

164

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO:
ESTILOS DE VIDA Y HABITOS DE SALUD.

298431

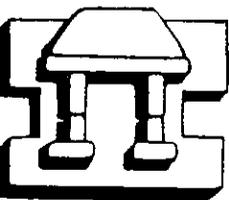
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
TREJO DIAZ MARCELA ALEJANDRA

ASESORES:

MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMIREZ GUERRERO

MTRO. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ

LIC. YAZMIN DE JESUS ARRIAGA ABAD



IZTACALA

LOS REYES, IZTACALA

2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Al Todopoderoso quién tiene en su mano todo. Gracias, Padre, por permitirme terminar con un paso más en mi vida. Gracias por colocar en mi camino a las personas indicadas para la realización de este proyecto. Gracias por tu palabra de vida, que me ha fortalecido: **TODO LO PUEDO EN CRISTO QUE ME FORTALECE. Fil. 4:13**

A MI PINCVISCO:

Con ese gran amor incondicional que me has mostrado, me ha impulsado en todo momento, tanto en mi realización profesional como en la personal. Gracias por este paso de amor que hemos dado juntos. **TE AMO.**

A MIS ASESORES:

Marisela y Enrique, de quienes he aprendido la tolerancia, el amor de enseñar y la comprensión ante un proyecto tan importante, gracias por compartir estos momentos de mi vida. Gracias por ser parte fundamental en mi crecimiento. Dios bendiga sus vidas.

PAPA:

Gracias papá por todo el amor que incondicionalmente me has brindado y que me ha impulsado en toda mi vida.

MAMÁ:

Gracias mamá por todo el apoyo y amor que me has dado. Gracias por ser mi mamá y acompañarme en todos los momentos de mi vida.

MINIS: Gracias minis por tus risas y sonrisas, que me permiten estar cerca de ti.

MIGUEL: Gracias Miguelito, por darme un ejemplo de hermandad en los momentos más inesperados.

RESUMEN

A través de una investigación no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal realizado con 547 usuarios del servicio de salud público y privado se investigó acerca de los estilos de vida y hábitos de salud en la población. Se encontró que existe un común denominador en los hábitos de salud de la población en general, esto es, que cuando se practican hábitos negativos de salud estos hábitos conllevan a realizar otro hábito negativo; de igual manera, un hábito positivo siempre es seguido por otro hábito positivo. Con lo anterior vemos que una conducta se va reforzando con otra subsecuente y dirigida al mismo sentido. Con base a los resultados observados en esta investigación, los cuales muestran las grandes necesidades de la población en relación a los hábitos de salud tan deficientes y que a su vez promueven estilos de vida poco saludables proponemos llevar a cabo programas de promoción y educación para la salud, donde la metodología participativa sea la base de dichos programas, además de aplicarlos en las poblaciones que presentan mayor riesgo en la práctica de hábitos no saludables y por lo tanto con mayor riesgo de contraer enfermedades, como lo son los grupos de jóvenes, que en esta investigación son los individuos de entre 18 a 25 años.

RESUMEN

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

| | |
|--|----|
| 1.1 Surgimiento y definición | 4 |
| 1.2 Bases teóricas | 8 |
| 1.3 Investigación y aplicaciones | 11 |

CAPITULO II

PSICOLOGIA DE LA SALUD EN LA ACTUALIDAD

| | |
|--|----|
| 2.1 Desarrollo de la Psicología de la Salud en América Latina | 16 |
| 2.2 Aplicación de la Psicología de la Salud en la actualidad | 18 |
| 2.3 Desarrollo de la Psicología de la Salud en México | 19 |
| 2.4 Promoción de la salud y educación para la salud | 22 |

CAPITULO III

ESTILOS DE VIDA

| | |
|---|----|
| 3.1 Concepto de estilos de vida | 27 |
| 3.2 Definición de Calidad de vida | 31 |
| 3.3 Calidad de vida del mexicano | 35 |

CAPITULO IV

HABITOS DE SALUD

| | |
|---|----|
| 4.1 Definición de hábitos de Salud | 38 |
| 4.2 Influencia de los hábitos con relación a la salud | 42 |

CAPITULO V

METODO

| | |
|-----------------------------|----|
| OBJETIVO GENERAL | 46 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | 46 |
| HIPÓTESIS | 46 |
| SUJETOS | 46 |
| ESCENARIO | 47 |
| INSTRUMENTOS | 47 |
| PROCEDIMIENTO | 48 |

CAPITULO VI

| | |
|-------------------------|----|
| ANALISIS DE DATOS | 49 |
|-------------------------|----|

CAPITULO VII

| | |
|------------------|-----|
| RESULTADOS | 169 |
|------------------|-----|

CAPITULO VIII

| | |
|-----------------|-----|
| DISCUSIÓN | 178 |
|-----------------|-----|

| | |
|--------------|-----|
| ANEXOS | 195 |
|--------------|-----|

| | |
|-------------------|-----|
| REFERENCIAS | 198 |
|-------------------|-----|

INTRODUCCION

La Psicología de la Salud surge por la necesidad de entender la interrelación entre la vida emocional y los procesos corporales, como tal debemos entenderla ampliamente con la finalidad de obtener las herramientas necesarias para el desarrollo de técnicas que permitan la promoción, la educación y el conocimiento de y para la salud de la población mexicana. Enfatizando en este estudio los estilos de vida y hábitos de salud como parte importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedad. Por este motivo el escrito contiene los principales antecedentes de la Psicología de la Salud: en el capítulo I, presentamos el surgimiento y la definición de esta, así como sus bases teóricas; la teoría de la adaptación, teoría del afrontamiento, teoría psicosomática, teoría humanista, teoría de la salud conductual, y la perspectiva biopsicosocial. También se hace énfasis en la Investigación sobre Psicología de la salud y sus aplicaciones, donde podemos ubicar los ámbitos donde se realiza la investigación, así como sus aportaciones y aplicaciones al ámbito laboral.

Por otro lado en el Capítulo II, podemos observar el estado actual de la Psicología de la Salud, principalmente en América Latina, y en México. Es en este capítulo donde percibimos la gran necesidad de mayor investigación en Psicología de la Salud, tanto de sus logros y aportaciones, así como de las deficiencias que podríamos modificar tanto en México como en América Latina.

En el apartado de promoción y educación para la salud encontramos una amplia propuesta para la educación de la salud así como la importancia que esta implica en el mantenimiento de la salud.

El Capítulo III nos señala la importancia de los estilos de vida, considerando su definición y la influencia de estos en la salud, y aunque de manera separada pero en significativa relación se encuentra el Capítulo IV donde encontramos los hábitos de salud involucrados con el mantenimiento de esta. Al igual que los estilos de vida, ambos influyen en el mantenimiento de la salud o en la prevención de la enfermedad, en estos contenidos exploramos la importancia de la educación de y para la salud en cuanto a los hábitos de salud y estilos de vida.

Tal y como observamos en el apartado de promoción y educación para la salud, con relación a esto tenemos los hábitos de salud en donde se enfoca principalmente a las implicaciones en el ámbito de salud que conllevan el hecho de practicar hábitos que fomenten la salud personal, tales como: evitar

fumar, evitar las bebidas alcohólicas, manejar con precaución, realizar actividades físicas con regularidad, entre otros hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud.

En el Capítulo V se expone el método y la metodología utilizada en este trabajo de investigación, presentando el objetivo general y los objetivos específicos los cuales están dirigidos a la detección de las necesidades de la población estudiada con lo que respecta a los estilos de vida y a los hábitos de salud. Por otro lado se presenta la metodología que se siguió en la realización de la investigación, incluyendo específicamente la población, los escenarios así como el procedimiento y el tipo de investigación.

Por otro lado en el Capítulo VI, se describen detalladamente los resultados encontrados en la investigación en donde se utilizó un análisis estadístico multivariante, con el objetivo de encontrar la correlación existente entre las variables de interés en dicha investigación (estilos de vida y hábitos de salud)

En el capítulo VII, se pueden observar los resultados que arrojan el análisis de los datos del capítulo VI, de donde se describen las necesidades de la población con relación a los estilos de vida y a los hábitos de salud, esto se realizó utilizando los métodos estadísticos enfocados a la búsqueda de necesidades en la población.

Y por último, en el Capítulo VIII, se presenta la discusión apoyada en el análisis estadístico y en los resultados arrojados por dicho análisis, en donde a partir de las carencias y necesidades detectadas en la población con relación a los hábitos de salud y estilos de vida se elaborarán diversas conclusiones, además de una propuesta de intervención para promover y fomentar los estilos de vida saludables, modificando así los hábitos de salud y evitar las conductas de alto riesgo en el desarrollo de la enfermedad.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Las enfermedades siempre han existido y han sido estudiadas por muchos hombres desde hace miles de años, por ejemplo, los griegos y los romanos, así como por las primeras culturas, las cuales creían que las enfermedades eran causadas por demonios; por otro lado los griegos como Hipócrates propuso la teoría humoral para explicar las enfermedades y recomendaba llevar una buena dieta y evitar los excesos. Platón atribuía la enfermedad a un desequilibrio en los fluidos del cuerpo, también Galeno diseccionó animales y dio a conocer cómo la enfermedad tiene diferentes efectos en el cuerpo.

Durante la edad media el conocimiento y el avance científico se estancó por la influencia de la Iglesia, sin embargo en el Renacimiento las ideas emergen nuevamente. Descartes influyó aún más en el conocimiento científico, introduciendo tres importantes innovaciones: a) concibe el cuerpo como una máquina, describiendo cómo ocurren las acciones, b) propone que la mente y el cuerpo pueden comunicarse a través de la glándula pineal, y c) creía que los animales no tienen alma y que los hombres la tienen hasta que mueren.

En los siglos XVII, XVIII Y XIX, las principales causas de muerte en América y Europa fueron por enfermedades infecciosas y desordenes alimenticios, mucha gente murió por contraer viruela, sarampión, disentería, tuberculosis, entre otras enfermedades, después la tasa de muerte disminuyó en el siglo XIX debido a que surgieron medidas preventivas, tal como el mejoramiento de la higiene personal, mejor nutrición, así como, el hecho de poner atención en los consejos de salud, como la moderación de la dieta y la conducta sexual (Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985; en Sarafino, 1994)

En este mismo período la medicina y la ciencia crecen rápidamente, los científicos observan las funciones básicas del cuerpo descubriendo que algunos microorganismos causan las enfermedades, así surgen técnicas

antisépticas, y se inicia el uso de la anestesia, también aparecen numerosos hospitales, por lo tanto existe un cambio vertiginoso con relación a la atención de la enfermedad. Así, en contraste con épocas anteriores las enfermedades e infecciones han ido en decremento, por los cuidados y los avances médicos (por ejemplo, las vacunas), sin embargo, los problemas y

las causas de muerte han cambiado, pues ahora las enfermedades crónico degenerativas son la principal causa de muerte, por ejemplo, las enfermedades del corazón, cáncer y apoplejía; estas enfermedades son comunes en la actualidad debido al cambio de vida en la gente, la industrialización, el aumento del estrés en la población y la exposición a sustancias químicas entre otras causas, son razones por las cuales se ha precipitado el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas (USDHHS, 1991; en Sarafino, 1994).

Debido a estos antecedentes surge el modelo biomédico el cual propone que las enfermedades pueden ser explicadas por disturbios en los procesos fisiológicos, los cuales resultan de infecciones bacteriales, virales o desequilibrios bioquímicos (Engel, 1977; Leventhal, Prohaska & Hirschman, 1985; en Sarafino op.cit.)

Sin embargo, este modelo biomédico aunque fue muy aceptado y todavía utilizado hoy en día, ha sido cuestionado ya que ve a la persona como individuo único, sin considerar los factores psicológicos y sociales que influyen en la enfermedad o la salud, por tal motivo se deben investigar factores tales como: los estilos de vida y la personalidad del individuo ya que indudablemente tienen un efecto importante en el desarrollo de la enfermedad o el mantenimiento de la salud, factores que no podían ser analizados por el modelo biomédico (Sarafino, 1994).

Es así como podemos darnos cuenta que la medicina y la psicología de algún modo se han conectado en la historia, de ahí el surgimiento de la Psicología de la Salud como un área de trabajo dedicada al conocimiento de la influencia de los factores psicológicos y sociales.

Debido a que el proceso salud-enfermedad constituye uno de los aspectos más importantes en los individuos, la inversión en la promoción de la salud y la erradicación de la enfermedad se concentran en aspectos cada vez más importantes en diversos ámbitos, como en el científico, asistencial y político. Por lo tanto podemos observar que el aspecto psicológico esta íntimamente relacionado a la salud, puesto que la naturaleza de ésta es compleja y multifactorial, es por ello que los aspectos cognitivos, afectivos,

emotivos, motivacionales, psicofisiológicos, conductuales y psicosociales son de gran importancia en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; lo anterior ha dado como resultado el desarrollo de disciplinas relacionadas con la salud, como es la Medicina conductual, la Psicología de la salud, entre otras etiquetas como: la psiconeuroendocrinoinmunología,

inmunología conductual, dermatología conductual, oftalmología conductual, neurología conductual o neuropsicología conductual, Psicología clínica de la Salud y Psicología social de la salud.

Con base en lo anterior podemos observar que las diferentes interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (Ribes, 1990) El término Psicología de la Salud se ha utilizado desde fines de los años setenta para denominar la actividad de la psicología y sus profesionales en el área de la salud (Reig, Rodríguez y Mirá, 1987)

Reig, Rodríguez y Mirá (1987), señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas: a) que la conducta es un factor de riesgo; b) la modificación del comportamiento reduce el riesgo para la salud; c) el comportamiento se puede modificar; d) las intervenciones pueden resistir un análisis de costo/ eficacia.

Con respecto a lo anterior, debemos delimitar conceptualmente a la Psicología de la Salud, definiendo su área de aplicación, "La salud". Se puede definir desde una concepción negativa entendiéndola como el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, o desde una concepción positiva, la cual define a la salud en diferentes dimensiones, las cuales implican el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, el desarrollo personal, etcétera. En este mismo sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 1982)

La definición anterior ha tenido diversas críticas, entre las cuales se encuentra que es poco operativizable, por lo cual, han surgido nuevas propuestas conceptuales, por ejemplo la de Rachman (1980; en: Ramírez y Cortés, 1999), en la cual señala que los aspectos psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina, siendo entonces que el psicólogo no debe reducir su actividad en la patología, además que la Psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud.

En este mismo sentido Ribes (1990) afirma que la dimensión psicológica de la salud involucra la participación activa del individuo en todo momento. Por lo tanto la propuesta con relación a lo anterior estaría basada en dos dimensiones de salud: el balance en el ámbito de Salud (proceso dinámico que tiene el bienestar físico, psíquico y social, así como la

ausencia de enfermedades, trastornos, síntomas físicos, psíquicos y sociales); y el potencial de salud (cualquier tipo de interacciones entre el sujeto y el medio para mantener el balance de salud, por ejemplo el estado nutricional, resistencia inmunológica, aptitud física, estabilidad emocional, conocimiento y actitudes sobre la salud, estilos de vida, estrategias afrontamiento, etc.).

Es así que desde esta perspectiva, la salud se refiere a un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales y características ambientales cuyo resultado es un estado dirigido al equilibrio, dando como consecuencia el bienestar biopsicosocial. Por lo tanto, entenderemos que la salud y la enfermedad son fenómenos multidimensionales, que implican componentes personales, ambientales, culturales, económicos e institucionales. Además que desde esta perspectiva se pueden desarrollar modelos referentes al proceso de sanar, mantenerse sano y acrecentar la salud. (Bellamy, 1995).

A este respecto, Taylor (1986) señala que el psicólogo de la salud se interesa por los aspectos psicológicos de la promoción y mantenimiento de la salud, en especial con la etiología o causa de la enfermedad, así como en los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad; así mismo se interesan por la relación de los individuos con el sistema sanitario y los profesionales de la salud.

1.1 SURGIMIENTO Y DEFINICIÓN

La Psicología de la Salud surge como tal a finales de los años 70's, es en 1978 cuando la división de Psicología de la Salud se introduce en el campo.

Sus principales antecedentes surgen a través de la necesidad de entender la interrelación existente entre la vida emocional y los procesos corporales.

Es así como aparece el campo de la medicina psicosomática, en la cual principalmente se encontraban inmersos médicos y psicoanalistas, sus primeras investigaciones tuvieron un enfoque psicoanalítico. Posteriormente en los años 60's la medicina psicosomática cambia el enfoque a nuevas aproximaciones como son las interrelaciones entre los factores psicológicos y sociales, las funciones biológicas y fisiológicas y el

desarrollo de la enfermedad. Así, es como en los años 70's un nuevo campo surgió: la medicina conductual.

La medicina conductual se basa en el conductismo, el cual propone que la conducta es el resultado de dos tipos de aprendizaje, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En esta época se demostró que los eventos psicológicos -particularmente las emociones- tienen influencia sobre las funciones corporales, así se encontró que el vínculo entre la mente y el cuerpo es más directo y penetrante, así mismo se implementó una importante técnica terapéutica, la cual es llamada bioretroalimentación o biofeedback, la cual es útil en el tratamiento de diversos problemas de salud, tal como los dolores de cabeza.

Cabe mencionar que una característica importante en este campo es que sus miembros trabajan interdisciplinariamente involucrando en los problemas de salud todos los aspectos de enfermedad, es decir, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El reconocimiento formal de la Psicología de la salud, es un fenómeno actual, sin embargo la conexión con la salud ha existido, principalmente con la salud mental, actualmente con el modelo biomédico y físico, determinada por la aplicación de procedimientos como la modificación de conducta (relajación, autocontrol, biofeedback, etc.).

De este modo el reciente reconocimiento del psicólogo como profesional de la salud se debe a las múltiples relaciones entre la Psicología como disciplina y las alteraciones de la misma, desarrollando modelos conceptuales, y estrategias de aplicación. Las aportaciones antes mencionadas, se han presentado debido a los progresos de la Psicología en

el eje de la salud-enfermedad y en la incidencia, prevalencia de los trastornos mentales y emocionales, así como en el reconocimiento de los factores psicológicos en el desarrollo de diversas enfermedades (Bellamy, 1995)

Otra de las bases teóricas de la Psicología de la Salud es la perspectiva biopsicosocial. Esta perspectiva sostiene que los factores biológico,

psicológico y sociales influyen en la salud o enfermedad. Por ejemplo, en el caso de los factores biológicos podemos observar los defectos estructurales del cuerpo, como alguna malformación en el corazón o en el cerebro, también vemos reacciones alérgicas a sustancias, esto nos indica que el cuerpo es un complejo de sistemas en el cual su funcionamiento eficiente y efectivo dependerá de la forma en que estos sistemas interactúen entre ellos.

Por otro lado los factores psicológicos como son la conducta y los procesos mentales, los cuales involucran la cognición, emoción y motivación tendrán gran influencia en el mantenimiento de la salud.

Por ejemplo la cognición se refiere a lo que percibimos, aprendemos, recordamos, pensamos, interpretamos, creemos y a la solución de problemas. La emoción es un sentimiento subjetivo que afecta y es afectado por nuestros pensamientos, por la conducta y la fisiología. La motivación es un término que explica porque la gente se comporta como lo hace, por ejemplo alguna persona que se sienta motivado a hacer un programa de ejercicio, entonces su conducta cambia.

Por último los factores sociales se ven involucrados ya que los seres humanos vivimos siempre interactuando con nuestros congéneres, ya sea con amigos, familia, comunidad y nos afectamos unos a otros, ellos afectan nuestras ideas y viceversa. También la sociedad afecta la salud individual al promover ciertos valores en nuestra cultura, por ejemplo, nos enseñan los medios masivos que no debemos usar drogas, que comamos sanamente, etc., pero por otro lado vemos programas de T.V. que promueven el uso de estas sustancias dando así un mensaje ambivalente. He aquí que el modelo biopsicosocial involucra todos los aspectos que intervienen en el ambiente del ser humano (Sarafino & Armstrong, 1986, en: Sarafino, 1994).

De este modo en un acercamiento a la definición de Psicología de la Salud, Taylor (1986), menciona que la Psicología de la salud es el campo dentro de la psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma.

Es así como la medicina psicosomática y la medicina conductual son los antecedentes directos de la Psicología de la Salud pues esta surge tanto por las aportaciones como por las deficiencias de las anteriores en el año de 1980, Joseph Matarazzo propone la siguiente definición:

“ La Psicología de la Salud es un agregado de contribuciones específicas de educación, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y diagnóstico de los correlatos de salud, enfermedad y disfunción relacionada, y para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud”

La definición anterior enfatiza cuatro metas de la Psicología de la Salud, la primera es la promoción y mantenimiento de la salud; la segunda meta se enfoca a la prevención y tratamiento de la enfermedad; la tercer meta involucra las causas y la detección de la enfermedad; y por último, la cuarta se enfoca en el mejoramiento en los cuidados de sistema de salud y las políticas de salud (Sarafino, 1994)

La Psicología de la salud es muy similar a los campos de la medicina conductual y la medicina psicosomática, sin embargo la psicología de la Salud difiere de las anteriores en que tiene contacto directo con otros subcampos dentro de la disciplina como la psicología clínica, experimental, fisiológica y social; así mismo en su organización y en que la mayoría de sus miembros son psicólogos.

1.2 BASES TEORICAS

Las principales bases teóricas de la Psicología de la Salud pueden basarse en el uso de esquemas conceptuales que permiten entender la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la salud, la enfermedad, la conducta, el papel de los pacientes en la salud y enfermedad.

Por tanto hablaremos de diversas teorías que pueden adaptarse en cada caso específico.

TEORIA DE LA ADAPTACIÓN

Esta teoría inicia del estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y de cómo estos responden a los daños físicos o químicos basados en un mecanismo fisiológico de equilibrio o de homeostasis (Von Bertalanffy, 1968; citado en Schwartz, 1977)

TEORIA DEL AFRONTAMIENTO

Se enfoca a la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente, así mismo estudia el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos. Esta teoría sugiere que el concepto de enfermedad evoluciona sistemática y predeciblemente (Peterson, 1989; en Stone, 1979). Otra aproximación del afrontamiento es el impacto emocional amenazante y cómo este provoca un proceso conductual que proporciona estados emocionales y fisiológicos de alivio y otra aproximación llamada conducta de salud tiene que ver con la elección de formas de lucha contra el daño, miedo y lesiones (Stone, op. cit.).

TEORIA PSICOSOMÁTICA

Esta teoría fue dominada por psicoanalistas y menciona que los estresores ambientales provocan un estado emocional individual y particular a la cultura, familia e individuo. Este estado emocional determinará la ayuda fisiológica que requiera; obteniendo así que la enfermedad y su cura están ligados en sí mismos, manteniendo la salud y la enfermedad en un juego entre sistemas sociales, ambientales, cognitivos y fisiológicos (Lapowski, 1976; en Stone, 1979)

TEORIA HUMANISTICA

Esta teoría analiza la forma en que los seres humanos desarrollan personalidades sanas y como llegan a esta meta. La terapia humanista tiene como objetivo proporcionar herramientas para que el individuo reconozca los recursos internos con los que cuenta, así como la formulación de alternativas y metas de vida (Crain & Crain, 1987, en: Ramírez y Cortés, 1999).

TEORIA DE LA SALUD CONDUCTUAL

Esta teoría estudia las conductas guiadas hacia la salud o reforzadas a través de hallazgos de salud; esta teoría esta basada en el conductismo pues, para el establecimiento de esta teoría se utiliza la teoría del aprendizaje la cual propone que este resulta del condicionamiento clásico: en donde un estímulo condicionado evoca una respuesta ante la asociación con otro estímulo llamado incondicionado que ya evocaba la respuesta; o el condicionamiento operante: en donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o castigo; también establece que las emociones influyen en las funciones corporales y es a partir de estos hallazgos que surge el campo de la Medicina Conductual. (Ramírez y Cortés, 1999)

Lo importante de estas teorías, de acuerdo a Matarazzo, 1982 (en: Ramírez y Cortés, op. cit.), es establecer la responsabilidad que como Psicólogos poseemos para aplicar el conocimiento conductual, biomédico, técnicas para mantener la salud, y estas son tareas del Psicólogo de la Salud.

TEORIA DEL DESARROLLO

Es importante considerar esta teoría puesto que nos permite establecer los factores del desarrollo relacionados a la salud. La aproximación del desarrollo comprende dos elementos principales, la intervención temprana que es básica para el mejoramiento del estado de salud con una orientación hacia el futuro, y el otro elemento es el análisis de los problemas de cada fase del desarrollo (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986, en: Sarafino, 1994).

La influencia del desarrollo motor es muy importante en el aprendizaje del mantenimiento de la salud y el desarrollo cognitivo influye en esta puesto que los individuos aprendemos a realizar conductas seguras que permitan responsabilizarse, mantener y promover su salud y seguridad, además que el desarrollo cognitivo permite conceptualizar la salud y enfermedad, lo cual influye en las respuestas psicológicas y conductuales ante la salud y enfermedad, esto último tiene que ver con el desarrollo psicosocial el cual influye en las conductas que tienen que ver con la prevención y promoción de la salud (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986; en: Sarafino, op.cit.)

De acuerdo a lo anterior podemos observar que existen diversas posibilidades en cuanto al esquema teórico que puede utilizar el psicólogo de la salud; esto dificulta el establecimiento de alguna estrategia de intervención general, sin embargo, podemos considerar los recursos disponibles, elaborar un plan aún proveniente de diversos niveles teóricos, lo cual dependerá de cada caso en particular, y así realizar una estrategia de intervención particular e individual.

1.3 INVESTIGACION Y APLICACIONES

Para hablar de la investigación realizada en Psicología de la Salud, debemos abordar los tipos de investigación que se pueden utilizar en la Psicología, así tenemos que un experimento es un estudio controlado en donde un investigador manipula una variable (cualquier característica medible de una población) para estudiar el efecto sobre otra, esto se hace con el fin de obtener una explicación tentativa de porqué y bajo qué circunstancias ocurre cierto fenómeno, por ejemplo los siguientes planteamientos: si las dietas altas en fibra y bajas en grasas saturadas son buenas para la salud, ó si la causa de las enfermedades del corazón es por el exceso de colesterol, para estudiar fenómenos como estos los investigadores utilizan métodos experimentales y no experimentales (Sarafino, 1994)

En un experimento existen variables las cuales son llamadas, variable independiente porque es manipulada directa e independientemente de las variables que son estudiadas en el experimento. La otra variable se llama dependiente porque es evaluada dependiendo de los valores manipulados de la variable independiente.

Por otro lado en los métodos no experimentales no se manipula la variable independiente en las etapas iniciales de una investigación, sin embargo tiene diversas ventajas. Para realizar cualquier tipo de experimento es necesario definir las variables que queremos medir, así es como podemos mencionar algunos tipos de experimentos que se pueden realizar en diversas áreas del conocimiento, incluyendo la Psicología de la Salud, por ejemplo, los estudios correlacionales, los cuales se refieren a la relación que existe entre variables.

También existen los estudios cuasi-experimentales que se utilizan básicamente para la correlación aunque no permiten la manipulación entre variables, también existen las aproximaciones retrospectivas en donde se puede observar la historia pasada de la gente y la aproximación prospectiva que permite ver más adelante la vida de la gente.

Por otro lado, se encuentran los estudios transversales, los cuales permiten observar en diferentes individuos, de diferentes edades al mismo tiempo cierta característica, y los estudios longitudinales que consisten en la involucración de repetidas observaciones en los mismos individuos en un largo período de tiempo.

En resumen, el tipo de estudio a utilizar en un experimento dependerá de los objetivos del investigador, no existe un estudio que sea mejor que otro, en todo caso, el estudio más conveniente para el investigador será el que cumpla con las necesidades de la investigación (Sarafino, op.cit)

En este sentido podemos decir que la faceta de la investigación en el psicólogo de la salud es una actividad orientada a cuestiones de mantenimiento de salud y prevención de enfermedad, lo cual posteriormente será el apoyo en la aplicación y la intervención.

Entre otros temas el psicólogo de la Salud investiga las prácticas sexuales y sus implicaciones, la prevención de fumar, la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, prácticas dietéticas saludables, etc. (Buceta, 1987, Buceta y Bueno 1990, Simón 1993).

Uno de los temas de investigación importantes dentro de la Psicología de la Salud es aquel que estudia los factores asociados al desarrollo de la enfermedad y cómo las relaciones interpersonales afectan nuestra salud; así como la investigación en los sistemas de cuidados de la salud y la política de la salud (Ortiz, 1996).

Las diversas investigaciones han desarrollado herramientas necesarias para prevenir y tratar la enfermedad, así, se han realizado programas para la prevención del tabaquismo, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, manejo del estrés, problemas cardiovasculares, asma bronquial, etcétera.

El psicólogo de la salud aplica los conocimientos derivados de la investigación en la prevención y tratamiento de distintos fenómenos, así mismo ofrece evaluación psicológica a los pacientes y asesora a otros profesionales de la salud, esto lo logra a través de una amplia gama de técnicas para tratar numerosos trastornos que van desde la obesidad hasta problemas cardiovasculares (Prokop y Bradley, 1981).

Otra de las áreas en donde los psicólogos de la salud aplican su conocimiento es en la educación y en el entrenamiento, puesto que existen programas de pregrado y posgrado para el entrenamiento de los psicólogos de la salud, además de impartir sus conocimientos en escuelas de medicina y clínicas (Sheridan, Matarazzo, Boll, Perry, Weiss y Belar, 1988; Stone, 1983)

CAPITULO II

PSICOLOGIA DE LA SALUD EN LA ACTUALIDAD.

Como se mencionó en el capítulo anterior la Psicología de la Salud se ha desarrollado en los últimos años, siendo un campo de intervención central para el psicólogo. En la actualidad se puede hablar de la Psicología de la Salud como un área consolidada en el ámbito teórico, investigativo, formativo y profesional, principalmente en Estados Unidos, sin embargo se va en la misma dirección en Europa y en países como Canadá y Japón, aunque sin un reconocimiento tan formal y legal como en Estados Unidos. Por otro lado, en América Latina no se encuentra el mismo avance, pero sí intentos importantes en el desarrollo de esta área.

La Psicología de la Salud propone como base central al modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Santacreu, 1991) en el cual involucra al individuo en los niveles de desarrollo en los que se encuentra. El objetivo de la Psicología de la Salud es identificar y dar tratamiento a los desordenes psicológicos, considerando la mente y el cuerpo del paciente, enfocándose a la interacción entre la persona, la enfermedad y el ambiente del sujeto, siempre dentro de una perspectiva biopsicosocial, incorporando así información fisiológica, psicológica y social.

En este sentido Belar, Deardoff & Kelly, (1978, en: Ramírez y Cortés, 1999) proponen un modelo de evaluación que actualmente es utilizado por los psicólogos de la salud, dicho modelo considera los objetivos del paciente, que son: Objetivos Biológicos, Afectivos, Cognitivos y Conductuales; y los objetivos ambientales que se dividen en: ambiente familiar, sistema para el cuidado de la salud, ambiente sociocultural.

Por otro lado no debemos olvidar los métodos de evaluación para conocer los objetivos de los pacientes, así, tenemos que existen diversos métodos de evaluación, el indicado será aquél que se acerque más al objetivo a ser evaluado, el cual dependerá del terapeuta y las necesidades del paciente. Las técnicas más utilizadas según Karoly (1985, en: Ramírez y Cortés, 1999) son: la entrevista, cuestionario, diarios, psicometría, observación, medidas psicofisiológicas, datos de archivo. Lo importante de la evaluación

independientemente de la técnica que se utilice será que el terapeuta tenga una comprensión total del paciente, de su ambiente físico y social, de sus habilidades de afrontamiento, de sus debilidades, de su patología y de su tratamiento.

En cuanto a este último punto, que es el tratamiento o intervención, se sugiere que esta sea flexible, sin alguna preferencia en particular, puesto que puede variar la forma de intervenir, ya sea usando técnicas amplias y generales o técnicas diseñadas para objetivos más estrechos. Las intervenciones más comunes en la práctica actual son: el efecto placebo, asesoría de apoyo, psicoterapia verbal, educación e información, intervención en crisis, entrenamiento en relajación, imaginación, hipnosis, retroalimentación, desensibilización sistemática, modelamiento, entrenamiento en habilidades y ensayo conductual, manejo de contingencias y estrategias cognitivas (Belar 1978, en: Ramírez y Córtes, 1999).

El modelo anterior propuesto por Belar ha sido ampliado por Pace, Mullins, Chaney y Olson (1995) en Ramírez y Cortes (1999), sugieren una aproximación basada en un sistema contemporáneo de teorías enfatizando la medición, la intervención multinivel y el trabajo intra y transdisciplinario en donde es necesario definir el problema, proponer una solución y analizar los efectos de la solución en otros niveles.

Por otro lado, y en este mismo sentido, López & Brennan, (2000), exponen las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud, afirmando que ésta se centra en la actualidad en el estudio teórico y aplicado de: los comportamientos como factores de riesgo para la salud, el mantenimiento de la salud a través de los comportamientos, las cogniciones acerca de salud-enfermedad, la comunicación, decisión y adherencia, el ambiente y el afrontamiento de la enfermedad. Con respecto a esto la OMS (1982) apremia para que se realicen investigaciones que promuevan los comportamientos saludables, incluyendo a la psicología, la cual en este sentido se integra al colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud, concluyendo que el futuro de la Psicología de la Salud es de gran alcance.

Por lo tanto, podemos observar que la psicología de la salud tiene como objetivo investigar cómo se relacionan los comportamientos humanos con la salud y la enfermedad, así como el papel que juegan las reacciones

emocionales en la génesis y evolución de diferentes enfermedades. También se enfoca en descubrir cuales son los factores de riesgo de tipo comportamental para la salud, cómo se adquieren, si son o no estables y el papel que juegan en dichos comportamientos las variables individuales (La torre & Beneit, 1994).

Con relación a esto, Stone (1983), ha desarrollado un modelo que incide en el concepto de sistema de salud, haciendo hincapié en la conducta de salud, la cual menciona esta regulada por la educación sanitaria que una persona recibe. Tal información será ampliada en el capítulo referente a los hábitos de salud.

2.1 DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN AMERICA LATINA.

En América Latina el trabajo del psicólogo de la salud se encuentra aislado y no ubicado como parte de la disciplina, lo cual obstaculiza el conocimiento real del estado en el que se encuentra la Psicología de la Salud. El crecimiento de esta última depende del desarrollo de la psicología en cada país, principalmente de la psicología clínica, que es el antecedente directo de la psicología de la Salud.

Para hablar de la Psicología de la Salud en América Latina debemos considerar el estado de la salud, en la cual la prestación de servicios se lleva a cabo en 3 niveles: 1. - Promoción de salud y prevención de enfermedad, así como diagnóstico y tratamiento, 2. - Atención en clínicas de especialidades y hospitales generales, y 3. - Atención en subespecialidades en unidades especializadas que requieren de altas tecnologías.

En América Latina las áreas de la psicología con mayor auge con la Psicología Clínica, del Trabajo, Educativa, Social y Psicofisiológica; en los últimos años se ha desarrollado la Psicología de la Salud comunitaria y ambiental (Holtzman, 1993, Rodríguez y Rojas, 1993).

La Psicología de la Salud tiene su origen en los diversos niveles de atención, enfatizando la atención primaria y la atención comunitaria. Es hasta la década de los 80's cuando se establecen los primeros programas de formación de Psicólogos de la Salud, en postgrado y subespecialización, principalmente en atención primaria, salud reproductiva, atención de pacientes crónicos,

etcétera; lo importante de la formación es proporcionar las habilidades y destrezas para trabajar en multidisciplinaria (Rodríguez y Rojas, 1993).

Ahora veremos brevemente la situación de la Psicología de la Salud en diversos países de América Latina.

En la actualidad Cuba cuenta con mil 600 psicólogos trabajando en Psicología de la Salud enfatizando la atención a la familia, salud mental y enfermedades crónicas degenerativas (Grau 1996).

Colombia creó la especialidad en Psicología de la Salud, en su programa se hace énfasis en la salud materna infantil y a la salud ocupacional en el ámbito de prevención y rehabilitación (Cáceres, 1996).

En Venezuela existe una maestría en Psicología Social con énfasis en la Salud y cuenta con una residencia en Psicología de la Salud.

