

253

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INDICADORES
PROTECTORES PSICOSOCIALES DE LA SALUD EN
UNA COMUNIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO”**

288016

T E S I S

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta

ANDROMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

Director de Tesis:

Dr. Héctor Ayala Velázquez

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.



México, D.F.

2001

**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INDICADORES
PROTECTORES PSICOSOCIALES DE LA SALUD EN
UNA COMUNIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO**
por **Andrómeda Ivette Valencia Ortiz**

Departamento de Psicología Experimental

Director de Tesis: **Dr. Héctor Ayala Velázquez**

Jurado:

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Lic. Isaac Seligson Neisenbaum

Lic. Noemí Barragán Torres

Mtro. Fernando Vázquez Pineda

El presente estudio plantea la descripción de indicadores psicosociales relacionados con el funcionamiento de la salud de una población abierta de habitantes de la Ciudad de México desde la visión de la psicología de la Salud. Tomando en cuenta el impacto que tiene en la salud los estilos de vida, el estrés cotidiano, el estilo de afrontamiento y las redes de apoyo social. A través de la aplicación de instrumentos psicológicos que permiten evaluar indicadores como: Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, Humor Depresivo, Uso de Medicamentos, Auto Confianza, Eventos Negativos y Positivos de Cambio de Vida (situaciones estresantes), Eventos de Salida, Respuestas de Afrontamiento, Tamaño y Satisfacción del Apoyo Social percibido y características Sociodemográficas. Para lograr tal objetivo se aplicó la Escala de Salud y Vida Cotidiana de Moos (1984), el Cuestionario de Apoyo Social de Sarason (1983) y un Cuestionario Sociodemográfico. La aplicación de los instrumentos seleccionados se llevó a cabo al sur de la ciudad de México en una población abierta de 477 sujetos. Formando grupos de clasificación por edad, sexo, escolaridad, ingreso económico y estado civil. La variable dependiente se refiere a los puntajes obtenidos en las subescalas de los instrumentos y los datos del Cuestionario Sociodemográfico. Los datos obtenidos indican que el contar con estudios profesionales, más de 146 salarios mínimos mensuales y presentar particularmente afrontamiento de evitación, así como el estar frente a eventos de cambio en la vida (situaciones de estrés) son predictores de altos puntajes en los indicadores de la salud. Se encontraron de igual manera diversos indicadores relacionados con la presencia de síntomas físicos y condiciones médicas. En conclusión el mantenimiento de la salud se fortalece con el estudio a través de la comunidad, así mismo, el trabajo de prevención e intervención comunitario que parte del diagnóstico de las necesidades reales y percibidas aumenta las probabilidades de éxito en cualquier programa de prevención para la salud comunitaria.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INDICADORES
PROTECTORES PSICOSOCIALES DE LA
SALUD EN UNA COMUNIDAD DE LA
CIUDAD DE MEXICO

por

ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

Tesis que presenta para optar por el grado de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

México D. F. Enero 2001

DIRECTOR: DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ

Jurado:

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Lic. Isaac Seligson Neisenbaum

Lic. Noemí Barragán Torres

Mtro. Fernando Vázquez Pineda

AGRADECIMIENTOS

A mis mejores amigos, mis padres, Omar y Alejandra por que su amor, apoyo y ejemplo es en mi vida la piedra angular sobre la que construyo metas y alcanzo logros...

A mis hermanas Penélope e Isis, gracias por cada momento de risas compartido, por apoyarme en los desvelos y por ser los más grandes tesoros de mi vida.... las amo.

A ti pequeña Dione, por llenar mi vida de alegría y por darme la energía de tu existir...

A mi hermano Juan Pablo por darme en su presencia fortaleza para siempre querer ser mejor...

Enrique y Vicky, gracias por su amor y apoyo, por que con ustedes queda comprobado que ser una familia es más que cuestión de sangre.

Gelasio, Blanca y Nemorio gracias por toda la ternura y cariño que me han dado, y a ti Alba por ser parte de mi universo personal...

A ti Edgar, mi consentido y el mejor ejemplo a seguir.

Mon cher amie, sin importar en que lugar del mundo te encuentres, eres como la estrella que orienta, gracias Lorena Morín!

Genaro por que este logro también es tuyo, eres un gran amigo y confidente.

A ti por los días de amor y desamor ...por que un día tengas rostro y calor.

¡A mi familia...gracias!

A David Velázquez por enseñarme que la investigación básica es un diamante en bruto que espera ser pulido y trabajado para brillar con toda su intensidad, pero sobre todo gracias por tu amistad. A Gaby, Cesar y Adela, por enseñarme con su ejemplo que el camino de la investigación requiere de más de 24 horas al día, gracias por enseñarme lo invaluable de la amistad... Vladimír, gracias por enseñarme lo valioso de los Congresos y por ser un amigo increíble.

Al "Dream Team": Paco, Kalina, Alicia, Roberto y Sergio, gracias por ser parte de una etapa tan importante en mi vida.

A Lydia Barragán por todas las veces en que los ensayos conductuales me dieron más habilidades para desempeñarme mejor, pero sobre todo por que tu desempeño profesional me enseñó más que mil cursos teóricos, gracias por ser para mí un modelo a seguir.

A Leonardo Reynoso, por ser ejemplo de que la medicina y la psicología pueden dar grandes frutos al trabajar en conjunto, por tu respaldo y por tu confianza.

A Isaac Seligson, por ser grande no solo de estatura, por compartir la experiencia del trabajo en el campo de la salud, por el entusiasmo en este proyecto, y por todo tu apoyo y amistad, gracias "vikingo".

A Fernando Vázquez por todo lo que tu experiencia profesional ha contribuido en el logro de mis metas, por lo oportuno de tus comentarios, por el apoyo incondicional que he recibido de tí...gracias por tu amistad.

Silvia...gracias por que mi desarrollo profesional no pudo estar en mejores manos, gracias por tus asesorías, por tus consejos, tus regaños, por el apoyo que recibí para la culminación de este trabajo, por la amistad, por las risas compartidas, por los bailes, la confianza y todo lo que me hace llamarte "amiga".

A Noemí Barragán, gracias por ser parte fundamental de mi desarrollo, por todos los momentos en que tu profesionalismo, enseñanza y cariño se hicieron presentes para lograr un impacto en mi formación académica y como ser humano. Gracias por que bajo tu supervisión aprendí lo agradable que puede ser el trabajo al compartirlo con una persona que te hace sentir tan motivada como tú; por vivir conmigo la experiencia del Internado, gracias por todo lo que dejas en mí...te quiero mucho.

A mi Tutor Académico, el Dr. Héctor Ayala, le agradezco su retroalimentación, la posibilidad de trabajar a su lado y sobre todo la conducción de mi formación profesional; lo que en conjunto me ha permitido tener importantes satisfacciones académicas y profesionales; observando a través de su ejemplo en la docencia, la investigación y la dirección del equipo de trabajo, que el Análisis de la Conducta forja día con día mi visión como alumna y como investigador en formación.

¡Gracias por su apoyo!

INDICE

Resumen

Capítulo 1	
ANTECEDENTES: PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	7
Capítulo 2	
PSICOLOGÍA COMUNITARIA	23
Capítulo 3	
ESTILOS DE VIDA	32
Capítulo 4	
ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	37
Capítulo 5	
APOYO SOCIAL.....	49
MÉTODO	59
RESULTADOS	64
DISCUSIÓN	96
BIBLIOGRAFÍA.....	101

Capítulo 1

ANTECEDENTES: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Hablar sobre Indicadores psicosociales como los recursos sociales, las respuestas de afrontamiento y su estrecha relación con el proceso de salud - enfermedad, nos lleva, sin lugar a dudas al análisis y estudio de los patrones conductuales que permiten que determinados hábitos sean aliados importantes en el mantenimiento de estados físicos y psicológicos de bienestar. El estudio de la conducta del hombre se ve fuertemente vinculado con una amplia gama de variables que influyen o participan en el desarrollo, mantenimiento o extinción de dichas conductas. Sin embargo, la Psicología no es la única disciplina relacionada con el estudio del proceso salud-enfermedad, por lo que no se puede hablar de Psicología de la Salud sin hacer referencia de aspectos biológicos o médicos.

1.1 El modelo biomédico

El modelo biomédico de acuerdo con Engel (1977), se observa claramente el principio del reduccionismo donde se asume, que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Finalmente, este modelo, aborda la enfermedad atendiendo a sus aspectos físicos, olvidando las respuestas conductuales del individuo enfermo, las cuales influirán en el curso de la patología.

A pesar de que el modelo biomédico ha brindado importantes avances en el campo de la medicina, existen insuficiencias al momento de trabajar con el proceso de salud- enfermedad (Engel, 1977):

1. El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anomalías bioquímicas. Ignorando el hecho de que las alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el establecimiento del diagnóstico (por ejemplo, en el caso de la hipertensión de bata blanca¹)
2. Por otra parte, el diagnóstico del estado físico depende también en gran medida, de la información que proporciona el paciente. A pesar de que el examen físico y las pruebas de laboratorio son decisivas para identificar la enfermedad, el diagnóstico se basa en gran medida en lo que el paciente es capaz de comunicar al personal médico (como en el caso de trastornos digestivos funcionales ²). Es por eso que la exactitud en el diagnóstico también depende en cierta medida, de la habilidad del médico en la entrevista terapéutica y su capacidad para comprender los determinantes psicológicos, sociales, y culturales de los síntomas presentados por el paciente.

¹ La Hipertensión de Bata Blanca (HBB) hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario y /o médico durante el proceso de medición, reduciendo notablemente, la validez del diagnóstico de la hipertensión esencial (Mancia, Bertinieri, Grasi, 1983)

² En el caso de los trastornos digestivos funcionales el diagnóstico se establece únicamente por los síntomas que el paciente refiere, una vez excluida la patología orgánica (Drossman, Thompson, Talley, et al., 1990)

3. La aproximación biomédica a la enfermedad, enfocada al estudio de la problemática fisiológica, ignora la influencia de determinadas situaciones en la salud de las personas, es decir, la enfermedad no sólo está mediada por la susceptibilidad biológica del organismo sino que también son decisivos en ella los eventos vitales estresantes que una persona sufre a lo largo de su vida (Lazarus y Folkman, 1984).
4. Los factores psicológicos y sociales son fundamentales a la hora de determinar cuándo una persona y aquellos que le rodean llegan a verla como enferma. El utilizar la etiqueta de "enfermo", suele ser el motivo por el cual se toma la decisión de buscar ayuda médica. Por lo tanto, el modelo biomédico resulta insuficiente para explicar por qué la gente, en algunos casos, no busca ayuda, por qué decide tomar esa decisión o por qué cumple las prescripciones médicas (Becker y Rosenstock, 1984; Sweet, Rozensky y Tovian, 1991)
5. El modelo biomédico tiene una visión parcial sobre el término de la enfermedad, es decir, postula que ésta finaliza cuando se han corregido las alteraciones fisiológicas. Sin embargo, no siempre ocurre así (como en el caso del dolor crónico benigno³).
6. Engel, señala también, el hecho de que el resultado del tratamiento también se verá influido decisivamente por la

³ Las consecuencias sociales pueden mantener las quejas del paciente en el caso del dolor crónico benigno (Fordyce, 1976)

relación médico- paciente (por ejemplo, en el caso de los requerimientos de insulina de un diabético ⁴).

1.2 El modelo biopsicosocial

Después de revisar los principios básicos que sustentan al modelo biomédico, se entiende la necesidad de retomar los aspectos positivos de este planteamiento además de incluir sus avances técnicos y farmacológicos. Teniendo entonces la posibilidad de llegar a una nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor la enfermedad, admitiendo diversas opciones con matices teóricos distintos (Jasnoski y Schwartz, 1985).

Es por eso, que el modelo biopsicosocial responde a una nueva forma de manejar los conceptos de salud y enfermedad. Este modelo sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad.

De esta manera, tanto los *macroprocesos* (como serían el apoyo social, los trastornos de salud mental, etc.) como los *microprocesos* (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso salud- enfermedad. Entendiendo entonces, a la salud y a la enfermedad como estados de causas múltiples y variados efectos. Además, este modelo se interesa tanto en la salud como en la enfermedad, a diferencia del biomédico que enfatiza su estudio al proceso de enfermedad.

⁴ Engel (1977) señaló que los requerimientos de insulina de un diabético pueden fluctuar significativamente, dependiendo de la percepción que el paciente tiene de su relación con el doctor.

Para comprender la interacción de las variables biológicas, psicológicas y sociales, los investigadores han adoptado la teoría de sistema. Donde todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Esta visión nos lleva a adoptar una actitud de trabajo multidisciplinario, y en el ámbito de la investigación se requiere la utilización del análisis multivariado para el correcto estudio de los determinantes de la salud y de la enfermedad (Vallejo, 1996). En el campo de la investigación, el modelo sustenta que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben de tomar en cuenta todos los procesos implicados, tratando de medir los tres tipos de variables antes señaladas.

Las implicaciones clínicas del modelo biopsicosocial son diversas:

- ✓ El proceso de diagnóstico debería de considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales al momento de evaluar la salud o enfermedad de un individuo. Siendo el mejor diagnóstico el que cuenta con una óptica multidisciplinaria.
- ✓ Las recomendaciones para el tratamiento deben de tener en cuenta los tres tipos de variables antes mencionadas. Ajustando la terapia a las necesidades particulares de cada persona, considerando, su estado de salud de manera global y haciendo recomendaciones de

tratamiento que sirvan para abordar globalmente la problemática del paciente.

- ✓ Este modelo destaca la importancia de la relación entre el paciente y el equipo de salud, reconociendo que una relación adecuada favorece la adhesión del paciente al tratamiento, la propia efectividad del mismo y acortar el tiempo de recuperación de la enfermedad.

1.3 La Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud vive un continuo proceso de cambio y ajustes que se adaptan al momento histórico, al avance tecnológico y al trabajo multidisciplinario. Para entender el papel de la Psicología dentro de este campo debemos tomar en cuenta la definición de la salud y de enfermedad (y del continuo entre ambas), que ha venido presentando la literatura Médico - preventiva, la propia Psicología de la Salud y a su vez la Organización Mundial de la Salud.

La Carta Magna de la OMS (1946) entiende a la salud como " el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Ridruejo,1997). Esta descripción sobre la salud ha sido muy criticada, ya que el supuesto estado de "completo bienestar" aparece descontextualizado y porque describe a la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción.

La enfermedad se presenta como un desequilibrio biológico, ecológico y social, o como una falla en los mecanismos de adaptación del

organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que se está expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y la anatomía del individuo.

Es importante reconocer que en sus inicios la Psicología de la Salud mantenía un vínculo casi inseparable del campo de la Medicina, enfocándose a los aspectos relacionados con la "Psicología médica", teniendo como objetivo el análisis general de los factores psicológicos que se encuentran en el estado bidireccional de salud- enfermedad, y sus posibles tratamientos. Weinman (1987) justifica el papel de la Psicología en el campo médico en los siguientes términos:

- o Estudiando las variables psicológicas (cambios conductuales) en el diagnóstico médico: signos y síntomas
- o El rol de los factores psicológicos en la etiología de la enfermedad orgánica y mental.
- o La relación médico- enfermo en la teoría y la práctica
- o La respuesta del paciente a la enfermedad y al tratamiento (conducta de enfermedad)
- o Los recursos psicológicos en el tratamiento

Sin embargo, la Salud no sólo depende de lo que el sujeto tiene o no, sino también de lo que hace o deja de hacer. En este sentido las prácticas individuales y culturales que se adoptan para potenciar este estado de bienestar físico y psicológico que es la salud están fuertemente relacionados con la conducta diaria de las personas (Amigo, 1998).

1.4 Desarrollo de la Psicología de la Salud

A finales de los años sesenta se propone a la Psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad. Lo anterior aunado al cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas "nuevas" enfermedades como el cáncer o los problemas cardiovasculares, es producto de hábitos poco saludables o insanos que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de enfermedades. En las enfermedades de tipo crónico el paciente convive durante muchos años con el padecimiento, por lo que suelen presentarse una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas.

Por otra parte, el dualismo mente – cuerpo, base del modelo biomédico, dista mucho de ser una perspectiva óptima sobre el término salud-enfermedad, por lo que aumenta la necesidad de una concepción integrativa que facilite el proceso de prevención, diagnóstico y tratamiento en el campo de la salud (como se vio en el capítulo 1)

Es por eso, que en 1978 la asociación Americana de Psicología (APA) creó como una más de sus divisiones (la número 38), la "Health Psychology" que al año siguiente publica su primer manual: Health Psychology, A Handbook (Stone, Cohen y Adler, 1979). Apareciendo en 1982 la revista de la APA correspondiente a esta división con el título de Health Psychology.

En este contexto el APA ha establecido diez objetivos prioritarios para la Psicología de la Salud (Tabla 1.1)

Tabla 1.1 Objetivos primarios para la Psicología de la Salud

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender como las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia etiológica y el proceso de adquisición de gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos para sus molestias y problemas.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

En 1980, Matarazzo brinda una descripción sobre las atribuciones de esta disciplina y sobre sus áreas de trabajo:

La Psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la Psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

1.5 Trabajo del Psicólogo de la Salud

Debido a las características de la Psicología de la Salud, el papel del psicólogo en este campo presenta cuatro aspectos básicos del trabajo:

1. El papel que tiene la **promoción y el mantenimiento de la salud**, incluyendo las campañas destinadas a promover hábitos saludables (como el de vacunar a los niños, tener dietas adecuadas o el realizar actividades físicas).
2. **La prevención y el tratamiento de la enfermedad**, enfatizando la necesidad de modificar conductas que promueven o mantienen hábitos insanos con el objetivo de prevenir la enfermedad, además de contribuir al seguimiento del tratamiento médico incrementando la adherencia terapéutica.
3. Encaminar el trabajo al estudio de la **etiología y correlatos de salud - enfermedad y las disfunciones**, dándole

importancia al estudio de las causas conductuales y sociales de la salud y enfermedad. Incluyendo hábitos como el consumo de alcohol, tabaco, el ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones estresantes.

4. También es de la competencia de la Psicología de la Salud el estudio y análisis del **sistema sanitario y la formulación de una política de salud**. Trabajando el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y finalmente desarrollar recomendaciones para el mejoramiento del cuidado de la salud.

1.6 Referente Teórico

El trabajo de la Psicología de la Salud se encuentra basado en el modelo de aprendizaje social. Partiendo del supuesto de que la conducta se puede definir como la forma en que la gente reacciona a su ambiente, se establecen al menos dos tipos de conductas;

- a) Conducta Respondiente: similar a responder involuntariamente, elicitada o automáticamente (salivar a la comida, asustarse ante un sonido fuerte, etc.) Respuestas emocionales tales como la ansiedad y el enojo experimentado como reacción a enfermedades físicas puede elicitar en forma similar, bajo ciertas circunstancias estresantes.

- b) Conducta Operante: similares a respuestas propositivas. Mediadas por el Sistema Nervioso Central e incluyen las conductas que interactúan con el medio y tienen un efecto sobre el ambiente del individuo. Las operantes son conductas que se ejecutan, que se "hacen", incluyendo caminar, hablar, tomar medicinas, etc. Los pensamientos también se pueden considerar como operantes que influyen en lo que las personas hacen. Las conductas operantes constituyen muchas de las conductas diarias de un individuo, de la forma como él interactúa con otros y con su ambiente.

Debido al sustento teórico de la Psicología de la Salud, ésta utiliza métodos de evaluación y estrategias de intervención derivadas de la terapia conductual. Dentro de las estrategias más utilizadas y efectivas se encuentran el empleo del reforzamiento, modelamiento, procedimientos de autocontrol, autoreporte, ensayos conductuales, entre otros.

Jay y Elliot (in press) ilustran como los niños con cáncer han sido educados para enfrentarse con procedimientos como la punción lumbar, que es necesaria en la intervención médica y que se repite constantemente durante el tratamiento médico. Los procedimientos que ellos usaron incorporan (a) **modelamiento** en video, a través de un modelo que informa al observador que ocurrirá y por qué el procedimiento es necesario, (b) el uso de un ejercicio especial de respiración para inducir la relajación y para utilizarlo como distracción para el niño, es decir, una **estrategia de autocontrol**, (c) **reforzamiento** por permanecer quieto y realizar el ejercicio de respiración, (d) e imaginación emotiva para inhibir la ansiedad

transformando el significado del dolor (**como otro procedimiento de autocontrol**). Finalmente, los **ensayos conductuales** permiten que el niño practique estos procedimientos. El héroe preferido del niño es incluido en el video.

