antropológica. España: Siglo XXI, p.p. 153-200.
- Cervera, P.; Clapes, J.; Rigolfas, R. (1994). Alimentación y dietoterapia. Madrid. Interamericana.
- Dechavanne, N. (1991) El animador de las actividades físico deportivas para todos. Barcelona. Paidós.
- Fierro, A. (1988). Psicología clínica. España: Pirámide.
- Figueroa, L.S. (1995). Comisión nacional del deporte tiempo libre de la juventud. En Sarukhán, K.J. Seminario: importancia del uso del tiempo libre. México: UNAM; p.p. 29-41.

- Franco, A. S. (1990). Orientación biopsicosocial de la educación y salud en la sociedad. Educación médica y salud. 24, (2): 103-114.
- García, R. V. y Medina, H. M. (1996). Programa de educación sexual para adolescentes. Sexualidad integral. Tesis de Lic. en psicología. UNAM. ENEP Iztacala.
- Goldberg, L. E. y Elliot, D. L. (1989). Fisiología y fisiopatología en el ejercicio físico. México: Interamericana.
- Gotwald, W.H. (1983). Sexualidad: la experiencia humana. México: Manual Moderno.
- Herbert, T.B. (1994). El estrés y el sistema inmunitario. Salud mundial. 47, (2): 4-5
- Hunt, G. J. (1989). Aspectos sociales y culturales de la salud, enfermedad y tratamiento. En Howard H. Goldman. Psiquiatría general. México: Manual Moderno, p.p. 105-115.
- Icaza (1986). Nutrición. México: Interamericana.
- Ivancevich y Matteson (1992). Estrés y trabajo.
- Jones, J.; Kickbusch, I. y O'Byrne, D. (1995). Mejorar la salud a través de la escuela. Salud Mundial. Marzo-Abril. p.p. 10-11.
- Laguna, G. J. (1991). La Universidad: protagonista o antagonista de las revoluciones en la salud?. Salud pública en México. 33 (2): 190-193.
- Lara, N. J. y Jaramillo, G.A. (1996). Una alternativa asertiva para la educación de la sexualidad. Tesis Lic. en psicología. UNAM. ENEP Iztacala.
- Latorre, P. J.; Beneit, M. P. (1994). Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales. Argentina: Lumen.
- Lozada, H. C. (1994). Programa estatal de educación para la salud en el estado de México: desarrollo y reflexión desde la formación del psicólogo egresado de la ENEP Iztacala. Tesis Lic. En Psicología. UNAM, ENEP Iztacala pág. 13.
- Matarazzo, J. D. (1995). Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea. 2, (1): 16-31.
- Mc. Cary. (1983). Sexualidad Humana. México. Manual moderno. p.p. 203-217.

- Meichenbaum, D. y Jaremko, M. E. (1982). Prevención y reducción del estrés. España: Desclee de Brouwer.
- Miller, B. F. y Burt, J. J. (1973). Salud individual y colectiva. El hombre y la sociedad actual. México: Interamericana. .
- Millen, P.B. y Murad, H. (1991). Comer mejor para vivir más tiempo. Salud Mundial. Mayo - Junio. p. p. 22 - 24.
- Montalvo, J R. (1994). La práctica deportiva en los problemas psicológicos de los adolescentes. Tesis maestría en Psicología. UNAM, ENEP Iztacala.
- Moreno, E. (1993) Familias sanas, niños sanos. Salud Mundial. Marzo - Abril. p. p. 23-25.
- Morris, J. y Collins, M. (1992). El ejercicio físico y la salud son indisolubles. Salud Mundial. Enero-Febrero.
- Munné, F. (1995). Psicosociología del tiempo libre. Un enfoque crítico. México: Trillas.
- Musaiger, A.O. (1991). Cambiar no siempre es sano. Salud mundial. Julio-Agosto. p.p. 20-22
- Nakajima, H. (1994). Estrés y salud. Salud mundial. 47, (2): 3
- Napalkov, N. P. (1995) Viva mejor, viva más años. Salud Mundial. Marzo - Abril. p. p. 12-13
- Nisbet (1991). Deporte y cultura. ED. Morata. Cap. 1.
- Nieto, J. (1993) Sexualidad y deseo. Crítica antropológica. España: Siglo veintiuno. p. p. 153-200.
- Omar, A.G. (1995). Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos. Argentina. Lumen.
- Pérez, S.A. (1997). Recreación. Fundamentos teóricos-metodológicos. Cuba: ministerio de educación superior cubana.
- Piedrola, G. y colaboradores; (1991). Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson-Salvat. p.p. 1254-1262.

- Reig, A.; Rodríguez, J. y Mira, J. (1987). Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas.
- Ribes, I. E. (1990). Psicología y salud: Un análisis conceptual. México: Martínez Roca.
- Rojas, H.M.C. (1995). Afrontamiento del paciente osteomielítico. Tesis Lic. en Psicología. ENEP Izacala.
- Roux, G. I. (1994) La prevención de comportamientos de riesgos y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación médica y salud. 28 (2) p. p. 223-233.
- Sánchez, G.G. (1985). Algunos factores que afectan la selección de alimentos. Tesis Lic. en Psicología. ENEP Izacala.
- Sánchez, J. J.; Singer, R. D. (1989) La prevención primaria en la salud mental: el papel del psicólogo hacia el final del siglo. Revista continental de psicología y educación. 2 (1-2): 279-292.
- San Martín, H. (1983). Ecología humana y salud. México: La prensa médica mexicana.
- San Martín, H. (1985). Crisis mundial de la salud. ¿salud para nadie en el año 2000?. México: Ciencia tres.
- Sisniega, I. (1995). El deporte: Una opción para el tiempo libre. En J. Sarukhan. K. Seminario: Importancia del uso del tiempo libre. México UNAM. p.p. 34-47.
- Sholuen, M.D. y Hosak, P.H. (1988). Manual for life style assessment. Estados Unidos. Accelerated.
- Smith, R.E.; Sarason, I.G.; Sarason, B.R. (1984). Psicología. Fronteras de la conducta. México: Harla. Cap. 4
- Stollerma, G. H. (1994) Hacia una vida más sana y más larga. Salud Mundial. Julio - Agosto. 7-9.
- Stroot, E. (1991) El proyecto elektrostal. Salud Mundial. Mayo - Junio. p. P. 28-29.
- Subirats, S.E. (1995). Tiempo libre: sus recursos humanos. En: Sarukhán, K.J. Seminario: importancia del uso del tiempo libre. México: UNAM. p.p. 55-66
- Terras, S.S. (1994). Estrés. España: Tutor.
- Torres, F. I. y Beltran, G.F. (1986). La psicología de la salud: campos y aplicaciones. Universidad veracruzana, p.p. 19-37.

Urbán & Schwarzenberg, (1991). Medicina deportiva forma física. Entrenamiento y lesiones. Barcelona: Doyma. p.p. 80-98.