En cuanto a la investigación observamos que en América Latina ésta se enfoca al proceso salud-enfermedad, esto es, desde la promoción de salud y prevención de enfermedad hasta la rehabilitación y tratamiento. Rodríguez, Hernández-Pozo y Ramos (1993), encontraron que las líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México fueron: enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones psicofisiológicas, aspectos psicosociales de las adicciones y conducta sexual como factor de riesgo, siendo de estas investigaciones los enfoques teóricos, los sociales, conductuales y eclécticos con metodologías experimentales, epidemiológicas y psicométricas.

Cabe mencionar que en el XXV congreso de psicología 1995, 8 países presentaron investigaciones sobre Psicología de la Salud, estos fueron: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, México, Puerto Rico y Venezuela, este hecho permite observar que existe un proceso de reflexión sobre los logros científicos y posibilidades de la Psicología de la Salud en América Latina (Hernández y Rojas, 1998).

En cuanto al campo de aplicación de los psicólogos de la salud es en instituciones de enseñanza, en centros asistenciales y en la práctica privada. Podemos decir que la Psicología de la Salud ha tenido un crecimiento acelerado observando esto en diversos eventos académicos internacionales donde la participación ha sido amplia, por ejemplo, Cuba organizó el primer seminario de Psicología de la Salud (1989), México el primer congreso internacional de Psicología de la Salud (1992), la conferencia latinoamericana

de Psicología de la Salud (1996), Chile organizó la conferencia internacional sobre Psicología de la Salud, (1995).

En 1996 Cuba organizó un evento múltiple que incluyó a la Psicología de la Salud. También existen publicaciones importantes como la revista Psicología de la Salud de Colombia, la mayoría de los artículos sobre Psicología de la Salud son hechos por México y Cuba, (Hernández y Rojas, 1998).

Con lo anterior podemos decir que en América Latina el estudio de la salud ha tenido grandes avances, sin embargo queda un largo camino por recorrer debido a las desigualdades de la población, es por ello que la Psicología de la Salud en América Latina tiene un reto principal, que es esforzarse por mejorar la calidad de vida de la población.

2.2 APLICACIÓN DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN LA ACTUALIDAD

El campo de aplicación de la Psicología de la Salud tiene una tendencia al crecimiento, puesto que existe una gran investigación en el área, conformando nuevas concepciones de la salud y alteraciones de la misma, lo cual conlleva a la adquisición de nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud, y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, por tanto podemos observar que el campo de aplicación de la Psicología de la Salud involucra diversas áreas. En resumen, se agrupan las principales áreas de aplicación en cinco grandes grupos (Bellamy, 1995):

Promoción y acrecentamiento de la salud, enfocándose a la educación sanitaria, a las variables actitudomotivacionales y afectivo - emocionales, generación de hábitos y estilos de vida saludables, en sí, a la involucración encaminada a mejorar la salubridad individual y colectiva.

a) Prevención, controlando las variables actitudomotivacionales, conductas y hábitos de riesgo, modificación de condiciones patógenas.

b) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, por ejemplo en problemas cardiovasculares, del sistema nervioso central, gastrointestinales, entre otros.

c) Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, mejorando la relación profesional - usuario en el sistema de salud, preparación de pacientes para hospitalización.

d) Otras, dirigidas a la formación de profesionales, paraprofesionales y tareas de gestión.

Las actividades del Psicólogo de la Salud están formadas por los programas y actividades de investigación básica, por ejemplo en el estudio de la influencia de los factores afectivo - emocionales en órganos y sistemas corporales; En la investigación aplicada, por ejemplo, en el desarrollo de un programa para la prevención de la esquizofrenia; por otro lado en la evaluación, ya sea de programas o de alguna disfunción fisiológica; en la promoción de la salud, a través de programas informativos o mejoras en la salubridad ambiental; en la prevención de la enfermedad; en el tratamiento y rehabilitación, por ejemplo, con programas de rehabilitación en lesionados medulares; en consejo y asesoramiento con profesionales.

Es decir, dependerá del área donde el Psicólogo realice su actividad así como de los objetivos que persiga para que él desarrolle dichas actuaciones, ya sea trabajando de manera individual o en estrecha colaboración con otros profesionales.

2.3 DESARROLLO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO

La psicología en México ha tenido un crecimiento acelerado desde los años 60's, sufrió cambios importantes en cuanto a la investigación, la enseñanza y la práctica, diversas áreas de la psicología tuvieron desarrollos relevantes, la Universidad Nacional Autónoma de México reformó los planes de estudio para la formación de psicólogos, así en 1973 la facultad de Psicología se tornó independiente; otras instituciones comenzaron a desarrollar planes de estudios para obtener la licenciatura en psicología, debido a estos hechos se obtuvo el reconocimiento oficial de la psicología por la Dirección General de Profesiones (Díaz-Guerrero, 1980, Valderrama, 1985, en: Hernández y Rojas, 1998).

Durante los 80's se crearon diversas asociaciones de psicólogos como la Sociedad Mexicana de Psicología, la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, entre otras, así como revistas que se editaron, tales como la Revista de Psicología, La Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, etcétera. Sin embargo se suscitó un problema dentro de la Psicología, pues existen diversas corrientes o tendencias que provocan descalificaciones entre sí, canalizando una lucha sectorial más que una consolidación de la identidad profesional, lo cual de cierto modo ha estancado el desarrollo de la psicología.

En este sentido Ribes (1984, en Ramírez y Cortés, 1999) afirma que la Psicología Mexicana surgió como una acción práctica frente a las demandas sociales del momento y no como la aplicación de un conocimiento, lo cual provoca que no pueda ser una profesión, pero sí una disciplina. Esto nos deja ver que la Psicología en México aún debe desarrollarse teórica y metodológicamente, tanto en lo académico, en la investigación como en la práctica.

Estos antecedentes nos permiten vislumbrar brevemente a que se debe que la Psicología de la Salud tenga una existencia tan pobre. Sin embargo podemos citar un análisis elaborado por Ribes (1990) sobre Psicología y Salud: Plantea que la salud está integrada de 2 diferentes dimensiones, la social (se concibe como el bienestar) y la biológica (ausencia de enfermedad) haciendo énfasis en que el organismo evoluciona ontogenéticamente en el cual se le proporcionan influencias nocivas o carencias, dicho medio es el social y cultural, es así que para la curación, rehabilitación, prevención o inicio de una enfermedad implica al individuo actuando.

En resumen este modelo implica conocer el proceso biológico y las condiciones sociales, así como las medidas efectivas para modificar la conducta de los organismos con la intención de prevenir, curar y rehabilitar; es decir, que los procesos psicológicos vinculan lo biológico con las acciones en un medio sociocultural, además dichos procesos tienen consecuencias en cuanto a la funcionalidad del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y los efectos en la producción-prevención de la enfermedad.

En este sentido Rodríguez y Palacios (1989, en Hernández y Rojas, 1998) afirman que la Psicología de la Salud es la aplicación de los avances metodológicos de otras áreas de la psicología para promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud; el psicólogo debe

ubicar su trabajo en diseño, conducción, supervisión y análisis más que en su aplicación o intervención.

Estos autores presentan un programa que forma parte de la maestría de Psicología General experimental, la cual tiene como objetivo elaborar diseños, proporcionar habilidades metodológicas y técnicas de penetración en la comunidad, dicho entrenamiento se practica en los centros de salud San Antonio Tecomitl, Milpa Alta y Santo Tomás Ajusco, tal programa se divide en área teórica (impartiendo metodología básica, experimental y tecnológica educativa) y en área de entrenamiento (consiste en una residencia en los escenarios). Lo rescatable de esta experiencia es observar que alguien está haciendo avances en la Psicología de la Salud.

Desafortunadamente podemos observar que el espacio laboral para la Psicología de la Salud es nulo de manera formal en nuestro país, con respecto a esto Martínez y Urbina (1989, en Hernández y Rojas, 1998) realizaron un estudio encontrando que el área más solicitada para otorgar empleo fue la Psicología del trabajo, la Psicología Clínica, la Psicología educativa, Social y Experimental, siendo el sector que mayor número de psicólogos contiene, el educativo, empleándose en el siguiente orden: Empresas Públicas, Privadas, Descentralizadas, en la UNAM y en la Práctica Privada.

En este mismo sentido Valderrama, Lavalle & Hernández (1989, en; Hernández y Rojas, op. cit) confirman los datos anteriores puesto que encontraron que el psicólogo aplica pruebas, realiza pocas intervenciones, puesto que es más solicitado en el sector industrial, y cuando es empleado en el sector salud, solo es para aplicar cuestionarios, pruebas y evaluaciones; Corroborando los datos anteriores tenemos que el INEGI (1993, en Durán, 1998) reportó que la mayoría de los psicólogos efectivos son mujeres, siendo la principal ocupación en la educación en un 28.7%, ejerciendo la profesión sin especificar actividad 28.1% y el resto se dedica a diversas ocupaciones, como vendedores, técnicos, artesanos vigilancia, entre otras.

Esto nos muestra un panorama desalentador en cuanto a salud se refiere, por ello debemos conocer qué funciones realiza la profesión en el sector salud así Martínez-Narváez (1992, en Durán, op. cit.) mencionan que el programa de salud nacional tiene la finalidad de proporcionar atención médica, para el

cuidado de la salud ambiental, la salud psicológica, la regulación de recursos humanos y la investigación.

Lo anterior es importante para la Psicología puesto que está debe insertarse en el campo laboral para la mejora de la atención médica, así el Sistema Nacional de Salud confirma la importancia del ambiente social en la salud y la enfermedad, así como el ambiente natural, siendo así que al tener estudios de los ambientes permitirá tener la visión más aproximada de la salud colectiva (González, 1988, en Durán, et.al.). Con lo anterior podemos afirmar que muchas de las enfermedades pueden prevenirse y controlarse.

Sin embargo la problemática es que el psicólogo aún no se encuentra inmerso dentro del sistema de salud, y aunque podemos ver que existen diversas justificaciones, como el plan nacional por sí mismo o los problemas de planeación entre otros, pero lo rescatable es que la profesión no debe esperar a que el Sistema de Salud nos llame sino que debemos trabajar para demostrar las habilidades con las que cuenta el psicólogo para trabajar en este sector. (Hernández y Cortes, 1999).

2.4 PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La promoción de la Salud es un término relacionado con la salud y su referente que es la salutogénesis, siendo así, la promoción más que la evitación de la enfermedad o del riesgo de la misma (lo cual se entiende como prevención), entendiéndolo a la promoción de salud como el conjunto de acciones dirigidas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, a través de la elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades con el fin de educar, proteger, mantener e incrementar la salud, en el ámbito individual, grupal o comunitario.

Con respecto a la educación para la salud, se constituyó formalmente como disciplina en 1921, fue definida como el proceso educativo que tiende a que los ciudadanos se comprometan con la defensa de la salud individual y colectiva (Cardaci, 1997)

Lo principal en la promoción de la salud, debe ser la aproximación centrada en el individuo, mejorando su potencial de salud, y las aproximaciones a la

comunidad, mejorando el potencial de salud socioecológico. Sin embargo es importante cambiar aspectos que involucran factores económicos, políticos, culturales y estructurales de una sociedad que alienta, produce y mantiene condiciones adversas para la salud.

Ambas aproximaciones tienen como objetivo incrementar la capacidad del sujeto para afrontarse a las demandas ambientales y a los problemas de salud. Las estrategias a seguir para cumplir este objetivo pueden estar centradas en el sujeto (por ejemplo, proporcionando una nutrición adecuada, ejercicio físico, potenciación de hábitos saludables, etc.), en el ambiente (búsqueda de apoyo social, evitación de ambientes de riesgo, etc.) y en el ámbito comunitario (mejorar el potencial de salud socioecológico, mejorar la salubridad física). Esto es, que la promoción de la salud implica la implantación y mantenimiento de conductas, hábitos sanos en el ámbito individual (Morales y Ortiz, 1991; en: Buendía, 1991)

Actualmente la visión que se tiene del ser humano en cuanto a Salud Pública se refiere, es que el ser humano está constituido por elementos biológicos, psicológicos, sociales, políticos y económicos, por ende la salud deberá visualizarse como tal, teniendo así que proporcionar una intervención interdisciplinaria y multidisciplinaria. Esto debe realizarse partiendo directamente de las necesidades de la comunidad, puesto que ellos saben lo que necesitan, siendo los profesionales los facilitadores para evaluar y así desarrollar planes de acción (Freire, 1979).

Así, es un derecho de todos los seres humanos estar saludables en todos los sentidos y así disminuir la desigualdad existente entre el estado de salud de la población y adecuar los servicios de salud, es por ello que deben identificarse las poblaciones vulnerables con el objetivo de crear estrategias y programas para atender sus necesidades (Santos, 1998).

Para lograr la participación de la población en el proceso de otorgar condiciones de salud óptimas, es necesario educar y capacitar a la ciudadanía organizando el cambio desde sus esquemas, esto es con el fin de aumentar la participación en la búsqueda de leyes favorables a la salud y en la concesión de recursos adecuados para la salud y por ende que la población cuente con los recursos para exigir una mejor calidad de vida (Santos, op.cit).

En cuanto a promoción de salud se refiere, tenemos que el enfoque con el que se veía ha cambiado; de pensar que con un número mayor de médicos y de costosas tecnologías se tendrían mejoras en la salud, pasó a un enfoque en donde la responsabilidad individual contribuirá a la búsqueda de la propia salud haciendo los cambios necesarios en el estilo de vida para mantener la salud individual y colectiva, sin embargo esta no es la base del mantenimiento de la salud, sino que también depende del ambiente social, económico y político, es por esta razón que la meta de la Salud Pública en la actualidad es la integración de los aspectos individuales sociales, económicos y políticos para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades (Nakagima, 1995).

El objetivo de la promoción de salud es asegurar las condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general, para eliminar las conductas inadecuadas de salud y proporcionar condiciones sanitarias y ambientales óptimas. Para lograr tal objetivo es importante defender los movimientos sociales y desarrollar políticas que fomenten la salud como una prioridad, un valor y un derecho, así como promover en las personas la modificación de condiciones sanitarias y comportamientos, y así fortalecer en ellos la capacidad para adoptar decisiones saludables (OPS, 1992). Esta visión también incluye trabajar sobre los determinantes de la salud los cuales van más allá de la intervención individual, puesto que se deben hacer cambios en el ámbito organizacional, en la legislación y en el desarrollo comunal, siempre enfocándose a la promoción de actitudes y conductas de salud positivas proporcionando acceso a servicios de salud y fortaleciendo las redes sociales (Avilés, 1996).

La promoción de la salud implica la intervención de acciones políticas, económicas y organizacionales, pero también involucra a la educación para la salud, siendo esta la estrategia básica de intervención, así como en la prevención de la enfermedad, dicha estrategia debe dirigirse a que las personas tengan la necesidad de cuidar de ellos mismos, de su familia y de su comunidad, con el fin de modificar conductas o adquirir nuevos hábitos para la conservación de su estado de salud (Cardaci, 1997)

La educación es un componente esencial para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, cuidado, tratamiento y rehabilitación. La educación para la salud facilita a los individuos y grupos el alcanzar las metas

con relación a su salud y por ende aumenta y mantiene la calidad de vida, previene muertes, enfermedades e incapacidades innecesarias, aumenta la interacción y la autonomía de los pacientes.

En los programas de educación para la salud deben considerarse las siguientes estrategias: Interceder por los derechos, Aumentar el interés y conciencia pública, Transferir los poderes a la comunidad. Facilitar el desarrollo de capacidades, destrezas y adquisición de conocimiento para tomar decisiones adecuadas para actuar de manera individual o colectiva. Apoyar con alianzas y coaliciones en sistemas responsables de acuerdo a las necesidades y preocupaciones de la población (Santos, 1998).

En muchas ocasiones, vemos como el problema del mantenimiento de una buena salud se fia totalmente al conocimiento de los factores que inciden en la génesis de las enfermedades. Desde esta perspectiva, los problemas de salud se resolverían, sin más, con una mayor difusión de los conocimientos biosanitarios.

Si bien es cierto que del desconocimiento, o peor aún, la superstición y los mitos, no se desprenden por lo general, de los hábitos de vida saludables, también es igualmente cierto que con muchos y profundos conocimientos se mantienen conductas de altísimo riesgo para la salud, tanto en ciertas ocasiones puntuales como en forma de pautas habituales de conducta. Ello es especialmente patente en muchos jóvenes que, aún teniendo una buena información sobre los efectos del tabaco, el alcohol u otras drogas, consumen estas sustancias esporádica o habitualmente; o en los que, conociendo los riesgos del sexo sin protección, lo practican sin ella.

Un buen trabajo educativo en pro de la salud debe incidir sobre las pautas de conducta, creando estilos de vida, coadyuvando a que la población tome conciencia de qué son los estilos de vida y cual es su incidencia en la salud, también a medio y largo plazo.

Para ello es imprescindible, también, desterrar el concepto de salud entendida como no-enfermedad, y pasar a comprender la salud como un estado dinámico complejo de bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad. (OMS, 1983)

Consideraciones metodológicas:

Las características clave que presentan los programas de Educación para la salud evaluados como efectivos respecto a la metodología son:

Que incorporen métodos de aprendizaje activos.

Que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas.

Que refuercen los valores individuales y las normas grupales.

Que promuevan el desarrollo de habilidades, (sociales, fundamentalmente).

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son:

Mayor adecuación de los contenidos y estrategias.

Mayor motivación y crédito de la información.

Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. En este sentido, hay que procurar siempre usar métodos participativos:

Que potencien:

- La adquisición de habilidades sociales.
- La competencia en la comunicación.

La resolución de conflictos.

Que incidan:

- En la responsabilidad.
- En la autoestima.

En la toma de decisiones.

Que faciliten:

- La práctica de las habilidades aprendidas.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.

CAPITULO III

ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida constituyen una de las principales garantías de salud, pero también contribuyen al desarrollo de diversas enfermedades, de tal modo, que en el mosaico multifactorial que subyace a las enfermedades denominadas “de la civilización” se ven involucradas actitudes y comportamientos inadecuados que tienen influencia por el exceso en el consumo, lo cual es la forma de comunicación actual. Esto es, que el consumo hace valer el principio hedonista de todo “ahora mismo” (Del Rey y Calvo, 1998).

El consumo de alcohol es excesivo los fines de semana, de tabaco e incluso drogas. El exceso de velocidad, la obsesión por la figura corporal, etc, son modos de comportamientos que con el paso del tiempo se traducirán en una patología. Por tal motivo el estudio de los estilos de vida es muy importante para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedad.

Matarazzo, (1984) señala que los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad tienen una gran implicación en lo que conocemos como estilo de vida; por ejemplo, la influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores, al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponde por orden a: el estilo de vida (51%), factores biológicos (20%), ambiente (19%), cuidados de salud (10%), así podemos observar que el estilo de vida (hábitos de comportamiento) explica más de la mitad de la variación de los datos. (Latorre & Beneit, 1994).

3.1 CONCEPTO DE ESTILOS DE VIDA

Puesto que día a día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con malos hábitos comportamentales, el análisis de los estilos de vida tiene un interés creciente para las ciencias sociomédicas, en sí, los estilos de vida higiénicos constituyen una de las principales garantías de salud del individuo y de la comunidad.

Los estilos de vida de una persona involucran diversas conductas que son factores de riesgo para el deterioro de la salud, por ejemplo, fumar, beber en exceso, usar drogas, comer dietas con alto contenido de grasa y colesterol, mantener siempre un sobrepeso, realizar poca actividad física, conducir con

exceso de velocidad. Así observamos que mucha gente realiza conductas que no protegen su salud, sin embargo, qué hace la gente para proteger su salud?.

Harris & Guten (1979), estudiaron las conductas de salud que tiene la gente encontrando que las conductas más reportadas del cuidado de la salud, fueron dormir bien, mantener el teléfono de emergencias a la mano y comer, aunque en menor frecuencia mencionan conductas que protejan su salud tales como cuidar su peso, hacer ejercicio, no fumar, limitar su consumo de grasa y café.

Con esto podemos observar que los estilos de vida son los patrones de conducta que cada día hombres y mujeres llevan a cabo durante el día, con respecto a esto, cabe mencionar que existen muchas diferencias en cuanto a la definición de estilos de vida, puesto que cada persona le da importancia a sus estilos de vida dependiendo de su edad y sexo, así como de algunos otros factores ambientales (Belloch, 1989).

Después de este intento por entender el concepto de estilo de vida se puede mencionar la definición descrita por Henderson, Hall y Lipton, 1980 (en: Rodríguez y Rojas, 1993) la cual define a los estilos de vida como " el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, es decir, " la forma de vivir ". A su vez se debe aclarar el término de pauta comportamental, entendiéndola como las formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada, y que cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones se considera "hábito".

Por lo tanto podemos observar que los estilos de vida están íntimamente relacionados con las conductas de salud y los factores de riesgo. Esto es que comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol en exceso, consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio físico, o manejar imprudentemente están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: corazón, cáncer y accidentes en carretera. Las personas adquieren sus conductas saludables o no saludables a través de los procesos de aprendizaje, lo cual ocurre con experiencias directas o con la observación de otras personas, así, si la conducta llega a estar bien estabilizada se convierte en habitual, esto es, que la gente empieza a hacer estas conductas de manera automática y sin conciencia de

ello. Por ejemplo, cuando un individuo sentado en su escritorio abre una cajetilla de cigarros y comienza a fumar un cigarrillo tras otro, de manera, automática, hasta que el humo molesta su garganta, se da cuenta de la conducta. Es así como las conductas pueden haber sido aprendidas porque fueron reforzadas por consecuencias positivas y dependientes de los estímulos en el ambiente con el cual fueron asociados (Hunt, Matarazzo, Weiss & Gentry, 1979).

El cambio en los estilos de vida está muy relacionado con la modificación de la conducta y con otras áreas que van desde la práctica médica hasta las relaciones personales, es así como hemos visto que la actividad física es una conducta que contribuye al mantenimiento de la salud, sin embargo está área provoca que los entrenadores estén capacitados y no sólo eso sino que su conocimiento debe abarcar otros ámbitos como es la nutrición, que a su vez los nutriólogos deben estar capacitados en otras áreas. Así cada profesión creará que con su conocimiento tendrá cambios en los estilos de vida, sin embargo el solo hecho de conocer todo, ser experto, no significa que el problema de cambiar el estilo de vida este integrado de alguna manera, es así como podemos afirmar que para lograr cambios en un individuo se deben tratar por separado cada parte de su ambiente. (Milsum, 1980, en: Davidson & Davidson, 1980).

Por lo tanto podemos afirmar que nuestros estilos de vida representan un complejo resultado de muchos factores personales, interpersonales, ambientales y sociales los cuales no solo se originan de nuestra situación actual sino también de nuestra historia y de los factores hereditarios. Así que cualquier cambio en nuestro estilo de vida que queramos hacer debe involucrar la condición presente y nuestro proceso histórico.

Brown (1976, en Davidson & Davidson, op cit.), menciona un modelo cualitativo para el cambio de la conducta con relación a la reducción de riesgo personal, el cual involucra cinco componentes: a) conciencia del riesgo, la persona debe estar consciente de que la conducta actual es riesgosa; b) aceptación del conocimiento del riesgo; c) Integración del conocimiento dentro de su auto-imagen, por ejemplo, " puedo emprender un programa de ejercicio"; d) esforzarse para lograr el cambio; e) aplicación del conocimiento para producir un cambio real, esto es, una aplicación personal que se adquiere del conocimiento con el cambio actual del estilo de vida.

El problema que se encuentra para cambiar los estilos de vida es que muchas de las conductas saludables son menos placenteras que las no saludables lo cual puede producir un estado de conflicto, mucha gente cree balancear este conflicto poniendo limites razonables en sus conductas no saludables, pero mucha gente no lo hace, ellos optan frecuentemente a favor del placer prometiendo hacer cambios en el futuro, por ejemplo: " la próxima semana empezaré la dieta", así mucha gente se hace más daño que beneficio (Brownell, 1991, en Davidson & Davidson, et. al.)

Otra dificultad para adoptar estilos de vida de bienestar puede requerir cambios en las conductas que son muy habituales que involucran adicciones, como el cigarrillo y estas conductas son extremadamente difíciles de modificar, otro problema es que la gente no se siente motivada para realizar cambios en su conducta puesto que las consecuencias positivas de la conducta saludable no son inmediatas, tal como hacer ejercicio para verse bien, y las consecuencias negativas de no practicar una conducta saludable, tal como desarrollar una enfermedad, puede ser que nunca se materialicen (DiMatteo & DiNicola, 1982; Rosenstock & Kirscht, 1979, en Davidson & Davidson, 1980).

La gente también encuentra problemas en sus esfuerzos por proporcionarse bienestar, puesto que cada familia cuenta con individuos, cada uno con motivaciones y hábitos, así supongamos que un miembro de la familia desea consumir menos colesterol pero los demás están en desacuerdo, tal situación provocará fricciones entre los miembros, y otros conflictos interpersonales pueden suceder entre amigos, compañeros de escuela y de trabajo.

A través de estos ejemplos, hemos podido observar algunas concepciones de lo que es estilo de vida, sin embargo, este termino actualmente se utiliza para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad. (Morales, 1999).

El termino de estilo de vida ha tenido diversas acepciones, en este sentido Coreil, Levine y Jaco (1985; En Morales, 1999), encontraron que el termino estilo de vida fue utilizado por primera vez en e Index medicus, en donde se utilizó en el sentido de comportamiento específico identificado

como factor de riesgo para enfermedades, principalmente el uso del tabaco, los hábitos de consumo de alcohol y drogas, el control de peso y la dieta, la realización de ejercicios físicos, el manejo del estrés entre otros.

Tales autores señalan que todos estos factores de riesgo, son estilos de vida modificables, puesto que los individuos son directamente los responsables de mantener la conducta de riesgo, sin embargo, se presta poca atención a la modificación de los aspectos generales de dichas conductas.

En este mismo sentido, el intentar modificar un comportamiento en aislado de todo el contexto que envuelve al individuo en un sistema macro-socio-cultural, sería eclipsar el análisis del contenido de la conducta, es así como la idea de que un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello. También cabe señalar que en algunos ambientes ciertos comportamientos no saludables son inevitables.

El conocer los estilos de vida de los individuos es importante para el psicólogo de la salud, puesto que al comprender la relación entre el ambiente y los comportamientos, podemos buscar los medios necesarios para prevenir la adopción de aquellas conductas que tienen potencialmente un efecto negativo para la salud, así como para modificar tales estilos de vida en las personas que los practican. Siempre considerando los factores ambientales y no sólo los individuales.

3.2 DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

El intentar definir la calidad de vida es un trabajo difícil ya que es un término abstracto y complejo, puesto que la revisión del concepto calidad de vida nos remite a la concepción de ser humano al que se define y diferencia de otras especies por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarse a sí mismo, lo que da como resultado que se den diversas conceptualizaciones del término, por ejemplo, tenemos que la calidad de vida puede entenderse como el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social (Setién, Santamarina, 1993; citado en González-Celis, 1995).

La investigación en salud se ha preocupado por definir, evaluar y conceptualizar la calidad de vida de los grupos humanos así como su expresión en las condiciones de y para la salud, sin embargo en el afán de construir dicha concepción han surgido múltiples ambigüedades teóricas que es necesario superar (Blanco, Rivera, López, Rueda, 1996)

Como puede observarse la calidad de vida ha sido un concepto difícil de conceptualizar, empero, una forma de definirlo es a través de indicadores objetivos, por ejemplo los factores socioeconómicos que influyen en la salud de la población entre los cuales está un régimen alimenticio adecuado, vivienda higiénica, ingresos suficientes, servicio de agua y alcantarillado. Así la calidad de vida de una población dependerá de la satisfacción de sus necesidades esenciales, con respecto a esto Díaz-Guerrero (1986; en: González- Celis, op. cit.) menciona que la calidad de vida debe entenderse a partir de la óptima integración de los aspectos biopsicosociales en los diferentes contextos en los que se encuentra el individuo, es decir, el conjunto de condiciones que garantizan el bienestar de una persona en términos de su adaptación e integración a las condiciones en las que vive.

Con respecto a lo anterior se tienen ambigüedades en el término debido a que se dejan fuera aspectos subjetivos, es por ello que la calidad de vida también involucra las diferentes situaciones en las que el individuo interactúa con el medio, lo cual permitirá formar una conceptualización más precisa de la calidad de vida (Castillo y Vieyra, 1995).

Los indicadores de la calidad de vida pueden ser el hogar, el trabajo, y las condiciones ambientales, con estos la calidad de vida se puede medir a través de la morbilidad y la mortalidad, pero también son importantes los indicadores subjetivos que son: factores de afectación positiva, factores de afectación negativa (Relacionados a las respuestas emocionales, por ejemplo: sentimientos y emociones) y la satisfacción de vida, los cuales se refiere a juicios cognitivos (autoconocimiento, relaciones interpersonales positivas). (Terry y Huebner, 1995, en Huebner, 1995).

Es así como la calidad de vida juega un papel importantísimo dentro de nuestra sociedad ya que es un indicador del tipo de ambiente en el que nos desarrollamos los seres humanos, al estudiarla tenemos como resultado el conocimiento del estado de salud, bienestar, estilo de vida y calidad de vida con el que contamos.

En el nivel teórico más general calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se desarrollan los seres humanos, incluyendo diversas dimensiones tales como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica) consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales, políticas y calidad del entorno, es decir, la calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación entre los componentes protectores y sus procesos destructivos en el desarrollo vital humano, así la calidad de vida de una sociedad será mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social para los procesos vitales y la acumulación genética de ventajas biológicas (Breilh, 1992, en: Huebner, op. cit.).

En otras palabras la capacidad de una sociedad de resolver el conjunto de las necesidades y posibilitar el desarrollo humano permitirá que su población tenga una mejor calidad de vida.

En el nivel teórico más general "calidad de vida", se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos, incluyendo dimensiones tales como, el trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno, en tales términos la calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación de los factores protectores y sus protectores y sus procesos destructivos para el desarrollo vital humano, afirmando así, que la calidad de vida es mejor cuando la capacidad de una sociedad de resolver sus necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano permita obtener una mejor calidad de vida (Blanco, Rivera, López, Rueda, 1996)

La investigación sociomédica a través de diversas investigaciones afirma, que para definir la calidad de vida deben considerarse dos componentes fundamentales: el momento productivo a través de la reconstrucción de las condiciones de trabajo, y el momento de consumo, realizada, principalmente en la vivienda y su entorno. En estas investigaciones la noción de calidad de vida fue sustituida por el concepto de condiciones de vida, entendiendo tal concepto como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación (Blanco, López, Rivera, , Rueda, 1995).

En conclusión se puede decir que la definición de calidad de vida deberá incluir algunos aspectos, como son las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional que el individuo posee, el sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital, las condiciones socio - materiales de existencia y percepción subjetiva de las mismas, así como la satisfacción que se deriva de las condiciones materiales concretas, incluyendo la percepción del nivel de salud personal y la utilidad del significado de vivir.

Con relación a este último punto, la salud como característica de la vida humana se debe ver como una característica de la Calidad de vida humana y a la que debemos contemplar abordando todas las condiciones de esa vida real y humana (Serrano, 1990). Además de considerar el carácter del proceso de toda vida humana (individual y colectiva).

Por otro lado para evaluar la calidad de vida, se tienen dificultades debido a su conceptualización tan diversificada, sin embargo existen escalas y cuestionarios que miden la calidad de vida, incluyendo los siguientes rubros:

- a) Bienestar general, b) Relaciones interpersonales, c) actividad organizacional, d) actividad ocupacional, e) ocio y actividad recreativa, f) salud, g) autoconsideración, h) filosofía de la vida, i) nivel de vida, j) trabajo, k) tiempo de ocio, l) aprendizaje, m) amistad, n) relaciones de afecto, o) relaciones con los hijos y familiares, p) hogar y comunidad, q) dominio físico, psicológico y ambiental, r) espiritualidad, religión y creencias personales.

Las escalas de evaluación de la calidad de vida permiten el desarrollo de programas de intervención en diversas áreas (San Martín, 1998). De este modo la promoción de la calidad de vida debe ser un objetivo a perseguir por parte de los psicólogos de la salud, tomándola en cuenta dentro de la teoría y práctica de la promoción de la salud y en la planificación sanitaria, siendo así un objetivo necesario y urgente.

Con respecto a lo anterior podemos observar que la calidad de vida influye en la salud en gran manera, como lo es el estudio presentado por la OPS (2001), en donde muestra que la discriminación racial lastra la calidad de vida de las personas y esto manifiesta sus efectos negativos en la salud. Un ejemplo de esto es la discriminación racial teniendo efectos que generan enfermedad al causar más estrés en los individuos e implicando unas condiciones de vida más severas y dificultad al acceso en los servicios de salud.

3.3 CALIDAD DE VIDA DEL MEXICANO.

La calidad de vida cambia constantemente de acuerdo a las expectativas de los individuos por conseguir las condiciones óptimas que le brindan satisfacción, dichas expectativas se transforman de acuerdo a la demanda cotidiana, si tales expectativas no se obtienen, se produce un estado social de insatisfacción, privación y marginalidad relativa.

Con lo que respecta a esto, en la ciudad de México la insatisfacción que sentimos por la mala calidad de transporte, por el tránsito en las calles, por el ambulante, la contaminación, la falta de seguridad ciudadana, etcétera, hace que percibamos nuestras vidas de forma desalentadora.

Todos aquellos que pensamos que la ciudad de México puede ser más acogedora, viven en una continua frustración e irritación, esta es, la vida cotidiana en México, que a su vez esta ligada con la calidad de vida. Así, la vida cotidiana es todo aquello que se ve pero no se nota, lo conocido, lo que todos saben, está llena de prácticas que se realizan sin esfuerzo, es la comprensión del mundo y de los otros que se hace sin prestar atención, es la organización de la vida individual de los hombres (Karel, 1976).

Por lo tanto, la calidad de vida ligada con lo cotidiano de la ciudad de México permite que los mexicanos tengamos una muy particular calidad de vida, puesto que considerando los índices que miden a esta, se podría asegurar que esta no es muy óptima, por ejemplo, tenemos que el desconcierto y la angustia que genera pasar por una crisis económica generalizada cambia la vida cotidiana y por tanto la calidad de vida, otros ejemplos, son la transformación de la ciudad, con el aumento del ambulante y la delincuencia, lo que trae consigo, niños de la calle, mendigos, tragafuegos, saltimbanquis (que podemos ver en cualquier cruce), prostitutas y travestis, además del aumento acelerado de la criminalidad, con lo cual, la calidad de vida del mexicano se ve reducida a lo que como individuos puedan elegir.

En este mismo sentido, todo este ambiente se ha convertido en común y cotidiano que al ver la reiteración diaria de los mismos acontecimientos nos acostumbra a verlo como natural, y por lo tanto la investigación que pudiera surgir ha quedado estancada hasta nuestros días. (Barreto, & Alvarez, 1987; en: Donoso, 1990).

Actualmente se sabe que con toda la serie de acontecimientos que son considerados como cotidianos, realmente son, atentados contra la calidad

de vida de los mexicanos, puesto que entre otros aspectos como la calidad del aire, la contaminación atmosférica, el tráfico, el transporte público, la sobrepoblación, etc., existe la delincuencia y la impunidad que son predominantes en esta ciudad, las cuales provocan que cada día nuestras vidas cotidianas se modifiquen sin advertirlo, con la consecuencia de dejar de disfrutar de los muchos agrados que nos podría brindar la ciudad, mejorando en una parte nuestra calidad de vida.

Cada día hemos perdido el miedo de ser asaltados, agredidos, violados, maltratados, considerando estos delitos como cotidianos, resignándonos ante lo inevitable. Esto nos demuestra la realidad, que nuestra vida cotidiana se ha empobrecido y tenemos derecho a solicitar una mejor calidad de vida, puesto que no está de acuerdo con la época en que nos tocó vivir sintiendo un proceso de creciente insatisfacción, privación y marginalidad relativa (Donoso, 1990).

Otro aspecto importante a considerar en la calidad de vida en la Ciudad de México es el espacio urbano, escenario en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de vida y a la que se le atribuye una fuerte vinculación con el proceso salud-enfermedad.

El estudio del espacio urbano proporciona un conjunto de soportes materiales en los procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales, incluyendo el equipamiento urbano, los servicios, tipo y calidad de vivienda, el medio natural, características económicas, sociales y culturales de la población posibilitando así la identificación de espacios de alto riesgo en términos de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud (Pradilla, 1984).