En el ámbito de la salud la teoría del aprendizaje social considera los factores que son mediados por procesos psicológicos. Un claro ejemplo de esta visión se encuentra en el Modelo Conceptual sobre el abuso de alcohol presentado por Ayala (1992), donde se considera que ciertos factores presentados a distancia, son determinantes y predisponen un patrón de consumo excesivo de alcohol; entre estos determinantes distantes se encuentran las actitudes familiares hacia el alcohol, edad, habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores disposicionales genéticos, historia de abuso familiar, influencia social de los compañeros o pares. De igual manera, menciona la presencia de factores que se consideran como determinantes próximos y que funcionan como reguladores directos del comportamiento; entre los que se encuentran las expectativas del efecto del alcohol, señales internas y externas, factores situacionales, habilidades específicas de afrontamiento, modelamiento e historia previa de consumo.

De tal manera que la Psicología de la Salud extiende su investigación sobre la prevención y mantenimiento de la salud como elementos centrales de la conducta humana. Ya que, la prevención de enfermedades a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como una de las vías más importantes para controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan actualmente a nuestra sociedad (Alvarez, De la Torre, Montaña, Reynoso & Seligson; 1999).

1.7 Modelo Psicológico de Prevención de Enfermedad

Los planteamientos anteriores permiten establecer la fundamentación teórica a partir de la cual se pueden establecer Modelos Psicológicos de Prevención de la Enfermedad. Teniendo como objetivo principal de estos programas dos pautas (Bayes, Ribes, 1992):

- 1.) Obtener el máximo grado de control posible sobre los comportamientos instrumentales susceptibles de evitar, facilitar o dificultar el contacto físico del organismo con un medio patógeno concreto.
- 2.) Obtener el máximo grado de control posible sobre el grado de vulnerabilidad de los organismos expuestos, de forma que seamos capaces de mantenerlo en el mínimo posible.

Al respecto el Modelo Psicológico de Prevención presentado por Báyes y Ribes (1992) contempla dos aspectos; los Procesos y los Resultados. Donde la etapa de procesos incluye:

- ✓ Factores históricos de la interacción del individuo con el ambiente.
 - o Estilos interactivos: modo en que los individuos se relacionan con propiedades contingenciales de las situaciones.

- Las capacidades: determinadas biológica y socialmente, entendidas como las competencias que se han demostrado efectivas en el pasado.
- ✓ Las condiciones presentes de interacción
 - Competencias efectivas momentáneas del individuo al interactuar con la situación.
 - Las condiciones del organismo que facilitan o interfieren con un modo u otro de competencia (estado nutricional, fatiga, etc.)
 - Las condiciones del contexto, que facilitan o dificultan el desempeño funcional de una forma particular de interacción (demandas culturales y sociales)
- ✓ La modulación por las variables ambientales, a través de la interacción del individuo con ellas, de los sistemas neurovegetativos, neuroendocrinos y neuroinmunitario del propio organismo.

Por otra parte, la etapa de resultados incluye:

- ✓ La vulnerabilidad biológica del individuo a la enfermedad, como producto de la interacción de los elementos que participan en la etapa de proceso.
- ✓ La disponibilidad de conductas de riesgo o prevención
- ✓ El estado de salud o enfermedad resultante
- ✓ Conductas asociadas a la enfermedad

Capítulo 2

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Otra estrategia para el estudio de la salud es la Psicología centrada en un enfoque social, es decir, la Psicología Comunitaria".

En el campo de la salud, la Psicología Comunitaria se define como el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y el nivel de salud de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades incluyendo la rehabilitación y la readaptación social, además de actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Donde la política de educación para la salud se encuentra en manos de los propios ciudadanos, los cuales deberían hallarse en condiciones de utilizarlos, de manera efectiva, en los momentos oportunos y/o circunstancias adecuadas (Bayés, 1983; Costa y López, 1986; Ribes, 1982; Talento y Ribes, 1980).

La Psicología Comunitaria se apoyó en el llamado modelo de competencias que parte de la idea de que "la incidencia de los problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad de ciudadanos es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra parte de los sistemas de autoestima y apoyo social" (Costa, 1984).

Por lo tanto, es importante tomar en cuenta que muchos de los problemas de salud por falta de prevención pueden resolverse en el ámbito comunitario. Es más probable que las personas adopten conductas que

protejan la salud, si estas conductas se promueven y surgen por las organizaciones de la propia comunidad, ya sea el gobierno local o las agencias promotoras de la salud (Sarafino, 1998).

La prevención incluye la protección y promoción de la salud de la población, el mantenimiento y mejoramiento del ambiente ecológico-social, la prevención de la enfermedad y de sus consecuencias, la eliminación de riesgos identificables y la protección de grupos de alto riesgo.

La prevención primaria tiene como objetivo facilitar el desarrollo de las capacidades y aptitudes de los seres humanos, reducir la tasa total de casos de enfermedades por lo que es necesario entender las circunstancias que las producen y modificarlas antes que tengan oportunidad de influir sobre ellas.

En el contexto de la prevención primaria se encuentran la medicina preventiva y la educación para la salud, a partir de las cuales se desarrollan programas y enfoques basados en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud. Encontrando que ante cualquier actividad en el ámbito preventivo y de educación para la salud es indispensable seguir los siguientes pasos (UNICEF, UNESCO, OMS, SSA, 1990):

1. Definir con claridad el comportamiento de la salud que queremos promover.
2. Seleccionar al grupo de la población al cual intentamos influir.
3. Comprender y respetar las creencias y conductas de los destinatarios, con el fin de reforzar las adecuadas y modificar las nocivas.
4. Averiguar el conocimiento que ya tienen y su actitud ante la nueva conducta a promover.

5. Investigar las fuentes de información que utiliza el grupo al que se dirige la intervención.
6. Seleccionar los canales y medios de comunicación ideales para llegar a influir en el grupo.
7. Elaborar los mensajes: fáciles de entender, breves, prácticos, directos, pertinentes, cultural y socialmente aceptables, técnicamente correctos y en sentido positivo.
8. Comprobar la eficacia del material educativo y de promoción que se diseñó.
9. Demostrar la técnica que se necesita para el comportamiento deseado.
10. Sincronizar la acción educativa con otras acciones de desarrollo social, siempre que sea posible.
11. Repetir con frecuencia, constancia e intensidad los mensajes educativos.
12. Evaluar el grado de aceptación del comportamiento promovido y adaptar periódicamente los mensajes y materiales.

2.1 Características de las Comunidades

La comunidad es una agrupación de población en la que los miembros de ella, están o pueden estar en contacto directo, los unos con los otros; tienen intereses sociales comunes; están ligados por aspiraciones comunales, ciertos valores y objetivos comunes" (San Martín & Pastor, 1988).

Es importante conocer las características que las comunidades comparten, ya que esto, permite tener una visión más amplia de lo que implica el trabajo de Salud en el ámbito Comunitario. Las siguientes son las principales características que comparten las comunidades:

1. Grupos de población organizada e interrelacionada
2. Coexistencia en una zona o región geográfica determinada (urbana, rural o mixta).
3. Un cierto grado de interacción producido a través de experiencias comunes y de actitudes y comportamientos sociales similares
4. Un cierto grado de comunidad funcional
5. Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las cuales se encuentran como localmente importantes las de educación, salud, religión, etc.

2.2 Enfoque Ecológico

El Enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1979) es una aproximación al estudio de la comunidad. Este supone que los patrones de conducta individual están condicionados por las características de su entorno físico y social y por las características de la comunidad en la que habita el individuo. Estas características se convierten en la ecología social que interviene en provocar en el individuo y su comunidad un patrón de conducta determinado (Catalano, 1977). Encontrando cuatro sistemas de impacto; el Microsistema, el Mesosistema, el Exosistema y el Macrosistema.

El primero hace referencia al ambiente inmediato en el que se presentan las interacciones voluntarias del individuo dentro de su vida diaria,

por ejemplo, la familia o sus amigos. El Mesosistema representa las relaciones intersistema de importancia en el desarrollo del individuo, es decir, los enlaces entre el sujeto y los microsistemas de los cuales forma parte. El Exosistema representa las estructuras sociales formales y las informales en las que se encuentra inmerso el individuo y que conforman sus escenarios de desarrollo, por ejemplo, el mundo de la escuela, el trabajo, los hospitales, las redes sociales informales, la distribución de bienes y servicios. Finalmente el Macrosistema incluye los valores culturales y sistemas de creencias que existen en la comunidad y que afectan el proceso de desarrollo del individuo.

Además, una de las herramientas del análisis de la salud comunitaria es el proceso de mapeo ecológico social; el cual intenta representar las interrelaciones entre condiciones y eventos, que tienen lugar en el ambiente inmediato del individuo, (casa, familia, amigos, etc.) así como en ambientes más amplios y distantes de él, (como son su trabajo, su escuela, los hospitales y la distribución de bienes y servicios del que toma parte). El mapeo ecológico social también intenta representar los patrones conductuales (individuales y grupales) procurando identificar las variables o factores que tienden a apoyar o a exacerbar la conducta individual. (Aduna, 1998).

Se ha observado que la percepción que los sujetos obtienen de su entorno tiene repercusiones en sus conductas, y en sus niveles de salud, demostrando así, que no sólo es importante el entorno en sí mismo, sino la relación perceptual que se forma entre el individuo y su ambiente. Algunos sujetos pueden llegar a percibir ciertos estímulos como estresantes, o aversivos, mientras que otros no (Aduna 1998).

2.3 Niveles de Salud Comunitaria

Según Lalonde (en Salleras, L. 1990), el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de las siguientes cuatro variables influenciadas cada una por diferentes factores.

1. La biología humana (genética, envejecimiento);

- ❖ Género
- ❖ Edad

2. El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural)

- ❖ Biológica (bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos, polen)
- ❖ Físico (ruidos, radiaciones, polvo, hongos, desechos sólidos o líquidos, etc.)
- ❖ Química (óxidos de azufre, óxido de nitrógeno, hidrocarburos, mercurio, plomo, plaguicidas, etc.)
- ❖ Psicosocial y sociocultural (dependencia, violencia, promiscuidad sexual, estrés, competitividad, etc.)

3. El estilo de vida (conductas de salud), definido por los patrones de comportamiento de los sujetos que inciden en su salud (Salleras, L.1990; Buela, C., Sierra, C., Caballo, V., 1996).

- ❖ Consumo de drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol)
- ❖ Consumo de drogas no institucionalizadas (marihuana, cocaína, etc.)
- ❖ Falta de ejercicio físico
- ❖ Situación de estrés

- ❖ Consumo excesivo de hidrocarburo
- ❖ Promiscuidad sexual
- ❖ Violencia
- ❖ Construcciones peligrosas (exceso de velocidad, no usar cinturón de seguridad, etc.)
- ❖ Hábitos reproductivos insanos
- ❖ Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria
- ❖ Incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico
- ❖ Actitudes y hábitos de salud

4. El sistema de asistencia sanitaria

- ❖ Calidad
- ❖ Cobertura o acceso
- ❖ Gratuidad

2.4 Objetivo de la Psicología Comunitaria enfocada a la Salud

La Salud Comunitaria es una estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública dentro de los ámbitos locales de cada comunidad. Los programas comunitarios trascienden los ámbitos específicos de la promoción de la salud en el contexto clínico individual y tienen como objetivo la promoción de la salud para todos los miembros de la comunidad, lo que tiene importantes ventajas (Weiss, 1984).

Por una parte, estos programas se llevan a cabo en el medio natural donde las personas a las que va dirigido desarrollan su vida diaria, lo cual puede facilitar la generalización de sus resultados y permite la participación

de la psicología con un enfoque comunitario (Amigo, 1998). Por eso para la salud comunitaria es de vital importancia el contexto en donde se desarrolla, ya que representa el lugar en el que se pone en riesgo a la salud, a la vez que también recibe en el mismo sitio oportunidades para fomentarla.

Por lo tanto, es prioritario diseñar estrategias de prevención y de educación que fomenten la adopción de estilos de vida saludables y que impliquen la participación activa y organizada de la comunidad. De igual manera, el que los miembros de la población vivan en la misma comunidad, brinda oportunidades de intercambiar información, brindar apoyo social y conocer las necesidades reales y percibidas, lo que favorece la participación (Amigo, 1998).

Finalmente, el objetivo del desarrollo de la comunidad en el campo de la salud es la organización para la acción, esto se basa en el hecho de que los cambios deseados para la comunidad se pueden obtener a través del esfuerzo de la propia gente, cualquiera que sea su condición económica o cultural.

Con el objetivo de tratar las influencias ambientales y de salud, así como la conducta humana es necesario que el trabajador de la salud intervenga activamente. Un ejemplo de los alcances del trabajo en la comunidad es el "North Karelia Program" desarrollado a lo largo de cinco años en Finlandia. En este proyecto se incluyó material educativo sobre el tema del riesgo de cardiopatía isquémica, así como el entrenamiento necesario para promover cambios hacia hábitos saludables, además de movilizar el apoyo social necesario para mantener dichos cambios. En este sentido, se introdujeron cambios ambientales en la comunidad. Dando como resultado la reducción del riesgo cardiovascular en un 17% en los

hombres y un 11% en las mujeres, observando que las tasas de fallecimiento asociadas a la cardiopatía isquémica mostraron un decremento significativo (Puska, 1984).

Capítulo 3

ESTILOS DE VIDA

La estructura o estilo de vida es el patrón básico de conducta de una persona en un momento dado, que consta de aspectos internos y externos que moldean y son moldeados por la relación de la persona con su medio ambiente (Levinson, 1986). Por lo tanto, los estilos de vida son un factor determinante de los niveles de salud que tienen los individuos de una comunidad y, así mismo, del posible apego a las intervenciones.

3.1 Patógeno e Inmunógeno Conductual

Con relación a lo anterior, Matarazzo (1984) empleó los términos de patógeno conductual e inmunógeno conductual. El concepto de patógeno conductual hace referencia a todos aquellos comportamientos que incrementan la susceptibilidad de la persona a las enfermedades de mayor prevalencia y que son, actualmente, la causa más importante de mortalidad en las sociedades industrializadas. Por ejemplo, se calcula que el consumo de tabaco y alcohol causan en conjunto casi un 30% de las muertes en Estados Unidos (Centers for Disease Control, 1991). El consumo de cigarrillos causa y/o contribuye al desarrollo de un amplio rango de enfermedades entre las que se incluyen el ataque cardíaco, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, además de los cánceres de pulmón, laringe, páncreas y vejiga; por otra parte el abuso del alcohol está implicado directamente en

el cáncer de hígado y es responsable aproximadamente en el 50% de los fallecimientos por accidente de tráfico.

Tabla 3.1 Principales causas de muerte en la sociedad industrializada y factores de riesgo asociados. (Amigo, et al, 1998)

Causas de mortalidad	Factores de riesgo
Ataque al corazón	Consumo de Tabaco Hipertensión Colesterol Obesidad Consumo Alcohol Falta de ejercicio físico Tipo de dieta Exceso de sal en la dieta Estrés
Neoplasias Malignas	Consumo de tabaco Consumo de Alcohol Tipo de dieta Sustancias cancerígenas ambientales Sustancias cancerígenas en el ámbito laboral
Accidentes de circulación	Consumo de alcohol Estrés No usar el cinturón de seguridad

Por otra parte, el término de inmunógeno conductual empleado por Matarazzo (1984) describe comportamientos que permiten reducir el riesgo de enfermar. Los efectos saludables de los hábitos de vida relacionados con un mejor estado de salud se pusieron de manifiesto en el estudio de Belloc (1973), en el cual 7.000 adultos fueron entrevistados sobre sus hábitos de

salud. Estas mismas personas fueron estudiadas entre cinco años y medio y nueve años y medio. A los nueve años y medio de la entrevista inicial, los hombres que observaban los siete hábitos saludables mostraban tan sólo el 28% de la mortalidad de la de aquellos que mantenían tres hábitos saludables o menos. En el caso de las mujeres la cifra era del 43% (Breslow y Enstrom, 1980)

Tabla 3.2 Hábitos de vida relacionados con un mejor estado de salud
(Belloc y Breslow, 1972)

1. Dormir siete u ocho horas diarias
2. Desayunar diariamente
3. No tomar alimentos nunca o casi nunca entre comidas
4. Mantenerse en el peso adecuado a la talla o próximo a él
5. No fumar
6. Tomar alcohol moderadamente o no hacerlo
7. Practicar una actividad física regular

3.2 Actitudes, Hábitos y Estilos de Vida

Las actitudes y pautas culturales, así como los hábitos se encuentran fuertemente relacionadas con el

estilo de vida de una comunidad y de un individuo.

Una actitud que dificulta los esfuerzos de prevención en el ámbito de la salud es la equiparación que se hace de la buena vida y hábitos poco saludables(Fernández Ríos, 1997). En este contexto podemos observar como los alimentos más apetecibles son los de alto contenido en colesterol o como el sedentarismo es más habitual que el ejercicio físico. En la actualidad, existen intereses económicos que mantienen estilos de vida

poco saludables y que se ven apoyados por fuertes campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación. Por ejemplo, el consumo de refrescos, de alimentos fritos, de tabaco y alcohol.

Sin embargo, se olvida que al igual que se aprende a disfrutar de un tipo de alimentación o de una pauta de actividad física también se puede aprender a disfrutar de otros hábitos más sanos.

Otro factor que dificulta el mantenimiento de conductas saludables son las consecuencias a corto plazo. Muchas de las conductas que pueden ser perjudiciales a la salud (fumar, beber en exceso, las prácticas sexuales poco seguras, etc.) llevan casi siempre a una gratificación inmediata que las refuerza positivamente. Los hábitos de salud, por el contrario, suponen casi siempre una demora de la gratificación, por lo que, cuando ambos tipos de conducta entran en contradicción, existe una menor probabilidad de ocurrencia de las conductas saludables (Amigo, 1998).

Además los hábitos saludables tan sólo reducen la posibilidad de enfermarse, este hecho hace que la percepción de riesgo cambie. Por ejemplo, las personas no ven diferencia entre tener un riesgo bajo de sufrir un infarto o tener un riesgo alto, además que el hecho de no haber tenido nunca un infarto proporciona una sensación de vulnerabilidad ante esta enfermedad (Amigo, 1998).

3.3 Nivel Socioeconómico y Estilos de Vida.

El concepto de clase social o nivel socioeconómico, describe las diferencias entre los recursos, prestigio y poder de las personas dentro de una sociedad (Filsinger, 1987; Fitzpatrick & Scamber, 1984).

Estas diferencias se reflejan en tres principales características:

- ❖ Ingreso económico
- ❖ Ocupación y prestigio
- ❖ Educación

Las clases sociales más bajas en las sociedades industrializadas, están constituidas por personas que viven en la pobreza o que viven en condiciones precarias. Es indudable que los niveles de salud están correlacionados con la clase social (Adler et al., 1994; Anderson & Armstead, 1996; Marmot, Kogevinas & Lestón, 1987).

Las personas con nivel socioeconómico bajo tienen más probabilidades que los grupos altos de presentar las siguientes condiciones (Sarafino, 1998):

- ❖ Nacer con bajo peso
- ❖ Morir durante la infancia
- ❖ Morir antes de los 65 años
- ❖ Tener días de actividad restringida debido a enfermedades

Por lo tanto, no es coincidencia que individuos de nivel socioeconómico bajo presenten deficientes hábitos y actitudes sobre la salud, además de que fumen más, tengan pocas actividades físicas y tengan menos probabilidades de percibir que las personas pueden promover su propia salud (Adler, et al., 1994; Fitzpatrick & Scambler, 1984; Marmot, Kogevinas, & Elston, 1987).

Las investigaciones han mostrado que personas de niveles socioeconómicos bajos tienen menos conocimientos sobre factores de riesgo relacionados con enfermedades (Hossack & Leff, 1987).

Capítulo 4

ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

El estrés ha sido estudiado desde tres perspectivas que brindan un panorama general de los aspectos que se encuentran involucrados en este concepto (Baum, 1990; Coine & Holroyd, 1982; Hobfoll, 1989).