Viamonte, M. (1995). Al encuentro de la salud, felicidad y longevidad. México: Trillas.

Winett, A. R. (1985). Ecobehavioral assessment in health life-styles: Concepts and methods. En: P. Karoly. Measurement strategies in health psychology. United States: John Wiley & Sons; Cap. 4.

Wood, P. D. (1991). Importancia del ejercicio físico. Salud Mundial: Mayo-Junio. p.p. 25-27.

A N E X O S

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer las actividades físicas que realiza y su estado actual de salud.

INSTRUCCIONES. A continuación se le presentan una serie de situaciones que tienen diferentes opciones, debe marcar con una "X" la respuesta que más se adecue a lo que usted hace o haría en esa situación.

1. Usted considera su peso....
 - a) Demasiado ligero
 - b) Muy ligero
 - c) Adecuado
 - d) Muy pesado
 - e) Demasiado pesado
2. Siente que su vida está bajo estrés (ya sea en la escuela o en su casa)
 - a) Mínimamente estresada
 - b) Moderadamente estresada
 - c) Muy estresada
 - d) No del todo estresada

3. Ha padecido algún (os) de los siguientes síntomas en un periodo mayor de seis meses?

SI	NO	
_____	_____	estreñimiento
_____	_____	dolores de cabeza
_____	_____	taquicardia
_____	_____	presión alta
_____	_____	presión baja
_____	_____	inapetencia
_____	_____	aceleración de la tasa cardiaca
_____	_____	alteraciones de la vida sexual
_____	_____	depresión
_____	_____	cansancio físico
_____	_____	cansancio mental
_____	_____	dificultad para concentrarse
_____	_____	dolores de estómago
_____	_____	insomnio
_____	_____	somnolencia
_____	_____	sudoración
_____	_____	cambios bruscos de carácter
_____	_____	ansiedad

Ninguno _____

Otros Cuáles? _____

4. Por favor conteste SI o NO a las siguientes afirmaciones.

SI NO

- _____ Tiene alto nivel de colesterol
- _____ Padece diabetes
- _____ Ha tenido ataques al corazón
- _____ Ha tenido una vida tranquila
- _____ En su familia existe o existio alguna
persona enferma del corazón
- _____ En su familia existe o existio alguna
persona con diabetes.

5. Ante que situaciones se presentan tales síntomas?

- _____ a inicio de semestre
- _____ a mediados de semestre
- _____ a final de semestre
- _____ cuando existen estados prolongados de
tensión (estrés)

Otros Cuáles? _____

6. Marque cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su conducta deportiva.

- a) No hago ejercicio o deporte
- b) Infrecuentemente hago ejercicio o deporte
- c) Moderadamente hago ejercicio o deporte
- d) Frecuentemente hago ejercicio y deporte
- e) Muy frecuentemente hago ejercicio y deporte

7. La gente tiene varias razones para no hacer ejercicio regularmente (minimo tres veces por semana), por favor indique cuáles de las siguientes razones son aplicables a usted.

_____ Marque si usted hace ejercicio regularmente, si es así
pase a la pregunta 8.

SI NO

_____ No hay un interés real o motivación

- _____ No tengo tiempo suficiente en el día o en la semana
- _____ No puedo mantener el interés en el ejercicio
- _____ Dificultades (especifique) _____
- _____ Realmente no entiendo el ejercicio
- _____ No me agrada la incomodidad del ejercicio
- _____ Por problemas de salud
- _____ El gimnasio o deportivo está muy lejos
- _____ El gimnasio o deportivo no abre cuando puedo ir y cuando necesito ejercicio
- _____ Mis compañeros no colaboran
- _____ Mi instructor no colabora
- _____ Mi doctor dice que el ejercicio no es necesario para mi
- _____ Mi esposo (a) no hace ejercicio
- _____ Mis amigos no hacen ejercicio
- Otros (Especifique) _____

8. La gente cuando se ejercita regularmente (3 o más veces por semana) lo hace por varias razones. Por favor indique cuáles de las siguientes razones, son aplicables a usted.

SI NO

- _____ Me interesa y me motiva
- _____ Es parte de mi rutina diaria
- _____ Me hace sentir bien
- _____ Disfruto de la sensación física asociada con el ejercicio
- _____ Por mi salud
- _____ El gimnasio esta abierto cuando puedo y cuando necesito ejercicio.
- _____ Mis compañeros son cooperativos
- _____ Mi instructor es agradable
- _____ Mi doctor me recomendó el ejercicio
- _____ Mi esposo (a) hace ejercicio
- _____ Mis amigos hacen ejercicio

Otros (Especifique) _____

9. Marque cuáles de las siguientes actividades lleva a cabo especialmente para ejercitarse e indique la frecuencia de cada una por semana.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA		
Basquetball	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Caminar	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Correr	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Nadar	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Aerobics	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Baile	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Voleiball	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Tenis	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Pesas	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces
Otras	___ 1-2 veces	___ 3-4 veces	___ 5 o más veces

(especifique) _____

10. Cuál es el tiempo promedio que utiliza para hacer ejercicio?

- a) Menos de 10 minutos
- b) De 10 a 20 minutos
- c) De 21 a 30 minutos
- d) De 31 a 40 minutos
- e) De 41 a 50 minutos
- f) De 51 a 60 minutos
- g) Más de una hora
- h) Nada

11. Cómo describiría el esfuerzo realizado usualmente en su sesión de ejercicio?

- a) Muy sencillo
- b) Sencillo
- c) Moderado
- d) Vigoroso
- e) Exhaustivo
- f) No hace

12. En qué horario practica usualmente ejercicio?

- a) En la mañana
- b) En la tarde
- c) En la noche

13. En dónde practica usualmente ejercicio (puede marcar más de una opción)?

- a) En su hogar o alrededor de su casa
- b) En el campo o en el parque

- c) En el gimnasio
- d) En el centro recreativo
- e) En la escuela
- f) Alguna otra (especifique) _____
- g) No practica

14. De las siguientes opciones de ejercicio, marque las que le gustaría desarrollar en grupo (puede marcar más de una).

- caminar aerobics correr
 basketball nadar voleiball
 ciclismo tenis baile

pesas ninguno de éstos

otros (especifique) _____

15. A usted le gustaría practicar más ejercicio sólo si tuviera la información e instrucción necesaria para hacerlo?

SI _____ NO _____

16. A usted le gustaría hacer ejercicio en un gimnasio y/o deportivo?

SI _____ NO _____

17. En dónde prefiere hacer ejercicio?

- a) En un lugar cerrado
- b) Al aire libre
- c) Ambos
- d) Ninguno de los dos

18. En qué tiempo le gustaría llevar a cabo un programa de ejercicio?

- a) Alrededor de un año
- b) Dentro del año escolar
- c) Ninguna de los dos
- d) Otra (especifique) _____