El espacio urbano constituye un conjunto de factores que contribuyen o favorecen al estado saludable de una población, por ejemplo, las particularidades de la vivienda, como son pisos, techos y acabado, expresan la reproducción de la fuerza de trabajo del espacio vital que requiere el hogar; por otro lado, el nivel de hacinamiento se asocia con la incidencia de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, tosferina, diarrea, entre otras enfermedades contagiosas; los materiales de construcción de la vivienda interfieren con la salud, así como la conexión a servicios, como el abastecimiento de agua, disposición higiénica de las heces, la electricidad.

Ese último punto nos deja ver que se pone en riesgo la salud cuando no se cuenta con un saneamiento adecuado, el cual puede ser transmisor de microorganismos patógenos provocando diversas enfermedades (COPLAMAR, 1982).

Para conocer el estado de la calidad de vida en la que se encuentran los mexicanos, Blanco y cols. (1996), realizaron, una investigación en el Distrito Federal y en la Zona Metropolitana, encontrando que a pesar de que la Zona Metropolitana es reconocida por sus altos niveles de desarrollo y bienestar social respecto a otros estados del país, en su interior existe heterogeneidad de condiciones, es decir, un desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicios, así como de condiciones educativas y para la salud; a nivel delegacional se encontró que en Coyoacán y Miguel Hidalgo, existen valores altos en la calidad de vida. El 80% del territorio del área metropolitana cuenta con 35% de viviendas adecuadas, ocupadas por familias con ingresos altos y medios, y el resto, se encuentran en fraccionamientos irregulares, habitados por trabajadores industriales y de servicios, subempleados o desempleados. Resumiendo, las condiciones de salud de los habitantes de la Zona Metropolitana condensan la multiplicidad de carencias dando origen a problemas de salud con elevada incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y una creciente mortalidad por enfermedades crónicas y lesiones accidentales.

Esta investigación permite conocer los niveles de prioridad en las zonas, con el objetivo de intensificar las intervenciones y la movilización de recurso, en la población más vulnerable en términos de calidad de vida e indicadores de salud.

Otro estudio sobre la calidad de vida del mexicano estuvo realizado por Palomar, (1996) el cual tuvo como propósito aportar un análisis de la calidad de vida de la población mexicana investigación aquellos conceptos que los mexicanos confieren más importancia, los hallazgos de este estudio permitieron conocer los componentes factoriales de la calidad de vida, así como la relación que existe entre la calidad de vida y otras variables como el nivel socioeconómico, la edad y el género. Se pretende que este tipo de estudios promueva líneas de acción encaminadas a incrementar la calidad de vida de los mexicanos.

CAPITULO IV

HABITOS DE SALUD

4.1 DEFINICION DE HABITOS DE SALUD

En un intento por entender los hábitos de salud encontramos que son todas aquellas conductas que la gente practica para el mantenimiento de su salud, los hábitos de salud no son interdependientes, es decir, que no porque se practique un hábito de salud, se practiquen todos los hábitos de salud existentes. Las conductas de salud van cambiando con el tiempo y no son gobernadas en cada persona por una serie de actitudes, por ejemplo, una chica que usa el cinturón de seguridad para protegerse, que además cuida su peso para verse atractiva y no fuma porque es alérgica al cigarrillo, esto no quiere decir que los hábitos de salud que posee sean hábitos de salud que realmente estén involucrados en su estilo de vida (Harris y Guten, 1979).

Una razón por la cual los hábitos de salud no son interdependientes es que los diferentes hábitos pueden servir a diferentes propósitos, por ejemplo, la gente practica algunos hábitos tales como desayunar, limitar en uso del alcohol y los cigarros; otra razón por la que los hábitos no son interdependientes es que las conductas están influenciadas por diferentes aspectos, por ejemplo, una persona que tiene una dieta alta en grasas y que al mismo tiempo limita su forma de beber y de fumar. Las razones por las cuales hay baja estabilidad en las conductas de salud de la gente es por la experiencia de estas, por ejemplo, mucha gente no evita fumar hasta que ellos aprenden que es dañino (Leventhal & Cleary, 1980).

Por ejemplo el sedentarismo es un hábito de vida que ha sido asociado con un mayor riesgo en la aparición de diversos problemas de salud, tales como: sobrepeso, y cardiopatías. Por ello, la promoción de la actividad física debe promocionarse como una necesidad, tanto entre las intervenciones dirigidas a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en general y de cardiopatías en particular, como de

diabetes y trastornos del aparato locomotor (Cortés, Ramírez, Cabrera, Calderón, Watanabe, Barrientos y Lazcano, 1989)

Es por ello que debemos darle gran importancia a la prevención primaria de salud encaminada a fomentar los hábitos saludables y a prevenir la aparición de comportamientos de riesgo con la finalidad de evitar determinadas enfermedades.

Como ejemplos tenemos: buenos hábitos alimentarios, higiénicos, vacunaciones, revisar la tensión arterial, exámenes de azúcar y de colesterol en sangre, etc. La prevención secundaria esta encaminada al diagnóstico y tratamiento precoces para evitar secuelas de enfermedades y su cronificación. Por ejemplo la detección precoz de la diabetes mellitus y su tratamiento con dieta o medicamentos, según el caso. La terciaria sería la encaminada a rehabilitar lo más precozmente al individuo de la patología que sufre para reinsertarlo cuanto antes en el medio social, familiar y laboral en el que se desarrolla (Encuesta de salud, 1997).

Con relación al fomento de los hábitos de salud, debemos remontarnos a la historia de dichos hábitos, los cuales provienen de muy variadas fuentes, de múltiples experiencias, gran parte de ellas ajenas, a menudo a toda, instrucción formal; regularmente, es en el seno familiar en donde se adquieren la mayor parte de los hábitos de salud.

Los hábitos de salud aprendidos en el transcurso de la vida tienen amplia relación con la educación higiénica, pues, esta es la suma de todas las experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y colectiva. (Villaseñor y Gómez, 1984). La educación de los hábitos de salud tiene como objetivo conseguir, conservar y mejorar la salud.

Lo anterior se relaciona ampliamente con la salud del individuo tendiente a crear mediante el conocimiento y la práctica asidua de los hábitos de salud, las costumbres y la higiene, lo cual es de extraordinaria importancia, porque quien aprende a conservar y mejorar su salud, cuida y protege indirectamente la salud de los demás. (Stratton, 2001).

En definición podemos decir que un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo, la cual es automática; esto es, en términos conductuales, que los hábitos se desarrollan inicialmente a través del proceso de reforzamiento con determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo aparecen de manera independiente manteniéndose con factores ambientales asociados. Sin embargo una característica de los hábitos de salud, es que son conductas aprendidas y, por consiguiente se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje (Hunt y col., 1979).

En relación con los hábitos de salud, se dice que estas conductas se caracterizan por ser inestables y autónomas. En este último caso se refiere a la escasa relación entre conductas de salud en una misma persona (por ejemplo, una persona que hace ejercicio, no necesariamente cuida su higiene bucal); en cuanto a la inestabilidad se hace referencia a que los hábitos de salud son generados y mantenidos por diferentes factores, según las personas y situaciones, los cuales cambian en función de la vida o con relación a los comportamientos. (Belar, Wilson y Hughes, 1982)

Los hábitos de salud están determinados por dos factores interrelacionados, que son los factores sociales y los intraindividuales o personales.

En los de origen social se encuentra las primeras experiencias de socialización, vinculada con el contexto familiar, esto es, que los padres inculcan verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida. También se incluyen los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Las influencias de grupo, como la presión de los iguales, es uno de los factores más significativos en la adquisición del hábito de fumar (Leventhal y Cleary, 1980).

Por tanto podemos observar que los factores sociales ejercen una gran influencia en la adquisición y en el mantenimiento de los hábitos de salud.

Con relación a los factores personales que controlan los hábitos de salud se encuentran la autopercepción, los factores emocionales, las creencias y actitudes. En este sentido algunos autores establecen una diferenciación entre los factores que constituyen las conductas saludables y las conductas reductoras de riesgos.

Esto es, las conductas de salud (o hábitos de salud) incluyen comportamientos que potencian un estado de salud general, por ejemplo hacer ejercicio físico de manera continua; y las conductas reductoras de riesgo son aquellas que minimizan el riesgo asociado con enfermedades, sin embargo se considerarán ambas como hábitos de salud. (Stone, 1982, en LaTorre y Beneit, 1994). Existe, dentro de los factores personales el acceso al sistema de salud, el cual dependerá de la posibilidad del individuo a acceder al sistema de salud, para la realización de exámenes médicos periódicamente.

A este respecto y por la falta de atención por parte de los individuos hacia los hábitos de salud se llegan a tener repercusiones graves en la salud llegando a la muerte, en 1997 la principales causas de muerte en México fueron:

| | |
|------------------------------|--------|
| *Tumores malignos | 49,688 |
| * Enfermedades del corazón | 67,150 |
| * Diabetes mellitus | 35,903 |
| * Enfermedad cerebrovascular | 24,381 |
| * Del cuello del útero | 2,821 |

Como se puede observar las enfermedades del corazón son las que en mayor proporción causan la muerte a miles de mexicanos. (INEGI, SSA / DGEI, 1998)

4.2 INFLUENCIA DE LOS HABITOS CON RELACION A LA SALUD.

Después de revisar, las conductas de salud, debemos distinguir que existen varios tipos de hábitos de salud, algunos dependen del acceso del individuo al sistema de salud, esto es, que los individuos requieren de una intervención directa de los profesionales de la salud (por ejemplo: las vacunaciones); otro tipo de conductas son aquellas recomendadas por los profesionales, pero que los individuos no realizan (por ejemplo: dietas, ejercicio adecuado); y por último las conductas que los individuos realizan independientemente del sistema de salud (por ejemplo: la seguridad vial, utilizar el cinturón de seguridad) (Taylor, 1986).

Uno de los modelos más utilizados para explicar porque las personas practican hábitos de salud es el Modelo de Creencias sobre la Salud, en el cual la actitud que la persona tiene con respecto al resultado de la conducta y la evaluación sobre esta mantendrá o extinguirá la conducta (Rosenstock, 1966).

Según este modelo los factores que determinan la conducta de salud son la percepción de amenazas contra la salud (valores que se le dan a la salud, creencias sobre la vulnerabilidad a la enfermedad, y creencias sobre la gravedad de la enfermedad); y las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza (creencia en la eficacia de reducir la amenaza, convicción de que los beneficios de realizar hábitos de salud supera los costos de la enfermedad).

Este modelo de Creencias sobre la Salud, predice en qué condiciones los individuos pondrán en práctica determinadas conductas de salud, sin embargo, el éxito en la aplicación de este modelo ha sido poco satisfactorio lo cual significa que a pesar de ser importante por sus contribuciones, no es suficiente para ayudar a implantar comportamientos que promuevan los hábitos saludables y a su vez favorezcan la salud.

En este mismo sentido, se ha desarrollado el Modelo de la Acción Razonada (Fisbhein, 1980), el cual, integra factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud, postulando que estas son el resultado de la intención comportamental, la cual dependerá de las actitudes hacia el comportamiento saludable (dichas actitudes están determinadas por las creencias respecto a las consecuencias de la conducta, y de la evaluación de tales consecuencias) y las valoraciones subjetivas de dicho comportamiento (se refiere, a las creencias normativas, esto es, a lo que la persona cree que pueden pensar los otros, y la motivación que posee el individuo para realizar el comportamiento).

Este modelo nos muestra como un individuo puede dejar de fumar o no empezar a hacerlo, si cree que fumar puede ser dañino para la salud, si piensa que los demás esperan que él no fume y si esta muy motivado a hacerlo. Es así como este modelo en su aplicación ha tenido exitosos resultados en el control del tabaquismo, la obesidad, drogadicción y planificación familiar. (Wallston y Wallston, 1983).

Es necesario, considerar, estos modelos que se enfocan al terreno de lo social, aunque no debemos olvidar las diferencias individuales en la práctica de los hábitos de salud, en donde las dimensiones de personalidad juegan un papel importante en los comportamientos de salud (Belloch, 1989).

Con relación a lo anterior Wallston & Wallston, (1983), desarrollaron un instrumento de evaluación midiendo tres factores que influyen en la práctica de los hábitos de salud: locus de control interno (valora la creencia de que se puede controlar la propia salud mediante comportamientos específicos), locus de control externo (creencia de que quien mejor controla la salud es el profesional de la misma) y locus de control debido al azar (la salud depende de factores incontrolables).

En conclusión, se puede afirmar que una determinada predisposición personal, los valores, creencias y actitudes sobre la salud no son suficientes para determinar la práctica de hábitos saludables, será necesario conjuntar otros factores como son la percepción de la enfermedad o la salud, variables sociales, ciclo vital, contexto social y cultural, entre otros. (Belloch, 1989).

Algunos ejemplos de hábitos de salud son: la realización de actividad física, o el consumo de una dieta saludable. En este sentido se realizaron diversas investigaciones con relación a estos temas, en donde se encontró que: que la buena condición física resultado de hacer ejercicio con regularidad es una de las formas de prevención más confiable a las que se puede recurrir, siendo la prevención la piedra angular para la reforma del cuidado de la salud De acuerdo con el estudio de la Universidad de Stanford (1999), los hombres y mujeres en el umbral de los 50 años que corren de manera habitual tardan más en desarrollar un tipo de incapacidad física relacionada con la edad, en comparación con quienes no tienen este hábito.

El estudio compara la salud de 451 socios de la Asociación de Miembros de Acondicionamiento Físico 50 Plus con 330 individuos del grupo de control, cuya edad oscila entre los 50 y 72 años de edad. Los miembros del club de acondicionamiento siguieron con su costumbre de correr o realizar otro tipo de ejercicio aeróbico un promedio de cuatro horas a la semana, en tanto que la mayor parte del grupo de control no se sometió a ningún programa de ejercicio aeróbico. Los investigadores empezaron el estudio de los participantes en 1984 y, a la fecha, continúan recolectando datos. Durante los primeros años los participantes del grupo control fallecieron en un 2% por enfermedades coronarias, en comparación con el 1.5% de los del grupo de acondicionamiento físico.

Este y otros estudios han demostrado que la costumbre de correr con regularidad y la práctica de actividades aeróbicas como andar en bicicleta, nadar o la caminata vigorosa reducen las tasas de mortalidad, y no solo eso sino que además disminuye la posibilidad de contraer enfermedades.

Vemos que el realizar hábitos saludables proporciona salud y previene el riesgo de contraer enfermedades, además incluir en la actividad física hábitos alimenticios adecuados y hábitos que promuevan el cuidado en la salud provoca un estado saludable en los individuos, de lo anterior deriva la importancia de establecer hábitos positivos en la población, a través de programas de promoción y educación para la salud, dichos programas deberán estar adaptados a cada tipo de población considerando las características individuales de cada comunidad. (Serrano, 1990)

Así mismo, los programas de salud, requieren un enfoque dirigido a las necesidades físicas, mentales, y sociales de la población, además de una intervención en los estilos de vida sanos, siendo que los programas de salud son un tipo de educación estableciendo un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, analizando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional e investigación sobre estos objetivos (Del Rey y Calvo, 1998)

CAPITULO V

METODO

OBJETIVO GENERAL:

Enfocarse en la detección de las necesidades de la población con lo que respecta a los estilos de vida y a los hábitos de salud, con el fin de presentar un panorama útil para el posterior planteamiento de programas de promoción y mantenimiento de la misma

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Detectar las carencias en cuanto a hábitos de salud en la población.

Identificar los estilos de vida saludables de la población.

Enfocarse en la detección de hábitos de salud en la población

HIPOTESIS

Debido a que la investigación mencionada es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo no se formula una hipótesis como tal y se consideran los datos por sí mismos, partiendo de la Variable dependiente, para identificar las variables independientes.

METODOLOGIA

La investigación inicial es no experimental, descriptiva y explicativa utilizando el método de encuesta observacional con un diseño transversal descriptivo explicativo se utilizaron instrumentos transversales en muestras no probabilísticas, en donde no existió la manipulación de variables experimentales, esta presente la observación de fenómenos en un ambiente natural, obteniendo registros de variables dependientes.

El tipo de diseño transversal descriptivo y explicativo proporcionó la descripción de las propiedades de la muestra.

SUJETOS

Se consideraron como muestras no probabilísticas a los usuarios del sector salud. Se utilizó una muestra de 547 usuarios del Sector Salud, tanto público como privado. La edad establecida como criterio fue de 18 a 75 años, para ambos sexos; de los cuales 237 fueron hombres y 310 mujeres.

ESCENARIOS

Salas de espera para consulta externa del hospital MIG, Hospital Español, Hospital Juárez, Hospital 1º. De Octubre, y Centro Médico Nacional Siglo XXI.

INSTRUMENTO

Se utilizó el instrumento "Funcionamiento en salud" (FS), de Ramírez y Cortés, 2000; el cual consta de cinco escalas con un total de 69 reactivos.(Ver ANEXO)

La confiabilidad del Instrumento Funcionamiento de Salud (FS), se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba Test-Retest, (la cual consiste en aplicar el instrumento a una población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad entre los resultados). Se utilizó un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado, el rango de edad fue de entre 18 a 80 años. El instrumento se aplicó en la salas de espera en hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos ya sea de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test-Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas como puede observarse en la Tabla A (Ver Anexo). Lo anterior mostró que el Instrumento Funcionamiento en Salud (FS) es confiable para su aplicación en la población.

Para esta investigación se utilizó la escala 2 (hábitos de salud) con 24 reactivos, correspondiendo a dichos reactivos los ítems del 15 al 38 (Ver Anexo 1). La elección de los reactivos a evaluar en esta investigación se realizó con base a la identificación de indicadores de hábitos de salud y estilos de vida en los reactivos. El instrumento tiene como característica que puede ser aplicado individual o grupalmente, responderse con la ayuda del investigador o personalmente por el usuario o paciente. La aplicación del instrumento fue a través del procedimiento tradicional de papel y lápiz, aplicándolo una sola vez, y sin límite de tiempo.

PROCEDIMIENTO

Se aplicó el instrumento a pacientes que se encontraban en las salas de espera para consulta externa de los Hospitales privados MIG y Español; y en los hospitales públicos, Juárez, 1°. De Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se aplicó con el previo consentimiento Institucional y personal de cada paciente. En algunos casos (hospitales públicos) se administró grupalmente ya que algunas salas de espera llegaron a tener hasta 25 pacientes al mismo tiempo, en otros casos, se aplicaba a un solo sujeto. Lo anterior dependía del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estaba presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una sola vez para cada sujeto.

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.

Se aplicó una prueba T-test para observar la existencia o no de diferencias significativas entre variables; por ejemplo: observar si existen diferencias significativas entre el nivel de escolaridad y los hábitos alimenticios, el consumo de drogas y el cuidado de la salud.

Asimismo se aplicó una prueba de Correlación, con el objetivo de encontrar las relaciones existentes entre variables, por ejemplo: encontrar la correlación que existe entre el género y los hábitos alimenticios.

CAPITULO VI ANALISIS DE DATOS

Con base a los objetivos planteados en esta investigación los cuales se enfocan a la detección de las necesidades de la población con lo que respecta los estilos de vida y los hábitos de salud, se aplicó el instrumento anteriormente descrito a una población de 547 sujetos, de los cuales 237 individuos son hombres y 310 mujeres (Ver figura 1).

FIGURA 1.

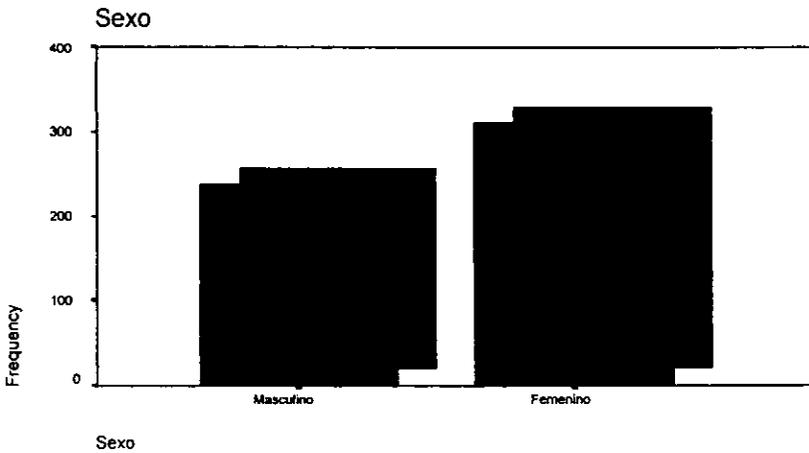


FIGURA 1. Representa la Frecuencia en la población con respecto al genero. (masculino y femenino)

EDAD.

La edad de la población participante fluctúa desde los 18 años hasta los 70 años. Dividida en tres grupos: 1, de 18 a 25 años; 2, de 26 a 45; y 3 de 46 a 70 años. (Ver figura 2)

FIGURA 2.

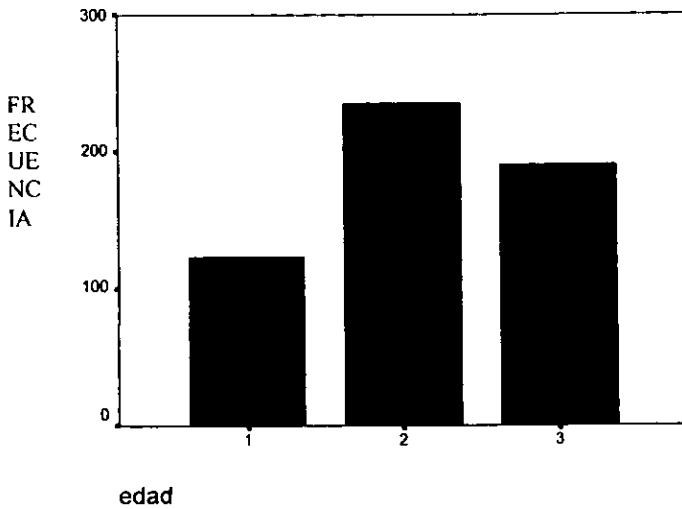


FIGURA 2. Representa la Frecuencia de la edad en la población

ESCOLARIDAD

Con relación al nivel de estudios de la población los datos nos indican que la mayor parte de los individuos encuestados tienen un grado de estudios a nivel profesional (188 personas) y en una mínima proporción no poseen ningún grado de estudios (12 personas) (Ver figura 3)

FIGURA 3.

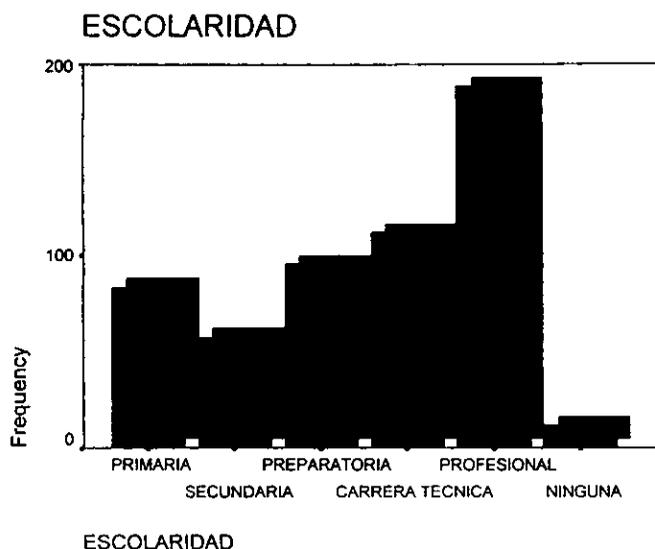


FIGURA 3. Representa la frecuencia del nivel de escolaridad en la población

También se realizó una prueba de correlación R de Pearson en los reactivos utilizados en esta investigación, así como de cada área anteriormente descrita, se realizó la prueba de correlación R de Pearson en las siguientes relaciones y los resultados serán descritos en el mismo orden:

- A) HABITOS ALIMENTICIOS EN RELACIÓN A: HABITOS ALIMENTICIOS. (*abusar de la sal, *comer entre comidas, *comer menos, *desayunar sustanciosamente, *ingerir alimentos nutritivos, *ingerir comida chatarra, ingerir vitaminas*)

- B) CONSUMO DE DROGAS EN RELACIÓN A: CONSUMO DE DROGAS (*beber cafeína, *consumir tabaco, *tomar cerveza, *tomar vino, *tomar tequila, *usar drogas).

- C) CUIDADO DE LA SALUD EN RELACIÓN A: CUIDADO DE LA SALUD (*beber sin cafeína, *caminar a diario, *conocer calorías que se consumen, *dormir al menos 7 horas, *leer sobre salud, *manejar rápido, *medir el colesterol, *platicar sobre salud, *realizar ejercicio, *usar hilo dental, *usar cinturón de seguridad)

A) HABITOS ALIMENTICIOS CON RELACION A HABITOS ALIMENTICIOS.

Los hábitos alimenticios considerados en este apartado se relacionaron con cada hábito alimenticio, y se mencionan las correlaciones más significativas, además se mencionarán los resultados para cada reactivo en relación al reactivo con el que se esta relacionando. (ver tabla A)

ABUSAR DE LA SAL. En este reactivo se encontró correlación con el reactivo de comer entre comidas ($r = .168$, $\text{sign.} = .000$), esto es que a mayor abuso de sal, más se come entre comidas. Con desayunar sustanciosamente, aunque con una correlación poco significativa ($r = .86$, $\text{sign.} = .44$), con ingerir alimentos nutritivos, teniendo una correlación negativa ($r = -.142$, $\text{sign.} = .001$), esto es, que entre menos se consume sal, más alimentos nutritivos se consumen y con ingerir comida chatarra, con una correlación alta ($r = .132$, $\text{sign.} = .002$) esto es, que entre más se abusa de la sal, más se ingieren alimentos chatarra.

COMER ENTRE COMIDAS. En relación a este reactivo los resultados de las pruebas nos indican que existe correlación con los reactivos de abusar de la sal ($r = .168$, $\text{sign.} = .000$), es decir, que entre más se come entre comidas más se abusa de la sal. Ingerir comida chatarra ($r = .435$, $\text{sign.} = .000$) esto es, que entre más se come entre comidas, más comida chatarra se consume.

COMER MENOS. Se encontró una correlación negativa con el reactivo desayunar sustanciosamente con un $r = -.108$ y con una $\text{sign.} = .012$, esto es que entre más sustanciosamente se desayuna se comerá menos.

DESAYUNAR SUSTANCIOSAMENTE. Este reactivo tiene correlación con abusar de la sal, aunque con una significancia mínima ($r = .086$, $\text{sign.} = .044$), comer menos ($r = -.108$, $\text{sign.} = .012$) esto es que entre más desayune sustanciosamente menos se come, ingerir alimentos nutritivos ($r = .232$, $\text{sign.} = .000$) esto es que entre más desayune sustanciosamente más alimentos nutritivos consumo, y con poca significancia con ingerir comida chatarra ($r = -.106$, $\text{sign.} = .013$)

INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS. una correlación hallada en el reactivo anterior fue negativa con abusar de la sal ($r = -.142$, $\text{sign.} = .001$), esto es que entre más se consumen alimentos nutritivos menos se abusa de la sal, así mismo se encontró que entre más alimentos nutritivos se consumen, se come menos ($r = -.116$ con $\text{sign.} = .007$), también se encontró una correlación positiva alta en el reactivo de desayunar sustanciosamente ($r = .232$, $\text{sign.} = .000$) esto es, que a mayor ingesta de alimentos nutritivos más sustancioso es el desayuno, y con ingerir comida chatarra la correlación fue negativa, es decir que a mayor ingesta de alimentos nutritivos menor ingesta de comida chatarra ($r = -.185$, $\text{sign.} = .000$)

INGERIR COMIDA CHATARRA: en este reactivo se encontró una correlación positiva entre ingerir comida chatarra y abusar de la sal, esto es, que a mayor consumo de comida chatarra más se abusa de la sal ($r = .132$ con $\text{sign.} = .002$), también se encontró que a mayor ingesta de comida chatarra más se come entre comidas ($r = .435$ con $\text{sign.} = .000$), se halló una correlación negativa entre ingerir comida chatarra e ingerir alimentos nutritivos, esto es, que a mayor ingesta de comida chatarra menor el consumo de alimentos nutritivos ($r = -.185$ con $\text{sign.} = .000$) (ver tabla A)

INGERIR VITAMINAS: se hallaron correlaciones positivas moderadas en relación con los hábitos de comer menos ($r = .087$ con $\text{sign.} = .042$) y desayunar sustanciosamente ($r = .102$ con $\text{sign.} = .017$), por lo tanto, se puede observar que cuando se come menos y se desayuna sustanciosamente existe una tendencia moderada a ingerir vitaminas.

TABLA A
CORRELACION R DE PEARSON
HABITOS ALIMENTICIOS / HABITOS ALIMENTICIOS

| CORRELACIONES | | ABUSAR SAL | COMER ENTRE COMIDAS | COMER MENOS | DESAYUNAR SUSTANC | ING ALI M. NUTRIT. | ING.CO M. CHAT. | INGERIR VITAMINAS |
|------------------------------|--------|--------------|---------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| ABUSAR SAL | P S | 1.000 | .168** .000 | .030 .488 | .086* .044 | -.142** .001 | .132** .002 | -.022 .600 |
| COMER ENTRE COMIDAS | P S | .168** .000 | 1.000 | .073 .089 | -.070 .101 | -.052 .222 | .435** .000 | .084 .050 |
| COMER MENOS | P S | .030 .488 | .073 .089 | 1.000 | -.108** .012 | -.116 .007 | .066 .124 | .087* .042 |
| DESAYUNAR SUSTANCIOSAMENTE | P S | .086** .044 | -.070 .101 | -.108** .012 | 1.000 | .232** .000 | -.106* .013 | .102* .017 |
| INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS | P S | -.142** .001 | -.052 .222 | -.116** .007 | .232** .000 | 1.000 | -.185** .000 | .067 .115 |
| INGERIR COMIDA CHATARRA | P S | .132** .002 | .435** .000 | .066 .124 | -.106* .013 | -.185** .000 | 1.000 | .020 .637 |
| INGERIR VITAMINAS | P S | -.022 .600 | .084 .050 | .087* .042 | .102* .017 | .067 .115 | .020 .637 | 1.000 |

TABLA A: Puntajes obtenidos en la Correlacion R de Pearson entre los ítems de Hábitos Alimenticios

B) CONSUMO DE DROGAS EN RELACION AL CONSUMO DE DROGAS.

En el siguiente apartado describiré las correlaciones encontradas en los reactivos de consumo de drogas, para mayor detalle y verificación de los puntajes de correlación arrojados por la prueba R de Pearson favor de ir a la tabla B. En este apartado se describirán solo los reactivos que presentan mayor correlación.

BEBER CAFEÍNA, este reactivo presenta una correlación positiva con el de tomar cerveza, esto es, que es poco probable que a mayor consumo de cafeína mayor consumo de cerveza ($r = .091$ con sign. = $.033$), en relación a beber cafeína y tomar vino se encontró una correlación positiva alta ($r = .116$ sign. = $.007$), esto es que existe una relación entre tomar cafeína y consumir vino, un resultado similar surge con el reactivo de toma tequila ($r = .137$ sign. = $.000$) esto es, que a mayor ingesta de cafeína, más se consumirá tequila.

CONSUMIR TABACO. Con relación a este hábito de salud encontramos que existe relación con los factores de tomar cerveza ($r = .290$ con sign. = $.000$), beber cafeína ($r = .305$ con sign. = $.000$), tomar tequila ($r = .266$ con sign. = $.000$), tomar vino ($r = .278$ con sign. = $.000$) y usar drogas ($r = .131$ con sign. = $.002$), esto es, que al tener como hábito el consumo de las sustancias anteriores es mucha la relación que se tendrá con el hábito de fumar.

TOMAR CERVEZA. Con relación a este reactivo encontramos que existe correlación positiva con los reactivos de tomar vino ($r = .593$ con sign. = $.000$) tomar tequila ($r = .597$ con sign. = $.000$) y usar drogas ($r = .210$ con sign. = $.000$), esto es que a mayor consumo de cerveza, mayor es la correlación de tomar vino, tequila y de usar drogas.

TOMAR VINO. Como ya se había mencionado anteriormente, el tomar vino presenta una correlación positiva con beber cafeína ($r = .116$, con sign. $.033$), esto es, que existe poca relación entre tomar vino y beber cafeína. Sin embargo presenta una correlación positiva con los reactivos de tomar cerveza ($r = .593$ sign. = $.000$) y usar drogas ($r = .220$ con sign. = $.000$), esto es, que entre más se tome vino, mayor va a ser el uso de drogas.

TOMAR TEQUILA. Este reactivo presenta una correlación positiva con los reactivos de beber cafeína ($r = .137$, $\text{sign.} = .001$) tomar cerveza ($r = .597$, $\text{sign.} .000$) tomar vino ($r = .653$, $\text{sign.} .000$), usar drogas ($r = .175$, $\text{sign.} .000$), esto es, que a mayor ingesta de tequila más relación existirá en beber cafeína, tomar cerveza, tomar vino o usar drogas.

USAR DROGAS. Con relación a este último reactivo del apartado Consumo de Drogas, encontramos correlaciones positivas con los reactivos de tomar cerveza ($r = .210$, $\text{sign.} = .000$), tomar vino ($r = .220$, $\text{sign.} = .000$) y tomar tequila ($r = .175$, $\text{sign.} = .000$), por lo tanto, hallamos que el usar drogas influye en el tomar cerveza, tomar vino o tomar tequila. (Ver tabla B)

TABLA B

CORRELACION: CONSUMO DE DROGAS/ CONSUMO DE DROGAS

| CORRELACION | | CONSUMIR TABACO | BEBER CAFEINA | TOMAR CERVEZA | TOMAR VINO | TOMAR TEQUILA | USAR DROGAS |
|-----------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| BEBER CAFEINA | PEARSON SIGN. | .305** .000 | 1.000 | .091* .033 | .116** .007 | .137** .000 | .061 .152 |
| CONSUMIR TABACO | PEARSON SIGN. | 1.000 | .305** .000 | .290** .000 | .278** .000 | .266** .000 | .131** .002 |
| TOMAR CERVEZA | PEARSON SIGN. | .290** .000 | .091* .033 | 1.000 | .593** .000 | .597** .000 | .210** .000 |
| TOMAR VINO | PEARSON SIGN. | .278** .000 | .116** .007 | .593** .000 | 1.000 | .653 .000 | .220** .000 |
| TOMAR TEQUILA | PEARSON SIGN. | .266** .000 | .137** .001 | .597** .000 | .653** .000 | 1.000 | .175** .000 |
| USAR DROGAS | PEARSON SIGN. | .131** .002 | .061 .152 | .210** .000 | .220** .000 | .175** .000 | 1.000 |

TABLA B: Puntajes obtenidos en la Correlación R de Pearson entre los ítems de consumo de drogas.

C) CUIDADOS DE LA SALUD/ CUIDADOS DE LA SALUD

En el siguiente apartado se describen las correlaciones arrojadas por la prueba R de Pearson en los reactivos de cuidado de la salud, en relación a los mismos reactivos de cuidado de la salud. Para mayor detalle ver la Tabla C.

BEBER SIN CAFEÍNA. Este reactivo no presenta correlaciones significativas con los reactivos de cuidados de la salud.

CAMINAR A DIARIO. Aquí se hallaron correlaciones positivas con los reactivos de conocer las calorías que se consumen ($r = .153$, $\text{sign.} = .000$), con leer sobre salud ($r = .172$, $\text{sign.} = .000$), esto es, caminar a diario tiene relación con el conocer las calorías que se consumen y con leer sobre salud en esta población, y con los reactivos de beber sin cafeína, platicar sobre salud y realizar ejercicio se encontró correlación positiva baja. (ver tabla C)

CONOCER CALORÍAS QUE SE CONSUMEN. Este reactivo presenta correlación positiva con los reactivos de caminar a diario ($r = .153$, $\text{sign.} = .000$), leer sobre salud ($r = .286$, $\text{sign.} = .000$), medir el colesterol ($r = .240$, $\text{sign.} = .000$), realizar ejercicio ($r = .214$, $\text{sign.} = .000$), platicar sobre salud ($r = .240$, $\text{sign.} = .000$) y con usar hilo dental ($r = .111$, $\text{sign.} = .009$), esto nos indica que el conocer las calorías que se consumen tiene relación con leer sobre salud, con medir el colesterol, o bien, que el conocer las calorías que se consumen en mayor proporción nos llevan realizar ejercicio, platicar sobre salud, usar el hilo dental, caminar a diario o leer sobre salud.