Una de las aproximaciones se enfoca al ambiente, por lo que describe al estrés en términos de *estimulo*. Un ejemplo de esto es cuando la gente hace referencia a la fuente que le causa tensión como un evento o serie de circunstancias que percibe como dañinas y a las que se refiere como estresores. Algunos de los estresores pueden ser:

- 1) Los eventos catastróficos (como tornados o temblores)
- 2) Eventos importantes en la vida (como el casarse, o la pérdida de un ser querido)
- 3) Circunstancias de tipo crónico (como el vivir con fuertes dolores artríticos)

Otro enfoque maneja al estrés como la *respuesta* de las personas ante el evento estresante. Esta respuesta tiene dos componentes interrelacionados:

- 1) Los componentes psicológicos involucran la conducta, los patrones de pensamiento, y las emociones.
- 2) Los componentes fisiológicos incluyen al sistema autónomo, con reacciones como el aumento o disminución de la frecuencia cardíaca, sudoración, alteración de la secreción

salival provocando, por ejemplo, resequedad en la boca, etc.

La tercera aproximación describe al estrés como un *proceso* que incluye estímulos estresores, signos físicos, y además, la dimensión de la relación entre la persona y el ambiente (Cox, 1978; Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b; Mechanic, 1976). Este proceso incluye interacciones y ajustes continuos, a los que llamamos *transacciones* entre la persona y el ambiente, las cuales se afectan recíprocamente.

De acuerdo con este punto de vista, el estrés no es sólo un estímulo o una respuesta, es un proceso en el que la persona es un agente activo que puede influenciar el impacto de un estresor a través de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales.

Para definir el estrés se debe tomar un marco conceptual que permita tener una aproximación al fenómeno y que no sea excluyente de su complejidad.

El **estrés** es la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y el ambiente, hacen que el individuo perciba una discrepancia – real o no- entre las demandas de la situación y los recursos psicológicos, biológicos o sociales.

Esta definición abarca por una parte, el hecho de que el estrés permite preparar los recursos biopsicosociales de la persona para adaptarse ante eventos o circunstancias difíciles. Por ejemplo, el participar en un evento atlético, lastimarse en un accidente, o sentir mareo antes de actuar ante el público.

La frase "demandas de la situación" hace referencia a que tantos de nuestros recursos requeriremos ante el estresor. Presentándose una

discrepancia cuando hay un ajuste pobre entre las demandas de la situación y los recursos con los que cuenta la persona. Normalmente observamos lo anterior cuando se exceden los recursos, pero también puede ocurrir lo opuesto, es decir, que nuestros recursos sean subutilizados, dando por resultado una situación estresante. Teniendo una discrepancia *real* o *percibida*.

Sin embargo, a menudo el estrés resulta de una percepción inadecuada de las discrepancias entre las demandas del ambiente y los recursos con los que se cuenta. En el transcurso de nuestras *transacciones* con el ambiente nosotros evaluamos las demandas, los recursos y las discrepancias entre ellos. Dichas *transacciones* se ven afectadas por muchos factores incluyendo nuestras experiencias pasadas y aspectos específicos de la situación.

4.1 Evaluación de la Situación

Las transacciones que llevan a la condición de estrés generalmente involucran un proceso de evaluación que Richard Lazarus y col. llaman "evaluación cognitiva" (Cohen & Lazarus, 1983; Lazarus & Folkman, 1984a; Lazarus y Launier, 1978).

La evaluación cognitiva es un proceso a través del cuál las personas evalúan dos factores:

1. cuándo una demanda pone en riesgo su propio bienestar
2. los recursos disponibles para hacer frente a esa demanda

Los factores anteriores nos llevan a tener dos tipos de evaluación, la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

4.1.1 Evaluación Primaria

La primera hace referencia a la evaluación del significado de la situación con respecto al bienestar del individuo. La evaluación primaria se puede presentar en tres sentidos:

- ❖ Evaluando la situación como *irrelevante*. En este sentido la persona puede valorar que la situación no representa un riesgo para su integridad y que no excede los recursos con los que cuenta.
- ❖ Evaluando la situación como *benéfica*. Cuando las consecuencias de la situación representan una ganancia para la persona. Por ejemplo, cuando se pospone un examen o el exceso de trabajo representa mayor tiempo de contratación.
- ❖ Evaluando la situación como *estresante*. La persona evalúa la situación como perjudicial para su integridad.

Una vez que las personas han evaluado la situación como estresante, se presenta una evaluación posterior que permite situar tres tipos de implicaciones.

1. *Perdida*, cuando las personas evalúan que ya se ha presentado un daño y que no cuentan con los recursos necesarios.
2. *Amenaza*, cuando se evalúa un daño o perjuicio a futuro sin tener la certeza de que ocurrirá.

3. *Reto*, es la evaluación de que la situación brinda la oportunidad de crecimiento o aprendizaje, utilizando más recursos de los que se emplean normalmente para hacer frente a la demanda.

La evaluación de las situaciones estresantes parece depender fuertemente de la percepción de pérdida y amenaza (Hobfoll, 1989).

En otras ocasiones se puede experimentar estrés aún cuando el estresor no se encuentra presente, a esta transacción se le conoce como *vicaria* (Speisman, Lazarus, Mordkoff, & Davison, 1964).

4.1.2 Evaluación Secundaria

La evaluación secundaria se refiere a la evaluación de los recursos disponibles para adaptarnos. Usualmente se inicia la evaluación de los recursos con los que se cuenta después de evaluar el evento estresante, sin embargo, no ocurre así necesariamente (Cohen & Lazarus, 1983). Tanto el proceso de evaluación primaria como el secundario están fuertemente interrelacionados, de hecho, en ocasiones la evaluación secundaria de los recursos limitados da pie a una evaluación de las situaciones estresantes que pudieran o no ocurrir (Coiné & Haroyd, 1982).

El estrés que experimentamos en ocasiones depende de los resultados de las evaluaciones que hacemos sobre las transacciones con el ambiente. Cuando juzgamos que las demandas y los recursos encajan adecuadamente, es muy probable que experimentemos poco o ningún estrés.

4.2 Factores relacionados con el estrés.

La percepción de que una situación es estresante depende principalmente de dos tipos de factores, los relacionados con la persona y aquellos vinculados con la situación (Cohen & Lazarus, 1983, Lazarus y Folkman, 1984).

Dentro de los factores relacionados con la persona encontramos las características intelectuales, motivacionales y de personalidad. Por ejemplo las personas con niveles altos de autoconfianza, tienden a evaluar que cuentan con los recursos necesarios para afrontar una situación estresante. Por lo tanto, ante un evento estresante tienden a percibirlo como un reto (Cohen & Lazarus, 1983). Entre más amenazante se perciba una meta u objetivo más estresante será para la persona (Paterson & Neufeld, 1987).

Los factores relacionados con las situaciones presentan en primer lugar, que existen determinados acontecimientos que presentan *demandas fuertes* y que son *inminentes*, por lo que son percibidos como estresantes (Cohen & Lazarus, 1983; Paterson & Neufeld, 1987). Un ejemplo de lo anterior, lo observamos en las diferencias de estrés reportados por pacientes que saben que al día siguiente serán intervenidos en una cirugía a los que saben que la semana entrante tendrán una prueba de sangre.

También, las *situaciones de cambio en la vida* tienden a ser percibidas como estresantes (Moos & Schaefer, 1986; Sarason & Sarason, 1984). Estos cambios de vida son los momentos especiales que marcan el paso de una etapa a otra o aquellos que indican y producen un cambio sustancial en nuestras vidas. Estos eventos son llamados de *transición* y entre ellos se encuentran los siguientes:

- ❖ El inicio de la escuela
- ❖ Cambiarse a una nueva comunidad
- ❖ La entrada a la pubertad
- ❖ El inicio de estudios universitarios (particularmente lejos de casa)
- ❖ Casarse
- ❖ Ser padre
- ❖ Muerte del cónyuge
- ❖ Divorcio
- ❖ Jubilación

Ser padres, por ejemplo, puede resultar estresante antes y después del nacimiento del bebé (Miller & Sollie, 1986, Quadagno, Dixon, Denney, & Buck, 1986).

La *temporalidad* de la *transición* puede afectar el estrés que produce. Las personas esperan determinados eventos, tales como el matrimonio o la jubilación, en momentos determinados del transcurso de sus vidas (Neugarten & Neugarten, 1987). Sin embargo, existen ciertos eventos que ocurren demasiado pronto o desfasados de tiempo, y dejan a la persona sin el apoyo de personas de su misma edad (Lazarus & Folkman, 1984b).

Otro factor que tiene influencia sobre la evaluación de los eventos estresantes es la *ambigüedad*, es decir, la falta de claridad en una situación. El efecto sobre el estrés parece estar relacionado con el tipo de ambigüedad:

- 1) Ambigüedad con el rol: Esto ocurre cuando la información sobre la función o tarea que debe desarrollar la persona es poco clara o confusa. Esto aumenta el estrés porque la

persona no esta segura sobre las acciones o decisiones que debe tomar.

- 2) Ambigüedad sobre el daño: Se presenta cuando no se conoce con exactitud la probabilidad de daño. En este caso el efecto del estrés dependerá de las características personales y de las experiencias pasadas. (Iazarus & Folkman, 1984^a, 1984b, Paterson & Neufeld, 1987). Lo anterior se puede ejemplificar cuando un paciente hospitalizado desconoce las oportunidades que tiene de recuperarse.

La *deseabilidad* de la situación es otro factor que determina el estrés. Existe una amplia variedad de situaciones que pueden ser tanto deseables como indeseables, y ambos casos pueden resultar estresantes (McFarlane et al., 1980; Sandler & Guenther, 1985; Suls & Mullen, 1981; Vinokur & Selzer, 1975).

Otro aspecto de la situación que afecta la evaluación sobre el estrés es la *control-habilidad*, es decir, cuando la persona tiene la habilidad real o percibida de modificar al estresor. En general los eventos poco controlables se tienden a percibir como más estresantes (Miller, 1979; Suls & Mullen, 1981; Thompson, 1981). Al respecto se han identificado al menos dos tipos de control:

1. *Control conductual*: en el cual la persona afecta el impacto del evento llevando a cabo algunas acciones.
2. *Control cognitivo*: la persona puede afectar el impacto de la situación utilizando estrategias cognitivas, como el distraer su

atención del estímulo estresor, o desarrollando un plan para solucionar el problema.

4.3 Afrontamiento

Afrontamiento es el proceso a través del cual las personas tratan de manejar la discrepancia percibida entre las demandas y los recursos que se evalúan en una situación estresante (Lazarus, 1987; Lazarus & Folkman, 1984b). Incluyendo los intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente" (Billings y Moos, 1981).

Los esfuerzos de afrontamiento pueden ser variados y no necesariamente llevan a la solución del problema. Sin embargo, el proponerse corregir o controlar el problema, puede ayudar a la persona a cambiar su percepción sobre la discrepancia, tolerancia o aceptación del daño o amenaza, escape o evitación de la situación (Lazarus & Folkman, 1984b; Moos & Schaefer, 1986). El grado de adaptación a situaciones de cambio esta relacionado con la forma de afrontar cada evento (tanto los positivos, como los negativos).

4.3.1 Funciones del Afrontamiento

De acuerdo con Lazarus y cols. el afrontamiento puede tener diversas funciones (Cohen & Lazarus, 1979; Lazarus & Folkman, 1984b; Lazarus &

Launier, 1978). Puede cambiar el *problema* que origina el estrés, o puede regular la respuesta *emocional* ante el problema.

El afrontamiento enfocado a la respuesta emocional tiene el objetivo de controlar la respuesta emocional ante la situación de estrés. Las personas tienden a usar el afrontamiento enfocado a la respuesta emocional cuando creen que no hay nada que ellos puedan hacer para cambiar las condiciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1984b)

El afrontamiento enfocado al problema tiene el objetivo de reducir las demandas de la situación estresante o aumentar los recursos para enfrentar la situación. Las personas tienen a utilizar el afrontamiento enfocado al problema cuando creen que sus recursos o las demandas de la situación pueden ser modificadas (Lazarus & Folkman, 1984b)

En 1981 Andrew Billings y Rudolf Moos realizaron un estudio en 200 matrimonios. Pidiendo a los sujetos participantes que describieran un a situación de crisis personal o de algún evento negativo que les hubiese ocurrido y que posteriormente respondieran a una serie de preguntas. Los resultados de esta investigación mencionan que tanto los esposos como las esposas utilizan principalmente el afrontamiento enfocado al problema que el afrontamiento enfocado a la respuesta emocional. Sin embargo, las esposas reportaron utilizar más el afrontamiento enfocado a la respuesta emocional en comparación con los esposos. Por otra parte, los sujetos con ingresos económicos altos y con niveles superiores de educación reportaron emplear el afrontamiento enfocado al problema. Finalmente, los sujetos reportaron emplear menos el afrontamiento enfocado al problema cuando la situación de estrés involucraba la muerte de algún familiar que en

cualquier otra situación estresante, como sería una enfermedad o dificultades económicas.

4.3.2 Estrategias de Afrontamiento

No existe una forma de afrontamiento correcta para cualquier situación, sino que se requieren diferentes estrategias de afrontamiento para las diferentes situaciones de la vida, cuya selección depende no solo de las características estables del individuo, sino también de las características situacionales.

Entre las diferentes estrategias de afrontamiento, existe la clasificación de Lazarus (1966) y Moos (1977) donde se describen tres estrategias generales de afrontamiento:

1. **Afrontamiento cognoscitivo - activo:** Son los intentos que hace el individuo para analizar su evaluación sobre la dificultad del evento.
2. **Afrontamiento conductual - activo:** Son las conductas que ha llevado a cabo el individuo para tratar directamente con el problema y sus efectos.
3. **Evitación del afrontamiento:** Se refiere a evitar confrontar el problema o de reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas como, fumar, comer, o beber más.

Es posible encontrar distintas combinaciones de las estrategias de afrontamiento, lo que da lugar a un variado número de alternativas (Ver Tabla 4.1)

Tabla 4.1 Afrontamiento ante una situación estresante (Folkman & Lazarus, 1988; Folkman et al., 1986 en Sarafino, 1998)

Planeación de la solución del problema (enfocado al problema)	Analizar la situación para llegar a la solución y posteriormente tomar acciones directas.
Confrontación (enfocado al problema)	Tomar acciones asertivas, a menudo involucrando enojo, o acciones de riesgo, para cambiar la situación
Búsqueda de Apoyo Social (enfocado al problema y/o enfocado a la respuesta emocional)	Búsqueda de información o de apoyo emocional.
Distanciamiento (enfocado a la respuesta emocional)	Esfuerzos cognitivos por separarse de la situación o por elaborar una perspectiva positiva.
Autocontrol (enfocado a la respuesta emocional)	Intentos para modular las acciones o emociones en relación con el problema.
Aceptación de la responsabilidad (enfocado a la respuesta emocional)	Conocimiento de nuestro rol en el problema.
Evaluación positiva (enfocado a la respuesta emocional)	Intentos por crear un significado positivo de la situación en términos de crecimiento personal, en ocasiones involucrando creencias religiosas

Capítulo 5

APOYO SOCIAL

El apoyo social se refiere al cuidado, consuelo, estima o ayuda percibida que recibe una persona de otra persona o grupo (Cobb, 1976, Gentry & Cobaza, 1984, Wallston, Alagna, DeVellis, & DeVellis, 1983; Wills, 1984).

Las personas con apoyo social perciben información que las lleva a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red social, como lo es la familia o alguna organización dentro de la comunidad (Cobb, 1976). Este apoyo proporciona bienestar, servicios o defensa mutua en tiempos de peligro o ante alguna necesidad.

5.1 Tipos de Apoyo Social

Los investigadores han clasificado el apoyo social en varios tipos (Cohen, & McKay, 1984; Cutrona & Rusell, 1990; House, 1984; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981; Wills, 1984). Estas investigaciones sugieren que hay cinco tipos básicos de apoyo social:

1. *Apoyo emocional*: involucra la expresión de empatía, cuidados, y preocupación por una persona. Proporciona a la persona la sensación de bienestar, confianza, pertenencia y el sentirse o amado en momentos de estrés.

2. *Apoyo a través del aprecio*: Este se presenta a través de las expresiones positivas, con el acuerdo o aprobación de las ideas o sentimientos de la persona, o haciendo comparaciones positivas sobre el individuo. Este tipo de apoyo ayuda a la persona a construir su autoconcepto y su capacidad de competencia. Es especialmente útil durante la evaluación de la situación estresante, de igual manera cuando se evalúa si las demandas de la situación exceden los recursos con los que cuenta el sujeto.
3. *Apoyo tangible o instrumental*: Involucra el apoyo directo, por ejemplo, el préstamo de dinero o de algún objeto o material que la persona necesite en un momento de estrés.
4. *Apoyo a través de la información*: Es decir, el dar a la persona sugerencias, guía, advertencias, o retroalimentación sobre la situación o su desempeño.
5. *Apoyo a través de las redes sociales*: Estas brindan la percepción de pertenencia a un grupo de personas con las que se comparten intereses, metas o experiencias, así como actividades sociales.

El tipo de apoyo social que la persona necesita y recibe depende de las circunstancias estresantes (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

Al respecto Martín et al., en 1994 realizaron un estudio con pacientes con cáncer y con pacientes con otros padecimientos crónicos (dolor de cabeza crónico) que no involucraban tratamientos para mantener la vida, y

encontraron que los pacientes con cáncer encuentran especialmente útil el apoyo emocional (Ver Fig. 5.1).

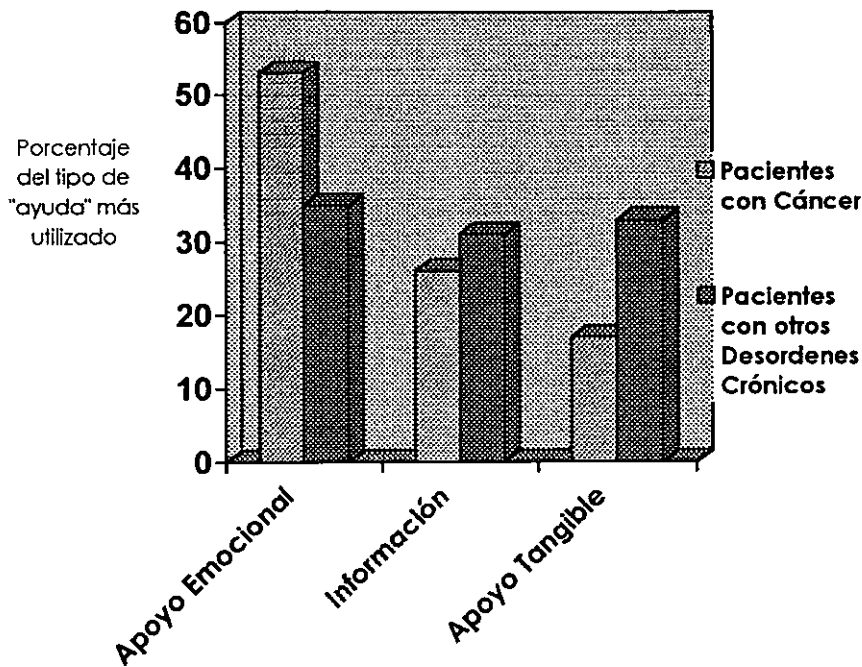


Fig. 5.1 Porcentajes del tipo de "apoyo social" más utilizado reportados por pacientes con cáncer y pacientes con otros desordenes crónicos (como dolor de cabeza crónico). (Datos de Martín et al., 1994, Figura 1)

5.2 Obtención de Apoyo Social

Diversos factores determinan si una persona recibe apoyo social (Broadhead et al., 1983; Conell & D'Augelli, 1990; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

1. Algunos factores están relacionados con los *receptores* del apoyo social. Las personas en ocasiones se encuentran indispuestas a recibir apoyo si son poco sociables, si no

acostumbran a ayudar a otros o si no permiten que otros conozcan sus necesidades. La falta de habilidades asertivas puede hacer más difícil el pedir el apoyo.

2. Los *proveedores* del apoyo pueden no tener los recursos que se necesitan, estar en alguna situación de estrés o simplemente ser insensibles a las necesidades de los otros.
3. La unión entre los integrantes de la familia, los miembros de la comunidad o los grupos de amigos, es decir, la composición y estructura de la *red de apoyo* también determina la posibilidad de recibir la ayuda necesaria (Mitchell, 1969, Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981). Entre los factores que determinan la composición y estructura de la red se encuentran:
 - a. El *tamaño de la red*, es decir, el número de personas con las que regularmente se tiene contacto.
 - b. La *frecuencia del contacto*, es decir, que tan a menudo se ve a las personas de la red.
 - c. La *composición*, es decir, si las personas que integran la red son parte de la familia, de las personas del trabajo, amistades, o personas de otros grupos sociales.
 - d. La *intimidad* que se establece con los miembros de la red, es decir, con que personas se tiene una relación cercana de bienestar mutuo y de confianza.
4. La necesidad de las personas de recibir y buscar apoyo social varía de acuerdo con la etapa del desarrollo en la que se

encuentren (Antonucci, 1985; Broadhead et al, 1983; Bruhn & Phillips, 1987; Sarafino & Armstrong, 1986).