19. Mencione las actividades que realiza en su tiempo libre?

20. A que eventos culturales y recreativos asiste?

21. Con que frecuencia asiste a tales eventos?

- a) 1-5 veces por mes
- b) 6-10 veces por mes
- c) 11-20 veces por mes

d) todos los días

e) No asisto

22. Qué actividades realizas para tu diversión y recreo?

23. Con qué frecuencia realizas estas actividades?

a) 1-5 veces por mes

b) 6-10 veces por mes

c) 11-20 veces por mes

d) todos los días

e) no asisto

24. Estas actividades las puedes realizar en la escuela?

SI _____ NO _____

25. Qué tipo de revistas lees?

26. Las revistas que consulta tienen artículos de salud?

SI _____ NO _____

27. De qué tipo son y a que se refieren?

28. Cómo considera la calidad de dichos artículos?

a) Muy buena

b) Buena

c) Regular

d) Mala

e) Muy mala

POR QUE? _____

29. Cómo se llaman las revistas que consulta?

30. Considera que al haber leído los artículos de las revistas, han cambiado tus hábitos de salud?

SI _____ NO _____

POR QUE? _____

31. Conoce algun programa de radio y/o T.V. donde se proporcione información sobre salud?

SI _____ NO _____

32. En qué canal (es) y/o estación (es) se transmiten?

33. Cómo considera que es su alimentación?

- _____ excelente
 _____ muy buena
 _____ buena
 _____ regular
 _____ deficiente
 _____ mala

POR QUE ? _____

34. Desayuna

SI _____ NO _____

POR QUE ? _____

35. Con qué frecuencia desayuna?

- a) Siempre
 b) Casi siempre
 c) Frecuentemente
 d) algunas veces
 e) rara vez

36. Cómo considera su desayuno?

- a) Muy completo
 b) Bastante completo
 c) Poco incompleto
 d) No desayuno

37. Ingiere alimentos en un horario específico?

SI _____ NO _____ A VECES _____

38. Come solo o con su familia? _____

39. Usualmente come en :

- _____ casa ()
 _____ lugares públicos ()

40. Ha considerado algun programa de nutrición o control de peso? Qué prefiere?

- a) Solamente tener información
 b) Llevar a cabo un programa formal

c) Ninguno de los dos

41. Fuma. SI _____ NO _____

42. Con qué frecuencia?

- a) 1 a 10 cigarros por día
- b) 11 a 20 cigarros por día
- c) 21 a 30 cigarros por día
- d) 31 a 40 cigarros por día
- e) Más de 40 cigarros por día.

43. Ha considerado dejar de fumar o llevar a cabo un control? Qué prefiere?

- a) Tener solamente información
- b) Llevar a cabo un programa formal
- c) Ninguno de los dos

44. Ingiere bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____

45. Con qué frecuencia?

- a) Una vez por semana
- b) Los fines de semana
- c) Sólo en fiestas
- d) Todos los días

46. Cuántas horas duerme en promedio al día?

47. Cómo considera las horas que duerme?

- a) muy satisfactorias
- b) satisfactorias
- c) regulares
- d) insatisfactorias
- e) muy insatisfactorias

48. A usted le gustaría tener la oportunidad de hacerse un examen en el área de salud (incluyendo presión sanguínea, análisis de sangre, entre otros).

SI _____ NO _____

49. Está dispuesto a tener un detallado examen físico realizado por su médico familiar antes de incluirse en un programa de ejercicio?

SI _____ NO _____

50. Le gustaría un programa de ejercicio individualizado basado en su estado de salud?

SI _____ NO _____

51. Cómo cataloga su condición actual de salud?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

POR QUE? _____

52. Cuánto querría pagar por un ejercicio grupal?

- a) No estaría dispuesto a pagar una cuota
- b) De 10 a 15 pesos por semana
- c) De 16 a 30 pesos por semana
- d) De 40 a 50 pesos por semana

53. Cuánto querría pagar por un programa para una salud adecuada?

- a) No estaría dispuesto a pagar una cuota
- b) De 1 a 15 pesos por mes
- c) De 16 a 30 pesos por mes
- d) De 31 a 45 pesos por mes
- e) De 46 a 60 pesos por mes
- f) De 61 a 75 pesos por mes
- g) De 76 a 90 pesos por mes
- h) De 91 a 105 pesos por mes
- i) Más de 150 pesos por mes

54. Cuál considera el mejor horario para llevar a cabo un programa de ejercicio constante?

- a) No lo realizaría
- b) De 6 a 7 AM
- c) De 7 a 8 AM
- d) Al mediodía
- e) De 4 a 5 PM
- f) De 5 a 6 PM
- g) De 6 a 7 PM
- h) De 7 a 8 PM
- i) De 8 a 9 PM
- j) Otros (especifique) _____

55. Cómo considera su relación de pareja?

- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Regular
 - d) Mala
 - e) Muy mala
56. Qué tiempo le dedica a su pareja?
- a) 1-2 veces por semana
 - b) 3-4 veces por semana
 - c) 5 o más veces por semana
57. Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales con su pareja?
- a) 1-2 veces por semana
 - b) 3-4 veces por semana
 - c) 5 o más veces por semana
58. Cómo considera la sexualidad con su pareja?
- a) Muy satisfactoria
 - b) Satisfactoria
 - c) Regular
 - d) Insatisfactoria
 - e) Muy insatisfactoria
59. Nivel de atracción sexual hacia su pareja.
- a) Nada
 - b) Poco
 - c) Regular
 - d) Mucho
 - e) Demasiado
60. Qué cantidad de sentimiento agradable tiene en la presencia de ella (él).
- a) Nada
 - b) Poco
 - c) Regular
 - d) Mucho
 - e) Demasiado
61. Te sacrificarías por tu pareja sin su conocimiento?
- a) Nada
 - b) Poco
 - c) Regular

- d) Mucho
 - e) Demasiado
62. Desearías vivir con tu pareja por el resto de tu vida?
- a) Nada
 - b) Poco
 - c) Regular
 - d) Mucho
 - e) Demasiado
63. Qué cantidad de soledad o incomodidad siente cuando no está con su pareja
- a) Nada
 - b) Poco
 - c) Regular
 - d) Mucho
 - e) Demasiado

SEXO F _____ M _____

ESTATURA _____

PESO _____

EDAD _____

CARRERA _____

SEMESTRE _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

Tabla 1. Porcentajes de la conducta deportiva de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

CONDUCTA DEPORTIVA	ÁREAS	NO HAGO	INFRECUENTE- MENTE	MODERADAMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
EXCELENTE	C. SALUD	27.3	45.5		9.1	16.2
	C. SOCIALES	14.3	28.6		28.6	28.6
BUENA	C. SALUD	14.9	26.4	25.4	22.4	9
	C. SOCIALES	5.7	22.9	31.4	34.3	5.7
REGULAR	C. SALUD	13.9	44.4	25	11.1	5.6
	C. SOCIALES	20	40	28.7	13.3	
MALA	C. SALUD	25	75			
	C. SOCIALES		100			