DORMIR AL MENOS SIETE HORAS. En relación a este reactivo no se encontraron correlaciones significativas con los reactivos de hábitos de salud.

LEER SOBRE SALUD. Se hallaron correlaciones positivas en los reactivos de conocer las calorías que se consumen ($r = .286$, $\text{sign.} = .000$), medir el colesterol ($r = .283$, $\text{sign.} = .000$), platicar sobre salud ($r = .176$, $\text{sign.} = .000$), realizar ejercicio ($r = .301$, $\text{sign.} = .000$), usar hilo dental ($r = .149$, $\text{sign.} = .000$), y usar cinturón de seguridad ($r = .122$, $\text{sign.} = .004$), esto es que entre más se practique la lectura sobre salud, más se realizarán los hábitos de salud antes mencionados.

MANEJAR RAPIDO, se encontró una correlación positiva con el reactivo de usar el cinturón de seguridad ($r = .157$, $\text{sign.} = .000$), esto nos indica, que a mayor rapidez al conducir, más se tendrá el hábitos de utilizar el cinturón de seguridad.

MEDIR COLESTEROL. Con relación a este reactivo hallamos correlaciones significativas positivas en los reactivos de conocer las calorías que se consumen ($r = .240$, $\text{sign.} = .000$), leer sobre salud ($r = .286$, $\text{sign.} = .000$), platicar sobre salud ($r = .238$, $\text{sign.} = .000$), realizar ejercicio ($r = .149$, $\text{sign.} = .000$), y utilizar hilo dental ($r = .211$, $\text{sign.} = .000$), esto nos indica que en cuanto exista el hábito de medir el colesterol, mayor probabilidad de que existan los hábitos de salud de conocer las calorías que se consumen, leer sobre salud, realizar ejercicio, platicar sobre salud, leer sobre salud, realizar ejercicio y utilizar hilo dental.

PLATICAR SOBRE SALUD. Se hallaron correlaciones positivas en relación con los reactivos de conocer las calorías que se consumen ($r = .142$, $\text{sign.} = .001$), leer sobre salud ($r = .176$, $\text{sign.} = .000$), medir el colesterol ($r = .238$, $\text{sign.} = .000$), y realizar ejercicio ($r = .160$, $\text{sign.} = .000$), esto nos muestra, que cuando existe el hábito de platicar sobre salud en una proporción alta existirán los hábitos de conocer las calorías que se consumen, leer sobre salud, medir el colesterol y realizar ejercicio.

REALIZAR EJERCICIO. Se encontraron correlaciones positivas con los reactivos de caminar a diario ($r = .432$, $\text{sign.} = .000$), conocer las calorías que se consumen ($r = .214$, $\text{sign.} = .000$), leer sobre salud ($r = .301$, $\text{sign.} = .000$), medir el colesterol ($r = .149$, $\text{sign.} = .000$), platicar sobre salud ($r = .160$, $\text{sign.} = .000$), usar hilo dental ($r = .158$, $\text{sign.} = .000$) y usar cinturón de seguridad ($r = .170$, $\text{sign.} = .000$), es decir, que cuando se realiza ejercicio como hábitos de salud regular, se tendrá más probabilidad de practicar los hábitos de salud antes mencionados.

USAR HILO DENTAL, se hallaron correlaciones positivas con los reactivos de leer sobre salud ($r = .149$, $\text{sign.} = .000$), medir el colesterol ($r = .211$, $\text{sign.} = .000$), realizar ejercicio ($r = .158$, $\text{sign.} = .000$) y usar cinturón de seguridad ($r = .221$, $\text{sign.} = .000$), mostrándonos, que cuando se encuentra el usar hilo dental como hábito de salud en una forma regular mayor relación existe con leer sobre salud, medir el colesterol, realizar ejercicio y usar el cinturón de seguridad.

USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD, tiene correlación con leer sobre salud ($r = .122$, $\text{sign.} = .004$), manejar rápido ($r = .157$, $\text{sign.} = .000$), realizar ejercicio ($r = .170$, $\text{sign.} = .000$) y usar hilo dental ($r = .221$, $\text{sign.} = .000$), esto nos indica que cuando se tiene el hábito de usar cinturón de seguridad mayor es la relación con los hábitos de salud antes descritos.(Ver tabla C).

TABLA C

CORRELACION: CUIDADO DE LA SALUD/ CUIDADO DE LA SALUD(HABITOS DE SALUD)

| | | BSC | CD | CC | D7HR | LSS | MR | MC | PSS | RE | UHD | UCS |
|----------------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| BEBER SIN CAFEÍNA | P | 1.000 | .084* | .060 | .070 | .074 | .110 | -.092* | .009 | .079 | .066 | -.007 |
| | S | | .049 | .164 | .100 | .085 | .010 | .031 | .840 | .065 | .121 | .874 |
| CAMINAR DIARIO | P | .084** | 1.000 | .153** | .043 | .172** | .025 | .026 | .089* | .432* | -.067 | -.005 |
| | S | .049 | | .000 | .315 | .000 | .558 | .540 | .037 | .000 | .116 | .909 |
| CONOCER CALORÍAS | P | .060 | .153** | 1.000 | -.092* | .286** | .096* | .240** | .142** | .214** | .111** | -.031 |
| | S | .164 | .000 | | .032 | .000 | .025 | .000 | .001 | .000 | .009 | .472 |
| DORMIR 7 HRS. | P | .070 | .043 | -.092* | 1.000 | -.194* | -.078 | .000 | .071 | -.101* | -.072 | .012 |
| | S | .100 | .315 | .032 | | .001 | .069 | .991 | .097 | .018 | .091 | .772 |
| LEER SOBRE SALUD | P | .074 | .172 | .286** | -.144 | 1.000 | -.018 | .283** | .176** | .301** | .149** | .122** |
| | S | .085 | .000 | .000 | .001 | | .671 | .000 | .000 | .000 | .000 | .004 |
| MANEJAR RAPIDO | P | .110* | .025 | .096* | -.078 | -.018 | 1.000 | -.055 | -.064 | -.016 | .010 | .157** |
| | S | .010 | .558 | .025 | .069 | .671 | | .197 | .133 | .704 | .814 | .000 |
| MEDIR COLESTEROL | P | -.092 | .026 | .240** | .000 | .286** | -.055 | 1.000 | .238** | .149** | .211** | .034 |
| | S | .031 | .540 | .000 | .991 | .000 | .197 | | .000 | .000 | .000 | .430 |
| PLATICAR SOBRE SALUD | P | .009 | .089* | .142** | .071 | .176** | -.064 | .238** | 1.000 | .160** | .047 | -.035 |
| | S | .840 | .037 | .001 | .097 | .000 | .133 | .000 | | .000 | .268 | .419 |
| REALIZAR EJERCICIO | P | .079 | .432** | .214** | -.101* | .301** | -.016 | .149** | .160** | 1.000 | .158** | .170** |
| | S | .065 | .000 | .000 | .018 | .000 | .714 | .000 | .000 | | .000 | .000 |
| USAR HILO DENTAL | P | .066 | -.067 | .111* | -.072 | .149** | .010 | .211** | .047 | .158** | 1.000 | .221** |
| | S | .121 | .116 | .009 | .091 | .000 | .814 | .000 | .268 | .000 | | .000 |
| USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD | P | -.007 | -.005 | -.031 | .012 | .122** | .157** | .034 | -.035 | .170** | .221** | 1.000 |
| | S | .874 | .909 | .472 | .772 | .004 | .000 | .430 | .419 | .000 | .000 | |

TABLA C: Puntajes obtenidos en la Correlación R de Pearson entre los ítems del cuidado de la salud.

Se aplicó una prueba estadística ji cuadrada calculando el coeficiente de contingencia para observar las diferencias entre las variables observadas.

A continuación se describirán los resultados considerando las relaciones entre variables encontrados por área en relación a los hábitos de salud aplicados en esta investigación. Se agregan los resultados de la prueba chi cuadrada y del coeficiente de contingencia.

A) HABITOS ALIMENTICIOS.

Se describirán los resultados encontrados en cuanto a los hábitos alimenticios en relación con el sexo, edad y escolaridad de los participantes. Lo anterior se realizará considerando cada hábito de salud [positivo o negativo, estos se abreviarán en: hábito positivo (hp) y como hábito negativo (hn)] con correspondencia al sexo, edad y escolaridad respectivamente.

Con relación a las tablas y figuras que muestran los resultados estadísticos aplicados en los reactivos con relación a la variable, se realizará de la siguiente forma:

Los reactivos están divididos en hábitos alimenticios (HA), consumo de drogas (CD) y cuidados de la salud (CDS), tales iniciales estarán indicando el área en la cual se expone la tabla.

Para la variable independiente referente al SEXO lo identificaremos con la letra A.

Para la variable independiente referente a la EDAD la identificaremos con la letra B. Es importante mencionar que en esta variable se dividieron a los sujetos en relación con la edad, haciendo categorías, las cuales son: para la edad de 18 a 25 (1), de 26 a 45 (2) y de 46 a 70 (3).

Y para la variable independiente de ESCOLARIDAD será identificada con la letra C.

Todas las tablas van precedidas con las iniciales correspondientes al área en cuestión, además de agregar la letra que indica la variable y posteriormente con el número de reactivo con el que se relaciona. Por ejemplo si se presenta el área de cuidado de la salud, en relación con la edad y el reactivo número 7 de esa área la tabla tendrá por señalización: TABLA CDS.-B7.

Cabe señalar que con relación a las figuras que muestran las gráficas se les agrega un asterisco para indicar que es una figura, por lo tanto, tomando el ejemplo anterior la figura correspondiente sería: FIGURA CDS.-B7*.

AREA DE HABITOS ALIMENTICIOS.

A continuación se mencionan los reactivos correspondientes al área de hábitos alimenticios y la numeración utilizada en esta sección de resultados, así como el número real de reactivo correspondiente en el instrumento aplicado a los participantes:

- 15.- ABUSAR DE LA SAL EN LA COMIDA (1) (hn)
- 19.- COMER ENTRE COMIDAS (2) (hn)
- 20.- COMER MENOS (3) (hp)
- 23.- DESAYUNAR SUSTANCIOSAMENTE (4) (hp)
- 25.- INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS (5) (hp)
- 26.- INGERIR COMIDA CHATARRA (6) (hn)
- 27.- INGERIR VITAMINAS (hp)

A. 1 SEXO* ABUSAR DE SAL.

Al comparar las variables encontramos que si existen diferencias significativas entre sexo y el hábito de abusar de la sal (sig.< .005), siendo que los hombres abusan de esta sustancia en mayor proporción que las mujeres, observando esto en las respuesta de diario y a menudo, en donde se muestra una equivalencia es en la respuesta de algunas veces, sin embargo resalta que la diferencia es notable en la respuesta de diario y a menudo siendo así que los hombres tienden a abusar de la sal en mayor proporción. (ver tabla HA.-A1 y Figura HA.-A1*)

TABLA HA.-A1

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-----------|------------|-------------|------------------|----------------|--------------|-------------|
| | MASCULINO | 20 8.4% | 40 16.9% | 47 19.8% | 88 37.1% | 42 17.7% | 237 100% |
| | FEMENINO | 11 3.5% | 27 8.7% | 58 18.7% | 108 34.8% | 106 34.2% | 310 100% |
| TOTAL | | 31 5.7% | 67 12.2% | 105 19.2% | 196 35.8% | 148 27.1% | 547 100% |
| | | VALOR | df | | SIG. | | |
| PEARSON CHI SQUARE | | 26.783 | 4 | | .000 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .216 | | | .000 | | |

TABLA HA.- A1. sexo abusar de sal*. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el consumo de sal de los participantes.

FIGURA HA.- A1

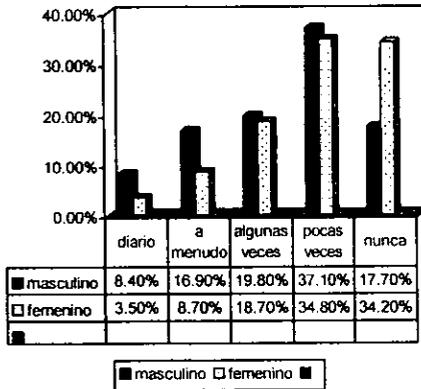


FIGURA HA.- A1 sexo* abusar de la sal. Representa los porcentajes de respuesta de los sujetos ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido abuso de la sal en la comida?"

B. 1 EDAD * ABUSAR DE SAL

Se encontraron diferencias significativas entre la edad y abusar de la sal (sig. = .000) por lo cual se puede observar que las personas que más abusan de la sal son las del rango de entre 18 a 25 (1) y de 26 a 45 (2), a diferencia de la edad (3) de 46 a 70, que abusan menos de este producto, indicando así que la edad es un factor que influye en el consumo de sal. (ver tabla HA.- B1 y figura HA.- B1*)

TABLA HA.- B1

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | 1 | 18 14.8% | 13 10.7% | 21 17.2% | 39 32.0% | 31 25.4% | 122 100% |
| | 2 | 9 3.8% | 17 7.2% | 47 20.0% | 89 37.9% | 73 31.1% | 235 100% |
| | 3 | 4 2.1% | 37 19.5% | 37 19.5% | 68 35.8% | 44 23.2% | 190 100% |
| TOTAL | | 31 5.7% | 67 12.2% | 105 19.2% | 196 35.8% | 148 27.1% | 547 100% |
| | | | VALOR | df | SIG. | | |
| PEARSON CHI SQUARE | | | 40.306 | 8 | .000 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | | .262 | | .000 | | |

TABLA HA.- B1 edad* abusar de sal. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el consumo de sal de los participantes.

FIGURA HA.- B1*

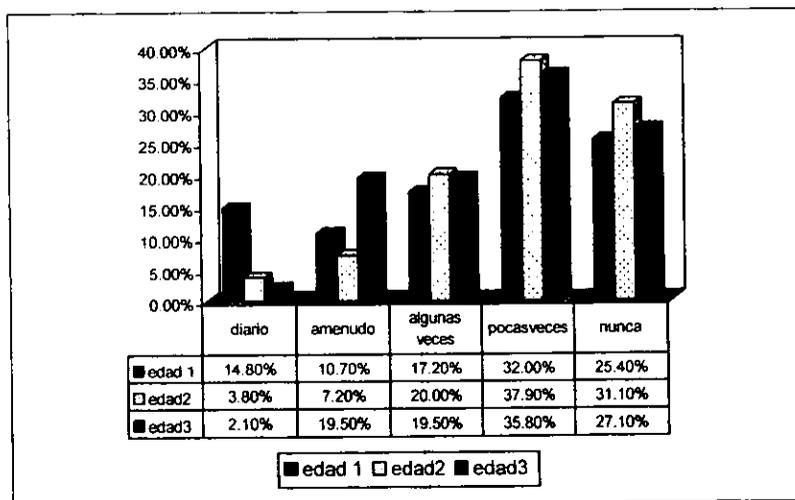


FIGURA HA.- B1*. Edad *abusar de sal. Representa los porcentajes de respuestas ante la pregunta: "el año pasado" ¿qué tan seguido abuso de la sal en la comida?

C.1 ESCOLARIDAD * ABUSAR DE SAL.

La prueba chi cuadrada nos deja ver que no existen diferencias significativas (sig. = .076) entre el nivel de escolaridad de la persona y su abuso en el consumo de la sal, lo cual nos indica que el nivel de estudios que posea una persona no influye en el hábito de abusar de la sal en la comida. (Ver tabla HA.-C1 y figura HA.-C1*)

FIGURA HA.- B1*

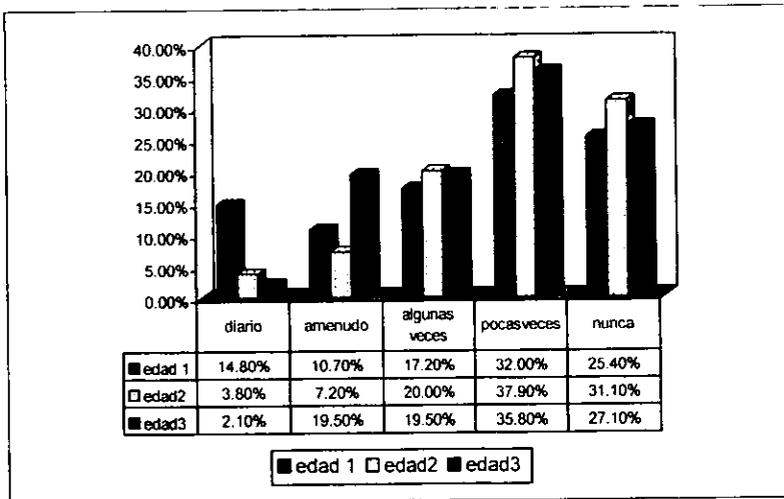


FIGURA HA.- B1*. Representa los porcentajes de respuestas ante la pregunta: "el año pasado" ¿qué tan seguido abuso de la sal en la comida?

C.1 ESCOLARIDAD * ABUSAR DE SAL.

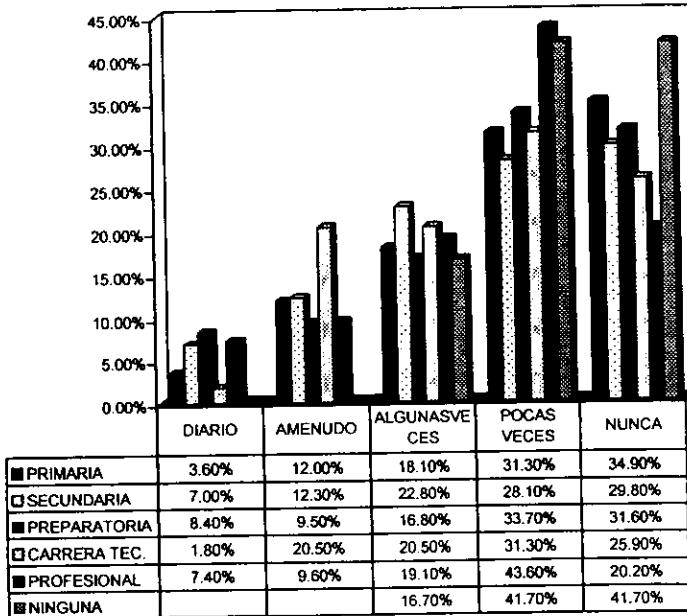
La prueba chi cuadrada nos deja ver que no existen diferencias significativas (sig. = .076) entre el nivel de escolaridad de la persona y su abuso en el consumo de la sal, lo cual nos indica que el nivel de estudios que posea una persona no influye en el hábito de abusar de la sal en la comida.(Ver tabla HA.-C1 y figura HA.-C1*)

TABLA HA.- C1

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|------------|-------------|------------------|----------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | 3 3.6% | 10 12.0% | 15 18.1% | 26 31.3% | 29 34.9% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 4 7.0% | 7 12.3% | 13 22.8% | 16 28.1% | 17 29.8% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 8 8.4% | 9 9.5% | 16 16.8% | 32 33.7% | 30 31.6% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 2 1.8% | 23 20.5% | 23 20.5% | 35 31.3% | 29 25.9% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 14 7.4% | 18 9.6% | 36 19.1% | 82 43.6% | 38 20.2% | 188 100% |
| NINGUNA | | | 2 16.7% | 5 41.7% | 5 41.7% | 12 100% |
| TOTAL | 31 5.7% | 67 12.2% | 105 19.2% | 196 35.8% | 148 27.1% | 547 100% |
| | VALOR | df | SIG | | | |
| PEARSON CHI SQUARE | 29.632 | 20 | .076 | | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .227 | | .076 | | | |

TABLA HA.- C1 escolaridad *abusar de sal. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el consumo de sal de los participantes.

FIGURA HA.- C1*



■ PRIMARIA □ SECUNDARIA ▨ PREPARATORIA ▤ CARRERA TEC. ▥ PROFESIONAL ▧ NINGUNA

FIGURA HA.- C1* escolaridad* abusar de sal. Representa la frecuencia de respuestas ante la pregunta: "el año pasado ¿qué tan seguido abuso de la sal en la comida?"

A.2 SEXO* Comer entre comidas

Con respecto al hábito de comer entre comidas no se hallaron diferencias significativas en relación con el sexo de la persona, esto es, que no existen diferencias entre el genero que se posea y el hábito de comer entre comidas.

Esto nos muestra que el sexo de la población no muestra diferencias marcadas en relación con el hábito de comer entre comidas. (ver tabla HA.- A2 y figura HA.- A2*)

TABLA HA.-A2

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|------|----------------------------|-------------|--------------|---------------|----------------|-------------|-------------|
| | MASCULINO | 30 12.7% | 46 19.4% | 88 37.1% | 49 20.7% | 24 10.1% | 237 100% |
| | FEMENINO | 47 15.2% | 62 20.0% | 99 31.9% | 74 23.9% | 28 9.0% | 310 100% |
| | | 77 14.1% | 108 19.7% | 187 34.2% | 123 22.5% | 52 9.5% | 547 100% |
| | | VALOR | | df | SIG. | | |
| | PEARSON CHI SQUARE | 2.461 | | 4 | .652 | | |
| | CONTINGENCY COEFFICIENT | .067 | | | .652 | | |

TABLA HA.-A2 sexo* comer entre comidas. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de comer entre comidas de los participantes.

FIGURA HA.-A2*

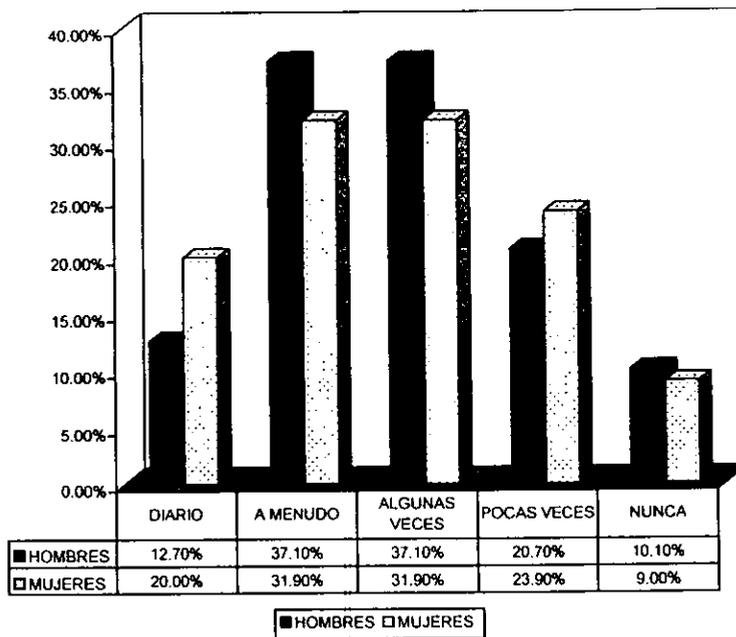


FIGURA HA.-A2* sexo* comer entre comidas. Porcentaje y diferencias entre sexo de los participantes en la respuesta ante la pregunta: “el año pasado ¿qué tan seguido comió entre comidas?”

B.2 EDAD* COMER ENTRE COMIDAS.

Los datos nos permiten ver que si existen diferencias significativas entre la edad de los participante y el hábito de comer entre comidas (sig. = .000) observando así que las personas de la edad 1 y 2 tienden a realizar este hábito en mayor proporción que las comprendidas dentro de la edad 3. Esto nos indica que la edad de la persona es un factor relacionado con el hábito de comer entre comidas. (ver tabla HA.-B2 y figura HS.-B2*)

TABLA HA.-B2

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| 1 | 43 35.2% | 28 23.0% | 36 29.5% | 13 10.7% | 2 1.6% | 122 100% |
| 2 | 21 8.9% | 44 18.7% | 93 39.6% | 62 26.4% | 15 6.4% | 235 100% |
| 3 | 13 6.8% | 36 18.9% | 58 30.5% | 48 25.3% | 35 18.4% | 190 100% |
| TOTAL | 77 14.1% | 108 19.7% | 187 34.2% | 123 22.5% | 52 9.5% | 547 100% |
| | | VALOR | | df | SIG. | |
| PEARSON CHI SQUARE | | 90.726 | | 8 | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .377 | | | .000 | |

TABLA HA.-B2 edad* comer entre comidas. Puntajes obtenidos en la prueba X² donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de comer entre comidas de los participantes.

FIGURA HA.- B2*.

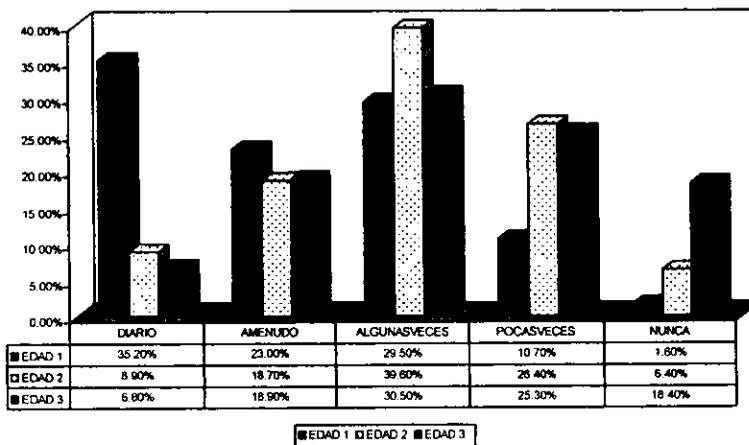


FIGURA HA.- B2* edad* comer entre comidas. Representa la frecuencia de respuestas ante la pregunta: "el año pasado ¿con que frecuencia comió entre comidas?"

C.2 ESCOLARIDAD COMER ENTRE COMIDAS

En base a los resultados obtenidos podemos observar que si existen diferencias significativas (sign. = .000) en relación a la escolaridad y el hábito de comer entre comidas, siendo que las personas que tienen un nivel escolar de preparatoria, carrera técnica y profesional presentan una tendencia mayor a realizar el hábito de comer entre comidas que aquellas personas que tienen un nivel escolar distinto. Lo anterior nos indica que la escolaridad del individuo es un factor que influye en el hábito de salud referente a comer entre comidas. (Ver tabla HA.-C2 y figura HA.-C2*)

TABLA HA.-C2

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-------------|--------------|------------------|----------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 12 14.5% | 8 9.6% | 26 31.3% | 24 28.9% | 13 15.7% | 83 100% |
| SECUNDARIA | | 3 5.3% | 29 50.9% | 18 31.6% | 7 12.3% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 24 25.3% | 21 22.1% | 26 27.4% | 17 17.9% | 7 7.4% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 8 7.1% | 23 20.5% | 43 38.4% | 30 26.8% | 8 7.1% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 31 16.5% | 53 28.2% | 59 31.4% | 29 15.4% | 16 8.5% | 188 100% |
| NINGUNA | 2 16.7% | | 4 33.3% | 5 41.7% | 1 8.3% | 12 100% |
| TOTAL | 77 14.1% | 108 19.7% | 187 34.2% | 123 22.5% | 52 9.5% | 547 100% |
| | VALOR | df | SIG. | | | |
| PEARSON CHI SQUARE | 64.765 | 20 | .000 | | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .325 | | .000 | | | |

TABLA HA.-C2 escolaridad* comer entre comidas. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de comer entre comidas de los participantes.

FIGURA HA.-C2*

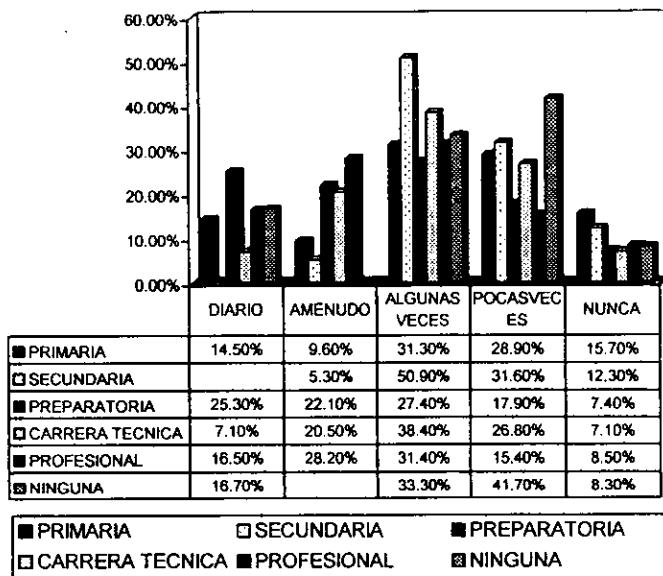


FIGURA HA.-C2* escolaridad* comer entre comidas. Representa la frecuencia de respuestas ante la pregunta: "en el año pasado ¿con qué frecuencia comió entre comidas?"

A.3 Sexo * Comer menos

Los resultados nos muestran que no existen diferencias significativas entre las personas de diferentes sexos y el hábito de comer menos (sign. = .969) esto es, que el sexo no influye en el hábito de salud referente a comer menos. (ver tabla HA.-A3 y figura HA.-A3*)

TABLA HA.-A3

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------|-----------|-----------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | MASCULINO | 2 .8% | 28 11.8% | 74 31.2% | 86 36.3% | 47 19.8% | 237 100% |
| | FEMENINO | 4 1.3% | 36 11.6% | 106 34.2% | 106 34.2% | 58 18.7% | 310 100% |
| TOTAL | | 6 1.1% | 64 11.7% | 180 32.9% | 192 35.1% | 105 19.2% | 547 100% |

| | VALOR | df | SIG. |
|-------------------------|-------|----|------|
| PEARSON CHI SQUARE | .911 | 5 | .969 |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .041 | | .969 |

TABLA HA.-A3 sexo* comer menos. Puntajes obtenidos en la prueba χ^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de comer menos de los participantes.

FIGURA HA.-A3*

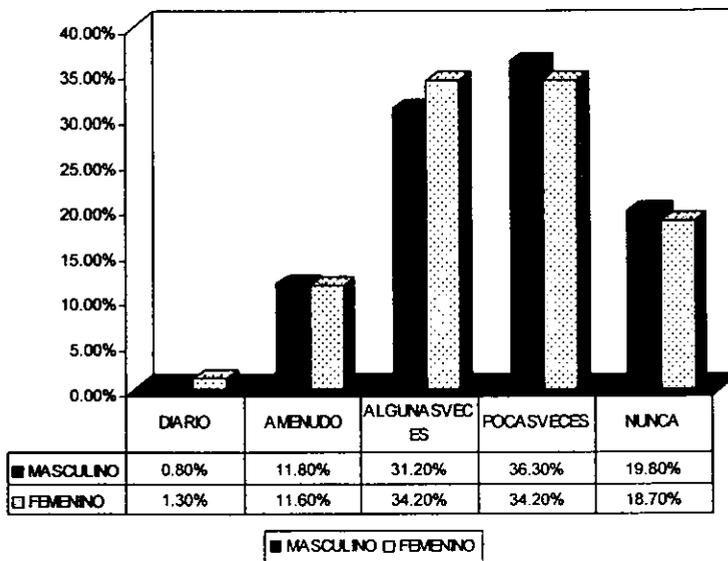


FIGURA HA.-A3* SEXO COMER MENOS. Representa la frecuencia y la diferencia entre sexos y respuestas ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido comió entre comidas?"

B.3 EDAD* COMER MENOS

Con relación al hábito de comer menos y la edad, encontramos que si existen diferencias significativas (sig. = .016) entre las edades, siendo que las personas que corresponden a la tercera y segunda edad en mayor proporción realizan el hábito de comer menos, mientras que las personas dentro de la primera edad practican el hábito de comer menos en menor proporción que las antes mencionadas. (ver tabla HA.-B.3 y figura HA.-B.3*)

TABLA HA.-B.3

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| 1 | | 17 13.9% | 31 25.4% | 51 41.8% | 23 18.9% | 122 100% |
| 2 | | 20 8.5% | 87 37.0% | 81 34.5% | 47 20.0% | 235 100% |
| 3 | 6 3.2% | 27 14.2% | 62 32.6% | 60 31.6% | 35 18.5% | 190 100% |
| TOTAL | | 64 11.7% | 180 32.9% | 192 35.1% | 101 18.5% | 547 100% |
| | | VALOR | df | SIG | | |
| PEARSON CHI SQUARE | | 21.817 | 10 | .016 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .196 | | .016 | | |

TABLA HA.-B.3 edad *comer menos. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de comer menos en los participantes.

FIGURA HA.-B.3*

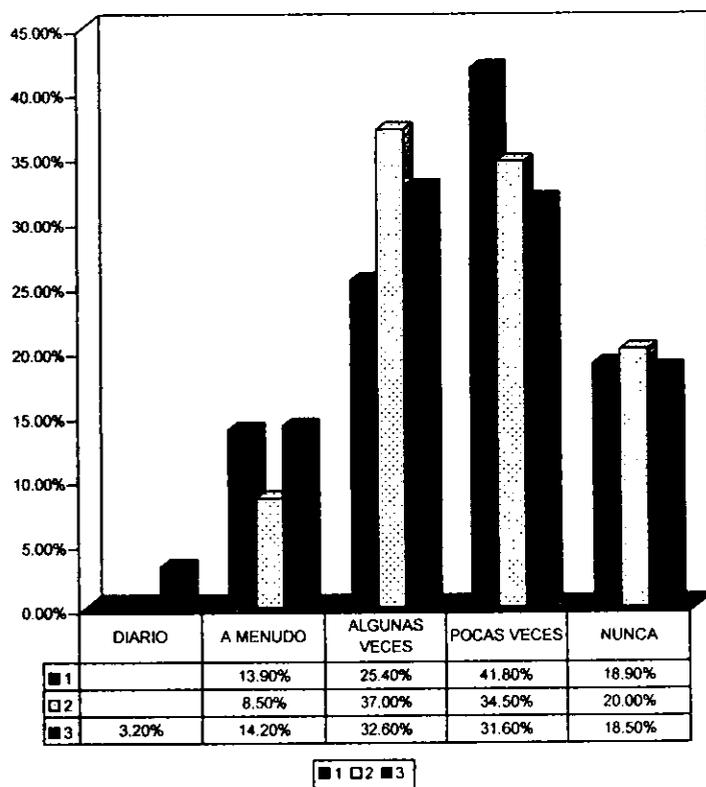


FIGURA HA.-B.3* edad *comer menos. Representa la frecuencia de respuestas ante la pregunta: "en el año pasado con que frecuencia comió menos?"

C. 3.- ESCOLARIDAD* COMER MENOS

Se encontraron diferencias significativas en el nivel de escolaridad de la población y su hábito de comer menos, siendo que las personas que tiene un nivel profesional comen menos en mayor proporción que las personas de otro nivel de estudios. (ver tabla HA.-C.3 y figura HA.-C.3*)

TABLA HA.-C.3

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|------------------|----------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | | 6 7.2% | 20 24.1% | 39 47.0% | 18 21.7% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 3 5.3% | 2 3.5% | 17 29.8% | 17 29.8% | 18 31.6% | 57 100% |
| PREPARAT | | 12 12.6% | 33 34.7% | 30 31.6% | 20 21.1% | 95 100% |
| CARR.TEC. | 3 2.7% | 13 11.6% | 33 29.5% | 44 39.3% | 19 17.0% | 112 100% |
| PROFESIONAL | | 31 16.5% | 73 38.8% | 58 30.9% | 26 13.9% | 188 100% |
| NINGUNA | | | 4 33.3% | 4 33.3% | 4 33.3% | 12 100% |
| TOTAL | 6 1.1% | 64 11.7% | 180 32.9% | 192 35.1% | 101 18.5% | 547 100% |
| | VALOR | df | SIG. | | | |
| PEARSON CHI SQUARE | 51.925 | 25 | .001 | | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .294 | | .001 | | | |

TABLA HA.-C.3 escolaridad *comer menos. Puntajes obtenidos en la prueba X2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de comer menos de los participantes.