Brown (1978, en Aduna, 1998) encontró que las personas que no buscan apoyo social cuando están estresadas expresan rechazo para discutir sus problemas con otros. En varios estudios, la evaluación del apoyo social consiste en pedirle a las personas que identifiquen sus redes de apoyo social. La metáfora de red expresa la noción de que los miembros en la red están vinculados al sujeto focal y entre ellos mismos a través de sus relaciones de apoyo.

Las principales redes de apoyo social son la familia, los amigos, y personas que proporcionan recursos de ayuda y asistencia (Aduna, 1998).

La cantidad de apoyo social que los individuos reciben también se encuentra fuertemente relacionada con factores socioculturales (Gottlieb & Green, 1987).

Por otro lado, la asertividad influye para que las personas tengan más intercambios de apoyos sociales, ya que las personas asertivas desarrollan confianza y satisfacción en su habilidad para interactuar efectivamente con otros (Masters y col, 1987). Los individuos que carecen de asertividad no reportan confianza en sus sentimientos, creencias y opiniones (Jakubowski-Spector, 1973) y es menos probable que sean directos en situaciones sociales no placenteras (Pitcher y Meikle, 1980).

5.3 Satisfacción del Apoyo Social

Aunque el apoyo que se brinda este disponible y sea el adecuado es probable que no se perciba como ayuda (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Wilcox, Kasl & Berkman, 1994).

· La satisfacción del apoyo social es independiente del tamaño de la red de apoyo.

Esto puede ocurrir debido a que la ayuda es insuficiente o la persona que la va a recibir esta emocionalmente alterada como para notar que el apoyo se le esta brindando.

Otra causa de insatisfacción del apoyo social es que el *tipo* de apoyo no concuerda con la necesidad que genera la situación estresante (Cutrona & Rusell, 1990). Por ejemplo, el poyo instrumental es particularmente útil cuando la situación estresante es percibida como *controlable*. Por otra parte, el poyo emocional es importante cuando el evento estresante se percibe como *incontrolable*.

5.4 Relación entre Apoyo Social, Estrés y Salud

Se ha observado que la presencia de recursos sociales está asociada con la salud física y mental, (Holahan y Moos, 1987; Heller & Swindle, 1983; Moos y Mictchell, 1982), es decir, están relacionados con la probabilidad de permanecer sanos bajo estrés y con la rapidez para recuperarse de una enfermedad (Wallston, Alagna, DeVellis y Devellis, 1983). El apoyo social puede reducir el estrés que las personas experimentan.

Durante un estudio de James LaRocco, James House y John French en 1989, se analizaron los resultados arrojados de un cuestionario que evaluaba el estrés y el apoyo social en una muestra de más de 2000 hombres, encontrando que entre mayor era el apoyo social reportado por los trabajadores, menor era la tensión ante el estrés.

Asociaciones similares entre el apoyo social y una reducción de los niveles de estrés en el trabajo se han reportado en otros estudios (Constable & Rusell, 1986; Cottington & House, 1987)..

Otros experimentos (Kors & Linden, 1995; Lepore, Allen & Evans, 1993) llevados a cabo en el ambiente escolar, propiciaban una situación de estrés donde los estudiantes tenían que dar un discurso, bajo dos condiciones diferentes: sin una persona que los apoyara y en la compañía de una persona que les sirviera de apoyo. En ambas situaciones se midió la presión sanguínea, encontrando un aumento en las personas que presentaron el discurso solos.

La salud también se beneficia del apoyo social (Berkman, 1995), esto se ha observado en los índices de muertes en personas con diferentes cantidades de apoyo social.

Al respecto, Green (1993) observó que dentro de las características de un ambiente propicio para la recuperación se encuentra la disponibilidad y el uso de apoyo social, contribuyendo a una adaptación exitosa después de un evento traumático.

Las interacciones inadecuadas o dañinas de las redes de apoyo social durante momentos de estrés, pueden alterar el funcionamiento psicológico después de una variedad de eventos traumáticos (Flannery, 1990; Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996; Ullman & Siegel, 1994).

Se ha encontrado que los síntomas de evitación en mujeres con cáncer de mamá están asociados con redes de apoyo que brindan poco apoyo emocional (Butler, Koopman, Classen & Spiegel, 1999), dando evidencia de la importancia de los efectos del apoyo social

durante enfermedades crónicas degenerativas que mantienen altos niveles de estrés.

Otro ejemplo de la relación entre el apoyo social y la salud se presenta en estudios donde se ha encontrado que los pacientes con enfermedades del corazón que tienen altos niveles de apoyo social se recuperan más rápido en comparación con los pacientes con niveles menores de apoyo social (Berkman, 1995; Fontana, Kerns, Rosenberg & Colonese, 1989; Kulik & Mahler, 1989, Reifman, 1995).

La presencia de altos niveles de apoyo social motivan a la persona a mantener estilos de vida más saludables que las personas con niveles bajos de apoyo social (Broman, 1993). Al sentir que se forma parte de una red de apoyo social, las personas cuidan más su salud, comiendo adecuadamente o haciendo ejercicio y buscan ayuda médica antes de que algún problema sea serio.

Por otra parte, el matrimonio, percibido como la posibilidad de tener una relación interpersonal cercana y una fuente de apoyo social continua, es también un factor protector de la salud. Al respecto se ha encontrado que las personas casadas viven más en comparación con las personas divorciadas o viudas (Berkman & Syme, 1979; House, Robbins & Metzner, 1982).

5.4 .1 Teorías sobre el apoyo social y la salud

Algunos investigadores han propuesto dos teorías sobre como puede afectar el apoyo social a la salud (Cohen & Wills, 1995; Payne & Jones, 1987; Thoits, 1982; Wortman & Dunkel- Schetter, 1987).

1) **Hipótesis de la Amortiguación:** El apoyo social afecta la salud protegiendo a la persona contra los efectos negativos del estrés (debido a que la exposición prolongada al estrés puede afectar la salud).

- a. El efecto protector funciona efectivamente o principalmente cuando la persona se enfrenta a un estresor muy fuerte. Ante una situación de niveles bajos de estrés no se percibe el efecto de amortiguación.
- b. La forma en la que actúa la amortiguación se presenta de dos maneras (Cohen & Wills, 1985):
 - i. Involucrando un proceso de evaluación cognitiva. Es poco probable percibir una situación como muy estresante cuando se tiene altos niveles de apoyo social en comparación de cuando no se cuenta con apoyo social o los niveles son bajos.
 - ii. Modificando la respuesta de las personas ante el estresor después de que se había evaluado la situación como estresante (Peirce, Frone, Rusell & Cooper, 1996). Una persona que tiene altos niveles de apoyo social encontrará otras opciones para resolver la situación en alguna persona o recibirá

otra opinión sobre la situación cambiando su percepción.

2) **Hipótesis del Efecto Directo:** Sostiene que el apoyo social es benéfico para la salud y el bienestar a pesar del nivel de estrés que las personas experimenten.

a. La situación de bienestar para la salud que produce el apoyo social es independiente de la experiencia estresante.

Capítulo 6

MÉTODO

Objetivo: Obtener e identificar factores protectores (y de riesgo) relacionados con el funcionamiento de la salud en una comunidad de la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

- Conocer la relación de los indicadores psicosociales (apoyo social, respuestas de afrontamiento, eventos de cambio) con el proceso de salud – enfermedad.

Sujetos: Se analizaron los datos de 477 sujetos, 119 hombres y 358 mujeres. Contando con 160 personas de menos de 30 años, 212 sujetos de 31-59 años de edad y 103 participantes con más de 60 años.

Escenario: Comunidades del Sur de la Ciudad de México

Instrumentos:

Cuestionario de Datos Socioeconómicos que determina el sexo, edad, estado civil, ingreso mensual, tipo de vivienda y servicios con los que cuenta, principales servicios con los que cuenta la comunidad y problemas percibidos en la comunidad.

Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL) (Moos, 1984; adaptado por Ayala, 1992): es un procedimiento estructurado que puede administrarse tanto en forma de entrevista como de cuestionario. Es de utilidad para los investigadores interesados en el proceso de adaptación psicosocial entre poblaciones médicas, psiquiátricas y comunitarias.

Se han utilizado los indicadores del HDL para evaluar la influencia de factores ajenos al tratamiento en intervenciones de consulta externa, así como para analizar los recursos sociales y los procesos de afrontamiento que utilizan las personas en su adaptación y evitar los procesos estresantes de la vida diaria. Basándose en un marco conceptual general que considera que los factores ambientales y personales determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria y que son los recursos sociales y de afrontamiento los que moderan adaptativamente dichas circunstancias estresantes (Moos & Mitchell, 1982).

Cuenta con las siguientes subescalas:

- Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física: estos indicadores evalúan los síntomas físicos, los síntomas relacionados con el estado de ánimo, auto confianza del individuo, y el uso de medicamentos;
 - o Condiciones médicas
 - o Síntomas físicos
 - o Humor depresivo

- Síntomas por fumar
- Auto confianza
- Uso de Medicamentos
- Indicadores de los eventos de cambio de vida: se tienen tres indicadores de cambio de vida, sondeando los eventos cotidianos en relación con su empleo o el funcionamiento individual;
 - Eventos negativos de cambio de vida
 - Eventos de salida
 - Eventos positivos de cambio de vida
- Indicadores de las respuestas de afrontamiento: reportando la ocurrencia reciente (en los últimos doce meses) de un evento estresante y se registran las respuestas de afrontamiento;
 - Afrontamiento cognitivo-activo
 - Afrontamiento conductual-activo
 - Afrontamiento de evitación
 - Análisis lógico
 - Búsqueda de información

- o Resolución de problemas
 - o Regulación afectiva
 - o Descarga emocional
 - o Profesionales de la salud mental
 - o No profesionales de la salud mental
- o Cuestionario de Apoyo Social (Social Support Questionarie) (Sarason, I., Levine, H., Bashman, R., y Sarason, B., 1983). Mide el apoyo social percibido como disponible. Contiene 27 reactivos. Cada reactivo evalúa el número de personas disponibles a quienes puede dirigirse el sujeto en momentos de necesidad en diversas situaciones. La segunda parte de cada reactivo mide el nivel de satisfacción con el apoyo percibido.

Variables: De Clasificación: Sexo, Edad, Nivel de estudios, Estado Civil, Nivel Socioeconómico

- o Dependiente:

Puntaje obtenido en las subescalas del HDL

Puntaje obtenido en el Cuestionario de Apoyo Social

Datos del Cuestionario socioeconómico

Procedimiento: Se estableció el área geográfica que comprende a la comunidad seleccionada al sur de la Ciudad de México. Para lograrlo se utilizó la división de las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBs), establecida por los Centros de Salud de la Ciudad de México. Se encuestaron a 477 habitantes de dicha comunidad que participaron en la fase de Diagnóstico Comunitario durante la Rotación del Área de Salud en el Internado General de Psicología. Durante la fase de Diagnóstico Comunitario la selección de los sujetos se hizo mediante un muestreo por conveniencia. Para realizar las entrevistas se contó con alumnos entrenados. Las aplicaciones se realizaron visitando el lugar de residencia de los participantes. Para iniciar la aplicación se pedía el consentimiento de los sujetos para participar en este estudio. Posteriormente se procedía a la aplicación de los tres instrumentos seleccionados.

Una vez realizada la aplicación se formó una base de datos para el análisis estadístico pertinente para este estudio.

Análisis Estadístico: Se empleó el programa Estadístico SPSS 8.0 para windows, realizando con él Pruebas T para grupos independientes, ANOVAS y Pruebas Pos Hoc por Comparaciones múltiples, Análisis de Regresión y Análisis por códigos de contraste.

Capítulo 7

RESULTADOS

Los resultados han sido organizados por indicadores biológicos, factores socioeconómicos y estilos de vida, microsistema, estilos de vida comunitarios relacionados con los niveles de salud en la comunidad, factores contaminantes del ambiente relacionados con los niveles de salud comunitaria, servicios percibidos en la comunidad y los indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física, para poder hacer una descripción ecológica y de los factores asociados con el nivel de salud de la comunidad estudiada.

Indicadores Biológicos

Los Indicadores biológicos se encuentran conformados por el género y la edad de los participantes en el estudio.

En lo referente a la distribución por género se observa que la población encuestada esta integrada por 119 hombres, es decir, el 24.9% de los participantes y 358 mujeres conformando el 75.1% (Ver Figura 7.1)

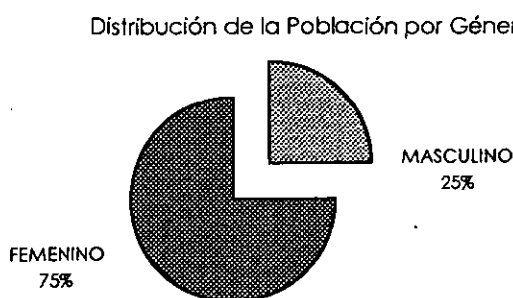


Figura 7.1 Distribución de la población por género, reportado en porcentaje

Por otra parte, la edad de los participantes se encuentra clasificada en tres grupos (Ver Tabla 7.1). El primer grupo se encuentra integrado por personas menores a 30 años de edad, teniendo una frecuencia de 160 sujetos y un porcentaje equivalente al 34%. El segundo grupo corresponde a los adultos con un rango de edad de 31 a 59 años, siendo el grupo de mayor frecuencia con 212 casos y un porcentaje de 45% (Ver Figura 7.2). El tercer grupo lo integran los ancianos con una frecuencia de 103 y un porcentaje de 22%. (Ver Figura 7.2).

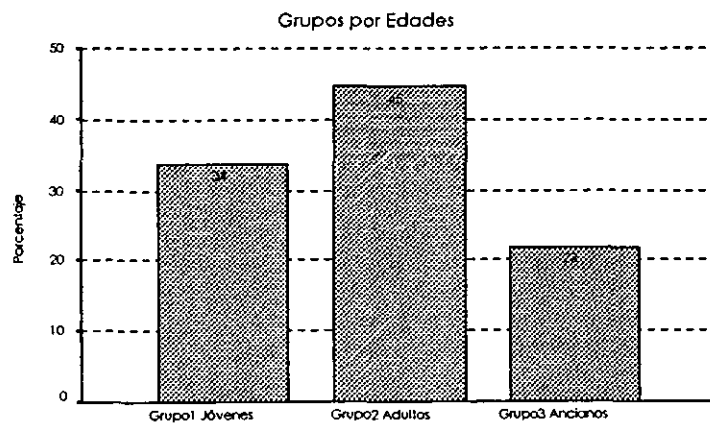


Figura 7.2. Porcentaje por grupos de edades.

	Jóvenes GRUPO 1 -30 años	Adultos GRUPO 2 31-59 años	Ancianos GRUPO 3 60-99 años
FRECUENCIA	160	212	103
PORCENTAJE	34	45	22

Tabla 7.1. Se muestran las frecuencias por grupos de edades

Factores Socioeconómicos y Estilos de Vida

En cuanto a los Factores Socioeconómicos relacionados con el estilo de vida encontramos el Nivel de Escolaridad, la Ocupación y el Ingreso Económico.

En lo referente al nivel de escolaridad se observa que el 2% de la población no tiene estudios, mientras que el 23% solo ha recibido la instrucción primaria. Las personas con secundaria conforman el 27%, el 24% tiene nivel medio superior y el 24% cuenta con estudios profesionales (Ver Figura 7.3).

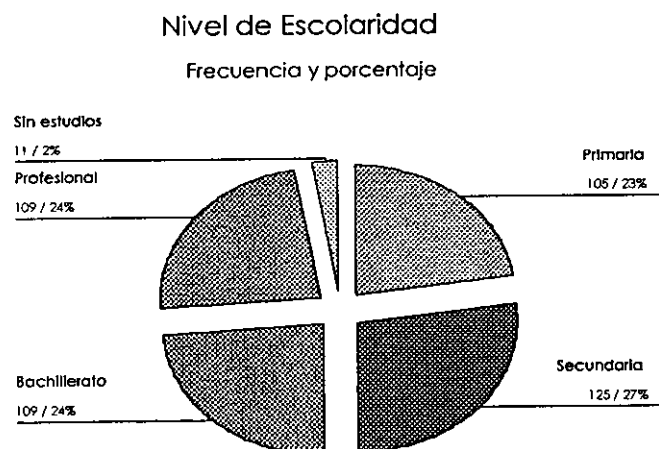


Figura 7.3 Se muestran la frecuencia y el porcentaje de sujetos sin estudios, primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura.

Los porcentajes de la ocupación de los participantes en el estudio muestran que el 48% (n = 228) se dedica al hogar, el 15% (n = 72) es empleado, el mismo porcentaje tiene como ocupación el estudio, el 19% (n = 92) se dedica a otras actividades, el 2.1% es comerciante (n = 2), dos

personas no tienen ocupación, lo que representa el 0.4%, y una sola persona es médico lo que equivale al 0.2% (Ver Figura 7.4).

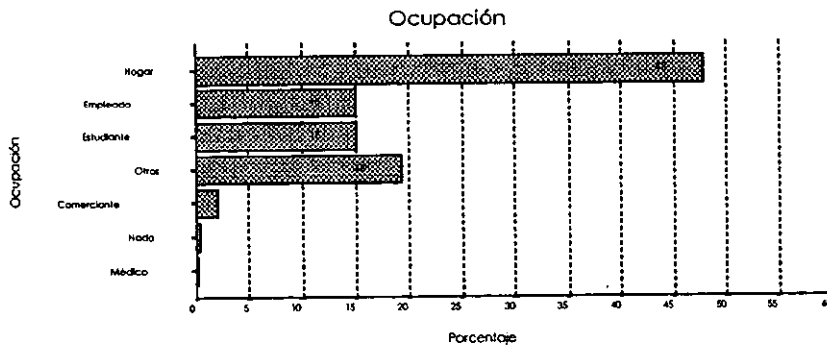


Figura 7.4. Ocupación de los participantes en el estudio mostrada en porcentajes.

El ingreso mensual de la familia de los participantes se encuentra clasificada en 7 niveles de ingreso según el número de Salarios Mínimos que perciben. Con un rango de 0 a más de 146 salarios mínimos mensuales. Encontrando que 108 de los participantes cuentan mensualmente con un ingreso que va de los 27 a los 47 salarios mínimos, lo que representa el 25.6% (Ver Figura 7.5).

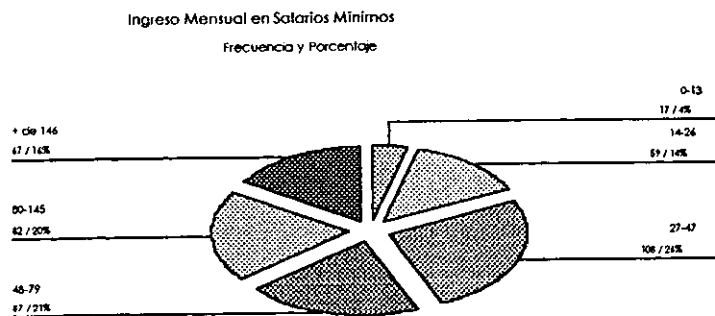


Figura 7.5 Ingreso Mensual en Salarios Mínimos de los participantes en el estudio mostrada en porcentajes y frecuencias.

Podemos observar la frecuencia de casos de ingreso mensual según el nivel de escolaridad de los sujetos. En el rango de los 27 a los 47 salarios

mínimos la frecuencia más alta de nivel de estudios la reportan las personas que cuentan con primaria y en segundo lugar las personas con secundaria. Siendo constante que las personas sin estudios son la frecuencia más baja en todos los rangos de ingreso. Las personas con bachillerato son la frecuencia más alta en el rango de 48 a 79 salarios mínimos y en el rango de 80 a 145 salarios mínimos. Finalmente la frecuencia más alta y de mayor ingreso esta representada por los profesionistas con un ingreso de más de 146 salarios mínimos mensuales (Ver Figura 7.6).