Tabla 2. Porcentajes de las razones por las cuales no realizan ejercicio los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

RESPUESTAS	ÁREAS	SI				NO			
		E	B	R	M	E	B	R	M
NO INTERES	C. SALUD	33.3	29.8	33.3		68.7	70.4	66.7	100
	C. SOCIALES		46.7	27.3	100	100	53.3	72.7	
PROBLEMAS DE SALUD	C. SALUD	25	10.7	3.8		75	89.3	96.2	100
	C. SOCIALES	50		9.1		50	100	90.9	100
HORARIO	C. SALUD	25	37	11.5	33.3	75	63	88.5	86.7
	C. SOCIALES					100	100	100	100
MIS AMIGOS	C. SALUD	25	26.9	15.4	50	75	73.1	84.6	50
	C. SOCIALES		26.7	9.1	50	100	73.3	90.9	50

Tabla 3. Porcentajes de las razones por las cuales practican ejercicio los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

RESPUESTAS	ÁREAS	SI				NO			
		E	B	R	M	E	B	R	M
ME INTERESA EJERCITARME	C. SALUD	33.3	83.3	53.3	100	66.7	16.7	46.7	
	C. SOCIALES	63.3	79.2	77.8		16.7	20.8	22.2	100
SENTIR BIEN	C. SALUD	44.4	96	88.7	100	55.6	4	13.3	
	C. SOCIALES	83.3	79.2	77.8	100	16.7	20.8	22.2	
POR MI SALUD	C. SALUD	33.3	77.6	86.7	100	66.7	22.4	13.3	
	C. SOCIALES	66.7	66.7	77.8		33.3	33.3	22.2	100
HORARIO ACCESIBLE	C. SALUD	37.5	30.4	21.4		62.5	69.6	78.6	
	C. SOCIALES	33.3	12.5			66.7	87.5	100	100
COOPERACION DE MIS COMPAÑEROS	C. SALUD		42.2	15.4		100	57.6	84.6	
	C. SOCIALES	33.3	12.5	33.3		66.7	87.5	86.7	100
RECOMENDACIÓN DEL DOCTOR	C. SALUD	25	31.6	35.7		75	68.2	64.3	
	C. SOCIALES	16.7	16.7	11.1		83.3	83.3	88.9	100

Tabla 4. Porcentajes de las actividades que realizan en su tiempo libre los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

ACTIVIDADES EN SU TIEMPO LIBRE	ÁREAS	PRACTICAR ALGUN DEPORTE	LEER	VER TELEVISION TEATRO	ESCUCHAR MUSICA	ARTES PLASTICAS
EXCELENTE	C. SALUD	100				
	C. SOCIALES	40	20	20	20	
BUENA	C. SALUD	---	---	---	---	---
	C. SOCIALES					
REGULAR	C. SALUD	30	28.7	20	10	13.3
	C. SOCIALES	35.7	28.6	7.1	28.6	
MALA	C. SALUD	50				
	C. SOCIALES		50	50	50	

Tabla 5. Porcentajes de los eventos culturales y recreativos a los que prefieren asistir los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

EVENTOS CULTURALES Y RECREATIVOS	ÁREAS	EVENTOS DEPORTIVOS	EVENTOS MUSICALES	MUSEOS, CINES TEATROS	CONFERENCIAS	NINGUNO
EXCELENTE	C. SALUD		14.3	42.9	14.3	28.6
	C. SOCIALES	28.6		57.1	14.3	
BUENA	C. SALUD	8.0	17.2	37.9	20.7	17.2
	C. SOCIALES	7.4	11.1	40.7	22.2	18.5
REGULAR	C. SALUD	6.3	6.3	48.9	12.5	28.1
	C. SOCIALES	6.7		46.7	26.7	20
MALA	C. SALUD	33.3			33.3	33.3
	C. SOCIALES			50		50

Tabla 6. Porcentajes de la frecuencia con que asisten a los eventos culturales y recreativos los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

ASISTENCIA A EVENTOS	ÁREAS	1 A 5 VECES POR SEMANA	6 A 10 VECES POR SEMANA	11 A 20 VECES POR SEMANA	TODOS LOS DIAS	NO ASISTO
EXCELENTE	C. SALUD	50		10		40
	C. SOCIALES	50	16.7	33.3		
BUENA	C. SALUD	68.3	12.7	1.8		17.5
	C. SOCIALES	66.7	10	6.7		16.7
REGULAR	C. SALUD	72.7	3	3	3	18.2
	C. SOCIALES	85.7	7.1			7.1
MALA	C. SALUD	100				
	C. SOCIALES	100				

Tabla 7. Porcentaje de las actividades que realizan para su diversión y recreo los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

DIVERSION Y RECREO	ÁREAS	PRACTICAR ALGUN DEPORTE	IR A FIESTAS	ESTAR CON AMIGOS	LEER	EVENTOS CULTURALES	NINGUNO
EXCELENTE	C. SALUD	37.5	50				12.5
	C. SOCIALES	28.6	28.6			28.6	14.3
BUENA	C. SALUD	35.1	17.5	14	5.3	19.3	8.8
	C. SOCIALES	48.9	15.6	15.6	15.6		6.3
REGULAR	C. SALUD	22.6	25.8	29	6.5	9.7	6.5
	C. SOCIALES	15.4	30.8	38.5	15.4		
MALA	C. SALUD	50		50			
	C. SOCIALES		100				

Tabla 6. Porcentajes de la frecuencia con que existen actividades de diversión y recreo los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

FRECUENCIA DE DIVERSION	AREAS	1 A 5 VECES POR SEMANA	6 A 10 VECES POR SEMANA	11 A 20 VECES POR SEMANA	TODOS LOS DIAS	NO ASISTO
EXCELENTE	C. SALUD	55.6	2.2		11.1	11.1
	C. SOCIALES	42.9		28.6	28.6	
BUENA	C. SALUD	48.7	15	21.7	13.3	3.3
	C. SOCIALES	48.9	21.9	12.5	15.6	3.1
REGULAR	C. SALUD	47.1	14.7	17.6	17.6	2.9
	C. SOCIALES	40	28.7	6.7	20	6.7
MALA	C. SALUD	50			50	
	C. SOCIALES		100			

Tabla 9. Porcentajes de los estudiantes que fuman de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

FUMA	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	27.3	72.7
	C. SOCIALES		100
BUENA	C. SALUD	22.4	77.6
	C. SOCIALES	32.4	67.6
REGULAR	C. SALUD	33.3	66.7
	C. SOCIALES	62.5	37.5
MALA	C. SALUD		100
	C. SOCIALES		100

Tabla 10. Porcentajes de la frecuencia de fumar de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