FIGURA HA.-C.3*

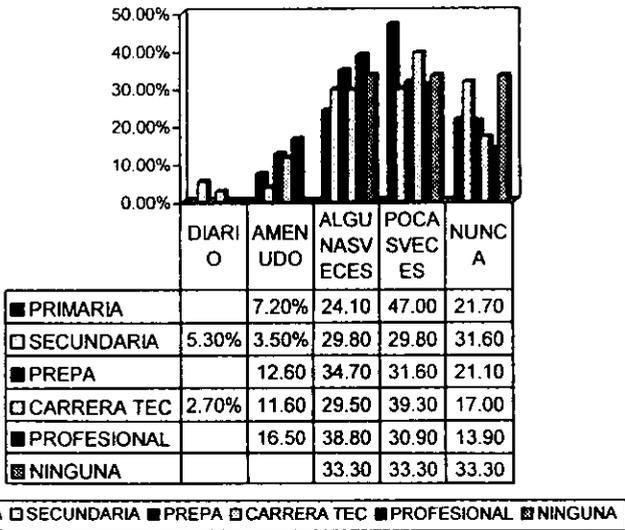


FIGURA HA.-C.3* escolaridad comer menos. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado que tan seguido comió menos?"

A.4.- Sexo * Desayunar sustanciosamente

Se encontró que en relación al hábito de desayunar sustanciosamente y el sexo de los participantes las mujeres desayunan sustanciosamente con mayor frecuencia que los hombres, en la respuesta de algunas veces. En este reactivo la prueba nos arroja diferencias significativas, implicando así que las mujeres desayunan sustanciosamente en mayor proporción que los hombres. (ver tabla HA.-A.4 y figura HA.-A4*)

TABLA. HA.-A.4

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------------|-------------|
| | MASCULINO | 46 19.4% | 64 27.0% | 68 28.7% | 44 18.6% | 15 6.3% | 239 100% |
| | FEMENINO | 56 18.1% | 56 18.1% | 84 27.2% | 79 25.6% | 34 11.0% | 311 100% |
| TOTAL | | 102 18.7% | 120 22.0% | 152 27.8% | 123 22.5% | 49 8.9% | 546 100% |
| | | VALOR | | df | SIG | | |
| PEARSON CHI SQUARE | | 11.892 | | 5 | .036 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .146 | | | .036 | | |

TABLA. HA.-A.4 sexo *desayunar sustanciosamente. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito desayunar sustanciosamente en los participantes.

FIGURA HA.-A.4*

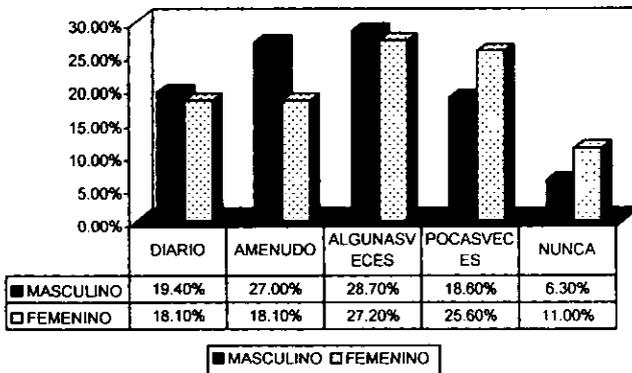


Figura HA.- A.4* SEXO *desayunar sustanciosamente. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "¿en el año pasado que tan seguido desayuno sustanciosamente?"

B.4.- EDAD DESAYUNAR SUSTANCIOSAMENTE

Con respecto al hábito desayunar sustanciosamente no se encontraron diferencias significativas en la edad de la población, siendo así que la edad no es un factor que se relacione con el hábito de salud referente a desayunar sustanciosamente (ver tabla HA.-B4 y figura HA.-B4*)

TABLA HA.-B.4

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|------------|-------------|
| 1 | 22 18.0% | 29 23.8% | 32 26.2% | 27 22.1 | 12 9.8% | 122 100% |
| 2 | 46 19.7% | 44 18.8% | 76 32.5% | 48 20.5% | 20 8.6% | 234 100% |
| 3 | 34 17.9% | 47 24.7% | 44 23.2% | 48 25.3% | 17 8.9% | 190 100% |
| TOTAL | 102 18.7% | 120 22.0% | 152 27.8% | 123 22.5% | 49 8.9% | 547 100% |
| | | VALOR | df | SIG. | | |
| PEARSON CHI SQUARE | | 9.609 | 10 | .475 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .132 | | .475 | | |

TABLA HA.-B.4 edad desayunar sustanciosamente. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito desayunar sustanciosamente en los participantes.

FIGURA HA.-B.4*

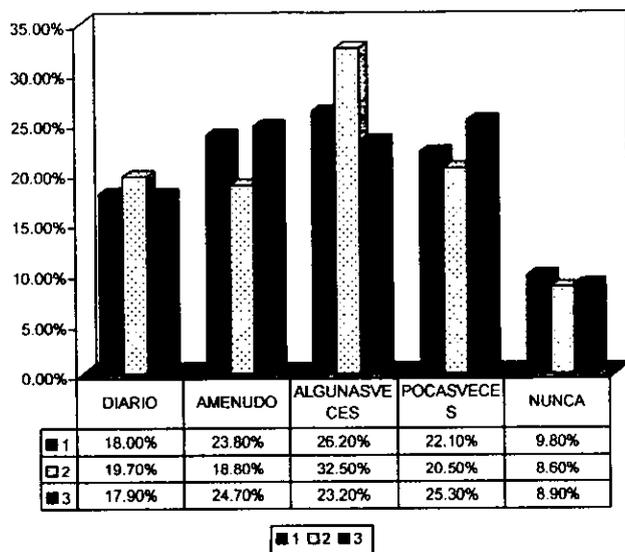


FIGURA HA.-B.4* edad desayunar sustanciosamente
 Representa la frecuencia de respuestas ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido desayuno sustanciosamente?"

C.4 ESCOLARIDAD* DESAYUNAR SUSTANCIOSAMENTE

En este reactivo no se encontraron diferencias significativas entre la escolaridad y el hábito alimenticio desayunar sustanciosamente, lo cual nos muestra que el nivel de escolaridad que posee la población no es un factor con el cual se puedan observar diferencias ante el hábito de desayunar sustanciosamente.(ver tabla HA.-C4 y figura HA.-C4*)

TABLA HA.- C.4

| ESCOLARIDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------|----------------------------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------------|-------------|
| | PRIMARIA | 17 20.7% | 15 18.3% | 26 31.7% | 22 26.8% | 2 2.4% | 82 100% |
| | SECUNDARIA | 13 22.8% | 8 14.0% | 14 26.4% | 16 28.1% | 6 10.5% | 57 100% |
| | PREPARAT. | 17 17.9% | 29 30.5% | 23 24.2% | 18 18.9% | 8 8.4% | 95 100% |
| | CARRERA TÉCNICA | 24 21.4% | 24 21.4% | 28 25.0% | 27 24.1% | 9 8.0% | 112 100% |
| | PROFESIONAL | 26 13.8% | 44 23.4% | 56 29.8% | 38 20.2% | 24 12.7% | 188 100% |
| | NINGUNA | 5 41.7% | | 5 41.7% | 2 16.7% | | 12 100% |
| TOTAL | | 102 18.7% | 120 22.0% | 152 27.8% | 123 22.5% | 49 8.9% | 547 100% |
| | | VALOR | | df | | SIG. | |
| | PEARSON CHI SQUARE | 33.976 | | 25 | | .108 | |
| | CONTINGENCY COEFFICIENT | .242 | | | | .108 | |

TABLA HA.- C.4 ESCOLARIDAD DESYUNAR SUSTANCIOSAMENTE. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito desayunar sustanciosamente en los participantes.

FIGURA HA.-C4*.

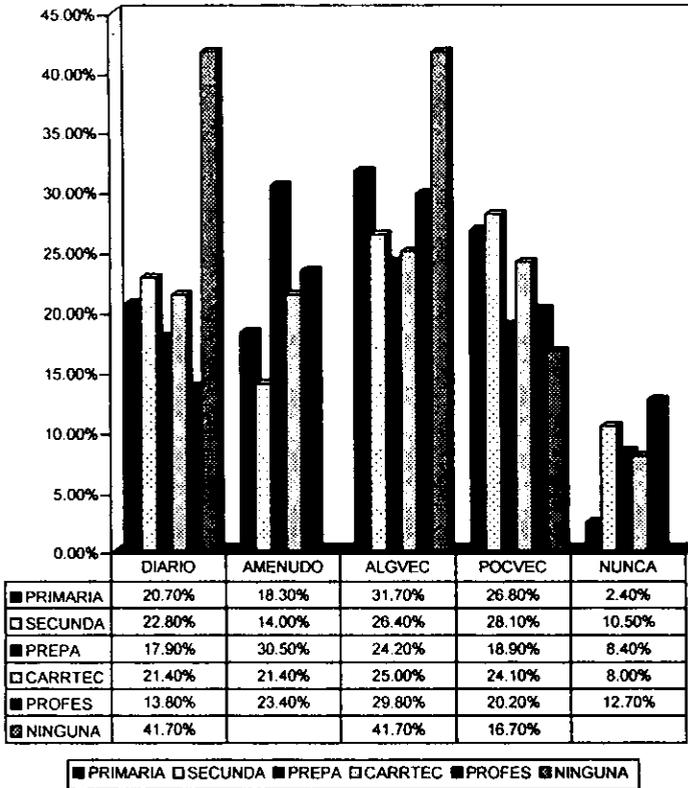


FIGURA HA.-C4* escolaridad desayunar sustanciosamente
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido desayuno sustanciosamente?"

A.-5.-Sexo * Ingerir alimentos nutritivos

Con relación al hábito de ingerir alimentos nutritivos se hallaron diferencias significativas entre el sexo y este hábito, siendo que las mujeres con mayor frecuencia consumen alimentos nutritivos a diferencia de los hombres que lo hacen en menor proporción, esto nos permite observar que las mujeres practican habitualmente el ingerir alimentos nutritivos. (ver tabla HA.-A. 5 y figura HA.-A. 5*).

TABLA HA.-A.5

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|------------------------|-----------|--------------|--------------|------------------|----------------|-----------|-------------|
| | MASCULINO | 64 27.0% | 83 35.0% | 59 24.9% | 27 11.4% | 4 1.7% | 237 |
| | FEMENINO | 93 30.0% | 136 43.9% | 62 20.0% | 15 4.8% | 4 1.3% | 310 |
| TOTAL | | 157 28.7% | 219 40.0% | 121 22.1% | 42 7.7% | 8 1.4% | 547 100% |
| | | VALOR | DF. | | SIG | | |
| PEARSON CHI SQUARE | | 20.306 | 5 | | .001 | | |
| CONTINGENCY COEFICIENT | | .189 | | | .001 | | |

TABLA HA.-A.5 sexo ingerir alimentos nutritivos. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de ingerir alimentos nutritivos en los participantes.

FIGURA HA.-A.5*.

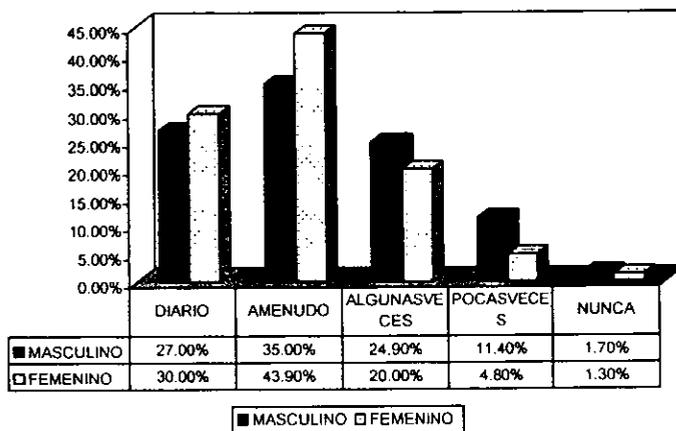


FIGURA HA.-A.5* Sexo ingerir alimentos nutritivos. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: en el año pasado ¿qué tan seguido ingirió alimentos nutritivos?"

B.5 EDAD INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS

No se encontraron diferencias significativas entre la edad de los participantes y su hábito de ingerir alimentos nutritivos, lo cual nos muestra que las personas dentro de las categorías de las edades en mayor o menor proporción consumen alimentos nutritivos, siendo entonces, que la edad no es un factor en el que se observen diferencias significativas en la ingesta de alimentos nutritivos. (ver tabla HA.-B5 y figura HA.-B5*)

TABLA HA.-B.5

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|--------------|--------------|---------------|-------------|-----------|-------------|
| | 1 | 26 21.3% | 56 45.9% | 26 21.3% | 12 9.8% | 2 1.6% | 122 100% |
| | 2 | 70 29.8% | 95 40.4% | 50 21.3% | 18 7.7% | 2 .9% | 235 100% |
| | 3 | 61 32.1% | 68 35.8% | 45 23.7% | 12 6.3% | 4 2.2% | 190 100% |
| TOTAL | | 157 28.7% | 219 40.0% | 121 22.1% | 42 7.7% | 8 1.4% | 547 100% |
| | | | | VALOR | df | SIG. | |
| PEARSON CHI SQUARE | | | | 11.188 | 10 | .343 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | | | 142 | | .343 | |

TABLA HA.-B.5 ingerir alimentos nutritivos. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de ingerir alimentos nutritivos en los participantes.

FIGURA HA.-B.5*.

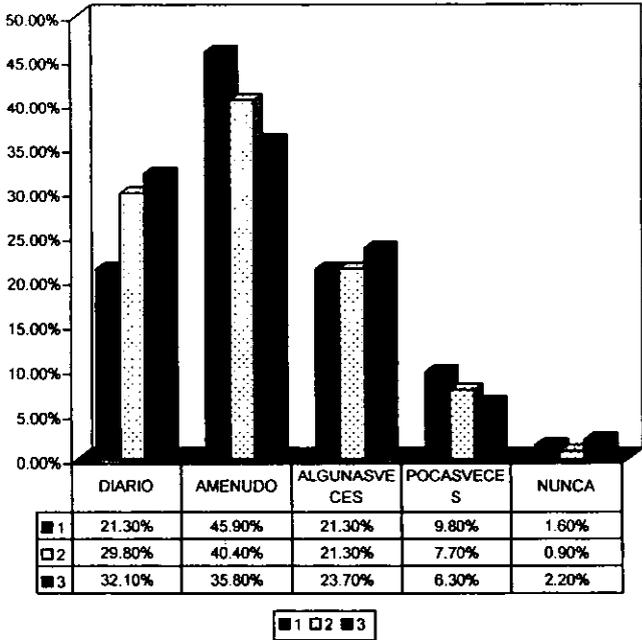


FIGURA HA.-B.5* Edad ingerir alimentos nutritivos Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿con que frecuencia ingirió alimentos nutritivos?"

C5.- ESCOLARIDAD INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS

En relación a la escolaridad y la ingesta de alimentos nutritivos no se encontraron diferencias significativas, por lo cual se puede observar que la escolaridad no representa un factor en el que se logren observar diferencias significativas (ver tabla HA.-C5 y figura HA.-C5*)

TABLA HA.-C5

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-----------|-------------|
| PRIMARIA | 23 27.7% | 37 44.6% | 18 21.7% | 3 3.6% | 2 2.4% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 19 33.3% | 21 36.8% | 14 24.6% | 3 5.3% | | 57 100% |
| PREPARATORIA | 30 31.6% | 43 45.3% | 18 18.9% | 4 4.2% | | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 36 32.1% | 42 37.5% | 17 15.2% | 15 13.4% | 2 1.8% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 47 25.0% | 70 37.2% | 50 26.6% | 17 9.0% | 4 2.1% | 188 100% |
| NINGUNA | 2 16.7% | 6 50.0% | 4 33.3% | | | 12 100% |
| TOTAL | 157 28.7% | 219 40.0% | 121 22.1% | 42 7.7% | 8 1.4% | 547 100% |
| | | VALOR | DF | SIG | | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 35.137 | 25 | .086 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .246 | | .086 | | |

TABLA HA.-C5 ESCOLARIDAD INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de ingerir alimentos nutritivos en los participantes.

FIGURA HA.-C5*

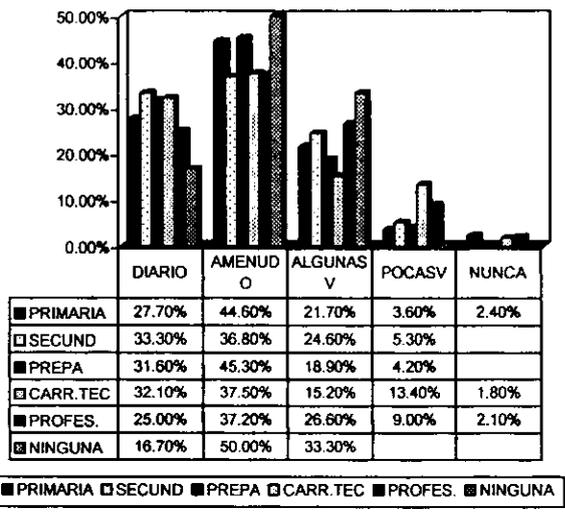


FIGURA HA.-C5* ESCOLARIDAD ING. ALIM. NUTRITIVOS

Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido ingirió alimentos nutritivos?"

A6.- SEXO *INGERIR COMIDA CHATARRA

Con respecto al sexo de los participantes y su hábito de ingerir comida chatarra no se hallaron diferencias significativas, esto es que tanto hombres como mujeres ingieren comida chatarra en una proporción similar. (ver tabla HA.-A6 y figura HA.-A6*)

TABLA HA.-A6

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-----------|-------------|---------------|--------------|------------|-------------|
| | MASCULINO | 5 2.1% | 32 13.5% | 98 41.4% | 85 35.9% | 17 7.2% | 237 100% |
| | FEMENINO | 4 1.3% | 43 13.9% | 118 38.1% | 120 38.7% | 25 8.1% | 310 100% |
| TOTAL | | 9 1.6% | 75 13.7% | 216 39.5% | 205 37.5% | 42 7.7% | 547 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 1.358 | | 4 | | 852 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .050 | | | | 852 | |

TABLA HA.-A6 ingerir comida chatarra. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de ingerir comida chatarra en los participantes.

FIGURA HA.-A6*

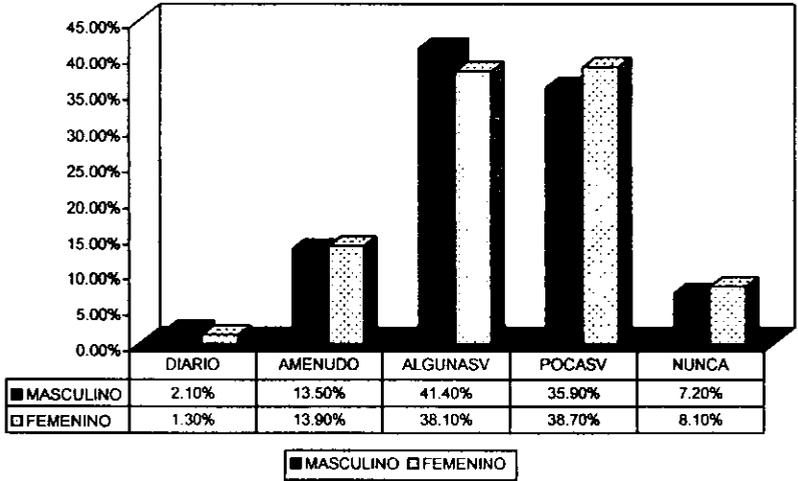


FIGURA HA.-A6* SEXO INGERIR COMIDA CHATARRA

Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido ingirió comida chatarra?"

HA.- B6 EDAD INGERIR COMIDA CHATARRA

Con relación a la edad de la población y la ingesta de comida chatarra se pueden observar diferencias significativas, esto es que las personas dentro del rango de la edad 3 practican este hábito en menor proporción que las personas de la edad 1 y 2, las cuales practican este hábito en mayor proporción que la edad 3, siendo los de la edad 1 quienes lo practican en mayor proporción, siguiendo la edad 2. (ver tabla HA.-B6 y figura HA.-B6*)

TABLA HA.-B6

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| 1 | 7 5.7% | 29 23.8% | 59 48.4% | 27 22.1% | | 122 100% |
| 2 | | 34 14.5% | 101 43.0% | 86 36.6% | 14 6.0% | 235 100% |
| 3 | 2 1.1% | 12 6.3% | 56 29.5% | 92 48.4% | 28 14.7% | 190 100% |
| TOTAL | 9 1.6% | 75 13.7% | 216 39.5% | 205 37.5% | 42 7.7% | 547 100% |
| | | VALOR | DF | SIG | | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 77.743 | 8 | .000 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .353 | | .000 | | |

TABLA HA.-B6 EDAD* INGERIR COMIDA CHATARRA. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de ingerir comida chatarra en los participantes.

FIGURA HA.-B6*

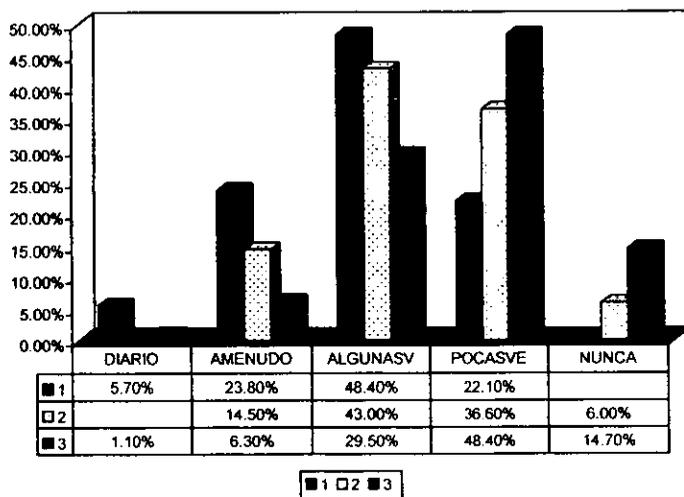


FIGURA HA.-B6* EDAD ingerir comida chatarra. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido ingerió comida chatarra?"

C6.- ESCOLARIDAD *INGERIR COMIDA CHATARRA

Se encontraron diferencias significativas entre la escolaridad de los participantes y la ingesta de comida chatarra siendo que las personas a nivel profesional y preparatoria consumen más comida chatarra que los de otra escolaridad, además las personas que no poseen ninguna escolaridad reportan la menor ingesta de comida chatarra. (ver tabla HA.-C6 y figura HA.-C6*)

TABLA HA.-C6

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | | 7 8.4% | 24 28.9% | 45 54.2% | 7 8.4% | 83 100% |
| SECUNDARIA | | 2 3.5% | 23 40.4% | 19 33.3% | 13 22.8% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 2 2.1% | 13 13.7% | 41 43.2% | 36 37.9% | 3 3.2% | 95 100% |
| CARRERA TECNICA | 2 1.8% | 9 8.0% | 49 43.8% | 40 35.7% | 12 10.7% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 5 2.7% | 44 23.4% | 77 41.0% | 58 30.9% | 4 2.1% | 188 100% |
| NINGUNA | | | 2 16.7% | 7 58.3% | 3 25.0% | 12 100% |
| TOTAL | 9 1.6% | 75 13.7% | 216 39.5% | 205 37.5% | 42 7.7% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG. | |
| PEARSON CHI SQUARE | 75.187 | | 20 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .348 | | | | .000 | |

TABLA HA.-C6 ingerir comida chatarra. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de ingerir comida chatarra en los participantes.

FIGURA HA.-C6*

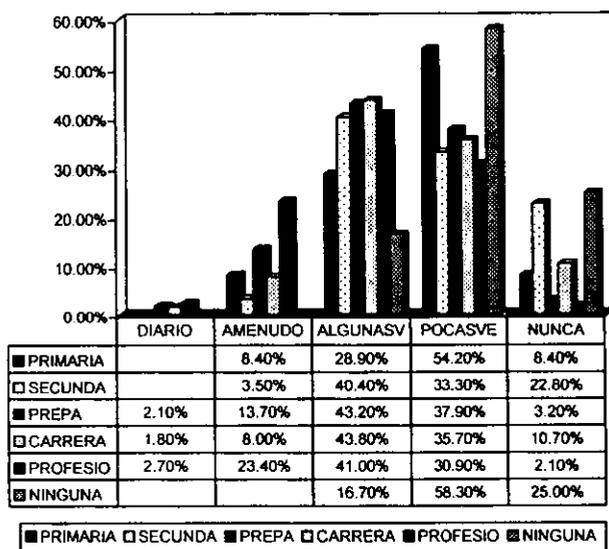


FIGURA HA.-C6* escolaridad ingerir comida chatarra.
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado: ¿qué tan seguido ingerió comida chatarra?"

A7.- SEXO *INGERIR VITAMINAS.

No se encontraron diferencias significativas entre el sexo de los participantes y la ingesta de vitaminas como hábito, siendo que tanto hombres como mujeres reportan tener una ingesta de vitaminas similar no predominando ningún sexo, por lo tanto, observamos que el sexo en la población no es un indicador de diferencias significativas en el hábito de ingerir vitaminas (ver tabla HA.-A7 y figura HA.-A7*)

TABLA HA.-A7

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | MASCULINO | 23 9.7% | 30 12.7% | 68 28.7% | 61 25.7% | 55 23.2% | 237 100% |
| | FEMENINO | 18 5.8% | 45 14.5% | 83 26.8% | 67 21.6% | 95 30.6% | 310 100% |
| TOTAL | | 41 7.5% | 75 13.7% | 151 27.6% | 128 23.4% | 150 27.4% | 547 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 8.456 | | 5 | | .133 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .123 | | | | .133 | |

TABLA HA.-A7 sexo ingerir vitaminas. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de ingerir vitaminas en los participantes.

FIGURA HA.- A7*

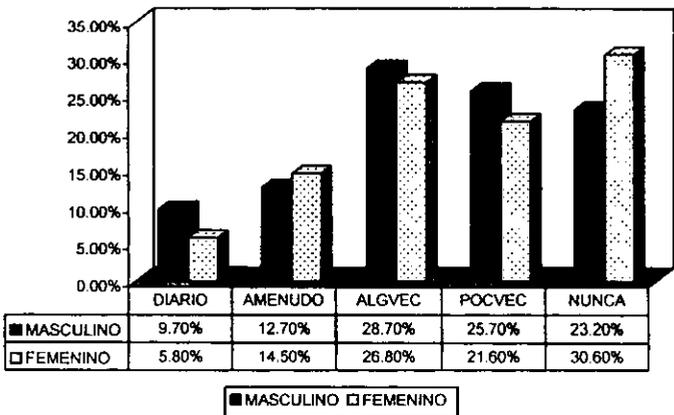


FIGURA HA.- A7* sexo ingerir vitaminas. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido ingirió vitaminas?"

B.7 EDAD INGERIR VITAMINAS

Con relación al reactivo de ingerir vitaminas y la edad no se hallaron diferencias significativas, lo cual nos muestra que no es la edad de la población la que influye en la ingesta de vitaminas, puesto que en las tres

edades de esta investigación reportan resultados similares. (ver tabla HA.-B7 y figura HA.-B7*)

TABLA HA.-B7 edad *ingerir vitaminas

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--|--------|----------|---------------|-------------|-------|-------|
| 1 | | 10 | 13 | 32 | 32 | 35 | 122 |
| | | 8.2% | 10.7% | 26.2% | 26.2% | 28.7% | 100% |
| 2 | | 21 | 27 | 60 | 60 | 67 | 235 |
| | | 8.9% | 11.5% | 25.5% | 25.5% | 28.5% | 100% |
| 3 | | 10 | 35 | 59 | 36 | 50 | 190 |
| | | 5.3% | 18.4% | 31.1% | 18.9% | 26.4% | 100% |
| TOTAL | | 41 | 75 | 151 | 128 | 152 | 547 |
| | | 7.5% | 13.5% | 27.6% | 23.4% | 28.1% | 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 14.750 | | 10 | | .141 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .162 | | | | .141 | |

TABLA HA.-B7 edad *ingerir vitaminas. Puntajes obtenidos en la prueba χ^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de ingerir vitaminas en los participantes.

FIGURA HS.-B7* edad *ingerir vitaminas

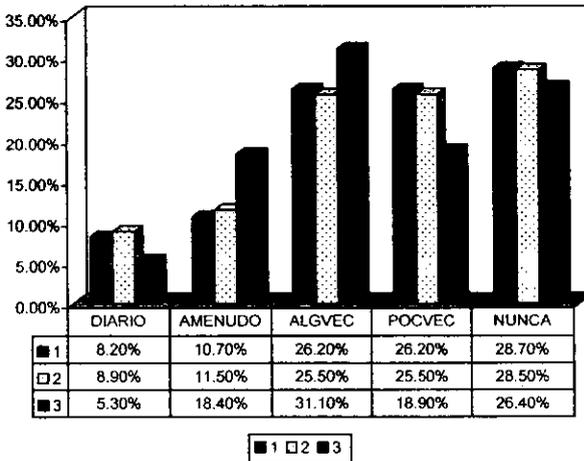


FIGURA HS.-B7* edad *ingerir vitaminas Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido ingirió vitaminas?"

C7 ESCOLARIDAD INGERIR VITAMINAS

En relación al hábito de ingerir vitaminas y la escolaridad de los participantes si se encontraron diferencias significativas, mostrando que las personas con nivel escolar entre preparatoria, carrera técnica y profesional consumen en mayor proporción vitaminas que los de otra escolaridad (ver tabla HA.-C7 y figura HA.-C7*)

TABLA HA.-C7 ESCOLARIDAD ingerir vitaminas

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | 5 6.0% | 3 3.6% | 33 39.8% | 21 25.3% | 21 25.3% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 2 3.5% | 7 12.3% | 12 21.1% | 6 10.5% | 30 52.6% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 7 7.4% | 11 11.6% | 25 26.3% | 23 24.2% | 29 30.5% | 95 100% |
| CARRERA TEC | 7 6.3% | 20 17.9% | 30 26.8% | 32 28.6% | 23 20.5% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 18 9.6% | 31 16.5% | 47 25.0% | 46 24.5% | 46 24.5% | 188 100% |
| NINGUNA | 2 16.7% | 3 20.5% | 4 33.3% | | 3 25.0% | 12 100% |
| TOTAL | 41 7.5% | 75 13.7% | 151 27.6% | 128 23.4% | 152 27.8% | 547 100% |
| SPEARSON CHI SQUARE | | VALOR | | DF | | SIG |
| | | 56.557 | | 25 | | .000 |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .306 | | | | .000 |

TABLA HA.-C7 ESCOLARIDAD ingerir vitaminas. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de ingerir vitaminas en los participantes.

FIGURA HA.-C7* escolaridad ingerir vitaminas

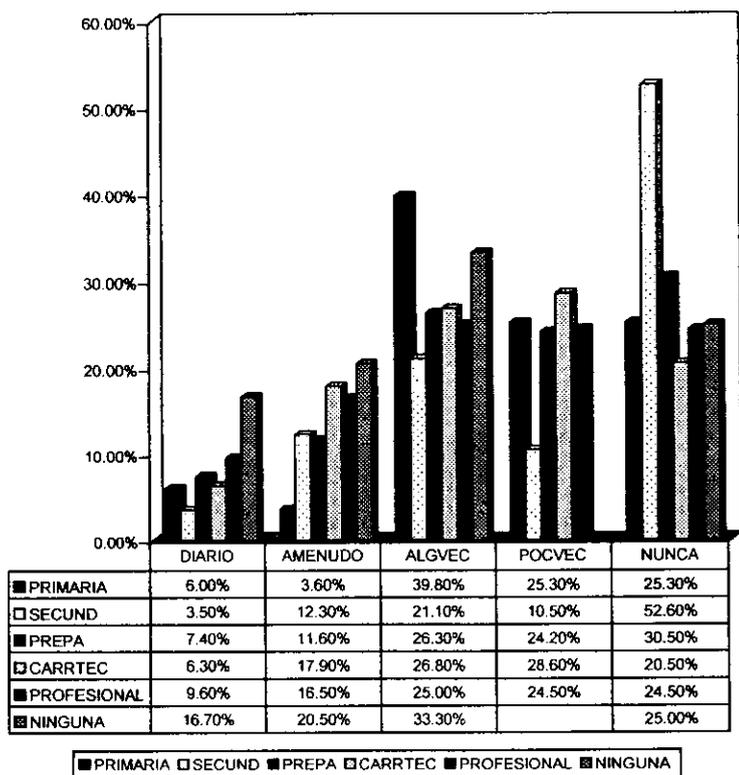


FIGURA HA.-C7* escolaridad ingerir vitaminas. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido ingirió vitaminas?"

CONSUMO DE DROGAS

A continuación se presentan los resultados encontrados con respecto al sexo, edad y escolaridad de la población en relación a los hábitos de consumo de drogas, se consideraron los siguientes reactivos, cabe señalar que se presenta el número de reactivo utilizado en el instrumento y entre paréntesis el número utilizado para la descripción de los resultados, así como si el reactivo a presentar es un hábito positivo o negativo.

- 16.- BEBER CAFEÍNA (1)(hn)
- 22.- CONSUMIR TABACO (2) (hn)
- 33.- TOMAR CERVEZA (3) (hn)
- 34.- TOMAR VINO (4) (hn)
- 35.- TOMAR TEQUILA (5) (hn)
- 36.- USAR DROGAS (6) (hn)

CD.-A1 SEXO BEBER CAFEÍNA.

No se encontraron diferencias significativas entre el sexo de la población y el hábito de beber cafeína, lo cual nos muestra que el sexo de la población no es un factor que influya en el hábito de beber cafeína (ver tabla CD.-A1 y figura CD.-A1*)

TABLA CD.- A1

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-----------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------------|-------------|
| | MASCULINO | 57 24.1% | 47 19.8% | 57 24.1% | 48 20.3% | 28 11.8% | 237 100% |
| | FEMENINO | 67 21.6% | 58 18.7% | 67 21.6% | 69 22.3% | 49 15.8% | 310 100% |
| TOTAL | | 124 22.7% | 105 19.2% | 124 22.7% | 117 21.4% | 76 13.9% | 547 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 3.111 | | 5 | | .683 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .075 | | | | .683 | |

TABLA CD.- A1 sexo *beber cafeína Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de beber cafeína en los participantes.

FIGURA CD.- A1*

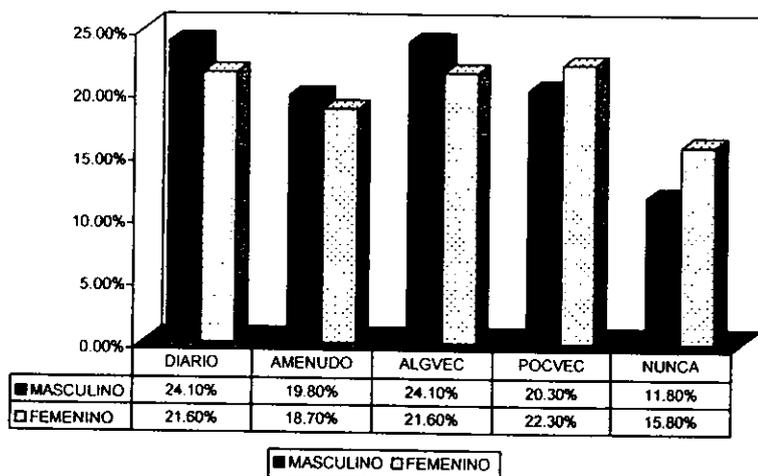


FIGURA CD.- A1* sexo *beber cafeína. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: en el año pasado ¿qué tan seguido bebió cafeína?"

B1.- EDAD *BEBER CAFEÍNA.

En relación al hábito de beber cafeína y la edad se hallaron diferencias significativas siendo que las personas dentro del rango de la edad 1 y 2 practican este hábito en mayor proporción que las personas de la edad 3 que lo hacen en menor proporción, esto nos indica que los individuos de la edad 3 en menor frecuencia beben cafeína (ver tabla CD.-B1 y figura CD.-B1*).

TABLA CD.-B1

| EDAD | | DIARIO | A MENDUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|--------------|--------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| | 1 | 33 27.0% | 27 22.1% | 25 20.5% | 27 22.1% | 10 8.2% | 122 100% |
| | 2 | 53 22.6% | 49 20.9% | 37 15.7% | 50 21.3% | 46 19.6% | 235 100% |
| | 3 | 38 20.0% | 29 15.3% | 62 32.6% | 40 21.1% | 21 11% | 190 100% |
| TOTAL | | 124 22.7% | 105 19.2% | 124 22.7% | 117 21.4% | 76 13.9% | 547 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 29.370 | | 10 | | .001 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .226 | | | | .001 | |

TABLA CD.-B1 edad *beber cafeína Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de beber cafeína en los participantes.