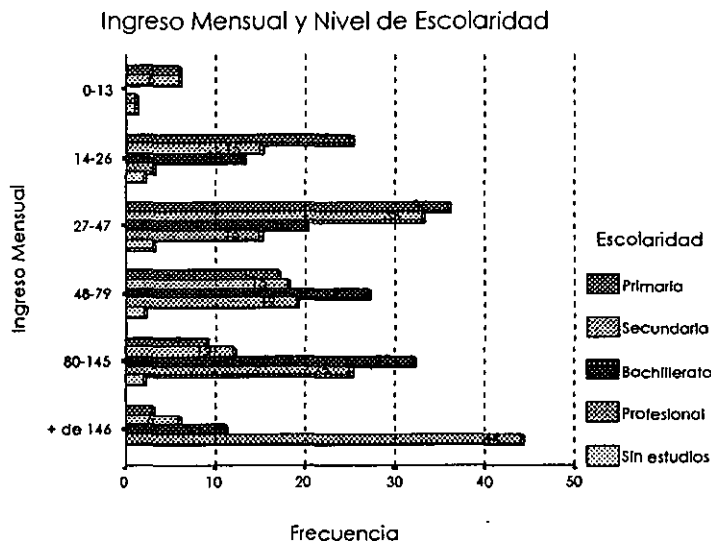


Figura 7.6. Frecuencia del ingreso mensual en Salarios Mínimos y Nivel de Escolaridad.

Las mujeres representan el porcentaje de ingreso mensual más alto con un 4% en el rango que va de los 0 a los 13 salarios mínimos. El 25% de las mujeres tienen un ingreso de 27 a 47 salarios mínimos, mientras que el 8% alcanza un ingreso de más de 146 salarios mínimos al mes. Por otra parte los hombres presentan porcentajes mayores a los de las mujeres en los rangos de 48 a 79

salarios mínimos, con un 24%, presentando para el rango de 80 a 145 salarios mínimos un 22% y finalmente en el rango de más de 146 salarios mínimos un porcentaje de 32% (Ver Figura 7.7).

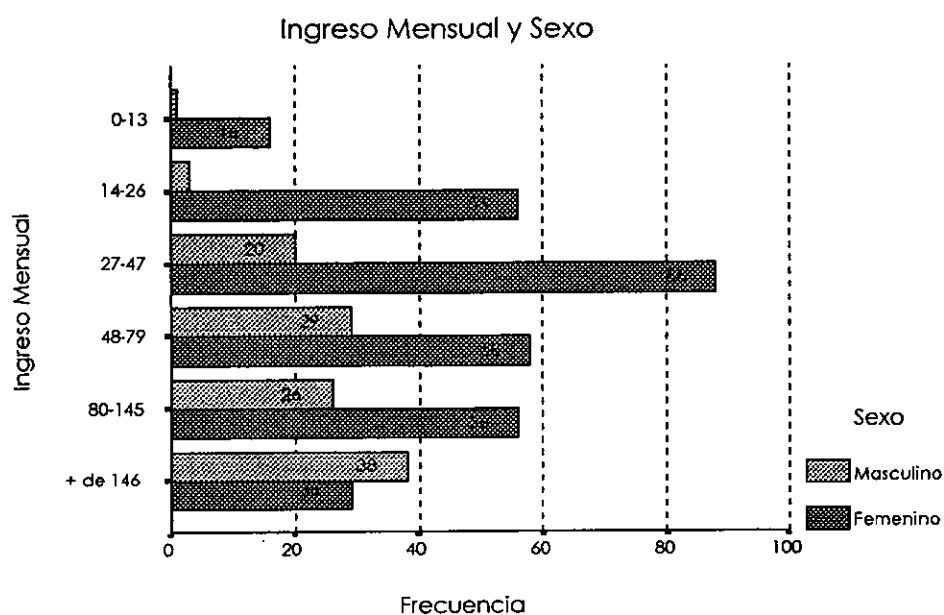


Figura 7.7. Porcentaje de ingresos mensuales según el sexo del encuestado.

Podemos observar que el 100% de las personas que no tienen ocupación se encuentran percibiendo menos de 13 salarios mínimos. Un 20% de las personas que se ocupan del hogar perciben de 14 a 26 salarios mínimos, mientras que el 27% percibe de 27 a 47 salarios mínimos. En cuanto a los empleados el 36% percibe más de 146 salarios mínimos. El 50% de los comerciantes percibe de 48 a 79 salarios mínimos. El 17% de las familias de los estudiantes perciben de 80 a 145 salarios mínimos. Finalmente las familias del 100% de los médicos perciben más de 146 salarios mínimos (Ver Figura 7.8).

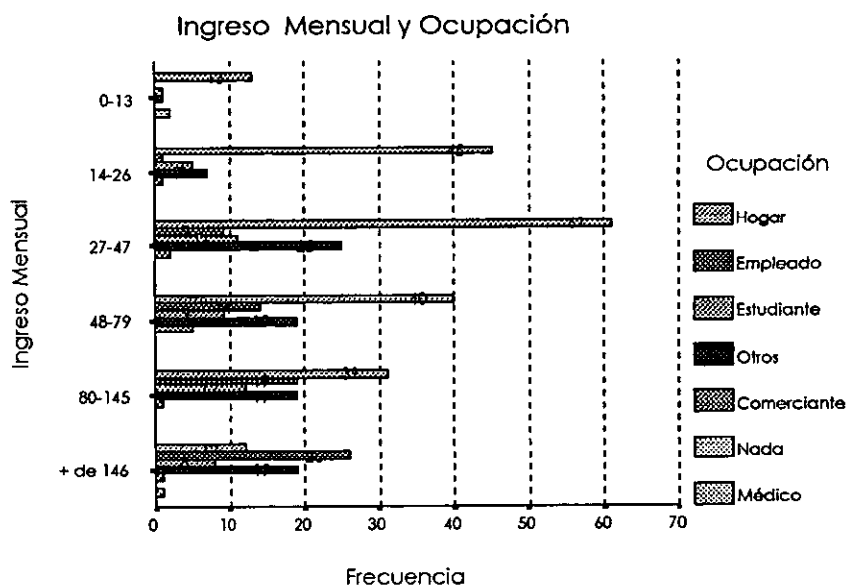


Figura 7.8. Se presentan los porcentajes de ingreso mensual por familia y la ocupación.

Microsistema

La descripción del Microsistema se basa en la forma en la que está integrado el ambiente cercano, es decir, la familia o las personas con las que se vive.

Al respecto, observamos que el estado civil de la población se encuentra conformado en su mayoría por personas casadas con un 47% (n = 223). Los sujetos solteros integran el 30% con una n de 141. Las personas viudas representan el 13% con un total de 63 casos. El 10% restante está formado por sujetos en unión libre, personas divorciadas y personas separadas (Ver Figura 7.9).

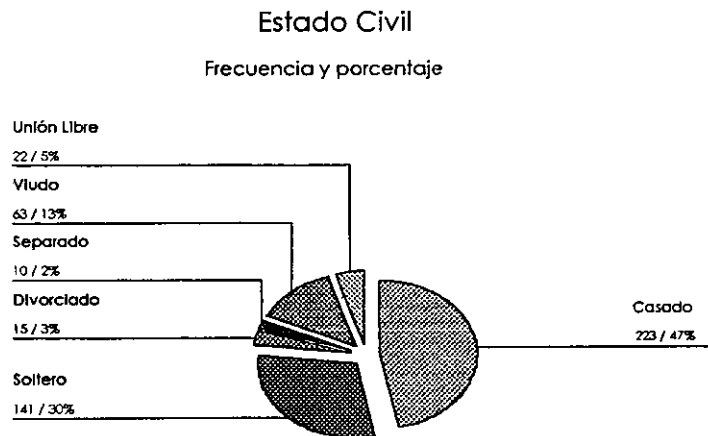


Figura 7.9. Se observa la frecuencia y el porcentaje de los sujetos casados, solteros, viudos, en unión libre, divorciados y separados.

Se observa también que el número de personas que viven con el sujeto varía de 1 a 25. El porcentaje más alto representa a las personas que viven acompañados de 4 personas y es de 24%. Además, el 15% vive con una sola persona, el 16% vive con dos personas, el 17% vive en compañía de tres personas.

El 13% vive con cinco personas, mientras que el 7% habita con seis personas. Los porcentajes menores al 4% representan a los sujetos que viven con más de siete personas. Encontrando un solo caso donde el sujeto habita con 25 personas (Ver Figura 7.10):

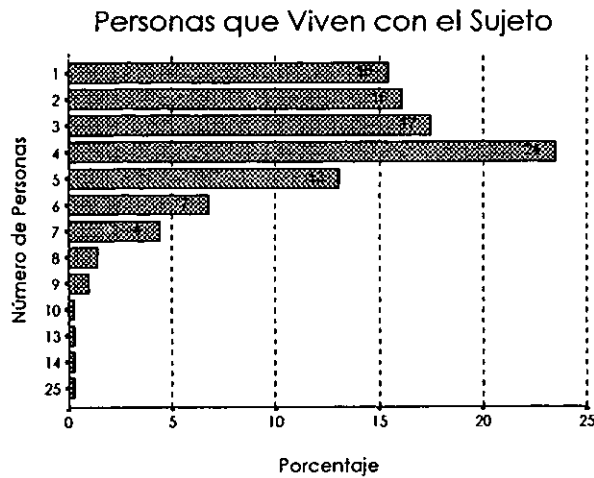


Figura 7.10. Se presentan los porcentajes del número de personas que viven con el sujeto participante.

El número de personas que trabajan actualmente en la familia del sujeto varía desde ninguna persona hasta siete. Encontrando que en el 11% (n = 48) los miembros de la familia se encuentran sin trabajar. Mientras que en el 56%, es decir, en 239 casos sólo un miembro de la familia trabaja. En el 24% trabajan dos integrantes de la familia (n = 105). Presentándose 23 casos, es decir, el 5% donde trabajan tres integrantes. El porcentaje de cuatro miembros de la familia que actualmente trabajen es de 2.1% (n = 10). Los casos en que cinco, seis o siete integrantes trabajen son menores al 1% (Ver Figura 7.11).

Personas que Trabajan Actualmente en la Familia del Sujeto

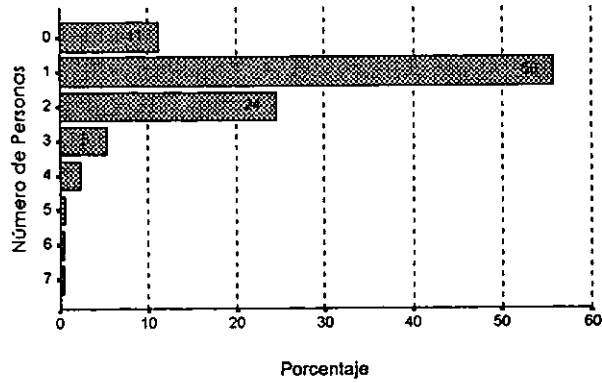


Figura 7.11. Se muestran los porcentajes de las personas que trabajan actualmente en la familia del sujeto.

Se observa que el número de familias que viven en la misma casa del sujeto es en su mayoría de 1, teniendo un total de 273 casos, es decir, el 64% comparte su casa con otra familia.

El 17% de los sujetos no vive con otra familia. Mientras que el 12% (n = 52) lo hace con otras dos familias y el 5% (n = 21) con tres familias. El 2% (n = 10) vive con cuatro familias y menos del 1% vive con 5 familias (n = 1) o con 8 familias (n = 1) (Ver Figura 7.12).

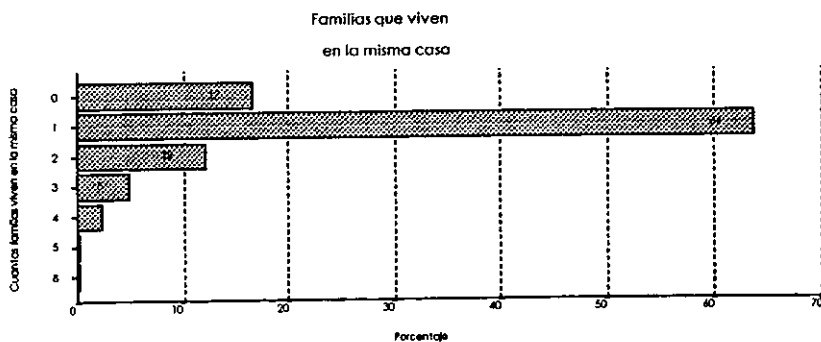


Figura 7.12. Se muestra el porcentaje correspondiente al número de familias que viven en la misma casa del sujeto.

Estilos de Vida Comunitarios Relacionados con los Niveles de Salud en la Comunidad.

Dentro de los estilos de vida en la comunidad que se encuentran relacionados con la salud, encontramos el uso de drogas, el consumo inadecuado de alcohol, embarazos adolescentes y accidentes en automóviles.

Al respecto 81% de los participantes, es decir, 387 sujetos reportan el uso de drogas en su comunidad, mientras que el 19% restante, equivalente a 90 casos no reporta uso o problemas con drogas en su comunidad (Ver Figura 7.13).

Por otra parte, el 82% los participantes (n = 393) reportan uso o problemas relacionados con alcohol en su comunidad. Encontrando que el 18% (n = 84) no percibe uso o problemas relacionados con el consumo de alcohol (Ver Figura 7.13). En cuanto al embarazo adolescente se encontró que el 48% de la población reportó como un problema en su comunidad la presencia de embarazos adolescentes. Mientras que el 52% de la población no reporta el embarazo adolescente como un problema en su comunidad (Ver Figura 7.13). Otro de los problemas relacionados con el estilo de vida de la comunidad son los accidentes automovilísticos. Encontrando al respecto que el 47% de los participantes reportan este como uno de los problemas de la comunidad, mientras que el 53% no percibe los accidentes automovilísticos como un problema (Ver Figura 7.13).

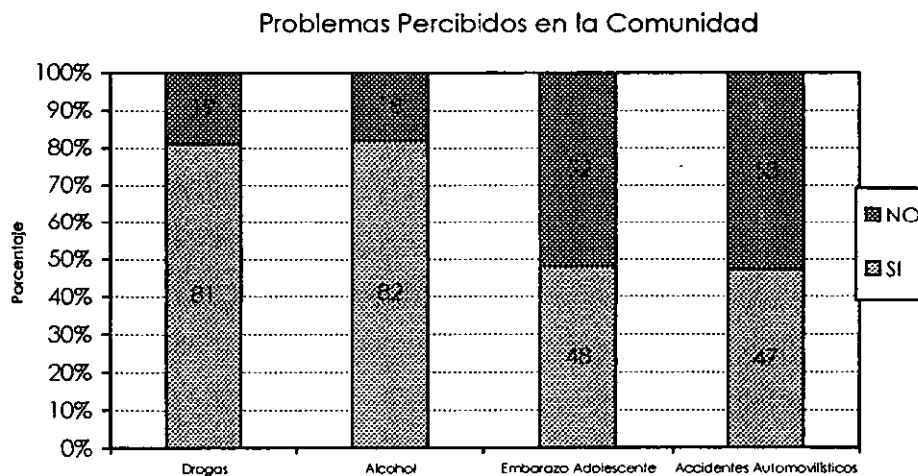


Figura 7.13. Se muestran problemas en la comunidad relacionados con estilos de vida, reportando el porcentaje de personas que los perciben como problemas en su comunidad frente el porcentaje que no los percibe como problemas comunitarios.

Las conductas violentas y delictivas también fueron reportadas por los participantes del estudio y forman parte del Estilo de Vida Comunitario que se encuentra relacionado con los Niveles de Salud de la propia comunidad.

Dentro de los problemas percibidos por los sujetos participantes se encuentran los asaltos con un porcentaje de 53%, frente a un 47% de los sujetos participantes que no lo reportan como un problema en su comunidad(Ver Figura 7.14).

El secuestro (Ver Figura 7.14) fue reportado por un 10% de los participantes como un problema dentro de la comunidad, mientras que el 90% restante no lo percibe como tal.

El 30% reporta el robo con arma blanca y el 28% el robo con arma de fuego como un problema en la comunidad, ante el 70% de la población que no percibe el robo con arma blanca como un problema en la

comunidad y el 72% que tampoco percibe el robo con arma de fuego como un problema comunitario (Ver Figura 7.14).

El homicidio esta reportado por el 28 % como un problema comunitario, mientras que el 72% (Ver Figura 7.14) no lo reporta como tal. Por otra parte el pandillerismo esta como uno de los problemas con más alto porcentaje, reportándolo el 69% de los sujetos frente al 31% que no lo percibe como problema (Ver Figura 7.14).

La prostitución como problema es reportada por el 21% de la población. La violación es percibida como un problema en la comunidad por el 18% de los integrantes de la comunidad (Ver Figura 7.14).

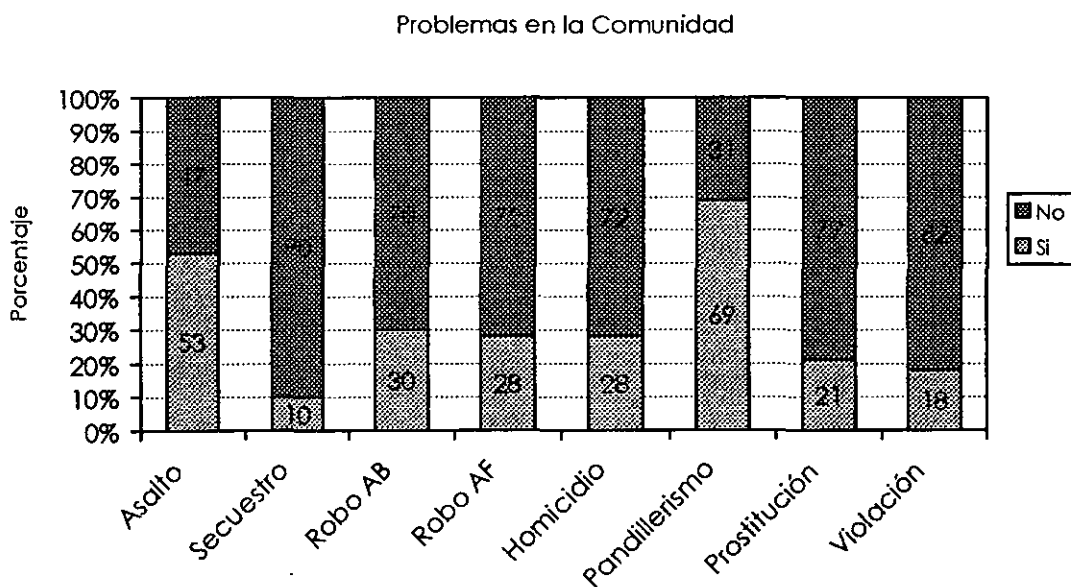


Figura 7.14. Se muestran los principales problemas en la comunidad relacionados con actos delictivos, reportando el porcentaje de personas que los perciben como problemas en su comunidad frente el porcentaje que no los percibe como problemas comunitarios.

**Descripción de los Factores Contaminantes del Ambiente
Relacionados con los Niveles de Salud Comunitaria.**

Los factores del medio ambiente relacionados con los niveles de salud comunitaria, que se encuentran en esta comunidad son principalmente cuatro. La presencia de basura en la comunidad, las heces fecales encontradas en las calles de la comunidad, la presencia de ruido y la falta de botes de basura en las calles de la comunidad.

Al respecto, el 46% de la población reporta basura en la comunidad, mientras que el 54% restante no percibe la basura en la comunidad como un problema (Ver Figura 7.15).

Por otra parte, la presencia de heces fecales en la calle representa el porcentaje más alto reportado por los sujetos con un 75% frente al 25% (Ver Figura 7.15) que no lo percibe como problema.

La presencia de ruido en la comunidad es reportada como un problema por el 40% ante el 60% que no percibe el ruido como un problema (Ver Figura 7.15).

Finalmente la falta de botes de basura en las calles de la comunidad es reportado por el 54% de los sujetos como un problema, mientras que el 46% restante no lo percibe como problema (Ver Figura 7.15).

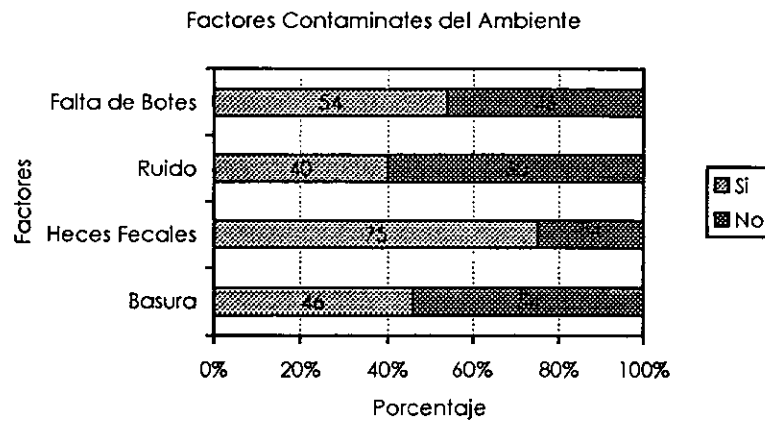


Figura 7.15. Se observa el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas ante la percepción de cuatro factores contaminantes del ambiente en la comunidad.