FRECUENCIA DE FUMAR	AREAS	1 A 10 CIGARRILLOS POR DIA	11 A 20 CIGARRILLOS POR DIA	21 A 30 POR DIA
EXCELENTE	C. SALUD	66.7		33.3
	C. SOCIALES			
BUENA	C. SALUD	81.3	18.8	
	C. SOCIALES	100		
REGULAR	C. SALUD	100		
	C. SOCIALES	100		
MALA	C. SALUD			
	C. SOCIALES			

Tabla 12. Porcentajes de la frecuencia con que ingieren bebidas alcohólicas los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

FRECUENCIA DE TOMAR	AREAS	UNA VEZ POR SEMANA	LOS FINES DE SEMANA	SOLO EN FIESTAS	TODOS LOS DIAS
EXCELENTE	C. SALUD	16.7	33.3	50	
	C. SOCIALES		33.3	66.7	
BUENA	C. SALUD	7.1	3.6	65.7	3.6
	C. SOCIALES	5.6	5.6	63.3	5.6
REGULAR	C. SALUD	12.5	6.3	75	6.3
	C. SOCIALES	6.3	6.3	63.3	
MALA	C. SALUD				
	C. SOCIALES		100		

Tabla 11. Porcentajes de los estudiantes que ingieren bebidas alcohólicas de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

INGIERE ALCOHOL	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	54.5	45.5
	C. SOCIALES	42.9	57.1
BUENA	C. SALUD	40.6	59.4
	C. SOCIALES	57.6	42.4
REGULAR	C. SALUD	43.2	56.8
	C. SOCIALES	78.6	21.4
MALA	C. SALUD		100
	C. SOCIALES	50	50

Tabla 13. Porcentajes de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales que desean tener un control de fumar, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

CONTROL DE FUMAR	AREAS	TENER SOLAMENTE INFORMACION	LLEVAR A CABO UN PROGRAMA	NINGUNO DE LOS DOS
EXCELENTE	C. SALUD	12.5	12.5	75
	C. SOCIALES			
BUENA	C. SALUD	13	17.4	69.6
	C. SOCIALES	15.4	53.8	30.8
REGULAR	C. SALUD	20	40	40
	C. SOCIALES	44.4	55.6	
MALA	C. SALUD			100
	C. SOCIALES			

Tabla 14. Porcentajes de las horas que duermen al día los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

DORMIR	AREAS	1 A 4 HORAS DIARIAS	5 A 8 HORAS DIARIAS	9 A 11 HORAS DIARIAS
EXCELENTE	C. SALUD	10	90	
	C. SOCIALES		100	
BUENA	C. SALUD	7.8	84.4	7.8
	C. SOCIALES			
REGULAR	C. SALUD	13.9	80.8	5.6
	C. SOCIALES	12.5	81.3	6.3
MALA	C. SALUD		100	
	C. SOCIALES		100	

Tabla 15. Porcentajes de como consideran las horas de dormir los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

CALIDAD DEL DORMIR	AREAS	MUY SATISFACTORIA	SATISFACTORIA	REGULARES	INSATISFACTORIAS	MUY INSATISFACTORIAS
EXCELENTE	C. SALUD	36.4	18.2	45.5		
	C. SOCIALES	28.6	28.6	28.6		14.3
BUENA	C. SALUD	19.4	37.3	34.3	6	3
	C. SOCIALES	14.7	35.3	44.1	2.9	2.9
REGULAR	C. SALUD	5.4	21.6	56.6	10	5.4
	C. SOCIALES	6.7	13.3	33.3	26.7	20
MALA	C. SALUD		25	75		
	C. SOCIALES		50			50

Tabla 16. Porcentajes de como consideran su relación de pareja los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud excelente, buena, regular y mala.

RELACION DE PAREJA	ÁREAS	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
EXCELENTE	C. SALUD	42.9	28.6	14.3	14.3	
	C. SOCIALES	80	20			
BUENA	C. SALUD	34.7	40.8	8.2	14.3	2
	C. SOCIALES	24	52	12		12
REGULAR	C. SALUD	40	40	13.3	6.7	
	C. SOCIALES	33.3	22.2	33.3	11.1	
MALA	C. SALUD		66.7	33.3		
	C. SOCIALES	50	50			

Tabla 17. Porcentajes del tiempo que le dedican a su pareja los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud excelente, buena, regular y mala.

TIEMPO DEDICADO A SU PAREJA	ÁREAS	1 A 2 VECES POR SEMANA	3 A 4 VECES POR SEMANA	5 O MAS VECES POR SEMANA
EXCELENTE	C. SALUD	50	16.7	33.3
	C. SOCIALES	20	40	40
BUENA	C. SALUD	45.7	19.6	34.8
	C. SOCIALES	42.9	28.6	28.6
REGULAR	C. SALUD	31	13.8	55.2
	C. SOCIALES	33.3	11.1	55.6
MALA	C. SALUD	66.7		33.3
	C. SOCIALES		50	50

Tabla 18. Porcentajes de la frecuencia con que tienen relaciones sexuales los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud excelente, buena, regular y mala.

FRECUENCIA DE RELAC. SEXUALES	ÁREAS	1 A 2 VECES POR SEMANA	3 A 4 VECES POR SEMANA	5 O MAS VECES POR SEMANA
EXCELENTE	C. SALUD	66.7		33.3
	C. SOCIALES	100		
BUENA	C. SALUD	86.7		13.3
	C. SOCIALES	100		
REGULAR	C. SALUD	45.5	36.4	18.2
	C. SOCIALES	100		
MALA	C. SALUD	100		
	C. SOCIALES			

Tabla 19. Porcentajes de como consideran su sexualidad los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud excelente, buena, regular y mala.

SEXUALIDAD	ÁREAS	MUY SATISFACTORIA	SATISFACTORIA	REGULAR	INSATISFACTORIA	MUY INSATISFACTORIA
EXCELENTE	C. SALUD	60	20			20
	C. SOCIALES	33.3	66.7			
BUENA	C. SALUD	50	41.7	4.2	4.2	
	C. SOCIALES	36.4	54.5			9.1
REGULAR	C. SALUD	42.9	35.7	14.3	7.1	
	C. SOCIALES		16.7	63.3		
MALA	C. SALUD					
	C. SOCIALES					

Tabla 20. Porcentajes de la atracción sexual que sienten hacia su pareja los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado de salud: excelente, buena, regular y mala.