FIGURA CD.- B1*

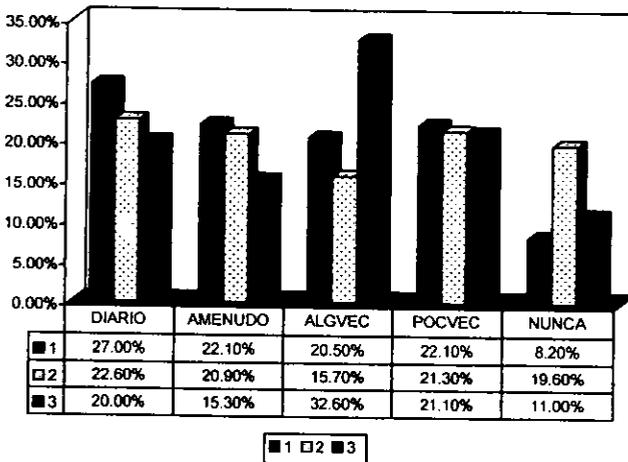


FIGURA CD.- B1* edad *beber cafeína. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido bebió cafeína?"

C1.- ESCOLARIDAD *BEBER CAFEÍNA

No se hallaron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la población y su hábito de beber cafeína, lo cual nos indica que el nivel de escolaridad de la población no es un indicativo en el consumo de la cafeína (ver tabla CD.-C1 y figura CD.-C1*)

TABLA CD.-C1

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 12 14.5% | 17 20.5% | 18 21.7% | 24 28.9% | 12 14.5% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 8 14.0% | 13 22.8% | 13 22.8% | 14 24.6% | 9 15.8% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 27 28.4% | 8 8.4% | 25 26.3% | 18 18.9% | 17 17.9% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 30 26.8% | 22 19.6% | 21 18.8% | 22 19.6% | 17 15.2% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 43 22.9% | 45 23.9% | 45 23.9% | 35 18.6% | 20 10.6% | 188 100% |
| NINGUNA | 4 33.3% | | 2 16.7% | 4 33.3% | 2 16.7% | 12 100% |
| TOTAL | 124 22.7% | 105 19.2% | 124 22.7% | 117 21.4% | 77 14.1% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 30.593 | | 25 | | .203 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .230 | | | | .203 | |

TABLA CD.-C1 escolaridad *beber cafeína. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de beber cafeína en los participantes.

FIGURA CD.- C1*.

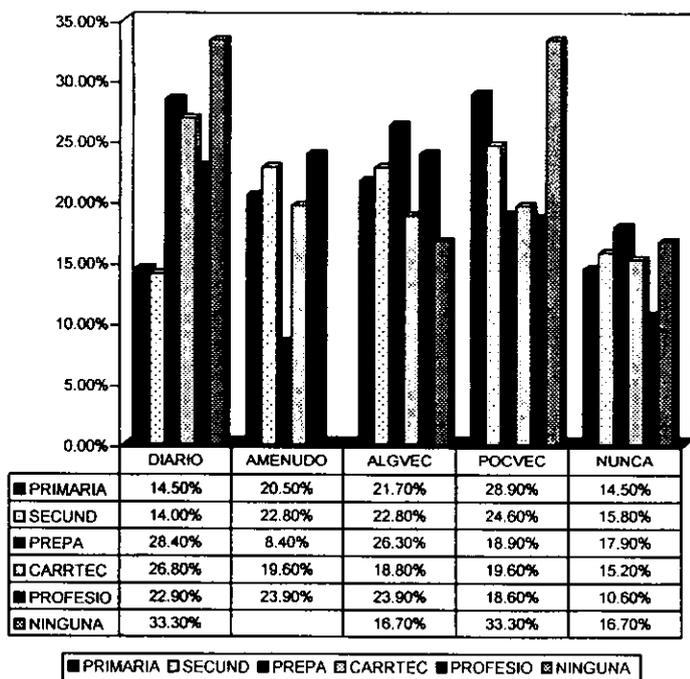


FIGURA CD.- C1* escolaridad *beber cafeína. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido bebió cafeína?"

A. 2.- SEXO CONSUMIR TABACO

Con respecto al sexo de los participantes y el hábito de consumir tabaco si se hallaron diferencias significativas entre los grupos, siendo que los hombres reportan consumir tabaco en mayor proporción que las mujeres, además que estas últimas reportan consumirlo en menor proporción (ver tabla CD.-A2 y figura CD.-A2*)

TABLA CD.- A2

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-----------|-------------|------------|------------------|----------------|--------------|------------|
| | MASCULINO | 61 25.7% | 17 7.2% | 21 8.9% | 31 13.1% | 107 45.1% | 237 100 |
| | FEMENINO | 37 11.9% | 16 5.2% | 14 4.5% | 30 9.7% | 213 68.7% | 310 100 |
| TOTAL | | 98 17.9% | 33 6.0% | 35 6.4% | 61 11.2% | 320 58.5% | 547 100 |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 33.287 | | 4 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .240 | | | | .000 | |

TABLA CD.- A2 sexo *consumir tabaco Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de consumir tabaco en los participantes.

FIGURA CD.-A2*

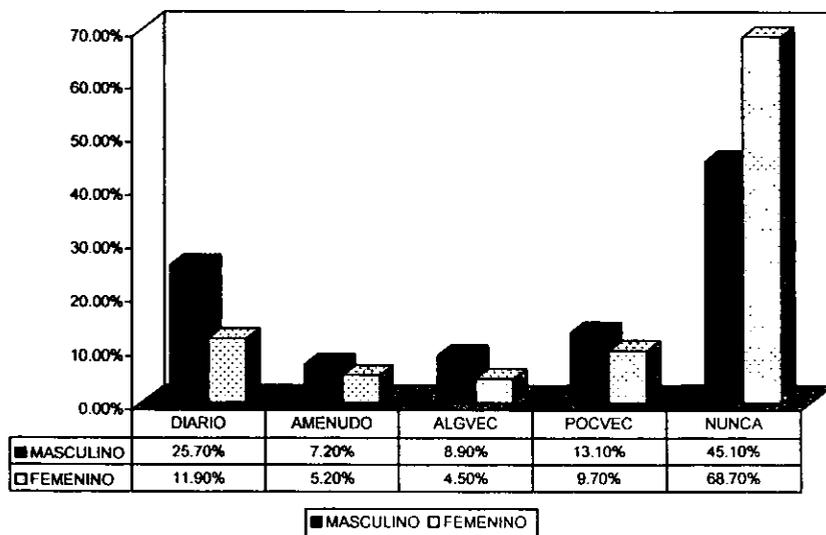


FIGURA CD.-A2* sexo *consumir tabaco Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado que tan seguido consumió tabaco?"

B2 EDAD CONSUMIR TABACO

Se encontraron diferencias significativas en relación a la edad y el hábito de salud referente a consumir tabaco, sobre todo en las respuestas de a menudo y nunca, en la primera se reporta que las personas de la edad 1 consumen esta sustancia en mayor proporción que de las edades restantes y en la respuesta nunca, las personas de la edad 3 responden en mayor proporción que no consumen tabaco, lo cual nos muestra que las personas de la edad 1 y 2 consumen en mayor proporción el tabaco a diferencia de la edad 3 (ver tabla CD.-B2 y figura CD.-B2*)

TABLA CD.-B2

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| 1 | 25 20.5% | 16 13.1% | 9 7.4% | 16 13.1% | 56 45.9% | 122 100% |
| 2 | 40 17.0% | 9 3.8% | 18 7.7% | 26 11.1% | 142 60.4% | 235 100% |
| 3 | 33 17.4% | 8 4.2% | 8 4.2% | 19 10.0% | 122 64.2% | 190 100.0% |
| TOTAL | 98 17.9% | 33 6.0% | 35 6.4% | 61 11.2% | 320 58.5% | 547 100.0% |
| | | VALOR | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 21.023 | 8 | | .007 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .192 | | | .007 | |

TABLA CD.-B2 edad *consumir tabaco. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de consumir tabaco en los participantes.

FIGURA CD.-B2*

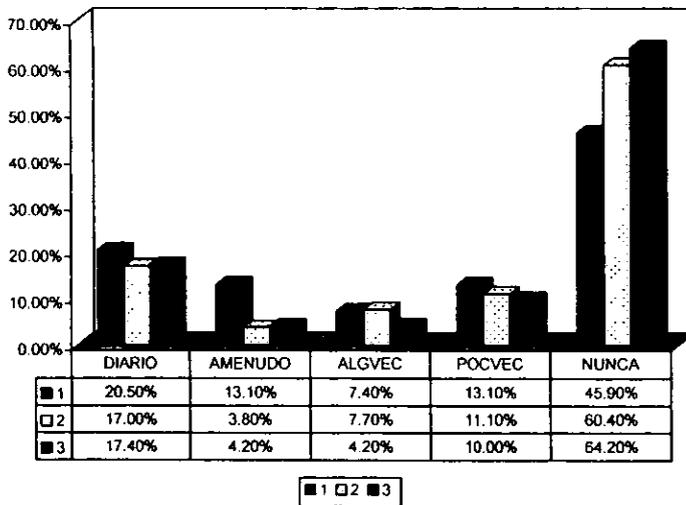


FIGURA CD.-B2* edad *consumir tabaco Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió tabaco?"

C2.- ESCOLARIDAD *CONSUMIR TABACO

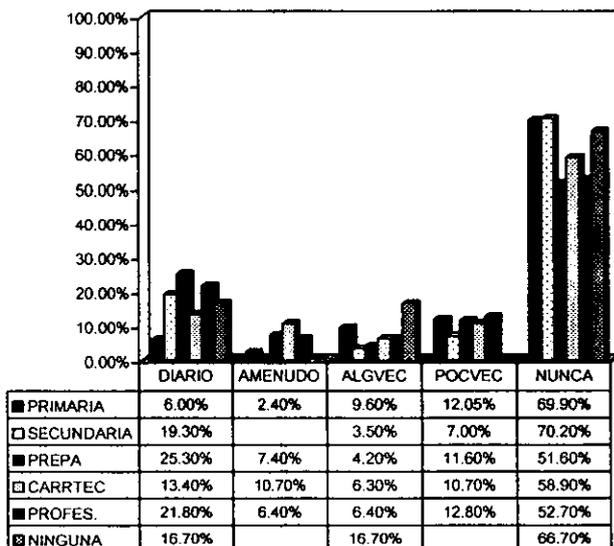
Se hallaron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la población y el hábito de consumir tabaco siendo que los individuos que poseen nivel de escolaridad preparatoria y profesional reportan consumir tabaco en mayor proporción que aquellos individuos que tienen escolaridad a nivel primaria, secundaria, carrera técnica o ninguna (ver tabla CD.-C2 y figura CD.-C2*)

TABLA CD.-C2

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|---------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| PRIMARIA | 5 6.0% | 2 2.4% | 8 9.6% | 10 12.0% | 58 69.9% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 11 19.3% | | 2 3.5% | 4 7.0% | 40 70.2% | 57 100 |
| PREPARATORIA | 24 25.3% | 7 7.4% | 4 4.2% | 11 11.6% | 48 51.6% | 95 100 |
| CARRERA TEC. | 15 13.4% | 12 10.7% | 7 6.3% | 12 10.7% | 66 58.9% | 112 100 |
| PROFESIONAL | 41 21.8% | 12 6.4% | 12 6.4% | 24 12.8% | 99 52.7% | 188 100 |
| NINGUNA | 2 16.7% | | 2 16.7% | | 8 66.7% | 12 100 |
| TOTAL | 98 17.9% | 33 6.0% | 35 6.4% | 61 11.2% | 327 58.5% | 547 100 |
| SPEARSON CHI SQUARE | | VALOR | DF | SIG | | |
| CONTINGENCY | | 247 | 20 | .018 | | |
| COEFFICIENT | | | | .018 | | |

TABLA CD.-C2 escolaridad *consumir tabaco. Puntajes obtenidos en la prueba χ^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de consumir tabaco en los participantes.

FIGURA CD.-C2*



■ PRIMARIA □ SECUNDARIA ■ PREPA □ CARRTEC ■ PROFES. ■ NINGUNA

FIGURA CD.-C2* escolaridad consumir tabaco Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió tabaco?"

A3 SEXO *TOMAR CERVEZA

Con relación al hábito de tomar cerveza y el sexo de los individuos si se hallaron diferencias significativas, encontrando que los hombres consumen con mayor frecuencia la cerveza que las mujeres, puesto que estas ultimas presentan una respuesta de nunca consumirla con mayor frecuencia que los varones (ver tabla CD.-A3 y figura CD.-A3*)

TABLA CD.-A3

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| | MASCULINO | 4 1.7% | 39 14.3% | 70 29.5% | 78 32.9% | 51 21.5% | 237 100% |
| | FEMENINO | 7 2.3% | 9 2.9% | 43 13.9% | 92 29.7% | 159 51.0% | 310 100% |
| TOTAL | | 11 2.0% | 43 7.9% | 113 20.7% | 170 31.1% | 210 38.4% | 547 100% |
| | | | VALOR | df | | | SIG. |
| PEARSON CHI SQUARE | | | 70.246 | 5 | | | .000 |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | | .337 | | | | .000 |

TABLA CD.-A3 sexo *tomar cerveza. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de tomar cerveza en los participantes.

FIGURA CD.-A3*

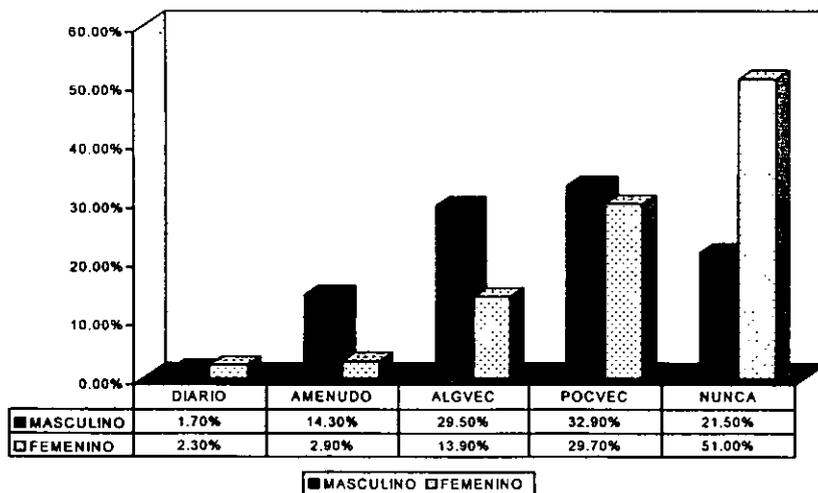


FIGURA CD.-A3* sexo *tomar cerveza. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido tomo cerveza?"

B3.- EDAD *TOMAR CERVEZA

En relación con la edad y el hábito de tomar cerveza de los participantes si se encontraron diferencias significativas, siendo que los individuos dentro del rango de la edad número 1 reportan consumir la cerveza en mayor proporción que los participantes de la edad 2 y 3, siendo estos últimos los que practican este hábito en menor proporción que las personas de la edad 1 (ver tabla CD.-B3 y figura CD.-B3*)

TABLA CD.-B3

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|---------------|-------------|--------------|-------------|
| 1 | | 13 10.7% | 31 25.4% | 43 35.2% | 35 28.7% | 122 100% |
| 2 | 2 .9% | 17 7.2% | 44 18.7% | 65 27.7% | 107 45.5% | 235 100% |
| 3 | 9 4.7% | 13 6.8% | 38 20.0% | 62 32.6% | 68 35.8% | 190 100% |
| TOTAL | | VALOR | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 23.578 | 10 | | .009 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .203 | | | .009 | |

TABLA CD.-B3 edad *tomar cerveza. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de tomar cerveza en los participantes.

FIGURA CD.-B3*

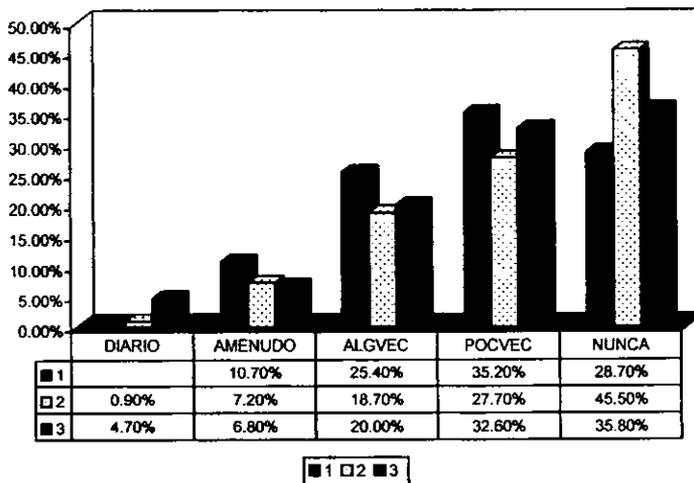


FIGURA CD.-B3* edad *tomar cerveza. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió cerveza?"

C3 ESCOLARIDAD *TOMAR CERVEZA

Con lo que respecta a la escolaridad de la población y el hábito de tomar cerveza no se hallaron diferencias significativas, por lo tanto se puede observar que existe una similitud en la ingesta de cerveza por parte de la población no mostrando diferencias significativas (ver tabla CD.-C3 y figura CD.-C3*)

TABLA CD.-C3

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|--------------|-----------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 2 2.4% | 2 2.4% | 18 21.7% | 28 33.7% | 33 39.8% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 3 5.3% | | 11 19.3% | 15 26.3% | 28 49.1% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 2 2.1% | 9 9.5% | 15 15.8% | 34 35.8% | 35 36.8% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 2 1.8% | 7 6.3% | 23 20.5% | 26 23.2% | 54 48.2% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 2 1.1% | 23 12.2% | 44 23.4% | 63 33.5% | 56 29.8% | 188 100% |

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------|--------|-------|-------|-------|-------|------|
| | NINGUNA | | 2 | 2 | 4 | 4 | 12 |
| | | | 16.7% | 16.7% | 33.3% | 33.3% | 100% |
| TOTAL | | 11 | 43 | 113 | 170 | 209 | 547 |
| | | 2.0% | 7.9% | 20.7% | 31.1% | 38.2% | 100% |
| SPEARSON CHI SQUARE | | VALOR | | DF | | SIG | |
| | | 35.846 | | 25 | | .074 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .248 | | | | .074 | |

TABLA CD.-C3 escolaridad *tomar cerveza. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de tomar cerveza en los participantes.

FIGURA CD.-C3*

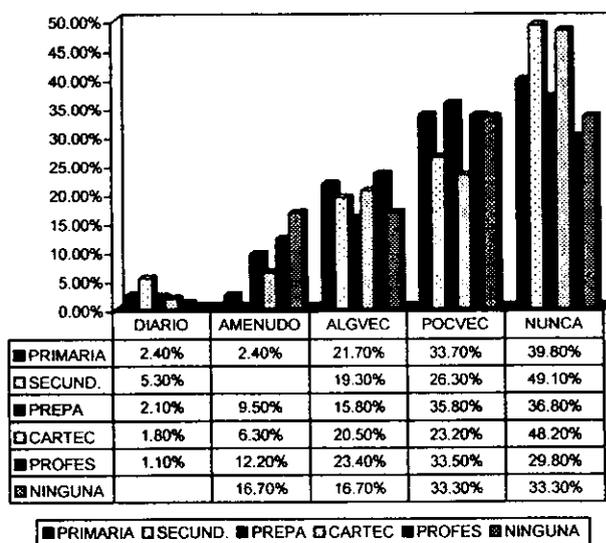


FIGURA CD.-C3* escolaridad *tomar cerveza. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió cerveza?"

A4.- SEXO *TOMAR VINO

Se observaron diferencias significativas entre el sexo de la población y su hábito de tomar vino, siendo los hombres los que consumen este producto con mayor frecuencia que las mujeres, por lo tanto se puede observar que las mujeres responden con mayor frecuencia que no consumen vino a diferencia de los hombres que lo hacen en menor proporción (ver tabla CD.-A4 y figura CD.-A4*)

TABLA CD.-A4

| SEXO | | DIARIO | A MENDUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-----------|-----------|------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | 4 1.7% | 9 3.8% | 41 17.3% | 118 49.8% | 65 27.4% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 2 .6% | 6 1.9% | 44 14.2% | 107 34.5% | 151 48.7% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 6 1.1% | 15 2.7% | 85 15.5% | 225 41.1% | 216 39.5% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 26.888 | | 4 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .216 | | | | .000 | |

TABLA CD.-A4 sexo *tomar vino Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de tomar vino en los participantes.

FIGURA CD.-A4*

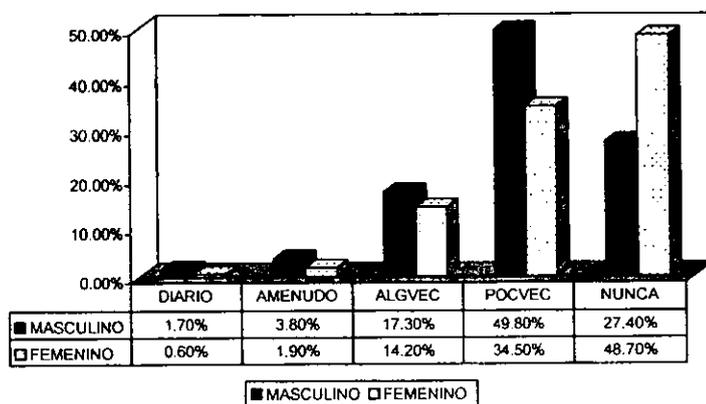


FIGURA CD.-A4* sexo *tomar vino Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió vino?"

B4.- EDAD *TOMAR VINO

No se hallaron diferencias significativas entre la edad de la población y su hábito de tomar vino, lo cual nos muestra que la edad no es un factor que nos indique si existen diferencias en el consumo de vino (ver tabla CD.-B4 y figura CD.-B4*)

TABLA CD.-B4

| EDAD | | DIARIO | A MENDUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL. |
|----------------------------|---|-----------|------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | 1 | 2 1.6% | 6 4.9% | 20 16.4% | 49 40.2% | 45 36.9% | 122 100.0% |
| | 2 | 2 9% | 4 1.7% | 26 11.1% | 99 42.1% | 104 44.3% | 235 100.0% |
| | 3 | 2 1.1% | 5 2.6% | 39 20.5% | 77 40.5% | 67 35.3% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 6 1.1% | 15 2.7% | 85 15.5% | 225 41.1% | 216 39.5% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 12.151 | | 8 | | .145 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .147 | | | | .145 | |

TABLA CD.-B4 edad *tomar vino. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de tomar vino en los participantes.

FIGURA CD.-B4*

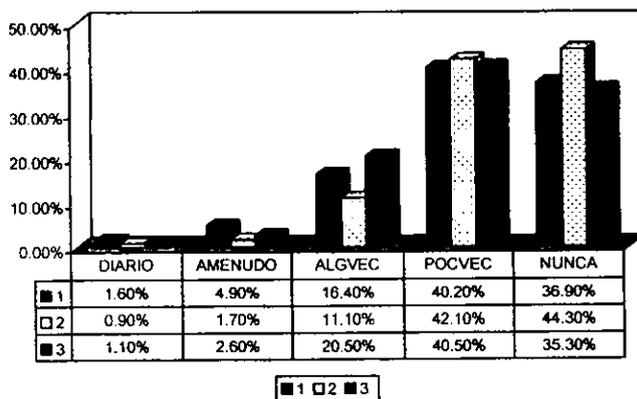


FIGURA CD.-B4* edad *tomar vino Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido tomo vino?"

C4.- ESCOLARIDAD *TOMAR VINO

En relación a la escolaridad de la población y el hábito de tomar vino si se encontraron diferencias significativas entre los niveles de escolaridad que poseen los individuos, encontrando que las personas que no cuentan con estudios reportan beber vino pocas veces, mientras que las personas que tienen un nivel de estudios profesional, secundaria, carrera técnica reportan no tomar vino con mayor frecuencia. (ver tabla CD.-C4 y figura CD.-C4*)

TABLA CD.-C4

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | 2 2.4% | 2 2.4% | 5 6.0% | 47 56.6% | 27 32.5% | 83 100% |
| SECUNDARIA | | | 13 22.8% | 16 28.1% | 28 49.1% | 57 100% |
| PREPARATORIA | | 7 7.4% | 11 11.6% | 41 43.2% | 36 37.9% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | | | 23 20.5% | 38 33.9% | 51 45.5% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 4 2.1% | 6 3.2% | 29 15.4% | 80 42.6% | 69 36.7% | 188 100% |
| NINGUNA | | | 4 33.3% | 3 25.0% | 5 41.7% | 12 100% |
| TOTAL | 6 1.1% | 15 2.7% | 85 15.5% | 225 41.1% | 216 39.5% | 547 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 44.088 | | 20 | | .001 |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .273 | | | | .001 |

TABLA CD.-C4 escolaridad *tomar vino. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de tomar vino en los participantes.

FIGURA CD.-C4*

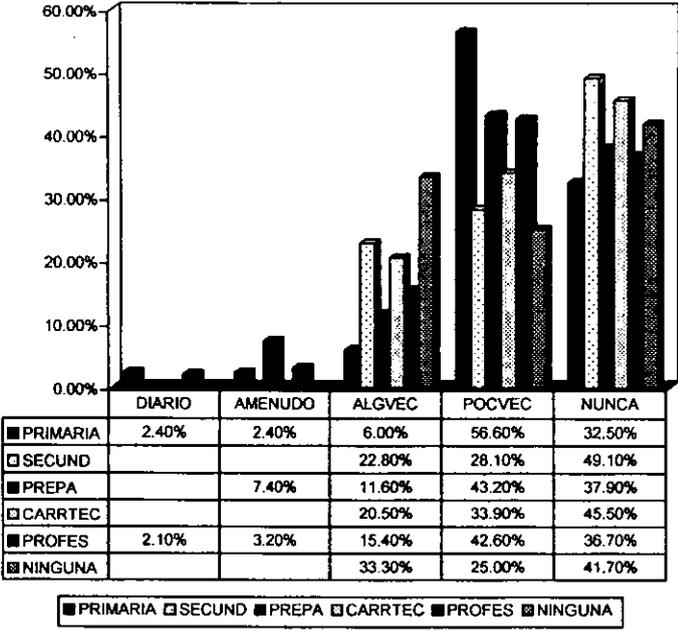


FIGURA CD.-C4* escolaridad *tomar vino. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: “en el año pasado ¿qué tan seguido consumió vino?”

A5.- SEXO *TOMAR TEQUILA

Con relación al sexo y el hábito de tomar tequila se encontró que los hombres practican este hábito en mayor proporción que las mujeres, siendo que los hombres reportan con mayor frecuencia consumirlo a menudo, y las mujeres reportan no consumirlo en mayor proporción (ver tabla CD.-C5 y figura CD.-C5*)

TABLA CD.-A5

| SEXO | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| MASCULINO | 4 1.7% | 22 9.3% | 52 21.9% | 109 46.0% | 50 21.1% | 237 100.0% |
| FEMENINO | 2 6% | 11 3.5% | 54 17.4% | 84 27.1% | 159 51.3% | 310 100.0% |
| TOTAL | 1.1% | 6.0% | 19.4% | 35.3% | 38.2% | 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 55.706 | | 4 | | .000 |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .304 | | | | .000 |

TABLA CD.-A5 sexo *tomar tequila. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de tomar tequila en los participantes.

FIGURA CD.-A5*

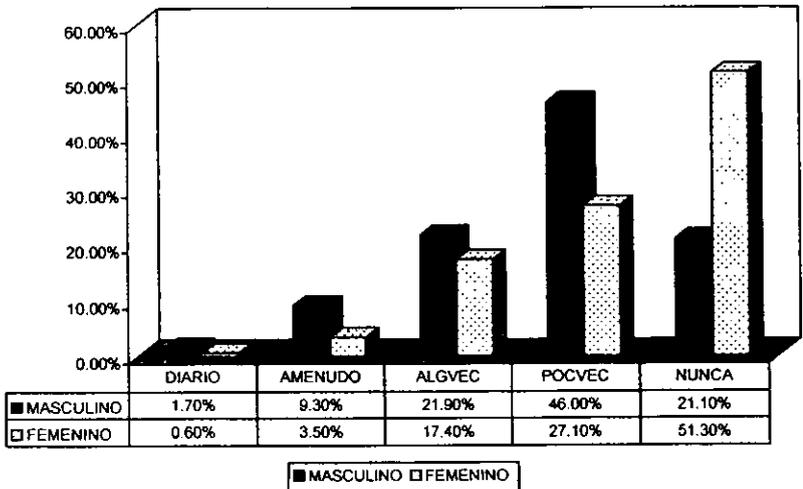


FIGURA CD.-A5* SEXO *TOMAR TEQUILA. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "¿en el año pasado que tan seguido consumió tequila?"

B5.- EDAD *TOMAR TEQUILA

Con relación a la edad de los participantes y el hábito de tomar tequila no se encontraron diferencias significativas, sin embargo en la figura se puede observar que las personas dentro de la edad 1 consumen el tequila en mayor proporción que la edad 2 y 3, aunque los datos no arrojan diferencias muy marcadas. (ver tabla CD.-B5 y figura CD.-B5*)

TABLA CD.-B5

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|-----------|------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | 1 | 2 1.6% | 12 9.8% | 25 20.5% | 45 36.9% | 38 31.1% | 122 100.0% |
| | 2 | 2 .9% | 15 6.4% | 37 15.7% | 90 38.3% | 91 38.7% | 235 100.0% |
| | 3 | 2 1.1% | 6 3.2% | 44 23.2% | 58 30.5% | 80 42.1% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 6 1.1% | 33 6.0% | 106 19.4% | 193 35.3% | 209 38.2% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 13.392 | | 8 | | .099 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .155 | | | | .099 | |

TABLA CD.-B5 edad *tomar tequila Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de tomar tequila en los participantes.

FIGURA CD.-B5*

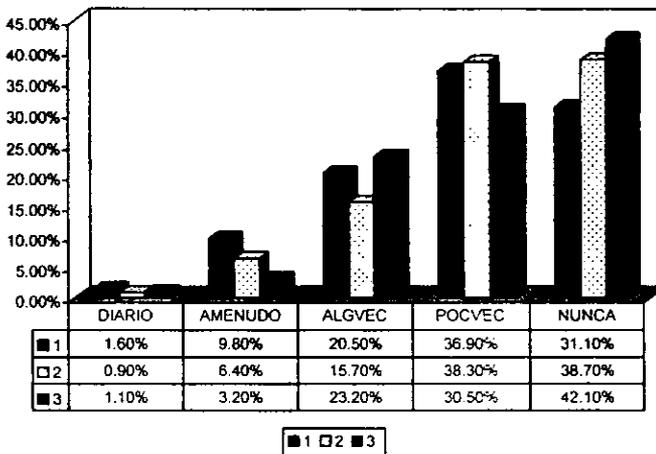


FIGURA CD.-B5* edad *tomar tequila. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió tequila?"

C5.- ESCOLARIDAD *TOMAR TEQUILA

Con lo que respecta al nivel de escolaridad de la población y su consumo de tequila si se encontraron diferencias significativas hallando que secundaria y carrera técnica lo consumen en mayor proporción a menudo que los individuos de otros niveles de escolaridad, mientras que las personas que no poseen ninguna escolaridad reportan no consumir el tequila en mayor proporción que otros niveles de escolaridad, y los individuos que poseen escolaridad a nivel primaria reportan consumirlo pocas veces en mayor proporción que los individuos restantes (ver tabla CD.-C5 y figura CD.-C5*)

TABLA CD.-C5

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | 2 2.4% | 5 6.0% | 11 13.3% | 38 45.8% | 27 32.5% | 83 100% |
| SECUNDARIA | | | 13 22.8% | 19 33.3% | 25 43.9% | 57 100% |
| PREPARATORIA | | 9 9.5% | 12 12.6% | 32 33.7% | 42 44.2% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | | 3 2.7% | 28 25.0% | 31 27.7% | 50 44.6% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 4 2.1% | 16 8.5% | 40 21.3% | 70 37.2% | 58 30.9% | 188 100% |
| NINGUNA | | | 2 16.7% | 3 25.0% | 7 58.3% | 12 100% |
| TOTAL | 6 1.1% | 33 6.0% | 106 19.4% | 193 35.3% | 209 38.2% | 547 100% |
| | VALOR | DF | SIG | | | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 34.931 | 20 | 020 | | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | 245 | | 020 | | | |

TABLA CD.-C5 escolaridad *tomar tequila Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de tomar tequila en los participantes.

FIGURA CD.-C5

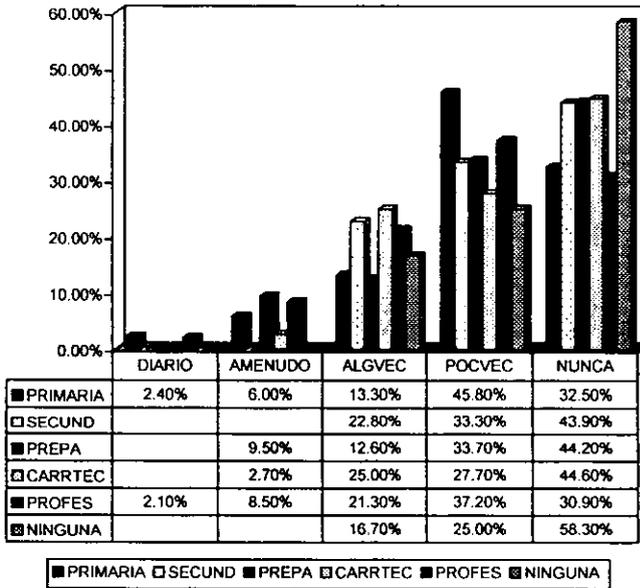


FIGURA CD.-C5 escolaridad *tomar tequila. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido consumió tequila?"

A6.- USAR DROGAS

Con relación al sexo de los participantes y su consumo de drogas no se encontraron diferencias significativas, siendo que ambos géneros reportan no consumirlas (ver tabla CD.-A6 y figura CD.-A6*)

TABLA CD.-A6

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-----------|---------|----------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | | 2 8% | 3 1.3% | 23 9.7% | 209 88.2% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 2 6% | 2 6% | 2 6% | 12 3.9% | 292 94.2% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 2 4% | 4 7% | 5 9% | 35 6.4% | 501 91.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 9.841 | | 4 | | .043 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .133 | | | | .043 | |

TABLA CD.-A6 sexo *usar drogas. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de usar drogas en los participantes.

FIGURA CD.-A6

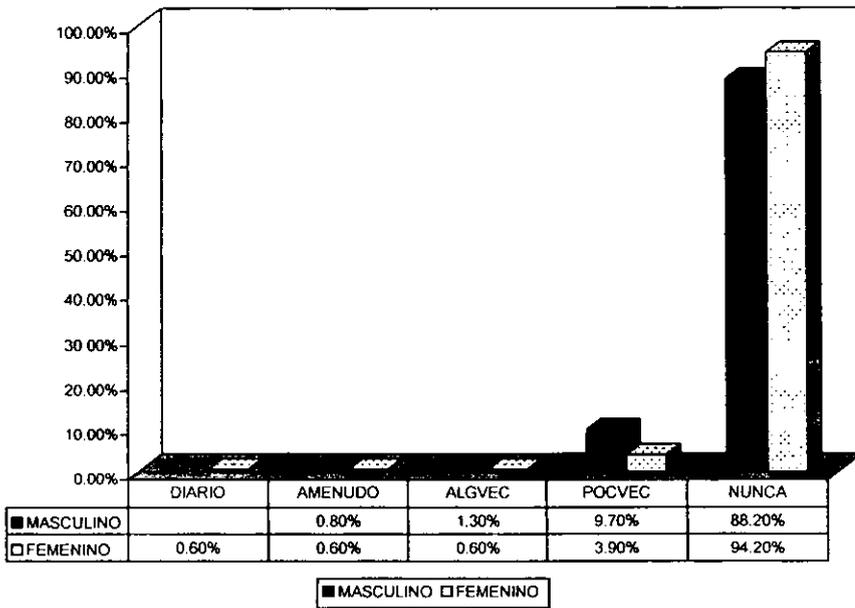


FIGURA CD.-A6 sexo *usar drogas Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado que tan seguido consumió drogas?"