Servicios Percibidos en la Comunidad

La presencia de servicios de salud en la comunidad permite conocer la cobertura de los servicios que ofrecen. Al respecto, los datos sobre los servicios de salud en la comunidad reportan que el 90% de los participantes refiere que existen Centros de Salud dentro de sus comunidades. Por otra parte, el 88% percibe que la comunidad cuenta con farmacias (Ver Figura 7.16).

El 96% de los sujetos percibe que su comunidad cuenta con escuelas de nivel primaria, secundaria y bachillerato, además, el 75% reporta contar con Bibliotecas (ver Figura 7.16).

En lo referente a recreación y deportes el 88% percibe que su comunidad cuenta con deportivos, el 80% reporta parques públicos y el 80% la presencia de chanchas (Ver Figura 7.16).

Los centros comerciales son reportados por el 65%, las tiendas de autoservicio por el 69%, y las tiendas de abarrotes por el 86%, de la comunidad (Ver figura 7.16).

En cuanto a servicios en general el 78% reporta la presencia de Instituciones Bancarias en la comunidad, el 89% reporta Iglesias y el 86% reporta contar con servicios de transporte público(Ver Figura 7.16).

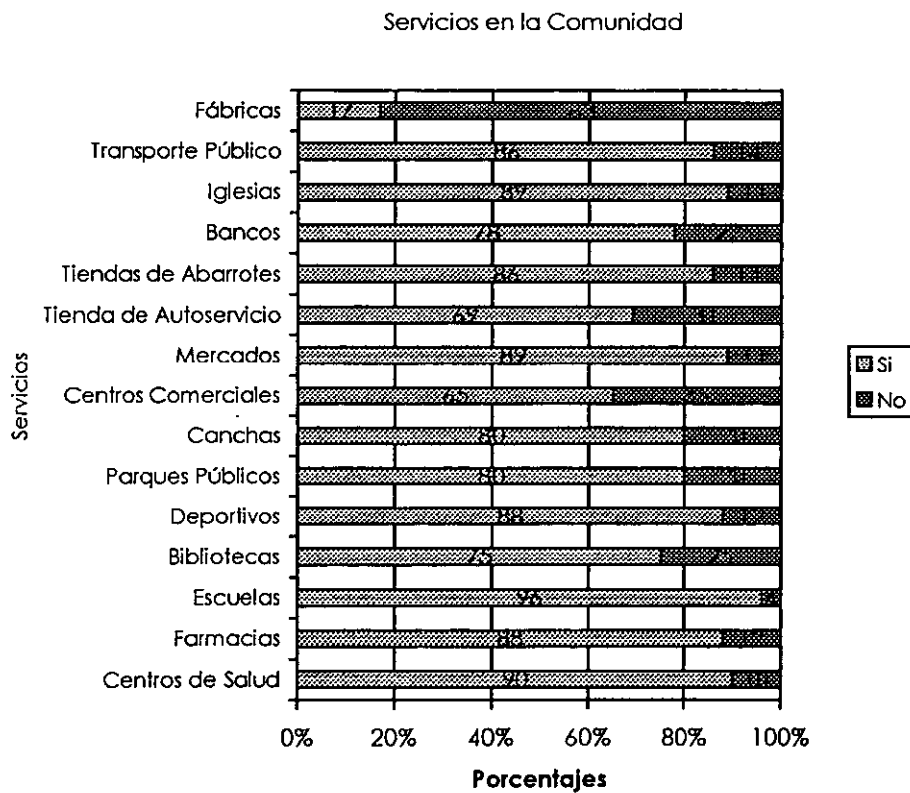
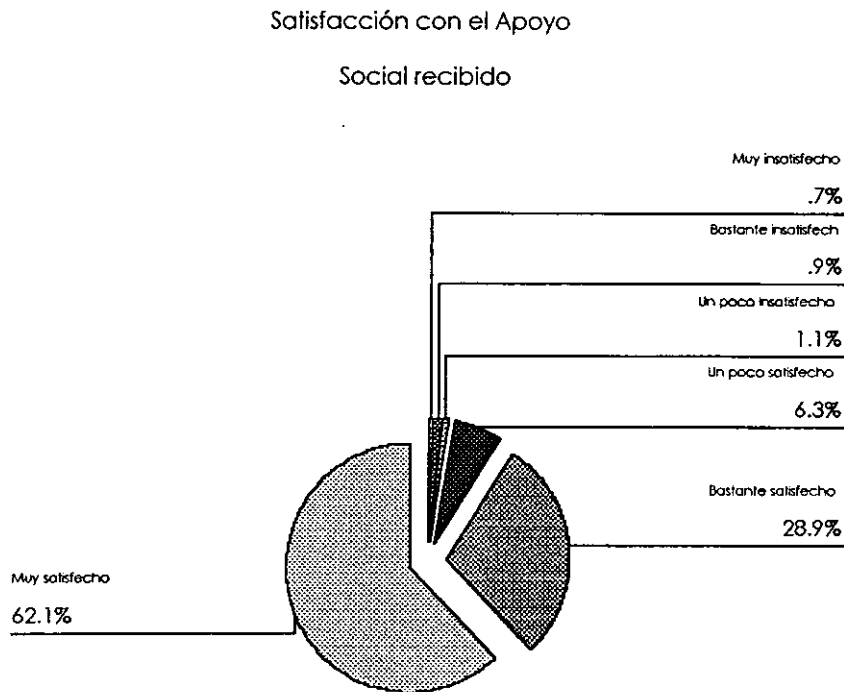


Figura 7.16. Se observa el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas ante la percepción de servicios en la comunidad.

Indicadores relacionados con el Funcionamiento de la Salud Física.

Uno de los Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud física es el Apoyo Social. Al respecto, se encontró que la satisfacción percibida con el apoyo social recibido es reportada por el 62.1% de los participantes como "muy satisfactoria", para el 28.9% es "bastante satisfactoria", solo el .7% se reporta "muy insatisfecho" (Ver Figura 7.17)



El área de salud fue evaluada a través de la Escala de salud y Vida Cotidiana (HDL) (Moos, 1984), abarcando los indicadores de la subescala de Condiciones Médicas (Cm), Síntomas Físicos (Sf), Humor Depresivo (Hd), Síntomas por Fumar (Sfu), Autoconfianza (Ac) y Uso de Medicamentos (Um).

La media de los puntajes obtenidos en cada subescala se puede observar en la Figura 7.17, teniendo una media de 1.46 para Condiciones Medicas, 5.04 para Síntomas Físicos, 2.77 para Humor Depresivo, 0.86 para Síntomas por Fumar, 18.11 en Autoconfianza y 2.22 en Uso de Medicamentos.

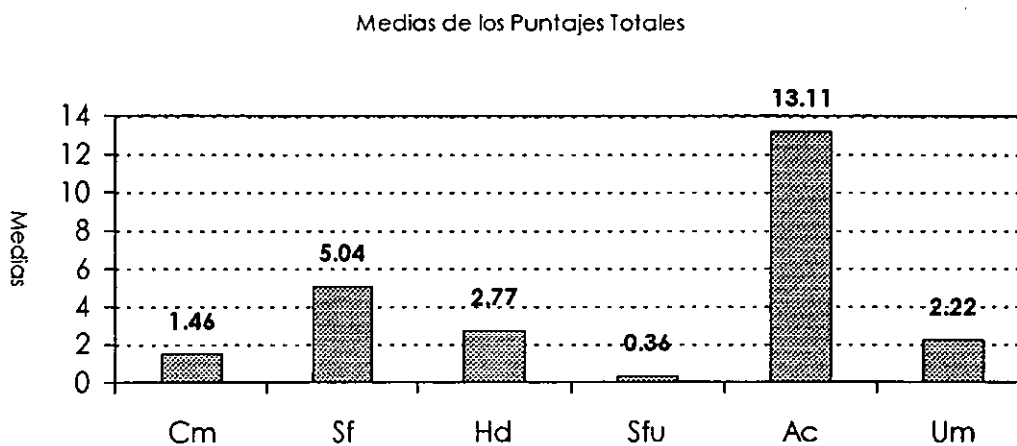
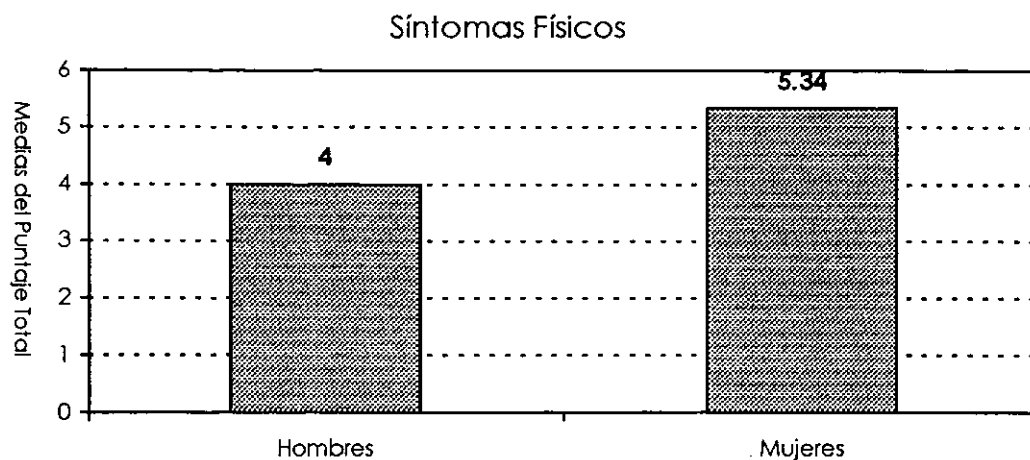


Figura 7.18 Medias de los Puntajes Totales del Área de Salud en la población en general.

Análisis por Género

El indicador en el que se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje obtenido entre hombres y mujeres es el de Síntomas Físicos, teniendo una $T = -3.799$ con un $\alpha = .044$. Siendo las mujeres quienes presentan una media mayor. (Ver Figura 7.18)



Grafica 7.18 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Síntomas Físicos entre hombres y mujeres.

Análisis por Grupos de Edades

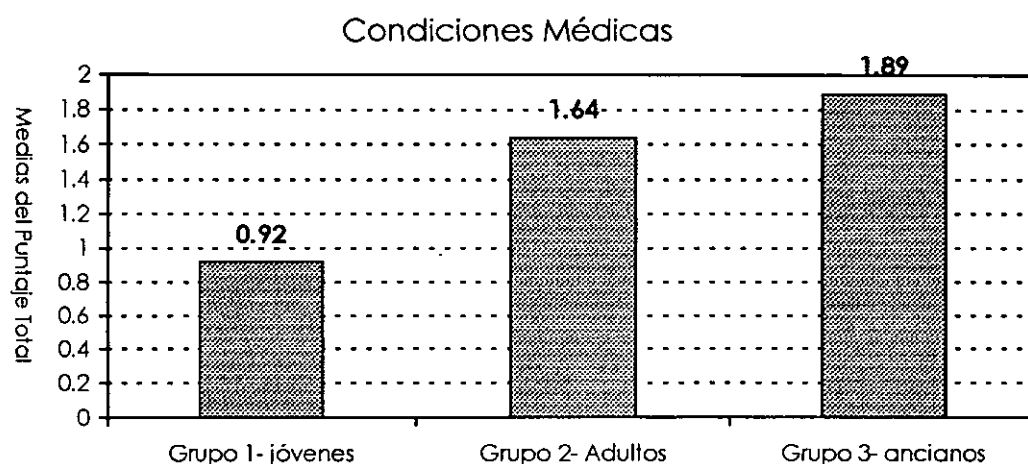
El análisis de ANOVA por grupos de edades muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, Humor Depresivo, Eventos Negativos de Cambio en la Vida y Eventos Positivos de Cambio en la Vida. (Ver Tabla 7.1)

Indicador	F	Sig.
Condiciones Médicas (Cm)	12.399	.000
Síntomas Físicos (Sf)	5.352	.005
Humor Depresivo (Hd)	6.118	.002
Eventos Negativos de Cambio en la Vida (EN)	5.658	.004
Eventos Positivos de Cambio en la Vida (EP)	8.255	.000

Tabla 7.1 ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de Cm, Sf, Hd, EN y EP con respecto a los grupos de edades.

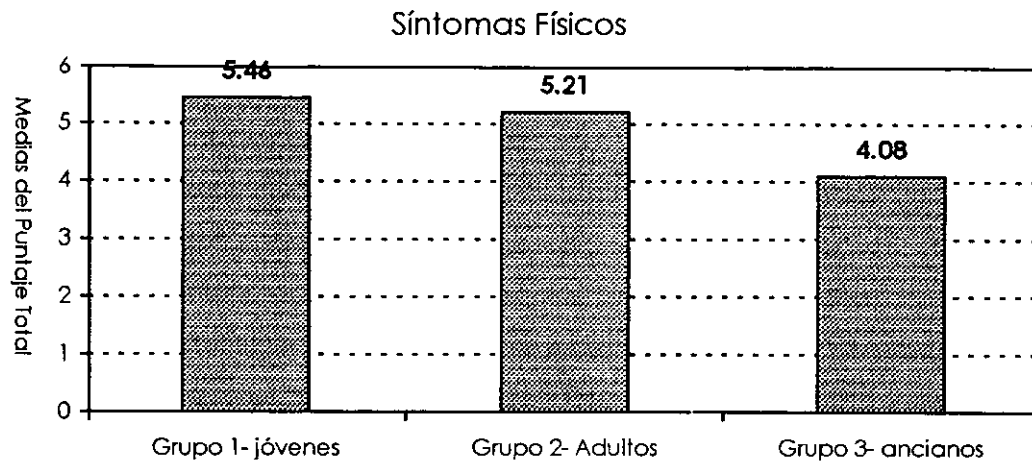
Al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se encontró que en el indicador de Condiciones Medicas la diferencia

estadísticamente significativa se presenta entre el grupo de jóvenes (grupo 1) y el grupo de adultos (grupo 2) $F = 12.399$ $\alpha = .000$ teniendo una diferencia de la media de $-.72$. Por otra parte también se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de jóvenes (grupo 1) y el grupo de ancianos (grupo 3) con $F = 12.399$ $\alpha = .000$ y teniendo una diferencia de la media de $-.97$ (Ver Figura 7.18)



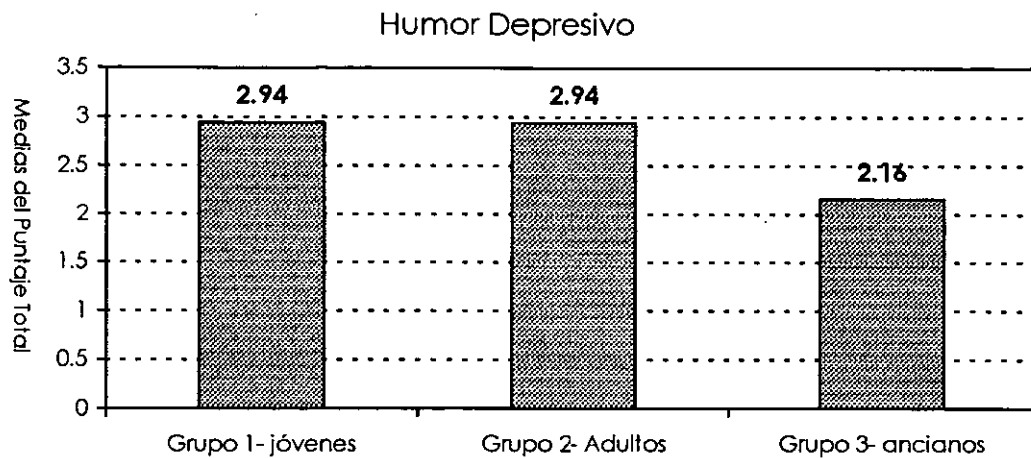
Gráfica 7.19 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Condiciones Médicas por Grupos de edades.

Para el indicador de Síntomas Físicos al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se encontró que las diferencias estadísticamente significativas se presentan entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de jóvenes (grupo 1) $F = 5.352$ $\alpha = .005$ teniendo una diferencia de la media de -1.38 . De igual manera se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de adultos (grupo 2) con $F = 5.352$ $\alpha = .005$ y teniendo una diferencia de la media de -1.13 (Ver Figura 7.20)



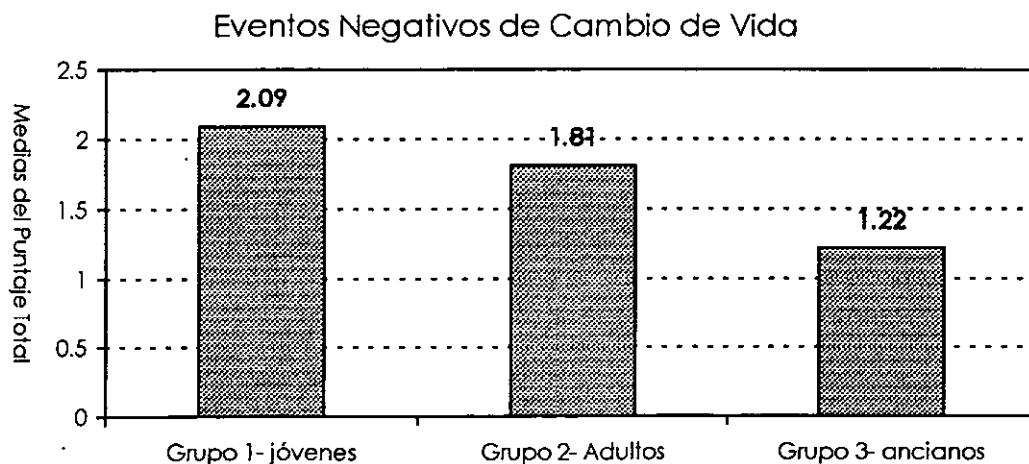
Grafica 7.20 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Síntomas Físicos por Grupos de edades.

Por otra parte, al analizar el I indicador de Humor Depresivo y realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se encontró que las diferencias estadísticamente significativas se presentan nuevamente entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de jóvenes (grupo 1) con una $F = 6.118$ $\alpha=.002$, teniendo una diferencia de la media de $-.78$. Así mismo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de adultos (grupo 2) con $F = 6.118$ $\alpha=.002$ y teniendo una diferencia de la media de $-.79$ (Ver Figura 7.21)



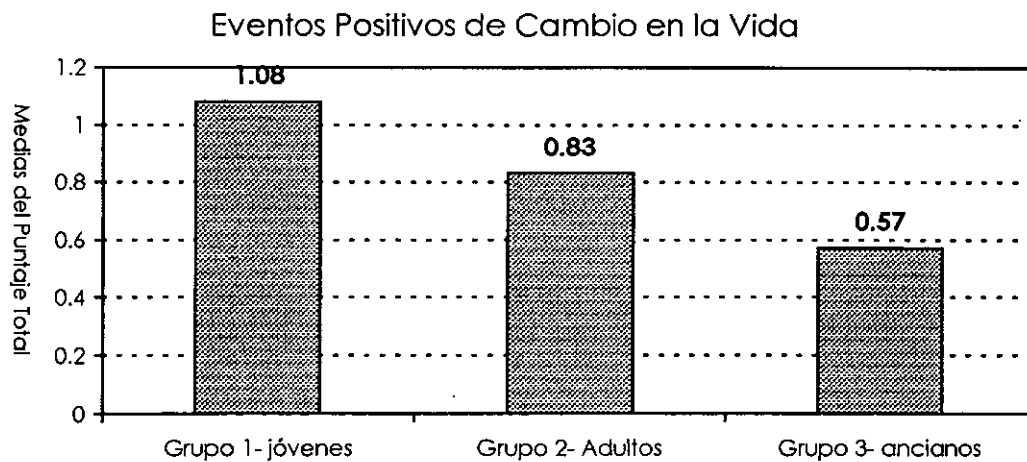
Grafica 7.21 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Humor Depresivo por Grupos de edades.

En el indicador de Eventos Negativos de Cambio en la Vida al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se observó que la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de jóvenes (grupo 1) $F = 5.658$ $\alpha = .004$ teniendo una diferencia de la media de $-.88$ (Ver Figura 7.22).



Grafica 7.22 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Eventos Negativos de Cambio de Vida por Grupos de edades.