ATRACCION SEXUAL	AREAS	NADA	POCA	REGULAR	MUCHA	DEMASIADA
EXCELENTE	C. SALUD	33.3			33.3	33.3
	C. SOCIALES			50	25	25
BUENA	C. SALUD	10	12.5	12.5	40	25
	C. SOCIALES	6.7	6.7	26.7	46.7	13.3
REGULAR	C. SALUD	12	12	20	36	20
	C. SOCIALES	12.5	25	50	12.5	
MALA	C. SALUD			100		
	C. SOCIALES			50		50

Tabla 21. Porcentajes de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales que desean vivir con su pareja, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

VIVIR CON SU PAREJA	AREAS	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
EXCELENTE	C. SALUD		28.6		14.3	57.1
	C. SOCIALES		20	40	20	20
BUENA	C. SALUD	22.2	4.4	24.4	20	28.9
	C. SOCIALES	17.4	13	13	43.5	13
REGULAR	C. SALUD	14.8	3.7	25.9	18.5	37
	C. SOCIALES	40	30	20	10	
MALA	C. SALUD			100		
	C. SOCIALES	50		50		

Tabla 22. Porcentajes de como consideran su estrés los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

ESTRÉS	AREAS	MINIMAMENTE ESTRESADO	MODERADAMENTE ESTRESADO	MUY ESTRESADO	NO DEL TODO ESTRESADO
EXCELENTE	C. SALUD	27.3	45.5	9.1	18.2
	C. SOCIALES	50	33.3		16.7
BUENA	C. SALUD	17.9	52.2	14.9	14.9
	C. SOCIALES	22.9	45.7	17.1	14.3
REGULAR	C. SALUD	5.4	32.4	21.6	40.5
	C. SOCIALES		46.7	23.3	20
MALA	C. SALUD		50	25	25
	C. SOCIALES		50	50	

Tabla 23. Porcentajes de cuando se presentan los síntomas de estrés a inicio de semestres en los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

SINTOMAS INICIO DE SEMESTRE	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	27.3	72.7
	C. SOCIALES	14.3	85.7
BUENA	C. SALUD	9	91
	C. SOCIALES	8.8	91.4
REGULAR	C. SALUD	10.8	89.2
	C. SOCIALES	13.3	86.7
MALA	C. SALUD		100
	C. SOCIALES	50	50

Tabla 24. Porcentajes de cuando se presentan los síntomas de estrés a mediados de semestre en los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado de salud: excelente, buena, regular y mala.

SINTOMAS MEDIADOS DE SEMESTRE	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	18.2	81.8
	C. SOCIALES		100
BUENA	C. SALUD	13.4	86.6
	C. SOCIALES	8.8	91.4
REGULAR	C. SALUD	18.9	81.1
	C. SOCIALES	6.7	93.3
MALA	C. SALUD	50	50
	C. SOCIALES	50	50

Tabla 25. Porcentajes de cuando se presentan los síntomas de estrés a final de semestre en los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

SINTOMAS FINAL DE SEMESTRE	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	27.3	72.7
	C. SOCIALES	14.3	85.7
BUENA	C. SALUD	34.3	65.7
	C. SOCIALES	34.3	65.7
REGULAR	C. SALUD	45.9	54.1
	C. SOCIALES	20	80
MALA	C. SALUD		100
	C. SOCIALES	50	50

Tabla 26. Porcentajes de cuando se presentan los síntomas de estrés al existir periodos prolongados de tensión en los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

ESTADOS DE TENSION	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	36.4	63.6
	C. SOCIALES	14.3	85.7
BUENA	C. SALUD	46.3	53.7
	C. SOCIALES	34.3	65.7
REGULAR	C. SALUD	45.9	54.1
	C. SOCIALES	53.3	46.7
MALA	C. SALUD	25	75
	C. SOCIALES	100	

Tabla 27. Porcentajes de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales que estarían dispuestos a realizarse un examen médico, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

EXAMEN MEDICO	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	83.6	16.4
	C. SOCIALES	85.7	14.3
BUENA	C. SALUD	85.5	14.5
	C. SOCIALES	83.7	16.3
REGULAR	C. SALUD	88.2	11.8
	C. SOCIALES	83.8	16.2
MALA	C. SALUD	75	25
	C. SOCIALES	50	50

Tabla 28. Porcentajes de como consideran su alimentación los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

ALIMENTACION	AREAS	EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	DEFICIENTE	MALA
EXCELENTE	C. SALUD	9.1	18.2	83.6	9.1		
	C. SOCIALES	28.6	14.3	28.6	14.3	14.3	
BUENA	C. SALUD	3	14.9	46.3	34.3	1.5	
	C. SOCIALES	2.8	5.8	70.6	17.6	2.9	
REGULAR	C. SALUD	5.4	2.7	40.5	32.4	10.8	8.1
	C. SOCIALES		8.3	43.3	31.3	12.5	6.3
MALA	C. SALUD		25		50		25
	C. SOCIALES					100	

Tabla 29. Porcentajes de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales que si va a desayunar, que consideran su estado actual de salud: Excelente, buena, regular y mala.

DESAYUNO	AREAS	SI	NO
EXCELENTE	C. SALUD	81.8	18.2
	C. SOCIALES	85.7	14.3
BUENA	C. SALUD	77.6	22.4
	C. SOCIALES	85.7	14.3
REGULAR	C. SALUD	87.6	12.4
	C. SOCIALES	75	25
MALA	C. SALUD	25	75
	C. SOCIALES		100

Tabla 30. Porcentajes de la frecuencia del consumo de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

FRECUENCIA DEL DESAYUNO	ÁREAS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
EXCELENTE	C. SALUD	54.5	18.2	18.2		8.8
	C. SOCIALES	71.4	14.3			14.3
BUENA	C. SALUD	44.8	21.9	12.3	15.4	6.7
	C. SOCIALES	57.1	14.3	17.1	8.7	6.7
REGULAR	C. SALUD	27.8	38.1	8.8	18.4	11.1
	C. SOCIALES	58.3	17.9	8.3	8.3	14.8
MALA	C. SALUD	25		25	25	25
	C. SOCIALES					100

Tabla 31. Porcentajes de cómo consideran su desayuno los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

CALIDAD DEL DESAYUNO	ÁREAS	MUY COMPLETO	BASTANTE COMPLETO	POCO INCOMPLETO	NO DESAYUNO
EXCELENTE	C. SALUD	45.5		45.5	
	C. SOCIALES	50	53.5	18.7	9.1
BUENA	C. SALUD	51.7	22.2	28.5	8.9
	C. SOCIALES	28.4	28.5	41.2	2.8
REGULAR	C. SALUD	8.8	17.1	65.7	8.8
	C. SOCIALES	18.8	8.3	53.3	18.8
MALA	C. SALUD			25	75
	C. SOCIALES			50	50

Tabla 32. Porcentajes de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales que tienen un horario específico de comida, que consideran su estado actual de salud: excelente, buena, regular y mala.