B6.- EDAD *USAR DROGAS

Con relación a la edad de los participantes y el consumo de drogas se hallaron diferencias significativas en las cuales los individuos dentro del rango de la edad 1 consumen drogas en mayor proporción en la respuesta de pocas veces que los de la edad 2 y edad 3, siendo estos últimos los que menos consumen drogas (ver tabla CD.-B6 y figura CD.-B6*)

TABLA CD.-B6

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|---|----------|-----------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | 1 | | 2 1.6% | 3 2.5% | 14 11.5% | 103 84.4% | 122 100.0% |
| | 2 | 1 .4% | 2 .9% | | 19 8.1% | 213 90.6% | 235 100.0% |
| | 3 | 1 .5% | | 2 1.1% | 2 1.1% | 185 97.4% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 2 .4% | 4 .7% | 5 9% | 35 6.4% | 501 91.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 24.633 | | 8 | | .002 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .208 | | | | .002 | |

TABLA CD.-B6 edad *usar drogas Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de usar drogas en los participantes.

FIGURA CD.-B6*

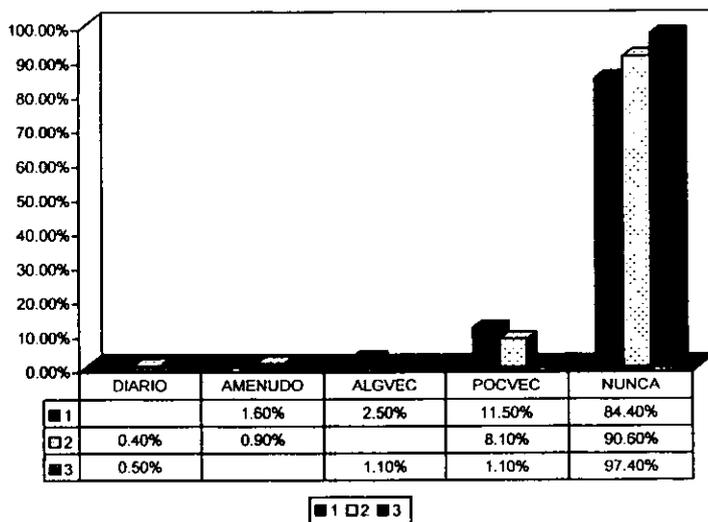


FIGURA CD.-B6* edad *usar drogas Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: “en el año pasado ¿qué tan seguido consumió drogas?”

C6.- ESCOLARIDAD *USAR DROGAS

De acuerdo con los resultados encontrados, podemos observar que existen diferencias significativas en cuanto al nivel de escolaridad de los participantes y el uso de drogas, siendo que las personas que no poseen ninguna escolaridad reportan consumir droga en mayor proporción en la respuesta de algunas veces en comparación con los otros niveles de escolaridad, los participantes que cuenta con escolaridad a nivel secundaria reportan que no consumen droga en una proporción más baja que los de otros niveles de escolaridad (ver tabla CD.-C6 y figura CD.-C6*)

TABLA CD.-C6

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-----------|---------------|-------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | 1 1.2% | 1 2.4% | | 3 3.6% | 77 92.8% | 83 100% |
| SECUNDARIA | | | | | 57 100% | 57 100% |
| PREPARATORIA | | | | 8 8.4% | 87 91.6% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | .9 | | 1 9% | 4 3.6% | 106 94.6% | 112 100% |
| PROFESIONAL | | 2 1.1% | 2 1.1% | 20 10.6% | 164 87.2% | 188 100% |
| NINGUNA | | | 2 16.7% | | 10 83.3% | 12 100% |
| TOTAL | 2 .4% | 4 .7% | 5 9% | 35 6.4% | 501 91.6% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 57.762 | | 20 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .309 | | | | .000 | |

TABLA CD.-C6 escolaridad usar drogas. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de usar drogas en los participantes.

FIGURA CD.-C6*

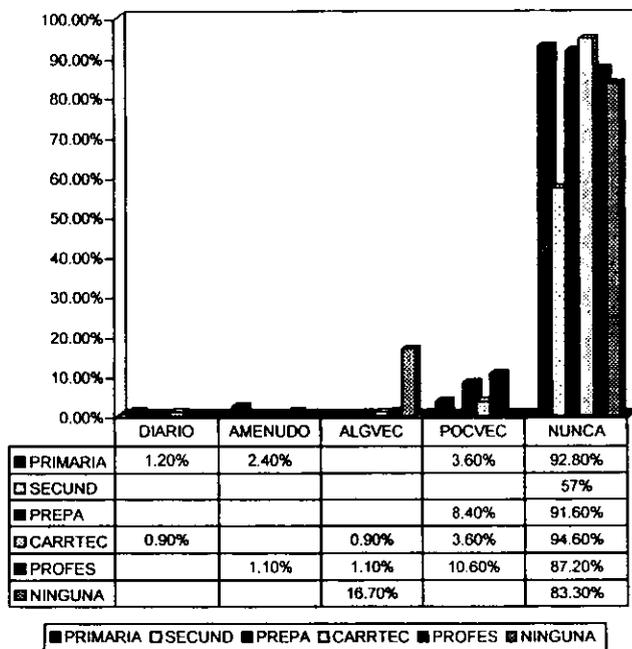


FIGURA CD.-C6* escolaridad *usar drogas Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido uso drogas?"

CUIDADOS DE LA SALUD

A continuación se presentan los resultados encontrados en relación con el sexo, edad y escolaridad de los participantes y los hábitos de salud referentes a los cuidados que tiene sobre su salud, considerando los siguientes reactivos del instrumento aplicado, señalando el número de reactivo utilizado en dicho instrumento, así como la numeración que se le asigno para la descripción de los datos, incluyendo si el hábito a describir es positivo o negativo.

- 17.- BEBER SIN CAFEÍNA (1) (HP)
- 18.- CAMINAR A DIARIO (2) (HP)
- 21.- CONOCER CALORÍAS (3) (HP)
- 24.- DORMIR AL MENOS 7 HORAS (4) (HP)
- 28.- LEER SOBRE SALUD (5) (HP)
- 29.- MANERJAR RAPIDO (6) (HN)
- 30.- MEDIR COLESTEROL (7) (HP)
- 31.- PLATICAR CON AMIGOS (8) (HP)
- 32.- REALIZAR EJERCICIO (9) (HP)
- 37.- USAR HILO DENTAL (10) (HP)
- 38.- USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD (11) (HP)

A1.- SEXO *BEBER SIN CAFEÍNA

Con lo que respecta al sexo de la población y el hábito de beber sin cafeína encontramos diferencias significativas siendo que los hombres reportan tomar sus bebidas sin cafeína a menudo en mayor proporción que las mujeres, y en la respuesta de nunca, las mujeres reportan que con mayor frecuencia toman sus bebidas con cafeína. (ver tabla CDS.-A1 y figura CDS.-A1)

TABLA CDS.-A1

| SEXO | | DIARIO | A MENOIXO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------------|---------------|
| | MASCULINO | 71 30.0% | 62 26.2% | 48 20.3% | 23 9.7% | 33 13.9% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 91 29.4% | 43 13.9% | 64 20.6% | 46 14.8% | 66 21.3% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 162 29.6% | 105 19.2% | 112 20.5% | 69 12.6% | 99 18.1% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 17.546 | | 5 | | .004 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .176 | | | | .004 | |

TABLA CDS.-A1 SEXO BEBER SIN CAFEINA. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de beber sin cafeina en los participantes.

FIGURA CDS.-A1*

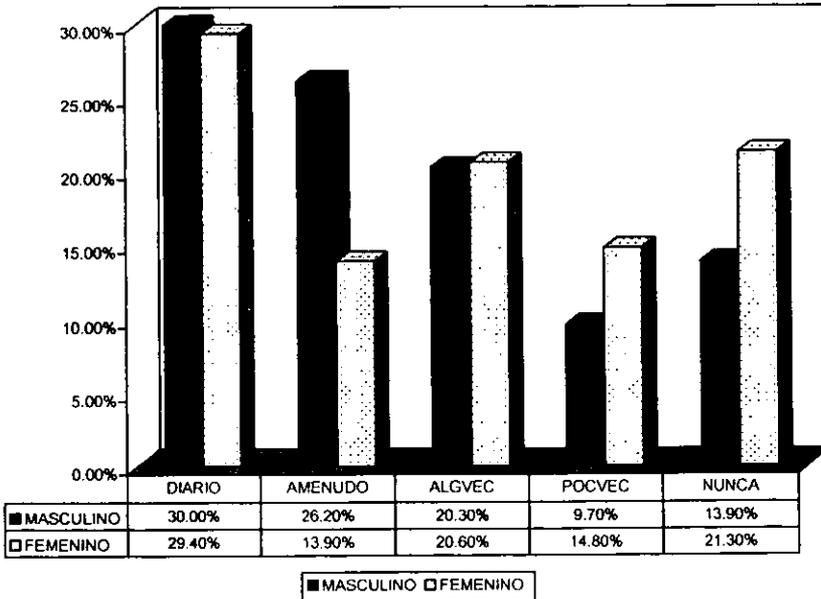


FIGURA CDS.-A1* sexo *beber sin cafeina. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido bebió sin cafeina?" relacionada con el género.

B1.- EDAD *BEBER SIN CAFEÍNA

No se hallaron diferencias significativas en relación a la edad y el hábito de salud de beber sin cafeína, siendo así que la edad no es un factor en el cual puedan observarse diferencias en cuanto al hábito antes mencionado (ver tabla CDS.- B1 y figura CDS.-B1*)

TABLA CDS.-B1

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|---|--------------|--------------|------------------|----------------|-------------|---------------|
| | 1 | 31 25.4% | 36 29.5% | 21 17.2% | 17 13.9% | 17 13.9% | 122 100.0% |
| | 2 | 78 33.2% | 36 15.3% | 52 22.1% | 25 10.6% | 44 18.8% | 235 100.0% |
| | 3 | 53 27.9% | 33 17.4% | 39 20.5% | 27 14.2% | 38 20.0% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 162 29.6% | 105 19.2% | 112 20.5% | 69 12.6% | 99 18.1% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 15.432 | | 10 | | .117 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .166 | | | | .117 | |

TABLA CDS.-B1 edad *beber sin cafeína Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de beber sin cafeína en los participantes.

FIGURA CDS.-B1*

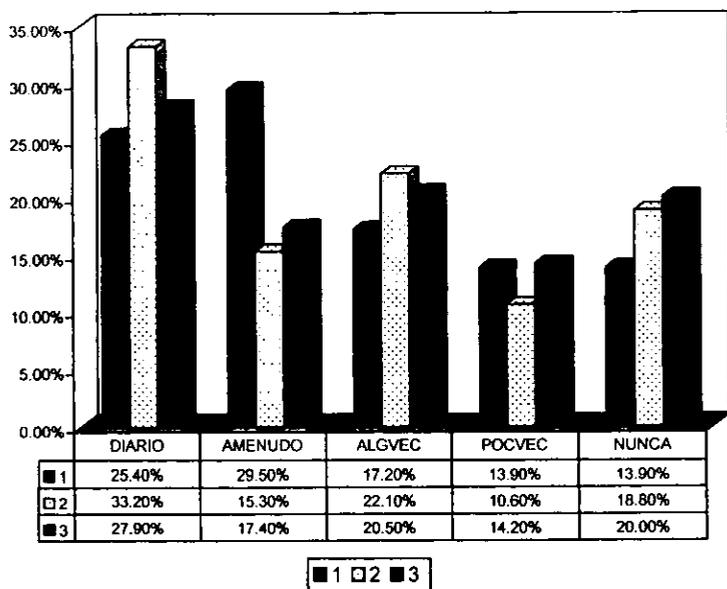


FIGURA CDS.-B1* EDAD beber cafeína. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido bebió sin cafeína?" relacionada con la edad.

C1.- ESCOLARIDAD *BEBER SIN CAFEÍNA

En relación con el hábito de beber sin cafeína y la escolaridad de los participantes encontramos diferencias significativas entre los niveles de escolaridad y el hábito de salud, hallando que las personas que no tienen ningún estudio nunca consumen sus bebidas sin cafeína en mayor proporción que los otros niveles de escolaridad (ver tabla CDS.- C1 y figura CDS.- C1*)

TABLA CDS.-C1

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 25 30.1% | 18 21.7% | 14 16.9% | 9 10.8% | 17 20.5% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 17 29.8% | 11 19.3% | 12 21.1% | 7 12.3% | 10 17.5% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 16 16.8% | 23 24.2% | 16 16.8% | 21 22.1% | 19 20.0% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 33 29.5% | 18 16.1% | 21 18.8% | 10 8.9% | 30 26.8% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 67 35.6% | 35 18.6% | 47 25.0% | 22 11.7% | 17 9.1% | 188 100% |
| NINGUNA | 4 33.3% | | 2 16.7% | | 6 50.0% | 12 100% |
| TOTAL | 162 29.6% | 105 19.2% | 112 20.5% | 69 12.6% | 99 18.1% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 50.430 | | 25 | | .002 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .291 | | | | .002 | |

TABLA CDS.-C1 escolaridad *beber sin cafeína Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de beber sin cafeína en los participantes.

FIGURA CDS.-C1* escolaridad *beber sin cafeína

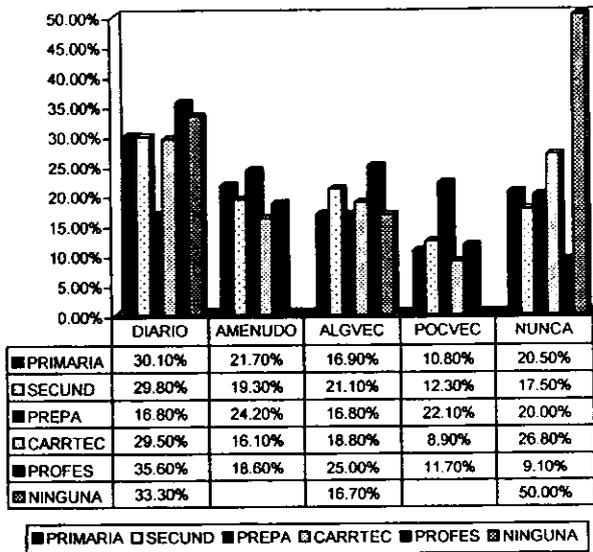


FIGURA CDS.-C1* escolaridad *beber sin cafeína. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido bebió sin cafeína?" relacionada con la escolaridad

A2.- SEXO *CAMINAR A DIARIO

Con lo que respecta al sexo de los participantes y el hábito de caminar a diario, se encontraron diferencias significativas, hallando que diariamente los hombres lo hacen con mayor frecuencia que las mujeres, sin embargo, en la respuesta de a menudo, algunas veces y pocas veces, las mujeres practican este hábito en mayor proporción que los hombres (ver tabla CDS.-A2 y figura CDS.-A2*)

TABLA CDS.-A2

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|--------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|
| | MASCULINO | 86 36.3% | 35 14.8% | 55 23.2% | 48 20.3% | 13 5.5% | 100.2370% |
| | FEMENINO | 56 18.1% | 57 18.4% | 83 26.8% | 67 21.6% | 47 15.1% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 142 26.0% | 92 16.8% | 138 25.2% | 115 21.0% | 60 11.0% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 30.882 | | 5 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .231 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-A2 sexo *caminar a diario Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de caminar a diario de los participantes.

FIGURA CDS.-A2* sexo *caminar a diario

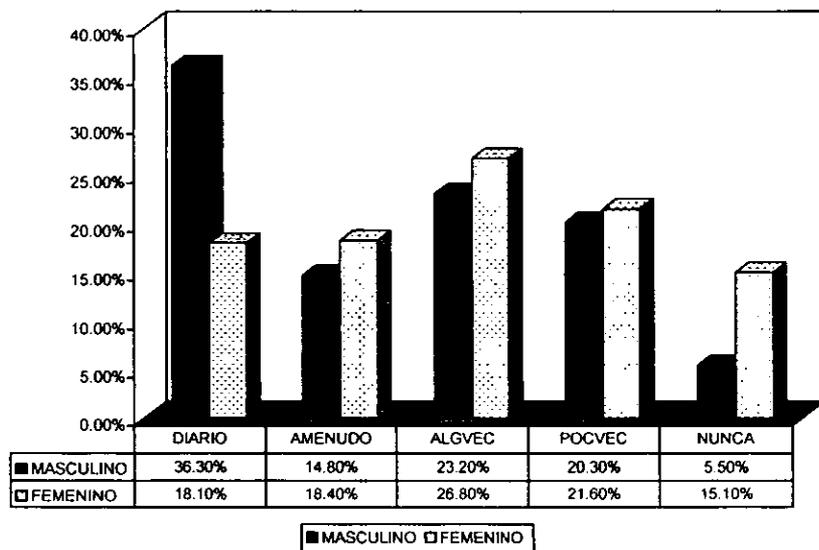


FIGURA CDS.-A2* sexo *caminar a diario. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido caminó a diario?"

B2.- EDAD *CAMINAR A DIARIO

Con relación a la edad y el hábito de caminar a diario encontramos diferencias significativas en las personas dentro de la edad 3, caminan con mayor frecuencia a diario que los de otra edad, las personas de la edad 1 mencionan caminar a diario en la respuesta pocas veces en mayor proporción que los otros participantes (ver tabla CDS.-B2 y figura CDS.- B2*)

TABLA CDS.-B2

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|--------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|
| | 1 | 29 23.8% | 13 10.7% | 47 38.5% | 27 22.1% | 6 4.9% | 122 100.0% |
| | 2 | 58 24.7% | 45 19.1% | 60 25.5% | 40 17.0% | 32 13.7% | 235 100.0% |
| | 3 | 55 28.9% | 34 17.9% | 31 16.3% | 48 25.3% | 22 11.6% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 142 26.0% | 92 16.8% | 138 25.2% | 115 21.0% | 60 11.0% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 30.279 | | 10 | | .001 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .229 | | | | .001 | |

TABLA CDS.-B2 edad *caminar a diario. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de caminar a diario de los participantes.

FIGURA CDS.-B2*

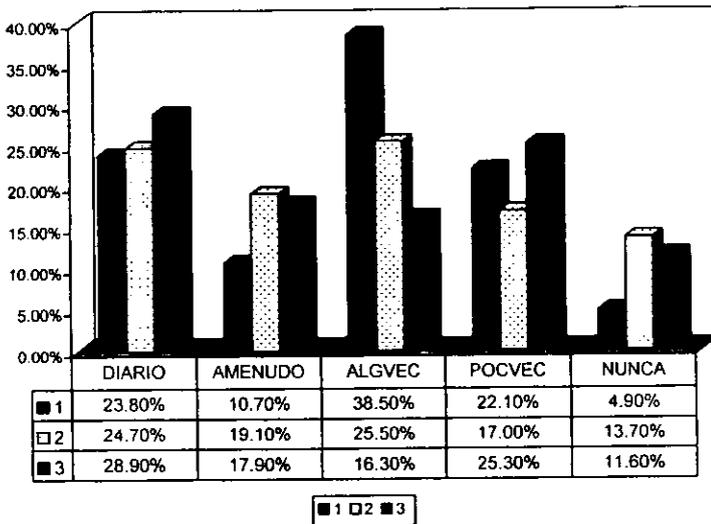


FIGURA CDS.-B2* edad *caminar a diario. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido caminó a diario?"

C2.- ESCOLARIDAD *CAMINAR A DIARIO

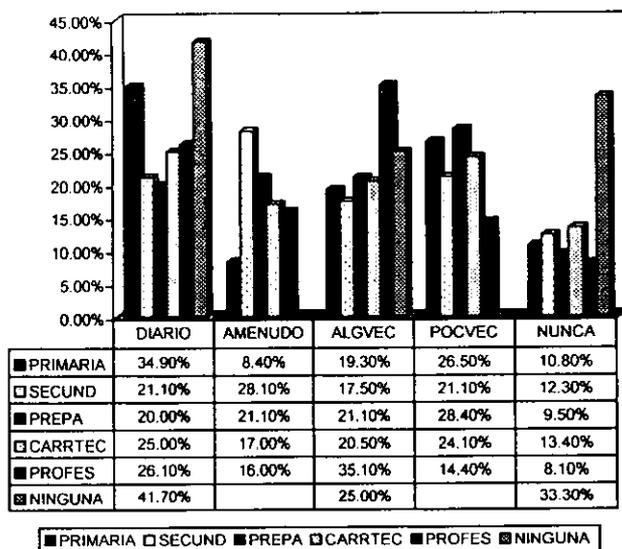
Los datos arrojan diferencias significativas en relación a la escolaridad de los participantes y el hábito de caminar a diario, siendo que las personas que poseen un nivel escolar de primaria y ninguna escolaridad practican este hábito en mayor proporción que los otros niveles de escolaridad (ver tabla CDS.- C2 y figura CDS.-C2*)

TABLA CDS.-C2

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--------------|-------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 29 34.9% | 7 8.4% | 16 19.3% | 22 26.5% | 9 10.8% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 12 21.1% | 16 28.1% | 10 17.5% | 12 21.1% | 7 12.3% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 19 20.0% | 20 21.1% | 20 21.1% | 27 28.4% | 9 9.5% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 28 25.0% | 19 17.0% | 23 20.5% | 27 24.1% | 15 13.4% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 49 26.1% | 30 16.0% | 66 35.1% | 27 14.4% | 16 8.1% | 188 100% |
| NINGUNA | 41.7% | | 3 25.0% | | 4 33.3% | 12 100% |
| TOTAL | 142 26.0% | 92 16.8% | 138 25.2% | 115 21.0% | 60 10.6% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 51.050 | | 25 | | .002 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .292 | | | | .002 | |

TABLA CDS.-C2 escolaridad *caminar a diario. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de caminar a diario de los participantes.

FIGURA CDS.-C2*



Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: “en el año pasado ¿qué tan seguido caminó a diario?”

A3.- SEXO *CONOCER CALORÍAS

Con lo que respecta al sexo y el hábito de conocer las calorías que se consumen no se hallaron diferencias significativas (ver tabla CDS.-A3 y figura CDS.-A3*)

TABLA CDS.- A3 sexo *conocer calorías

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | 10 4.2% | 16 6.8% | 26 11.0% | 49 20.7% | 136 57.3% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 20 6.5% | 22 7.1% | 47 15.2% | 60 19.4% | 161 51.9% | 310 100.0% |
| TOTAL. | | 30 5.5% | 38 6.9% | 73 13.3% | 109 19.9% | 297 54.3% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHLSQUARE | | 3.892 | | 5 | | .565 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .084 | | | | .565 | |

TABLA CDS.- A3 sexo *conocer calorías. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de conocer las calorías que se consumen de los participantes.

FIGURA CDS.-A3*

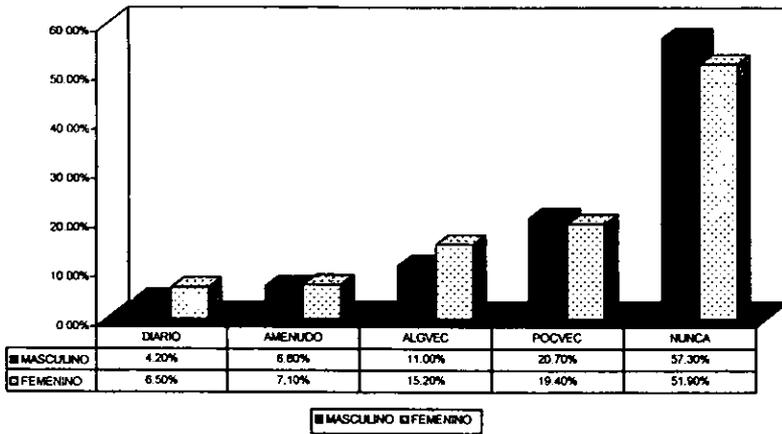


FIGURA CDS.-A3* sexo *conocer calorías Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta : "en el año pasado ¿qué tan seguido conoció las calorías que consumió?"

B3.- EDAD *CONOCER CALORÍAS

Con relación a la edad y el hábito de conocer las calorías que se consumen no se hallaron diferencias significativas entre las edades, siendo que la frecuencia de respuesta fue muy similar (ver tabla CDS.-B3 y figura CDS.-B3*)

TABLA CDS.-B3

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--|--------|----------|---------------|-------------|-------|--------|
| 1 | | 4 | 8 | 18 | 15 | 77 | 122 |
| | | 3.3% | 6.6% | 14.8% | 12.3% | 63.1% | 100.0% |
| 2 | | 14 | 19 | 33 | 48 | 119 | 235 |
| | | 6.0% | 8.1% | 14.0% | 20.4% | 51.5% | 100.0% |
| 3 | | 12 | 11 | 22 | 46 | 99 | 190 |
| | | 6.3% | 5.8% | 11.6% | 24.2% | 52.2% | 100.0% |
| TOTAL | | 30 | 38 | 73 | 109 | 297 | 547 |
| | | 5.5% | 6.9% | 13.3% | 19.9% | 54.3% | 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 12.188 | | 10 | | .273 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .148 | | | | .273 | |

TABLA CDS.-B3 edad *conocer calorías. Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de conocer las calorías que se consumen de los participantes.

FIGURA CDS.- B3*

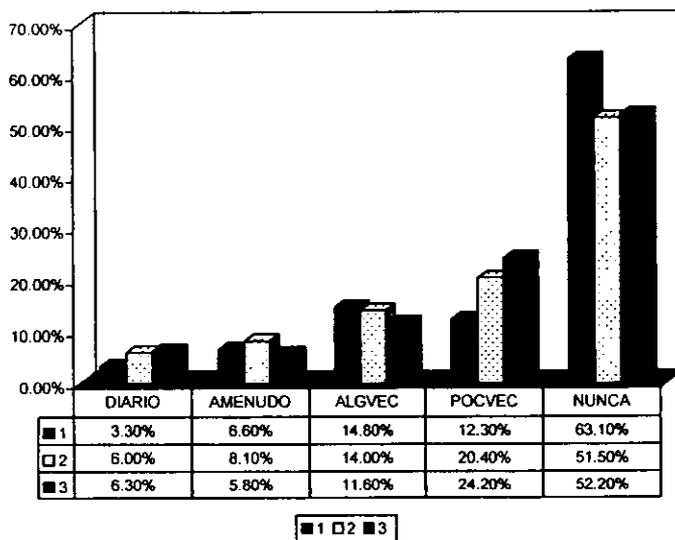


FIGURA CDS.- B3* edad *conocer calorías. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido conoció las calorías que consumió?"

C3.- ESCOLARIDAD *CONOCER CALORÍAS

Con lo que respecta a la escolaridad y el hábito de conocer las calorías que se consumen si encontramos diferencias significativas, siendo que las personas que tiene un nivel de estudios profesional conocen en mayor proporción las calorías que consumen, asimismo, y corroborando lo anterior las personas que poseen estudios a nivel primaria responden con mayor frecuencia que nunca conocen las calorías que consumen (ver tabla CDS.-C3 y figura CDS.- C3*)

TABLA CDS.-C3

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|--------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 2 2.4% | 2 2.4% | 7 8.4% | 18 21.7% | 54 65.1% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 3 5.3% | 2 3.5% | 9 15.8% | 12 21.1% | 31 54.4% | 57 100% |
| PREPARATORIA | 1 1.1% | 10 10.5% | 19 20.0% | 12 12.6% | 53 55.8% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 13 11.6% | 6 5.4% | 11 9.8% | 24 21.4% | 58 51.8% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 11 5.9% | 18 9.6% | 27 14.4% | 41 21.8% | 91 48.4% | 188 100% |
| NINGUNA | | | | 2 21.8% | 10 47.3% | 12 100% |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| TOTAL | | 30 5.5% | 38 6.9% | 73 13.3% | 109 19.9% | 297 54.3% | 547 100% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 42.698 | | 25 | | .015 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .269 | | | | .015 | |

TABLA CDS.-C3 escolaridad *conocer calorías. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de conocer las calorías que se consumen de los participantes.

FIGURA CDS.- C3*

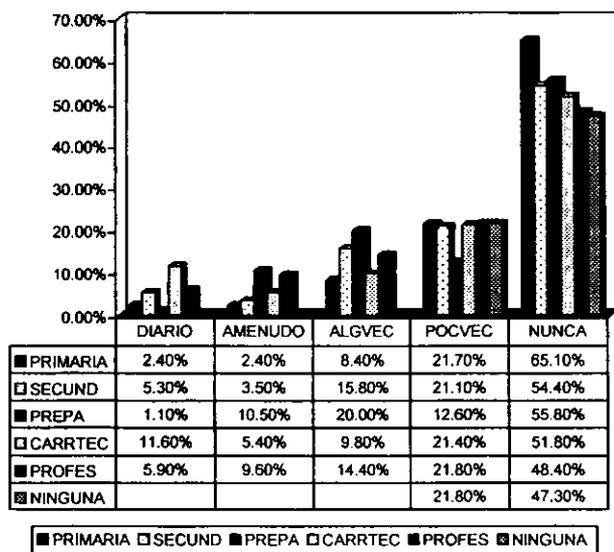


FIGURA CDS.- C3* escolaridad *conocer calorías. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido conoció las calorías que consumió?"

A4.- SEXO *DORMIR POR LO MENOS 7 HORAS

Con respecto al sexo de los participantes y el hábito de dormir por lo menos 7 horas, no se encontraron diferencias significativas, observando en

la figura una frecuencia de respuesta muy similar, (ver tabla CDS.-A4 y figura CDS.-A4*)

TABLA CDS.-A4

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|--------------|--------------|---------------|-------------|------------|---------------|
| | MASCULINO | 85 35.9% | 51 21.5% | 43 18.1% | 40 16.9% | 18 7.6% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 120 38.7% | 64 20.6% | 63 20.3% | 48 15.5% | 15 4.8% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 205 37.5% | 115 21.0% | 106 19.4% | 88 16.1% | 33 6.0% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 2.521 | | 4 | | .641 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .068 | | | | .641 | |

TABLA CDS.-A4 sexo* dormir por lo menos 7 horas. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de dormir al menos 7 horas al día de los participantes.

FIGURA CDS.-A4*

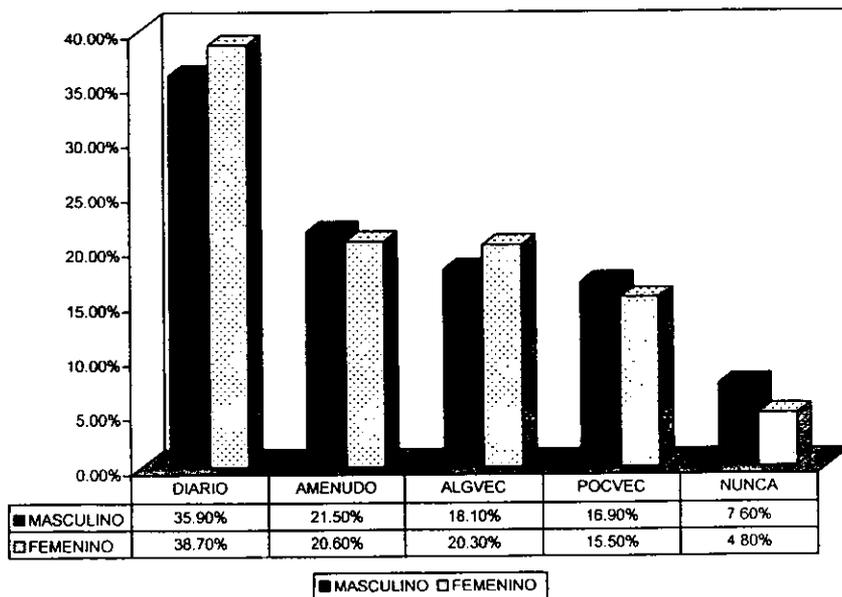


FIGURA CDS.-A4* sexo* dormir por lo menos 7 horas
Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido durmió 7 horas?"

B4.- EDAD *DORMIR POR LO MENOS 7 HORAS

Con respecto a la edad y el hábito de dormir 7 horas si se encontraron diferencias significativas, hallando que las personas de la edad 3 duermen al menos 7 horas en mayor proporción que las otras edades, además la edad 1 en la respuesta a menudo reporta dormir al menos 7 horas en mayor proporción que la edad 2 y 3 (ver tabla CDS.-B4 y figura CDS.-B4*)

TABLA CDS.-B4 edad *dormir por lo menos 7 horas

| EDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|--------------|--------------|------------------|----------------|------------|---------------|
| 1 | 32 26.2% | 37 30.3% | 23 18.9% | 20 16.4% | 10 8.2% | 122 100.0% |
| 2 | 86 36.6% | 52 22.1% | 50 21.3% | 34 14.5% | 13 5.5% | 235 100.0% |
| 3 | 87 45.8% | 26 13.7% | 33 17.4% | 34 17.9% | 10 5.3% | 190 100.0% |
| TOTAL | 205 37.5% | 115 21.0% | 106 19.4% | 88 16.1% | 33 6.0% | 547 100.0% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 20.556 | | 8 | | .008 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .190 | | | | .008 | |

TABLA CDS.-B4 edad *dormir por lo menos 7 horas. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de dormir al menos 7 horas al día de los participantes.

FIGURA CDS.-B4*

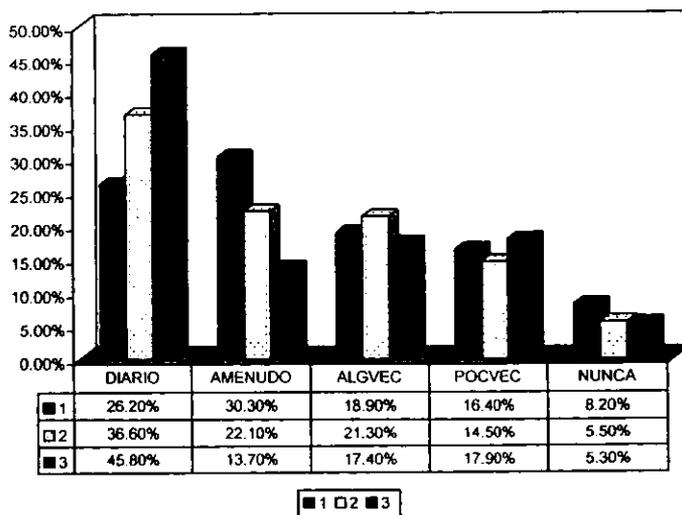


FIGURA CDS.-B4* edad *dormir por lo menos 7 horas.
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: “en el año pasado ¿qué tan seguido durmió 7 horas?”

C4.- ESCOLARIDAD *DORMIR POR LO MENOS 7 HORAS.

Con respecto a la escolaridad de los participantes y el hábito de dormir 7 horas, si se encontraron diferencias significativas, reportando que las personas que no poseen un nivel de estudios duermen diariamente al menos 7 horas en mayor proporción que los participantes de otro nivel de estudios (ver tabla CDS.-C4 y figura CDS.-C4*)

TABLA CDS.-C4

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| PRIMARIA | 32 38.6% | 15 18.1% | 26 31.3% | 8 9.6% | 2 2.4% | 83 100% |
| SECUNDARIA | 23 40.4% | 12 21.1% | 11 19.3% | 11 19.3% | | 57 100% |
| PREPARATORIA | 23 24.2% | 22 23.2% | 22 23.2% | 22 23.2% | 6 6.3% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 55 49.1% | 19 17.0% | 12 10.7% | 20 17.9% | 6 5.4% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 63 33.5% | 44 23.4% | 35 18.6% | 27 14.4% | 19 10.1% | 188 100% |
| NINGUNA | 9 75.0% | 3 25.0% | | | | 12 100% |
| TOTAL | 205 37.5% | 115 21.0% | 106 19.4% | 88 16.1% | 33 6.0% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 48.707 | | 20 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .286 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-C4 escolaridad *dormir por lo menos 7 horas
 Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de dormir al menos 7 horas al día de los participantes.

FIGURA CDS.- C4* escolaridad *dormir al menos 7 horas

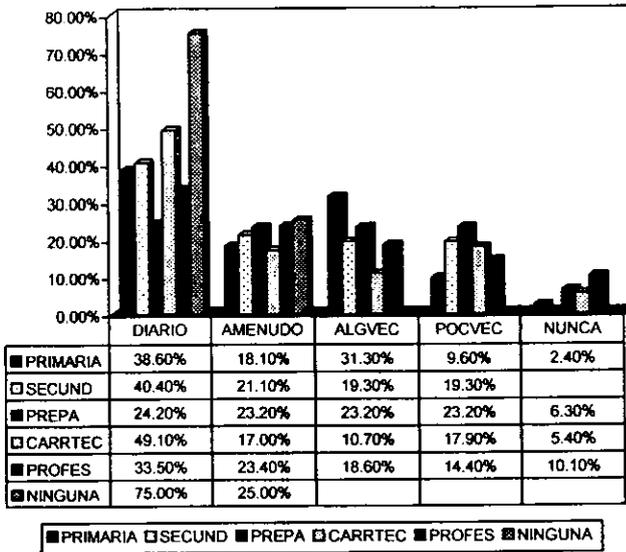


FIGURA CDS.- C4* escolaridad *dormir al menos 7 horas
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido durmió 7 horas?"