Finalmente, al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe para el indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida se encontró que la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de jóvenes (grupo 1) teniendo una $F = 8.255$ $\alpha=.000$ teniendo una diferencia de la media de $-.51$. Observando además que existe otra diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de ancianos (grupo 3) y el grupo de adultos (grupo 2) con $F = 8.255$ $\alpha=.000$ y teniendo una diferencia de la media de $-.26$ (Ver Figura 7.23).



Grafica 7.23 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida por Grupos de edades.

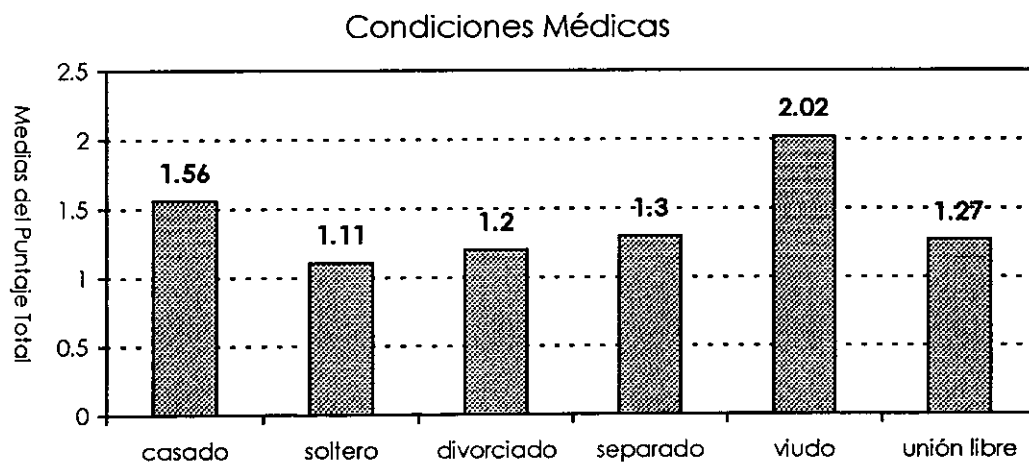
Análisis por Estado Civil

El análisis de ANOVA por Estado Civil permite observar que existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, Humor Depresivo y Eventos Negativos de Cambio en la Vida (Ver Tabla 7.2)

Indicador	F	Sig.
Condiciones Médicas (Cm)	2.644	.023
Síntomas Físicos (Sf)	2.451	.033
Humor Depresivo (Hd)	4.759	.000
Eventos Negativos de Cambio en la Vida (EN)	2.163	.057

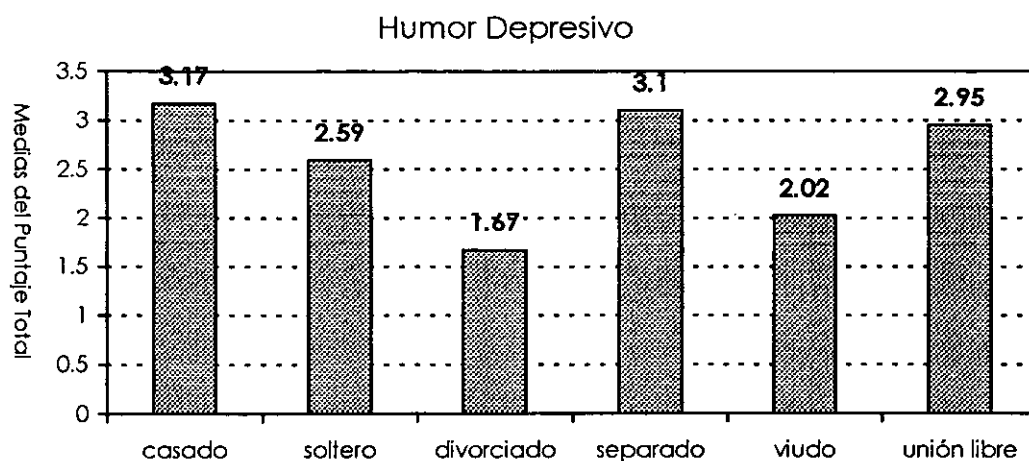
Tabla 7.2 ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de Cm, Sf, Hd, y EN con respecto al estado civil.

Además se utilizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontrando que en el indicador de Condiciones médicas la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre el grupo de solteros y el grupo de viudos con una $F = 2.644$ $\alpha = .023$ teniendo una diferencia de la media de $-.90$ (Ver Figura 7.24).



Grafica 7.24 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Condiciones Medicas por Estado Civil.

En el indicador de Humor Depresivo al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se encontró que la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre el grupo de casados y el grupo de viudos con una $F = 4.759$ $\alpha = .000$ teniendo una diferencia de la media de -1.15 (Ver Figura 7.25).



Grafica 7.25 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Condiciones Médicas por Estado Civil.

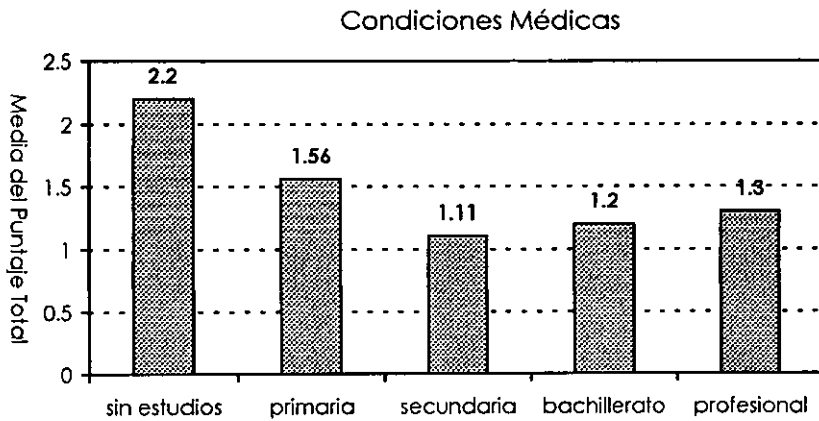
Análisis por Escolaridad

El análisis de ANOVA por escolaridad presenta diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Condiciones Médicas, Humor Depresivo, Auto Confianza, Uso de Medicamentos, Eventos Positivos de Cambio en la Vida, Afrontamiento Cognitivo Activo y Afrontamiento Conductual Activa (Ver Tabla 7.3)

Indicador	F	Sig.
Condiciones Médicas (Cm)	2.616	.024
Humor Depresivo (Hd)	3.101	.009
Auto Confianza (Ac)	2.324	.042
Uso de Medicamentos (Um)	2.557	.027
Eventos Positivos de Cambio en la Vida (EP)	4.884	.000
Afrontamiento Cognitivo Activo (Acg)	3.613	.003
Afrontamiento Conductual Activo (Acd)	4.404	.001

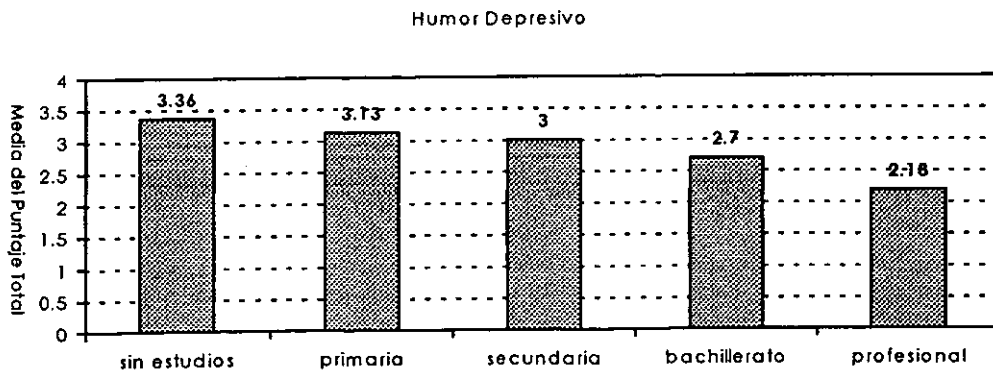
Tabla 7.3 ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de Cm, Hd, Ac, Um, EP, Acg y Acd con respecto a la Escolaridad.

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontrando diferencias estadísticamente significativas para el indicador de Condiciones Médicas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de secundaria teniendo una $F=2.616$ $\alpha=.024$ teniendo una diferencia de la media de $-.70$ (Ver Figura 7.26).



Grafica 7.26 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Condiciones Medicas por Escolaridad.

Para el indicado de Humor Depresivo la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontró diferencias estadísticamente significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios profesionales, $F = 3.101$ $\alpha=.009$ teniendo una diferencia de la media de $.95$ (Ver Figura 7.27).



Grafica 7.27 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Condiciones Medicas por Escolaridad.

El análisis realizado con la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe al indicador de Eventos Positivos de Cambio de Vida muestra diferencias estadísticamente significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de bachillerato con una $F = 4.884$ $\alpha = .000$ teniendo una diferencia de la media de $-.50$. De igual manera existen diferencias entre las personas con estudios de secundaria y las personas con estudios de bachillerato presentando una $F = 4.884$ $\alpha = .000$ teniendo una diferencia de la media de $.47$ (Ver Figura 7.28).

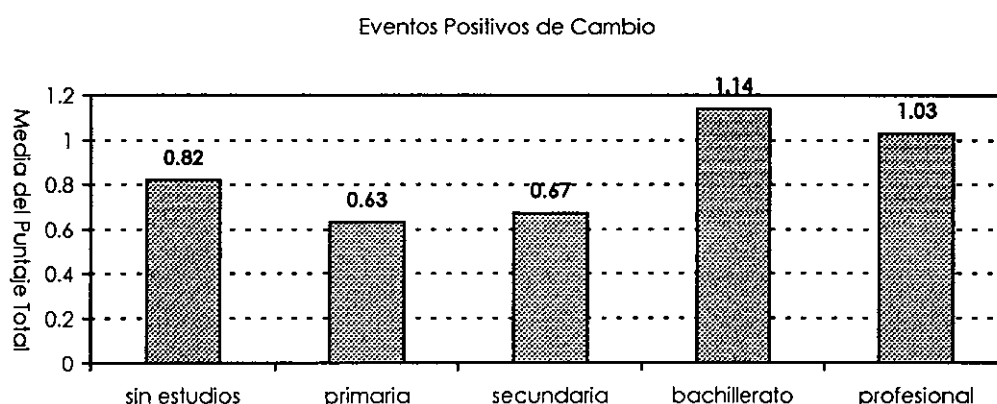


Figura 7.28 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida por Escolaridad.

Para el indicador de Afrontamiento Cognitivo Activo la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de bachillerato con una $F = 3.613$ $\alpha = .003$ teniendo una diferencia de la media de -3.54 (Ver Figura 7.29).

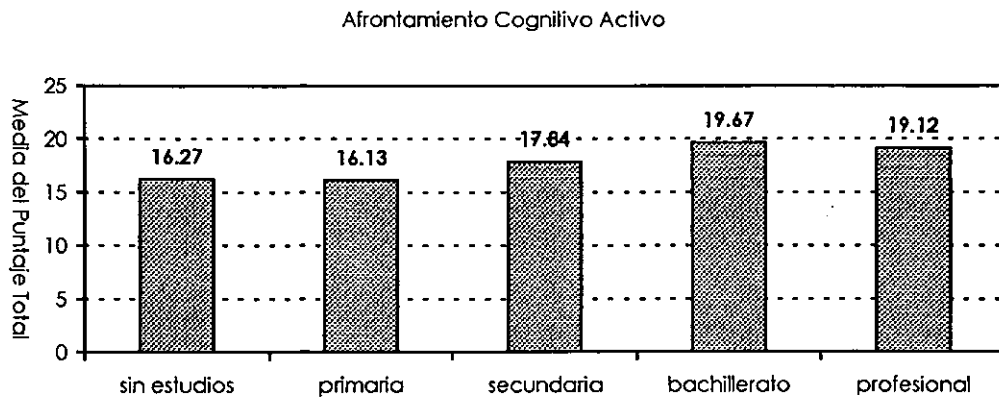


Figura 7.29 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Afrontamiento Cognitivo Activo por Escolaridad.

Finalmente, el indicador de Afrontamiento Conductual Activo muestra en la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de bachillerato y profesional con una $F = 4.4.04$ $\alpha = .001$ teniendo ambas una diferencia de la media de -3.28 (Ver Figura 7.30).

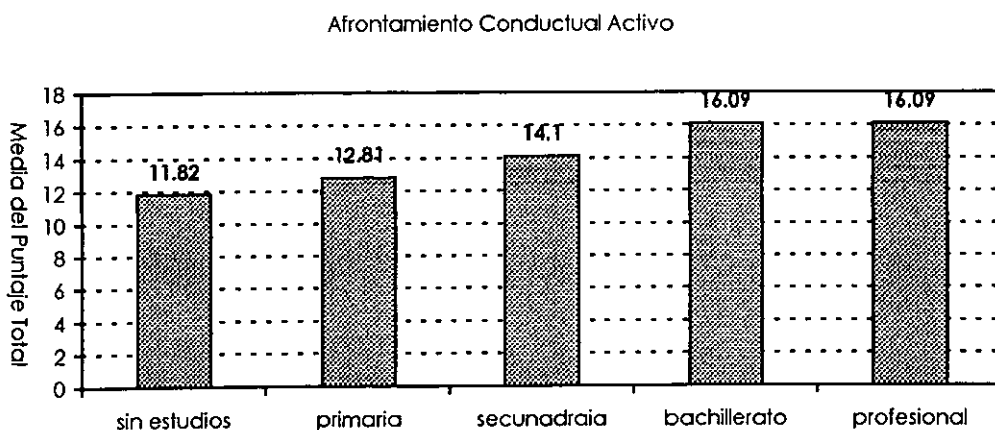


Figura 7.30 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Afrontamiento Conductual Activo por Escolaridad.

Análisis por Ingreso Mensual

El análisis de ANOVA por Ingreso Mensual muestra las diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Síntomas Físicos, Humor Depresivo, Auto Confianza, Eventos Positivos de Cambio en la Vida, Afrontamiento Conductual Activo y Afrontamiento de Evitación (Ver Tabla 7.4).

Indicador	F	Sig.
Síntomas Físicos (Sf)	2.252	.038
Humor Depresivo (Hd)	6.079	.000
Auto Confianza (Ac)	2.719	.013
Eventos Positivos de Cambio en la Vida (EP)	2.151	.047
Afrontamiento Conductual Activo (Acd)	2.635	.016
Afrontamiento de Evitación (AE)	3.868	.001

Tabla 7.3 ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de Sf, Hd, Ac, EP, Acd y AE con respecto al Ingreso Mensual.

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontrando diferencias estadísticamente significativas para el indicador de Humor Depresivo entre las personas con ingreso mensual entre los 0-13 salarios mínimos y las personas con 27- 47, así como las que cuentan con ingreso de 48- 79, de 80-145 y de más de 146 salarios mínimos mensuales con una $F= 6.079 \alpha=.000$ (Ver Tabla 7.4 y Figura 7.31).

Diferencias entre ambos grupos		Diferencias de las medias
0-13	27-47	2.00
	48-79	1.94
	80-145	1.97
	+ de 146	2.44

Tabla 7.4 Muestra las diferencias de las medias estadísticamente significativas

Por otra parte, el grupo de 14–26 salarios mínimos mensuales presenta diferencias estadísticamente significativas con el grupo de más de 146 salarios mínimos, con una $F= 6.079$, $\alpha= .000$ con una diferencia de la media de 1.54 (Ver Figura 7.31).

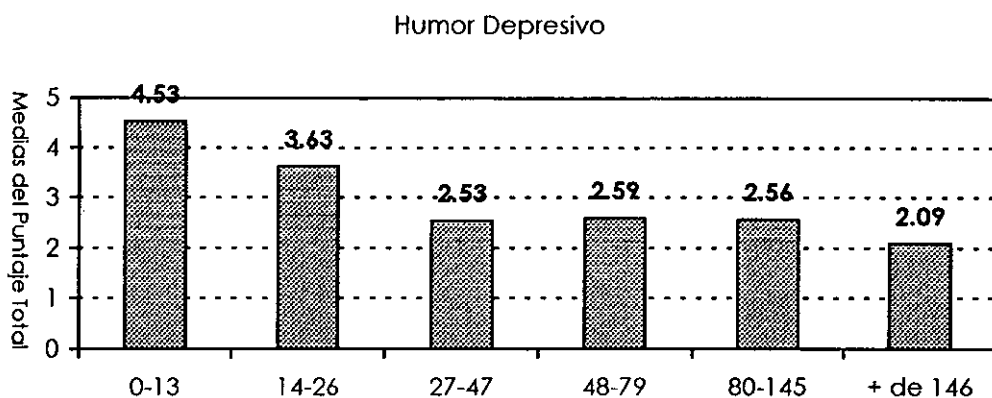


Figura 7.31 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Humor Depresivo por Ingreso Mensual (en salarios mínimos).

Finalmente, el indicador de Afrontamiento de Evitación muestra en la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con ingreso mensual de 0-13 salarios mínimos y las personas con 48-79, 80-145 y con las personas con más de 146 salarios mínimos con una $F =3.868$ $\alpha= .001$ (Ver Tabla 7.5 y Figura 7.32).

Diferencias entre ambos grupos		Diferencias de las medias
0-13	48-79	4.41
	80-145	4.39
	+ de 145	5.09

Tabla 7.5 Muestra las diferencias de las medias estadísticamente significativas

Afrontamiento de Evitación

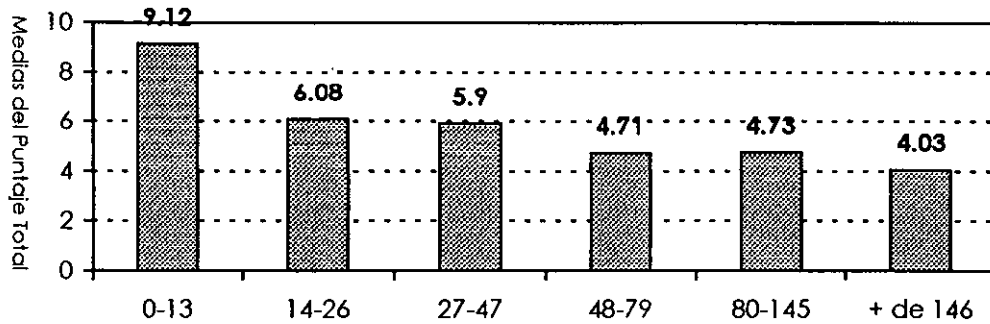


Figura 7.31 Medias de los puntajes obtenidos en el indicador de Humor Depresivo por Ingreso Mensual (en salarios mínimos).

Al realizar el análisis de regresión múltiple se encontró que el contar con estudios profesionales, tener un ingreso de más de 146 salarios, así como el tener eventos de cambio en la vida (tanto negativos, positivos y de salida) son predictores de problemas en el área de salud.

Además el ser casado, vivir en unión libre o estar viudo, así como el contar con estudios profesionales y tener un ingreso mensual de 0 -13 salarios mínimos o de más de 146 salarios mínimos predice confiablemente el presentar síntomas físicos.

Finalmente, el ser soltero, divorciado o viudo, así como el percibir mensualmente de 80-145 salarios mínimos y el tener estudios de secundaria predicen confiablemente el presentar condiciones médicas.

Tabla de Resultados

V.D	PREDICTOR	T	α
SALUD	ESTUDIOS PROFESIONALES	2.499	0.003
	MÁS DE 146 SALARIOS MÍNIMOS	2.574	0.010
	EVENTOS DE CAMBIO EN LA VIDA	6.299	0.000
	EVENTOS NEGATIVOS DE CAMBIO EN LA VIDA	6.015	0.000
	EVENTOS POSITIVOS DE CAMBIO EN LA VIDA	2.206	0.028
	EVENTOS DE SALIDA	-2.275	0.023
	AFRONTAMIENTO DE EVITACIÓN	-2.662	0.008
SÍNTOMAS FÍSICOS (Sf)	CASADO	-2.102	0.036
	UNION LIBRE	-2.275	0.023
	VIUDO	-1.982	0.048
	ESTUDIOS PROFESIONALES	2.640	0.009
	MÁS DE 146 SALARIOS MÍNIMOS	2.017	0.044
	DE 0-13 SALARIOS MÍNIMOS	-2.542	0.011
CONDICIONES MÉDICAS (Cm)	VIUDO	2.564	0.011
	SOLTERO	3.113	0.002
	DIVORCIADO	2.060	0.040
	DE 80-145 SALARIOS MÍNIMOS	2.069	0.039
	ESTUDIOS DE SECUNDARIA	3.032	0.003

Tabla 7.6 Muestra los predictores estadísticos de las variables dependientes de salud, síntomas físicos y condiciones medicas.