HORARIO ESPECÍFICO	ÁREAS	SI	NO	A VECES
EXCELENTE	C. SALUD	18.2	54.5	27.3
	C. SOCIALES	42.8	28.8	28.8
BUENA	C. SALUD	23.8	48.3	29.9
	C. SOCIALES	28.8	31.2	40
REGULAR	C. SALUD	18.8	51.4	37.8
	C. SOCIALES	8.3	52.5	31.3
MALA	C. SALUD	25	75	
	C. SOCIALES		50	50

Tabla 33. Porcentajes de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales que tienen un lugar específico de comida, que consideran su estado de salud: excelente, buena, regular y mala.

LUGAR DE COMIDA	ÁREAS	SOLO	CON SU FAMILIA	AMBOS
EXCELENTE	C. SALUD	27.3	38.4	38.4
	C. SOCIALES	28.8	42.8	28.8
BUENA	C. SALUD	35.4	41.3	23.1
	C. SOCIALES	21.2	54.5	24.2
REGULAR	C. SALUD	28.7	45.8	24.3
	C. SOCIALES	37.5	25	37.5
MALA	C. SALUD	25	75	
	C. SOCIALES	50	50	

TABLA 34 ALIMENTACION (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ALIMENTACION	6.42703	4	0.16945
DESAYUNA	0.95746	1	0.32783
FREC. DESAYUNO	3.51861	4	0.47505
CALIDAD DESAYUNO	1.6591	3	0.64806
HORARIO ESPECIFICO (DE COMIDA)	2.13851	2	0.34326
LUGAR DE COMIDA	3.4174	1	0.06451

TABLA 36 ALIMENTACION (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ALIMENTACION	1.34917	5	0.92979
DESAYUNA	0.29278	1	0.58845
FREC. DESAYUNO	6.34123	4	0.17507
CALIDAD DESAYUNO	3.03892	3	0.38551
HORARIO ESPECIFICO (DE COMIDA)	0.63524	2	0.72788
LUGAR DE COMIDA	4.83721	1	0.02785

TABLA 38 EJERCICIO (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
CONDUCTA DEPORTIVA	1.82004	3	0.61058
NO INTERES	0.88889	1	0.34578
NO TENGO TIEMPO	2.05714	1	0.15149
PROBLEMAS DE SALUD	0.37500	1	0.54029
HORARIO	0.83333	1	0.36131
MIS AMIGOS NO HACEN	0.60000	1	0.43858

TABLA 40 EJERCICIO (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
CONDUCTA DEPORTIVA	1.18988	4	0.87976
NO INTERES	0.13229	1	0.71548
NO TENGO TIEMPO	1.15750	1	0.28198
PROBLEMAS DE SALUD	0.41583	1	0.51902
HORARIO	1.38122	1	0.23989
MIS AMIGOS NO HACEN	0.26198	1	0.60877

TABLA 35 ALIMENTACION (EXCELENTE)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ALIMENTACION	3.74026	4	0.4423
DESAYUNA	0.04675	1	0.82881
FREC. DESAYUNO	1.61511	3	0.65587
CALIDAD DESAYUNO	5.14078	3	0.16177
HORARIO ESPECIFICO (DE COMIDA)	1.58861	2	0.45167
LUGAR DE COMIDA	0.11688	1	0.73244

TABLA 37 ALIMENTACION (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ALIMENTACION	6.00000	3	0.11181
DESAYUNA	0.60000	1	0.43858
FREC. DESAYUNO	3.00000	3	0.39163
CALIDAD DESAYUNO	0.37500	1	0.54029
HORARIO ESPECIFICO (DE COMIDA)	2.62500	2	0.26915
LUGAR DE COMIDA	2.40000	1	0.12134

TABLA 39 EJERCICIO (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
CONDUCTA DEPORTIVA	3.76524	4	0.43871
NO INTERES	1.21909	1	0.26954
NO TENGO TIEMPO	1.09870	1	0.29455
PROBLEMAS DE SALUD	1.72788	1	0.18871
HORARIO	7.29187	1	0.00693
MIS AMIGOS NO HACEN	0.00032	1	0.98576

TABLA 41 EJERCICIO (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
CONDUCTA DEPORTIVA	8888	*****	*****
NO INTERES	5.00000	1	0.02535
NO TENGO TIEMPO	0.13889	1	0.70939
PROBLEMAS DE SALUD			
HORARIO	0.83333	1	0.36131
MIS AMIGOS NO HACEN	0.00000	1	1

TABLA 42 EJERCICIO (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ME INTERESA EJERCITARME	3.81807	1	0.05722
SENTIR BIEN	2.26852	1	0.13203
POR MI SALUD	1.60714	1	0.20489
HORARIO ACCESIBLE	0.02593	1	0.87208
COOPERACION DE MIS COMPAÑEROS	3.11111	1	0.07776
RECOMENDACIÓN DEL DOCTOR	0.14141	1	0.70688

TABLA 44 EJERCICIO (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ME INTERESA EJERCITARME	1.43407	1	0.2311
SENTIR BIEN	0.32000	1	0.57161
POR MI SALUD	0.32000	1	0.57161
HORARIO ACCESIBLE	2.21788	1	0.13642
COOPERACION DE MIS COMPAÑEROS	0.97557	1	0.3233
RECOMENDACIÓN DEL DOCTOR	1.71981	1	0.18972

TABLA 46 EJERCICIO (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
TIEMPO PROMEDIO	5.07302	5	0.40703
HORARIO DE EJERCICIO	0.91582	2	0.6326
HOGAR	0.78081	1	0.37695
GIMNASIO	1.25245	1	0.26309
ESCUELA	0.00405	1	0.94927
LUGAR DE EJERCICIO	0.44418	2	0.80085

TABLA 48 EJERCICIO (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
TIEMPO PROMEDIO	6.84253	6	0.33566
HORARIO DE EJERCICIO	3.61336	2	0.1642
HOGAR	0.04739	1	0.82767
GIMNASIO	0.80574	1	0.36938
ESCUELA	0.94953	1	0.32984
LUGAR DE EJERCICIO	3.85606	3	0.27743

TABLA 43 EJERCICIO (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ME INTERESA EJERCITARME	0.18774	1	0.6648
SENTIR BIEN	5.36513	1	0.02054
POR MI SALUD	0.89128	1	0.31943
HORARIO ACCESIBLE	2.75889	1	0.09672
COOPERACION DE MIS COMPAÑEROS	6.38871	1	0.01163
RECOMENDACIÓN DEL DOCTOR	1.83165	1	0.17583

TABLA 45 EJERCICIO (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ME INTERESA EJERCITARME	2.00000	1	0.1573
SENTIR BIEN			
POR MI SALUD	2.00000	1	0.1573
HORARIO ACCESIBLE			
COOPERACION DE MIS COMPAÑEROS			
RECOMENDACIÓN DEL DOCTOR			

TABLA 47 EJERCICIO (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
TIEMPO PROMEDIO	6.04482	7	0.53455
HORARIO DE EJERCICIO	0.14742	2	0.92892
HOGAR	0.04893	1	0.82493
GIMNASIO	0.35689	1	0.55024
ESCUELA	0.23524	1	0.62767
LUGAR DE EJERCICIO	2.09550	2	0.35073

TABLA 49 EJERCICIO (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
TIEMPO PROMEDIO	5.00000	3	0.1718
HORARIO DE EJERCICIO	1.87500	2	0.39161
HOGAR	6.00000	1	0.01431
GIMNASIO			
ESCUELA	0.60000	1	0.43858
LUGAR DE EJERCICIO	3.00000	3	1.39163

TABLA 50 RECREACION (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE	4.28571	3	0.23222
EVENTOS CULTU. Y RECREATIVOS	5.14286	4	0.27295
ASISTENCIA A EVENTOS	5.15558	3	0.16075
DIVERSION Y RECREO	2.81250	3	0.42145
FRECUENCIA DE DIVERSION	5.67198	4	0.22502
ACTIVIDADES EN LA ESCUELA	0.48571	1	0.48585

TABLA 51 RECREACION (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE	8.07943	4	0.08871
EVENTOS CULTU. Y RECREATIVOS	0.53443	4	0.97006
ASISTENCIA A EVENTOS	1.76550	3	0.62247
DIVERSION Y RECREO	9.59347	5	0.08761
FRECUENCIA DE DIVERSION	1.59674	4	0.80938
ACTIVIDADES EN LA ESCUELA	0.34838	1	0.55503

TABLA 52 RECREACION (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE	5.03855	4	0.28336
EVENTOS CULTU. Y RECREATIVOS	2.40860	4	0.86107
ASISTENCIA A EVENTOS	2.25990	4	0.68808
DIVERSION Y RECREO	3.47127	5	0.62774
FRECUENCIA DE DIVERSION	2.18981	4	0.70068
ACTIVIDADES EN LA ESCUELA			

TABLA 53 RECREACION (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE	4.00000	3	0.28148
EVENTOS CULTU. Y RECREATIVOS	2.91687	3	0.40465
ASISTENCIA A EVENTOS			
DIVERSION Y RECREO	4.00000	2	0.13534
FRECUENCIA DE DIVERSION	4.00000	2	0.13534
ACTIVIDADES EN LA ESCUELA			

TABLA 54 HABITOS DE SALUD (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
FUMA	2.28091	1	0.13013
FRECUENCIA DEL FUMAR			
CONTROL DE FUMAR			
INGIERE ALCOHOL	0.23377	1	0.62874
FRECUENCIA DEL TOMAR	0.60000	2	0.74082
DORMIR	0.74375	1	0.38846
CALIDAD DE DORMIR	2.17089	3	0.53775

TABLA 55 HABITOS DE SALUD (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
FUMA	1.17161	1	0.27907
FRECUENCIA DEL FUMAR	2.32031	1	0.12769
CONTROL DE FUMAR	5.89529	2	0.05246
INGIERE ALCOHOL	2.51552	1	0.11273
FRECUENCIA DEL TOMAR	0.24807	3	0.96948
DORMIR	0.87939	2	0.64423
CALIDAD DE DORMIR	1.20964	4	0.89189

TABLA 56 HABITOS DE SALUD (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
FUMA	3.88061	1	0.04943
FRECUENCIA DEL FUMAR			
CONTROL DE FUMAR	5.04935	2	0.08008
INGIERE ALCOHOL	5.08824	1	0.02409
FRECUENCIA DEL TOMAR	0.96338	3	0.61011
DORMIR	0.02579	2	0.98719
CALIDAD DE DORMIR	5.96033	4	0.2235

TABLA 58 SEXUALIDAD (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
RELACION DE PAREJA	2.20408	3	0.53114
TIEMPO DEDICADO A SU PAREJA	1.25278	2	0.53452
FRECUENCIA DE RELAC. SEXUALES	0.83333	1	0.36131
SEXUALIDAD	1.95556	2	0.37615
ATRACCION SEXUAL	4.44444	3	0.2173
VIVIR CON TU PAREJA	3.90857	3	0.27151

TABLA 60 SEXUALIDAD (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
RELACION DE PAREJA	2.41016	3	0.49175
TIEMPO DEDICADO A SU PAREJA	0.04822	2	0.97569
FRECUENCIA DE RELAC. SEXUALES	4.36364	2	0.11284
SEXUALIDAD	9.22908	3	0.0264
ATRACCION SEXUAL	5.38175	4	0.25032
VIVIR CON TU PAREJA	10.94393	4	0.02772

TABLA 57 HABITOS DE SALUD (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
FUMA			
FRECUENCIA DEL FUMAR			
CONTROL DE FUMAR			
INGIERE ALCOHOL	1.87500	1	0.1709
FRECUENCIA DEL TOMAR			
DORMIR			
CALIDAD DE DORMIR	3.75	2	0.153350

TABLA 59 SEXUALIDAD (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
RELACION DE PAREJA	7.93997	4	0.0938
TIEMPO DEDICADO A SU PAREJA	0.71691	2	0.69875
FRECUENCIA DE RELAC. SEXUALES	0.45000	1	0.50234
SEXUALIDAD	3.67890	4	0.45119
ATRACCION SEXUAL	2.60807	4	0.62539
VIVIR CON TU PAREJA	7.29100	4	12129

TABLA 61 SEXUALIDAD (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
RELACION DE PAREJA	2.22222	2	0.32919
TIEMPO DEDICADO A SU PAREJA	2.91867	2	0.23262
FRECUENCIA DE RELAC. SEXUALES			
SEXUALIDAD			
ATRACCION SEXUAL	0.75000	1	0.38648
VIVIR CON TU PAREJA	1.33333	1	0.24821

TABLA 62 ESTRÉS (EXCELENTE SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ESTRÉS	1.25721	3	0.73932
INICIO DE SEMESTRE	0.41744	1	0.51822
MEDIADOS DE SEMESTRE	1.43182	1	0.23147
FINAL DE SEMESTRE	0.41744	1	0.51822

TABLA 63 ESTRÉS (BUENA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ESTRÉS	0.56111	3	0.90527
INICIO DE SEMESTRE	0.00421	1	0.94827
MEDIADOS DE SEMESTRE	0.52341	1	0.46939
FINAL DE SEMESTRE	0.00002	1	0.99856

TABLA 64 ESTRÉS (REGULAR SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ESTRÉS	3.28914	3	0.34916
INICIO DE SEMESTRE	0.06854	1	0.78645
MEDIADOS DE SEMESTRE	1.23079	1	0.26725
FINAL DE SEMESTRE	3.03568	1	0.08145

TABLA 65 ESTRÉS (MALA SALUD)

INDICADOR	X2	GL	SIGNIFICANCIA
ESTRÉS	0.75000	2	0.68729
INICIO DE SEMESTRE	2.40000	1	0.12134
MEDIADOS DE SEMESTRE	0.00000	1	1
FINAL DE SEMESTRE	2.40000	1	0.12134