Finalmente, al realizar correlaciones encontramos que existe una correlación positiva entre el indicador de Humor Depresivo y el indicador de Síntomas físicos.

		Humor Depresivo
Síntomas físicos	Pearson Correlation	.603
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	477

Tabla 7.7 Muestra las correlaciones encontradas

Humor Depresivo se presenta más en personas que viven en unión libre, casados o separados.

Por otra parte, las Condiciones Médicas, es decir, enfermedades principalmente crónico degenerativas se presentan más en personas solteras. Estudios anteriores confirman lo anterior, ya que las personas que no cuentan con el apoyo social que brinda una pareja (solteros y viudos) se encuentran más propensas a tener repercusiones en su salud (Berkman & Syme, 1979; House, Robbins & Metzner, 1982). También es importante mencionar que se observó un puntaje elevado de Humor Depresivo en los jóvenes y adultos quienes en su mayoría son solteros, por lo que los Síntomas Físicos también se ven incrementados. Por otra parte, es importante señalar que el grupo de jóvenes es el que menor índice de Condiciones Médicas reporta, esto puede deberse a la baja probabilidad de desarrollar Condiciones Médicas crónico degenerativas a edades tempranas. También se puede indicar que la presencia de Eventos de Cambio en la Vida incrementa de manera fundamental el estrés al que los jóvenes y adultos se enfrentan, como lo menciona Moos & Schaefer (1986), Sarason & Sarason (1984), debido a los eventos de transición que marcan el paso de una etapa a otra como el inicio en la escuela, el inicio de estudios universitarios, el casarse, ser padre, entre otros eventos propios de ambos grupos de edad. Sin embargo, se presenta un importante factor protector en este grupo ya que se observan Eventos Positivos de Cambio en la Vida, además de que sus Estilos de Afrontamiento son el Conductual Activo y el Cognitivo Activo, siendo los jóvenes y adultos los que presentan estudios de bachillerato y en su mayoría estudios profesionales; lo que se reporta en otros estudios como factores relacionados con un nivel de salud adecuado

(Adler et al., 1994; Anderson & Armstead, 1996; Marmot, Kogevinas & Lestón, 1987).

Por otra parte, los ancianos presentan el menor indicador de Síntomas Físicos y de Humor Depresivo, a pesar de la condición propia de la edad que se ve reflejada en el alto índice de Condiciones Médicas que muestran. Conjuntamente estos resultados pueden deberse a que los ancianos tienen un bajo índice de Eventos Negativos de Cambio en la Vida, lo que hace referencia a que se encuentran ante pocos eventos estresantes, lo que constituye un indicador psicosocial protector de la salud.

Adicionalmente, los estudios realizados por Adler et al. (1994), Anderson & Armstead (1996), Marmot, Kogevinas & Lestón (1987) reportan que el nivel socioeconómico, entendiéndolo como el nivel de escolaridad, la ocupación y el ingreso económico, se correlaciona con los niveles de salud; lo que se refleja en el indicador de Condiciones Médicas que se incrementa en el grupo de mujeres donde la ocupación principal es el "cuidado del hogar" y su ingreso mensual se encuentra por debajo de los 47 salarios mínimos mensuales, además de que la mayoría cuenta con un nivel de estudios básico (primaria-secundaria), lo que en conjunto representa determinantes distantes que impactan de manera negativa a las determinantes próximas de este grupo, afectando su nivel general de salud. Sin embargo, el 86.3% de este grupo reporta estar "bastante satisfecho y muy satisfecho" con el apoyo social percibido, lo que sugeriría que se perciben como parte de un grupo social del cual pueden recibir ayuda tangible, apoyo emocional, información para solucionar problemas o la posibilidad de amortiguar el impacto de las situaciones estresantes a las que se enfrentan. A pesar de los datos encontrados, este factor

protector no parece estar amortiguando el impacto que los otros determinantes próximos y distantes están ejerciendo en los indicadores de salud de este grupo.

También se encontró que el Afrontamiento de Evitación se presenta particularmente en las personas con ingreso económico bajo, presentando además altos puntajes de Síntomas Físicos y Humor Depresivo, confirmando lo reportado en otros estudios donde se pone en manifiesto que la carencia en habilidades de afrontamiento es un factor de riesgo ante el cual los niveles de salud se ven afectados, incrementando la posibilidad de presentar conducta adictivas y problemas con el consumo de alcohol y drogas (Ayala, 1992; Moos y Finney, 1983; Cronkite y Moos, 1980).

El psicólogo al detectar el impacto del estrés en la salud puede brindar importantes herramientas a los miembros de la comunidad, trabajando en la manera en que el afrontamiento y el apoyo social pueden amortiguar el impacto en la salud.

En conclusión se puede afirmar que en la actualidad el mantenimiento de la salud esta fuertemente vinculado con los estilos de vida, los inmunógenos y patógenos conductuales y sobre todo con las estrategias que utilizan los individuos para mantener su bienestar físico (Lazarus, Matarazzo, Melamed & Schuartz, 1984). Sin lugar a dudas, esto se ve reflejado en las sociedades industrializadas como la Ciudad de México, donde los estilos de vida han originado un cambio en la etiología de las enfermedades, es decir, pasando de un origen microbiano a una génesis de corte conductual. Lo anterior se corrobora con las estadísticas correspondientes a las principales causas de mortalidad en la Ciudad de México, en el país o incluso en el ámbito mundial (INEGI, 1999). Donde

podemos observar que dentro de las principales causas de mortalidad de se encuentran enfermedades crónico degenerativas estrechamente vinculadas con patógenos conductuales, por ejemplo, en la Ciudad de México se observa que las principales causas de muerte son enfermedades del corazón, tumores(cáncer), diabetes mellitus, y enfermedades crónicas del hígado y finalmente en quinto lugar se encuentran los accidentes; por lo que anualmente en la Ciudad de México mueren más de 34, 781 personas.

Sin olvidar que este tipo de estudio favorece la prevención primaria fortaleciendo la promoción y el mantenimiento de la salud a partir de componentes psicosociales y no solo con datos epidemiológicos sobre índices de mortalidad. Enfocando el trabajo en las condiciones que favorecen la acción preventiva en sí misma. Para lograrlo es necesario que antes de promover planes y acciones en el ámbito de la salud pública, primero se conozca y se defina con claridad el comportamiento saludable que se quiere promover, es decir, se requiere de una descripción detallada de los inmunógenos conductuales que conforman los estilos de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Aduna, A.P., (1998) Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM
- Álvarez, a., De la Torre, I., Montaña, C., Reynoso, L., Y Seligson, I., (1999) Programas de intervención psicológica para Modificar Estilos de Vida y Calidad de Vida. Universidad nacional Autónoma de México.
- Amigo, I., et al (1998) Manual de Psicología de la Salud. Ediciones Pirámide. Madrid
- Antonucci, T.C., (1985) Personal characteristics, social support, and social behavior. In R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.), Handbook of aging and the social science (2nd ed.). New York: Van Nostrand-Reinhold
- Ayala, H.E., (1992) El Curso del Alcoholismo: Una visión psicológica. Memorias del VI Congreso Mexicano de Psicología clínica. México D.F.
- Averill, J.R., (1973) Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303
- Ballester, R., (1998) Introducción a la Psicología de la Salud. Valencia. Promolibro
- Báyes, R. (1983) Aportaciones del Conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 13, 92-110
- Báyes, R. & Ribes, E., (1992) Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J. A. Piña (Eds.), *Psicología y Salud: Aportes del Análisis de la Conducta*. Editorial UniSon
- Baum, A. (1990) Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*, 9, 653-675
- Becker, M., Rosenstock, I., (1984) Compliance with medical advice. In A. M. Steptoe (ed): *Health care and human behavior*. Nueva York. Academic Press.
- Billings, A.G., & Moos, R.H., (1981) The role of coping

- responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S.H., (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537
- Bronfenbrenner, U., (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design.* Cambridge, Massachusetts: Howard University press
- Bruhn, J.G., & Phillips, B.U., (1987). A developmental basis for social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 213-229
- Buela, C. y Carrobles, J. (1996) *Concepto de Psicología Clínica, Medicina Conductual y psicología de la salud.* En C. Buela y V. Caballo (eds.) *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud.* México: Siglo XXI editores
- Carrobles, J.A. & Fernández, R., (1983) *Evaluación Conductual: Metodología y aplicaciones.* Madrid: Pirámide
- Catalano, R., y Dooley, C.D.; (1977) Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community. *Journal of Health and Social Behavior*, 18: 292-307
- Cobb, S. ; (1976) Social support as a moderator of stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314
- Cohen, F., & Lazarus, R., S., (1983) Coping and adaptation in health and illness. In D. Mechanic (Ed.) *Handbook of health, health care, and the health professions.* New York: Free Press.
- Cohen, S, & McKay, G (1984) Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.) *Handbook of Psychology and health.* Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Connell, C.M., & D'Augelli, A.R., (1990) The contribution of personality characteristic to the relationship between social support and

- perceived physical health. *Health Psychology*, 9, 192-207
- Costa, M., y López, E. (1996) *Educación para la Salud*. Madrid: Pirámide
- Costa, M., y López, E. (1986) *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca
- Cox, T., (1978) *Stress*. Baltimore University Park Press
- Coyne, J.C., & Holroyd, K (1982) Stress, coping, and illness: A transactional perspective. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (eds) *Handbook of clinical Health Psychology*. New York: Plenum
- Cronkite, R. & Moos, R., (1980) The determinants of posttreatment functioning of alcoholic patients: A conceptual framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 305-316
- Cutrona, C.E., & Rusell, D.W., (1990) Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. A. Sarason, I. G. Sarason, & G.R. Pierce (Eds.) *Social support: an interactional view*. New York: Wiley
- Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. (1978) Some issues in research on stressful life events. *J. Ner. Ment. Dis.* 166, 7-15
- Drossman, D., Thompson, W., Talley, N., Frunch-Jenssens, J., y Whitehead, W., (1990) Identification of subgroup of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology International*, 3 (159- 172)
- Engel, G. L., (1977) The need for a New Medical Model; A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fernández Ríos, L., Cornes, J.M., & Codesido, F., (1997) *Psicología Preventiva: Situación actual*. En G. Buena, L. Fernández Ríos & T. J. Carrasco (Eds.) *Psicología Preventiva*. Madrid, Pirámide
- Folkman, S. & Lazarus, R. S., (1980) An Analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of health and Social behavior*, 21 (September): 219- 239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S., (1988) Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475
- Folkman, S. & Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J.,

- (1986) Dynamics of a stressful encounter. Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003
- Fordyce W. E., (1976) Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis: Mosby.
- Gentry, W. D. & Kobasa, S.C.O., (1984) Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W.D. Gentry (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York Guilford.
- Gottlieb, N.H., & Green, L. W., (1987) Ethnicity and lifestyle health risk: Some possible mechanisms. *American Journal of Health Promotion*, 2, 37-45, 51
- Heller, K., & Swindle, R.W., (1983) Social networks, perceived social support, and coping with stress. In R.D. Felner, L.A., Jason, J.N. Moritsugu & S.S. Farber (Eds.). *Preventive Psychology: Theory, research and practice*. Elmsford, N.Y.: Pergamon 87-103
- Hobfoll, S.E. (1989) Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524
- Holahan, C. J. & Moos, R.H. (1987) Risk, resistance and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3-13
- House, J. S., (1984) Barriers to work stress: Social support. In W. D. Gentry, H. Benson, & C. de Wolff (Eds.) *Behavioral medicine: Work, stress, and health*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Jacobson, D. E. (1986) Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, September, 250- 264
- Jakubowsky- Spector, P., (1973) Facilitating the growth of women through assertion training. *The Counseling Psychologist*, 4, 75-86
- Jasnoski, M.L., & Schwartz, G.E., (1985): A synchronous systems model for health. *American Behavioral Scientists*, 28, 468-485
- Jay, S.M., Ozolins, M., Elliot, C.H. (in press). Psychological intervention for pain in pediatric cancer patients. In G.B.

- Humphrey, L.P. Dehner, G.B. Grindley , & R.T. Acton (Eds.), *Pediatric Oncology* (Vol. 3) Boston: Martinus Nijhoff
- Lazarus, R. S., (1966) *Psychological stress and the coping process.* McGraw-Hill, New York
- Lazarus, R. S., (1978) *Coping* In R.J., Corsini (Ed), *Concise encyclopedia of Psychology.* New York:Wiley
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978) *Stress-related transactions between person and environment.* In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds), *perspectives in interactional psychology* (pp, 287-327), New York : Plenum Press
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984a): *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984b): *Coping and Adaptation.* In W. D. Gentry (Ed.) *Handbook of Behavioral Medicine.* New York. Guilford
- Lazarus, R.S., Matarazzo, J.D., Melamed, B.G., Schuartz, G.E., (1984) *Psychology and Health.* Master Lecture Series (Ed.) American Psychological Association
- Levinson, D., (1986) *A conception of adult development.* *American Psychologist*, 4 (1) , 3-13
- Mancia, g., Bertinieri , G., Gras, G., Pomodossi, G., Ferrari, A., & Zanchetti, A. (1983) *Effects of blood pressure measurement by the doctor on patient's pressure and heart rate.* *Lancet*, 2, 695-698
- Martin, R., Davis, G.M., Baron, R.S., Suls, J., & Blanchard , E.B., (1994) *Specificity in social support. Perceptions of helpful and unhelpful provider behaviors among irritable bowel, headache, and cancer patients.* *Health Psychology*, 13, 432-439
- Masters, J., Burish, T., Hollon, S., & Rimm, D., (1987) *Behavior Therapy (3rd ed.)* New York: Marcout Brace Jovanovich.
- Matarazzo. J.D. (1980) *Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology* *American Psychologist*, 37, 1-14
- Mc Crae, R.R. (1984) *Situational Determinants of coping Responses: Loss, Treta, and Challenge.* *Journal of personality and*

- Social Psychology, 46. N. 4, 919-928
- McFarlane, A. H., Norman, G.R., Streiner, D.L., Roy, R., & Scott, D.J., (1980). A longitudinal study of the influence of psychosocial environment on health status: A preliminary report. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 124-133
- Mechanic, D., (1976) Stress, Illness, and Illness Behavior. *Journal of Human Stress*. 2, 2-6
- Miller, B. C., & Sollie, D.L., (1986) Normal stress during the transition to parenthood. In R.H. Moos (Ed.) *Coping with life crises: An integrated approach*. New York Plenum
- Miller, S.M. (1979) Controllability and human stress: method, evidence and theory. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 287-304
- Moos, R.H., (ed) (1977) *Coping with Physical illness*, Plenum, New York
- Moos, R., & Finney, J., (1983) The expanding scope of alcoholism treatment evaluation. *American Psychologist*, 38, 1036-1044
- Moos, R.H., & Mitchell, R.E., (1982) Social network resources and adaptation: A conceptual framework. In T.A. Wills (Ed.) *Basic Processes in helping relationship*, 213-232. New York: Academic Press.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A., (1986) Life transitions and crises: A conceptual overview. In R.H. Moos (Ed.) *Coping with life crises: An integrated approach*. New York Plenum.
- Neugarten, B. L., & Neugarten D. A., (1987 May) The changing meanings of age. *Psychology Today*, pp 29-33
- Paterson, R.J., & Neufeld, R.W.J., (1987) Clear danger: Situational determinants of the appraisal of the threat. *Psychological Bulletin*, 101; 404-416
- Payne, R.L., & Jones, J.G., (1987). Measurement and methodological issues in social support. In S.V. Kasl & C.L. Cooper (Eds), *Stress and health: Issues in research methodology* . New York: Wiley
- Peirce, R.S., Frone, M.R., Russell, M. & Cooper, M. L. (1996). Financial stress, social support, and alcohol involvement: A longitudinal

- test of the buffering hypothesis in a general population survey. *Health Psychology*
- Pitcher, S. W., & Meikle, S., (1980) The Topography of Assertive Behavior in Positive and Negative Situations. *Behavior Therapy, Bol.*, 11, 532-547
- Puska, P. (1984) Community based prevention of cardiovascular disease: The North Karelia Project. In J. D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (eds.): *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley
- Quadagno, D.M., Dixon, L.A., Denney, N.W., & Buck, H.W., (1986) Postpartum moods in men and women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 154, 1018-1023
- Rappaport J., (1977) *Community psychology, Values, Research, and Action*, Holt, Rinehart and Winston. Chapter IV.
- Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness, and survival: A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 124-131
- Ribes, E., (1982) *Reflexiones criticas*. Barcelona: Fontanella
- Ridruejo, A., (1977) *Psicología Médica* McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
- Salleras, L. (1990) *Educación Sanitaria. Principio, Métodos y Aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos
- San Martín, H & Pastor, V. *Salud Comunitaria* Madrid: Díaz de Santos
- Sandler, I.N., & Guenther, R.T. (1985) Assessment of life stress events in P. Karoly (Ed.) *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley.
- Sarafino, E.P., & Armstrong, J. W., (1986) *Child and adolescent development* (2nd ed.) St. Paul, M.N: West.
- Sarafino, E.P., (1998) *Health Psychology: biopsychosocial interaction*. (3rd ed.) John Wiley & Sons, Inc. New York
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Bashman, R.B. & Sarason B.R., (1983) Assessing Social Support: The Social Questionnaire. *Journal of Personality and Social*

- Psychology, Vol. 44, N. 1
127-139
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R.
(1984) Abnormal
psychology (4th ed.)
Englewood Cliffs, NJ:
Prentice-Hall
- Schaefer, C., Coyne, J. C., &
Lazarus, R.S. (1981) The
health-related functions of
social support. *Journal of
Behavioral Medicine*, 4,
381-406
- Speisman, J.C., Lazarus, R.S.,
Mordkoff, A., & Davison, L.,
(1964). Experimental
demonstration of stress
based on egodefense
theory. *Journal of
Abnormal and Social
Psychology*, 68, 367-380.
- Suls, J., & Mullen, B. (1981) Life
change and psychological
distress: The role of
perceived control and
desirability. *Journal of
Applied Social Psychology*,
11, 379-389.
- Sweet, J., Rozensky R., &
Tovian, S., (1991)
Handbook of Clinical
Psychology in medical
Setting. Nueva York :
Plenum Press.
- Silver, R:L. & Wortman C.B.
(1980) Coping with
undesirable life events. In:
Garber, J. & Seligman, M.
E. Human Helpness: Theory
and Applications. 279-340.
New York : Academic Press
- Stone, G. C., Cohen, F., &
Adler, N. E. (1979) Health
psychology. San Francisco:
Jossey- Bass
- Talento, M. & Ribes, E., (1980)
Algunas consideraciones
sobre el papel social de la
profesión psicológica. En E.
Ribes, C. Fernández Gaos,
M. Rueda, F. López & M.
Talento (EDS), La
enseñanza, ejercicio e
investigación de la
psicología: Un modelo
integral. México: Trillas
- Thoits, P. A. (1982)
Conceptual,
methodological, and
theoretical problems in
studying social support as
a buffer against life stress.
*Journal of Health and
Social Behavior*, 23, 145-
159.
- Thompson, S. C., (1981) Will it
hurt less if I can control it?
A complex answer to a
simple question.
Psychological Bulletin, 90,
89-101
- Vallejo, G., (1996) Análisis
Multivariado en las
Ciencias
Comportamentales.
Oviedo: Servicio de
publicaciones de la
universidad de Oviedo.

- Vinokur, A., & Selzer, M. L., (1975) Desirable and undesirable life events: Their relationship to stress and mental distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 329-337.
- UNICEF, UNESCO, OMS, SSA, MÉXICO (1990) Facts for life (Para la Vida un Reto de Comunicación).
- Wallston, B. S., Alagna, S.W., DeVellis, B.M., & DeVellis, R.F., (1983) Social support and physical illness. *Health Psychology*, 2, 367-391.
- Weinman, I., (1987) An outline of Psychology as applied to Medicine. Wright . Bristol.
- Weiss, S. M. (1984) Community health promotion demonstration programs: Introduction. En J. D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (eds.): *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Willey.
- Wilcox, V.L., Kasl, S. V., & Berkman, L.F. (1994) Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study . *Health Psychology*, 13, 170-179.
- Wills, T.A., (1984) Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & L. Syme (Ed.) *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C., (1987) Conceptual and methodological issues in the study of social support In A. Baum & J. E Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 5), Hillsdale, N.J: Erlbaum.