A5.- SEXO *LEER SOBRE SALUD

Con lo que respecta al sexo de los participantes y el hábito de leer sobre salud, no se encontraron diferencias significativas (ver tabla CDS.- A5 y figura CDS.-A5*)

TABLA CDS.-A5

| SEXO | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| MASCULINO | 4 1.7% | 37 15.6% | 75 31.6% | 71 30.0% | 50 21.1% | 237 100.0% |
| FEMENINO | 4 1.3% | 45 14.5% | 86 27.7% | 106 34.2% | 69 22.2% | 310 100.0% |
| TOTAL | 8 1.5% | 82 15.0% | 161 29.4% | 177 32.4% | 119 21.8% | 547 100.0% |
| | | VALOR | DF | SIG | | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 3.238 | 5 | .663 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .077 | | .663 | | |

TABLA CDS.-A5 sexo *leer sobre salud. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de leer sobre salud de los participantes.

FIGURA CDS.-A5* sexo *leer sobre salud

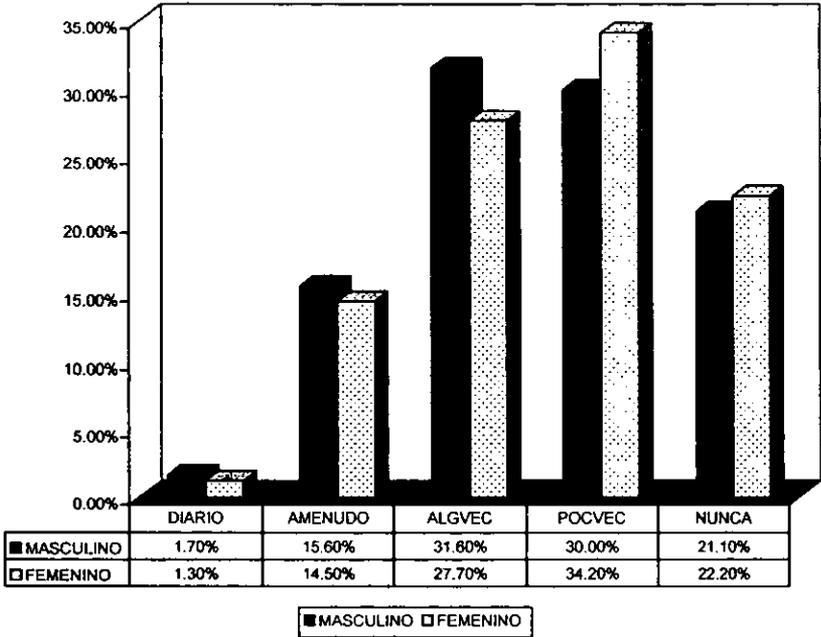


FIGURA CDS.-A5* sexo *leer sobre salud. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido leyó sobre salud?"

B5.- EDAD *LEER SOBRE SALUD

Se observaron diferencias significativas entre la edad y el hábito de leer sobre cuidados de la salud, siendo que las personas de la edad 3 leen con mayor frecuencia en la respuesta diario, y a menudo, sin embargo los individuos de la edad 2 lo hacen en mayor proporción en las respuestas algunas y pocas veces, sin embargo se puede observar que las personas de la edad 1 lo hacen con menor frecuencia que las personas de las edades antes mencionadas (ver tabla CDS.-B5 y figura CDS.-B5*)

TABLA CDS.-B5

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|-----------|-------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | 1 | | 15 12.3% | 41 33.6% | 42 34.4% | 24 19.7% | 122 100.0% |
| | 2 | | 30 12.8% | 64 27.2% | 93 39.6% | 48 20.5% | 235 100.0% |
| | 3 | 8 4.2% | 37 19.5% | 56 29.5% | 42 22.1% | 47 24.7% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 8 1.5% | 82 15.0% | 161 29.4% | 177 32.4% | 119 21.8% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 34.351 | | 10 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .243 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-B5 edad *leer sobre salud Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de leer sobre salud de los participantes.

FIGURA CDS.-B5*

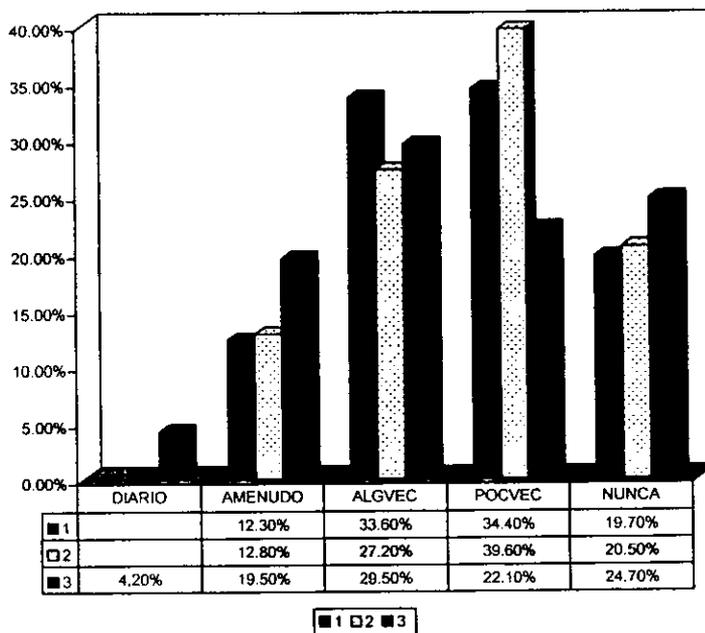


FIGURA CDS.-B5* edad *leer sobre salud. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido leyó sobre salud?"

C5.- ESCOLARIDAD LEER SOBRE SALUD

Se observaron diferencias significativas con lo que respecta al hábito de leer sobre salud y la escolaridad de los participantes, siendo que los individuos que tienen un nivel de escolaridad a nivel profesional leen sobre salud en mayor proporción que los individuos que poseen otro nivel de estudios (ver tabla CDS.-C5 y figura CDS.-C5)

TABLA CDS.-C5

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| PRIMARIA | | 11 13.3% | 7 8.4% | 37 44.6% | 28 33.7% | 83 100% |
| SECUNDARIA | | 7 12.3% | 22 38.6% | 20 35.1% | 8 14.0% | 57 100% |
| PREPARATORIA | | 15 15.8% | 34 35.8% | 31 32.6% | 15 15.8% | 95 100% |
| CARRERA TEC. | 2 1.8% | 14 12.5% | 30 26.8% | 36 32.1% | 30 26.8% | 112 100% |
| PROFESIONAL | 6 3.2% | 35 18.6% | 68 36.2% | 51 27.1% | 28 14.9% | 188 100% |
| NINGUNA | | | | 2 16.7% | 10 83.3% | 12 100% |
| TOTAL | 8 1.5% | 82 15.0% | 161 29.4% | 177 32.4% | 119 21.8% | 547 100% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 94.870 | | 25 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .384 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-C5 escolaridad *leer sobre salud Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de leer sobre salud de los participantes.

FIGURA CDS.- C5*

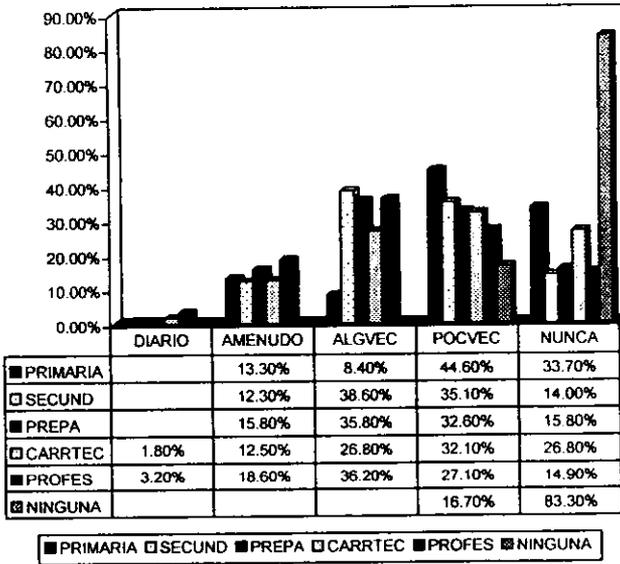


FIGURA CDS.- C5* ESCOLARIDAD LEER SOBRE SALUD.
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasada ¿qué tan seguido leyó sobre salud?"

A6.-SEXO* MANEJAR RAPIDO

Se encontraron diferencias significativas en relación al sexo de los participantes y el hábito de manejar rápido siendo los hombres quienes practican este hábito en mayor proporción que las mujeres (ver tabla CDS.- A6 y figura CDS.-A6*)

TABLA CDS.-A6

| SEXO | DIARIO | A MENUJO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|------------|------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| MASCULINO | 13 5.5% | 18 7.6% | 17 7.2% | 43 18.1% | 146 61.6% | 237 100.0% |
| FEMENINO | | 7 2.3% | 21 6.8% | 30 9.7% | 252 81.3% | 100.0% |
| TOTAL | | | | | | |
| | | VALOR | | DF | | SIG |
| SPEARMAN C/H SQUARE | | 39.964 | | 5 | | .000 |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .261 | | | | .000 |

TABLA CDS.-A6 sexo *manejar rápido Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre sexo y el hábito de manejar rápido de los participantes.

FIGURA CDS.- A6*

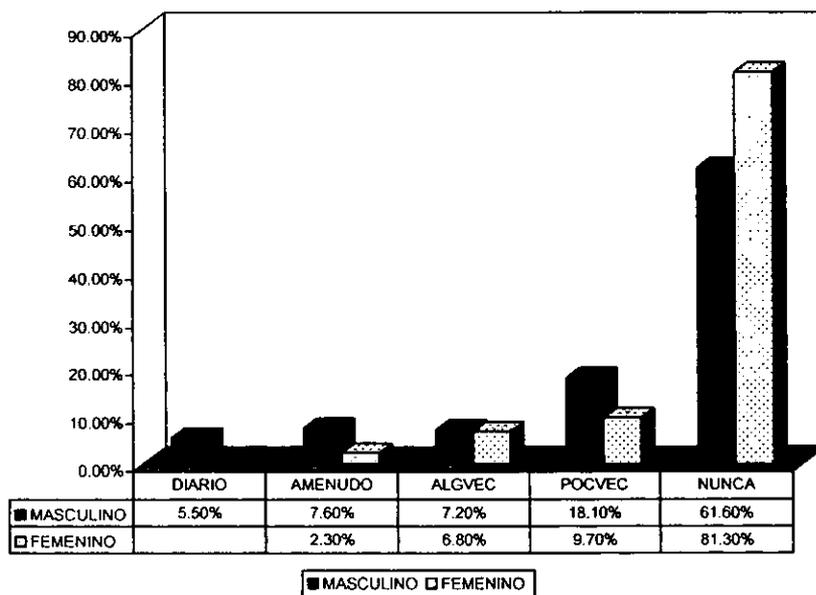


FIGURA CDS.- A6* sexo *manejar rápido Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Manejó rápido?"

B6.- EDAD *MANEJAR RAPIDO

En relación a la edad y el manejar rápido si se encontraron diferencias significativas siendo las personas dentro del rango de la edad 1 quienes manejan rápido en mayor proporción que las personas correspondientes a las otras edades, y siendo las personas de la edad 3 quienes con mayor frecuencia nunca manejan rápido (ver tabla CDS.-B6 y figura CDS.-B6)

TABLA CDS.-B6

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|------------|------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| | 1 | 8 6.6% | 10 8.2% | 11 9.0% | 19 15.6% | 74 60.7% | 122 100.0% |
| | 2 | 1 4% | 7 3.0% | 26 11.1% | 22 9.4% | 179 76.2% | 235 100.0% |
| | 3 | 4 2.1% | 8 4.2% | 1 5% | 32 16.8% | 145 76.3% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 13 2.4% | 25 4.6% | 38 6.9% | 73 13.3% | 398 72.8% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 47.637 | | 10 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .283 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-B6 edad *manejar rápido Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de manejar rápido de los participantes.

FIGURA CDS.- B6*

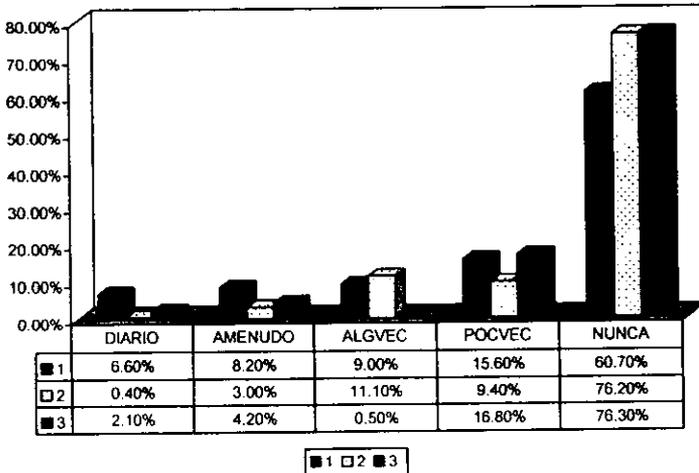


FIGURA CDS.- B6* edad *manejar rápido Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Manejó rápido?"

C6 .-ESCOLARIDAD *MANEJAR RAPIDO

En cuanto a la escolaridad de los participante y el hábito de manejar rápido encontramos diferencias significativas siendo las personas que poseen un nivel escolar equivalente a preparatoria quienes practican este hábito en mayor proporción (ver tabla CDS.-C6 y figura CDS.-C6*)

TABLA CDS.-C6

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|------------|------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| PRIMARIA | | 2 2.4% | 5 6.0% | 10 12.0% | 66 79.5% | 83 100.0% |
| SECUNDARIA | | | 2 3.5% | 12 21.1% | 43 75.4% | 57 100.0% |
| PREPARATORIA | 8 8.4% | | 6 6.3% | 10 10.5% | 71 74.7% | 95 100.0% |
| CARRERA TEC | | 7 6.3% | 6 5.4% | 13 11.6% | 86 76.8% | 112 100.0% |
| PROFESIONAL | 5 2.7% | 16 8.5% | 19 10.1% | 28 14.9% | 120 63.8% | 188 100.0% |
| NINGUNA | | | | | 12 100% | 12 100.0% |
| TOTAL | 13 2.4% | 25 4.6% | 38 6.9% | 73 13.3% | 398 72.8% | 547 100.0% |
| SPEARSON CHI SQUARE | | VALOR | | DF | | SIG |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .325 | | 25 | | .000 |
| | | | | | | .000 |

TABLA CDS.-C6 escolaridad *manejar rápido. Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de manejar rápido de los participantes.

FIGURA CDS.- C6*

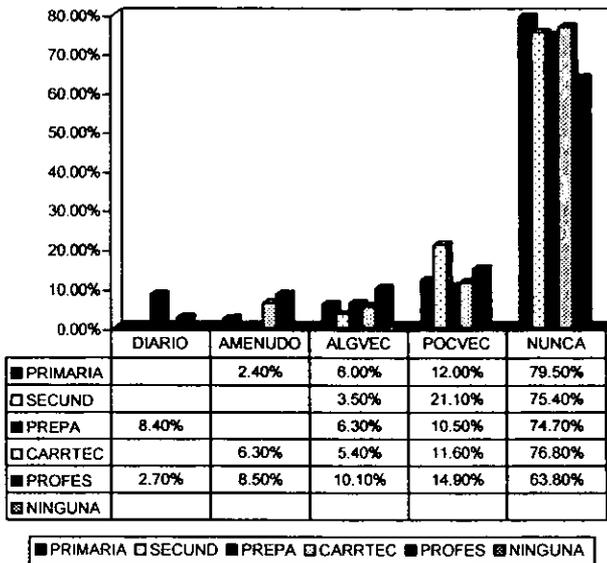


FIGURA CDS.- C6* escolaridad *manejar rápido. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Manejó rápido?"

A7.- SEXO *MEDIR COLESTEROL

No se hallaron diferencias significativas entre el sexo de los participantes y el hábito de medir el colesterol (ver tabla CDS.-A7 y figura CDS.-A7*)

TABLA CDS.-A7

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | 4 1.7% | 9 3.8% | 24 10.1% | 38 16.0% | 162 68.4% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 12 3.9% | 13 4.2% | 55 17.7% | 44 14.2% | 186 60.0% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 16 2.9% | 22 4.0% | 79 14.4% | 82 15.0% | 348 63.6% | 547 100.0% |
| | | | VALOR | DF | SIG. | | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 10.297 | | 5 | | .067 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .136 | | | | .067 | |

TABLA CDS.-A7 sexo *medir colesterol. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de medir el colesterol de los participantes

FIGURA CDS.- A7*

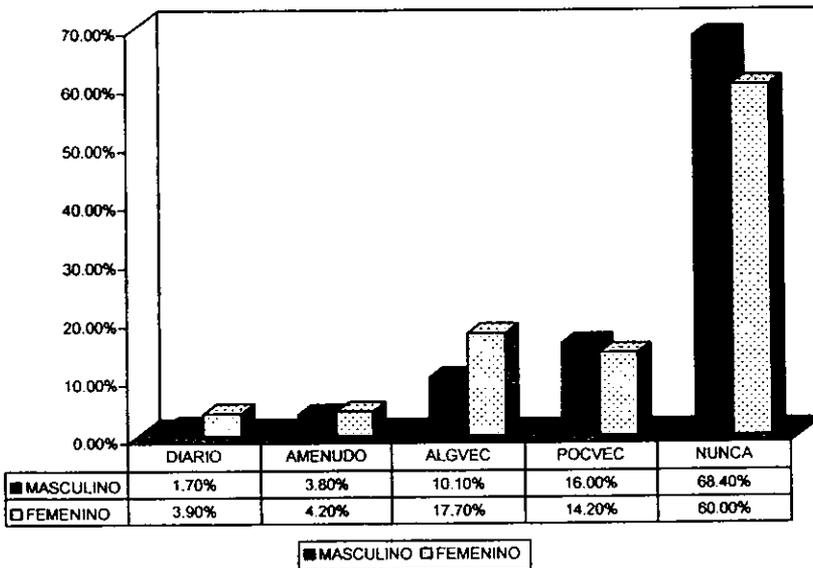


FIGURA CDS.- A7* sexo *medir colesterol. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido midió el colesterol?"

B7.- EDAD *MEDIR COLESTEROL

Se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad de los sujetos y el hábito de medir el colesterol hallando que los individuos de la edad 3 practican este hábito en mayor proporción que los otros participantes (ver tabla CDS.-B7 y figura CDS.- B7*)

TABLA CDS.-B7

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|---|------------|------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | 1 | 6 4.9% | | 8 6.6% | 18 14.8% | 90 73.8% | 122 100.0% |
| | 2 | 5 2.1% | 5 2.1% | 21 8.9% | 40 17.0% | 164 69.8% | 235 100.0% |
| | 3 | 5 2.6% | 17 8.9% | 50 26.3% | 24 12.6% | 94 49.5% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 16 2.9% | 22 4.0% | 79 14.4% | 82 15.0% | 348 63.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 61.297 | | 10 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .317 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-B7 edad *medir colesterol. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de medir el colesterol de los participantes

FIGURA CDS.- B7*

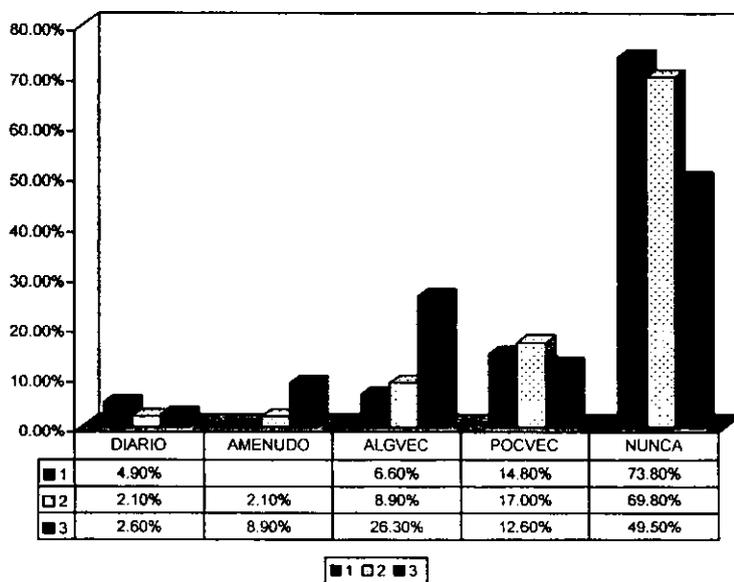


FIGURA CDS.- B7* edad *medir colesterol. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido midió el colesterol?"

C7.- ESCOLARIDAD *MEDIR COLESTEROL

No se hallaron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la población y el hábito de medir el colesterol (ver tabla CDS.-C7 y figura CDS.-C7*)

TABLA CDS.-C7

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL. |
|-------------------------|------------|------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| PRIMARIA | 2 2.4% | 3 3.6% | 11 13.3% | 10 12.0% | 57 68.7% | 83 100.0% |
| SECUNDARIA | 3 5.3% | 2 3.5% | 9 15.8% | 13 22.8% | 30 52.6% | 57 100.0% |
| PREPARATORIA | 2 2.1% | 3 3.2% | 13 13.7% | 12 12.6% | 65 68.4% | 95 100.0% |
| CARRERA TEC. | 1 .9% | 7 6.3% | 19 17.0% | 9 8.0% | 76 67.9% | 112 100.0% |
| PROFESIONAL | 6 3.2% | 6 3.2% | 27 14.4% | 34 18.1% | 115 61.2% | 188 100.0% |
| NINGUNA | 2 16.7% | 1 8.3% | | 4 33.3% | 5 41.7% | 12 100.0% |
| TOTAL | 16 2.9% | 22 4.0% | 79 14.4% | 82 15.0% | 348 63.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | DF | SIG | | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 33.254 | 25 | .125 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .239 | | .125 | | |

TABLA CDS.-C7 escolaridad *medir colesterol. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de medir el colesterol de los participantes

FIGURA CDS.- C7* escolaridad *medir colesterol

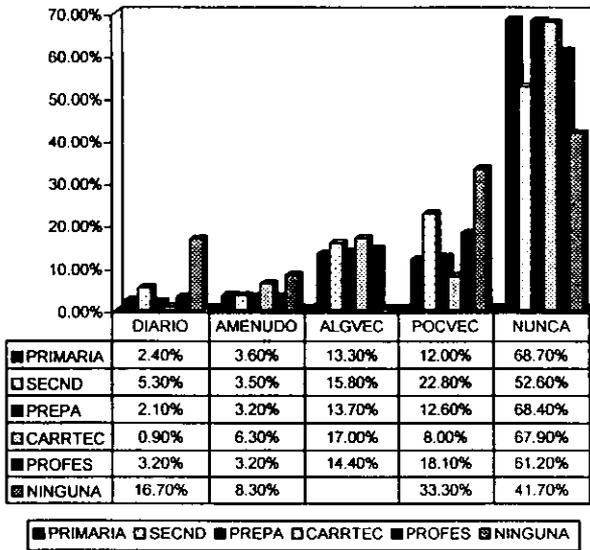


FIGURA CDS.- C7* escolaridad *medir colesterol. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido midió el colesterol?"

A8.- SEXO *PLATICAR CON AMIGOS

Con respecto al hábito referente a platicar con amigos sobre temas de salud y el sexo de los individuos no se encontraron diferencias significativas entre los géneros de los participantes, esto es, que tanto hombres como mujeres tienen una frecuencia de respuesta similar, sin embargo en la gráfica se puede observar que las mujeres platican en mayor proporción sobre salud que los hombres en la respuesta de algunas veces (ver tabla CDS.-A8 y figura CDS.-A8)

TABLA CDS.-A8

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|--|--------|----------|---------------|-------------|-------|--------|
| MASCULINO | | 5 | 15 | 81 | 82 | 54 | 237 |
| | | 2.1% | 6.3% | 34.2% | 34.6% | 22.8% | 100.0% |
| FEMENINO | | 3 | 34 | 124 | 85 | 64 | 310 |
| | | 1.0% | 11.0% | 40.0% | 27.4% | 20.6% | 100.0% |
| TOTAL | | 8 | 49 | 205 | 167 | 118 | 547 |
| | | 1.5% | 9.0% | 37.5% | 30.5% | 21.6% | 100.0% |
| | | VALOR | DF | | SIG. | | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 9.052 | 5 | | 107 | | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | 128 | | | 107 | | |

TABLA CDS.-A8 SEXO PLATICAR CON AMIGOS. Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de platicar sobre salud con los amigos de los participantes

FIGURA CDS.- A8*

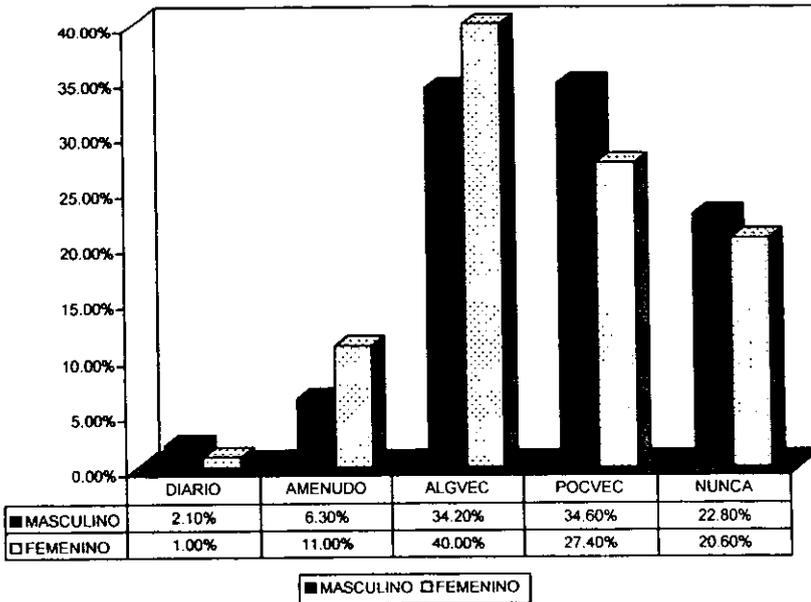


FIGURA CDS.- A8* sexo *platicar con amigos sobre salud. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Platicó con amigos sobre salud?"

B8.- EDAD *PLATICAR CON AMIGOS SOBRE SALUD

Al observar los resultados arrojados por la prueba se hallaron diferencias significativas entre la edad de los participantes y la practica de platicar con amigos sobre salud, principalmente observamos que las personas que se encuentran dentro del rango de la edad 1 y 3 lo hacen en la misma proporción en la respuesta de "diario", sin embargo en la respuesta a menudo las personas de la edad 2 lo hacen en mayor proporción, y por otro lado las personas de la edad 3 lo hacen con mayor frecuencia en la respuesta de algunas veces, siendo así que las personas de la edad 3 practican este hábito con mayor frecuencia que los otros individuos (ver tabla CDS.-B8 y figura CDS.-B8)

TABLA CDS.-B8

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|---|-----------|-------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | 1 | 2 1.6% | 7 5.7% | 44 36.1% | 39 32.0% | 30 24.6% | 122 100.0% |
| | 2 | 3 1.3% | 26 11.1% | 69 29.4% | 89 37.9% | 48 20.4% | 235 100.0% |
| | 3 | 3 1.6% | 16 8.4% | 92 48.4% | 39 20.5% | 40 21.1% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 8 1.5% | 49 9.0% | 205 37.5% | 167 30.5% | 118 21.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 25.597 | | 10 | | .004 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .211 | | | | .004 | |

TABLA CDS.-B8 edad *platicar con amigos. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de platicar sobre salud con los amigos de los participantes

FIGURA CDS.-B8*

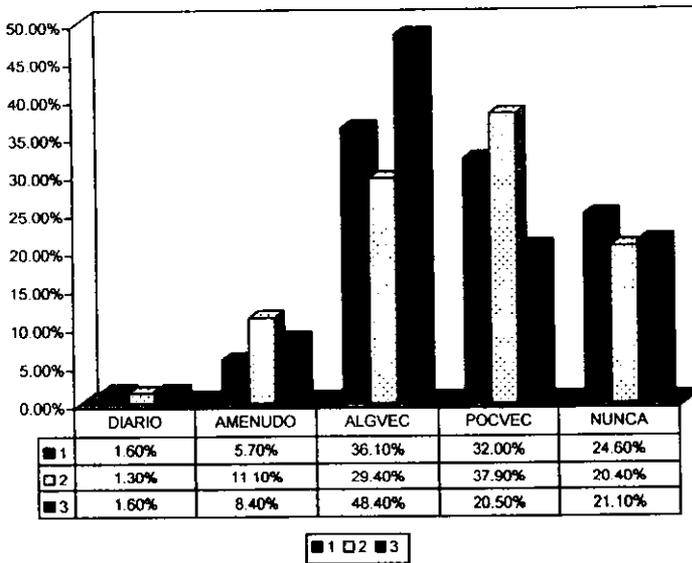


FIGURA CDS.-B8* edad *platicar con amigos. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Platicó con amigos sobre salud?"

C8.- ESCOLARIDAD *PLATICAR CON AMIGOS SOBRE SALUD

Se hallaron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de los participantes y el hábito platicar con amigos sobre salud, siendo que las personas que poseen hasta el nivel de secundario lo hacen en mayor proporción diariamente comparado con otros niveles de escolaridad, sin embargo también se puede apreciar que las personas que no poseen ninguna escolaridad en la respuesta de algunas veces reportan hacerlo con mayor frecuencia (ver tabla CDS.-C8 y figura CDS.-C8)

TABLA CDS.-C8

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|--------------|--------|----------|---------------|-------------|-------|--------|
| PRIMARIA | 1 | 9 | 26 | 33 | 14 | 83 |
| | 1.2% | 10.8% | 31.3% | 39.8% | 16.9% | 100.0% |
| SECUNDARIA | 3 | 4 | 29 | 8 | 13 | 57 |
| | 5.3% | 7.0% | 50.9% | 14.0% | 22.8% | 100.0% |
| PREPARATORIA | | 2 | 32 | 33 | 28 | 95 |
| | | 2.1% | 33.7% | 34.7% | 29.5% | 100.0% |
| CARRERA TEC | 2 | 20 | 34 | 33 | 23 | 112 |
| | 1.8% | 17.9% | 30.4% | 29.5% | 20.5% | 100.0% |
| PROFESIONAL | 2 | 14 | 76 | 59 | 37 | 188 |

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------|-----------|------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | 1.1% | 7.4% | 40.4% | 31.4% | 19.7% | 100.0% |
| | NINGUNA | | | 8 66.7% | 1 8.3% | 3 25.0% | 12 100.0% |
| TOTAL | | 8 1.5% | 49 9.0% | 205 37.5% | 167 30.5% | 118 21.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 51.227 | | 25 | | .002 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .293 | | | | .002 | |

TABLA CDS.-C8 escolaridad *platicar con amigos sobre salud
Puntajes obtenidos en la prueba χ^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de platicar sobre salud con los amigos de los participantes

FIGURA CDS.-C8*

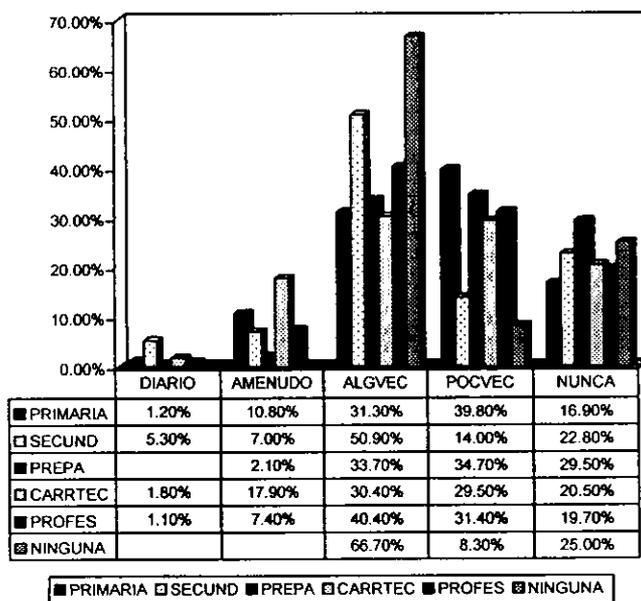


FIGURA CDS.-C8* escolaridad *platicar con amigos sobre salud
Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Platicó con amigos sobre salud?"

A9.- SEXO *REALIZAR EJERCICIO

En base a los resultados obtenidos se puede observar que si existen diferencias significativas entre el sexo y el hábito de realizar ejercicio de los participantes, hallado que los hombres practican en mayor proporción este hábito que las mujeres (ver tabla CDS.-A9 y figura CDS.-A9*)

TABLA CDS.-A9

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | 39 16.5% | 33 13.9% | 72 30.4% | 41 17.3% | 52 21.9% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 20 6.5% | 42 13.5% | 66 21.3% | 68 21.9% | 114 36.8% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 59 10.8% | 75 13.7% | 138 25.2% | 109 19.9% | 166 30.3% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 28.062 | | 4 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .221 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-A9 SEXO REALIZAR EJERCICIO Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de realizar ejercicio de los participantes

FIGURA CDS.-A9*

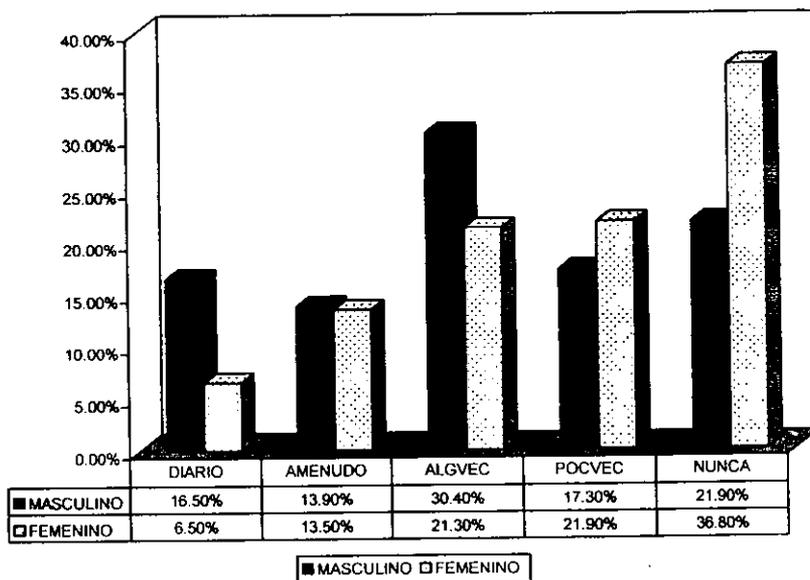


FIGURA CDS.-A9* SEXO REALIZAR EJERCICIO Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Realizó ejercicio?"

B9.- EDAD *REALIZAR EJERCICIO

Se puede observar que si existen diferencias significativas entre la edad y el hábito de realizar ejercicio siendo las personas de la edad 3 quienes lo practican en mayor proporción que los de la edad 2 y 1 respectivamente, sin embargo en la respuesta "a menudo" los individuos de la edad 1 reportan practicar este hábito en mayor proporción y comparando este resultado con la respuesta "nunca" se corrobora puesto que la frecuencia más alta de respuesta es para los de la edad 3 que reportan no realizar ejercicio en mayor proporción (ver tabla CDS.-B9 y figura CDS.-B9*)

TABLA CDS.-B9

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|------------------------------------|---|--------------|-------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | 1 | 10 8.2% | 20 16.4% | 29 23.8% | 37 30.3% | 26 21.3% | 122 100.0% |
| | 2 | 26 11.1% | 34 14.5% | 59 25.1% | 42 17.9% | 74 31.5% | 235 100.0% |
| | 3 | 23 12.1% | 21 11.1% | 30 26.3% | 30 15.8% | 66 34.7% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 59 10.8% | 75 13.7% | 138 25.2% | 109 19.9% | 166 30.3% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 16.336 | | 8 | | .038 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .170 | | | | .038 | |

TABLA CDS.-B9 edad *realizar ejercicio. Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de realizar ejercicio de los participantes

FIGURA CDS.-B9*

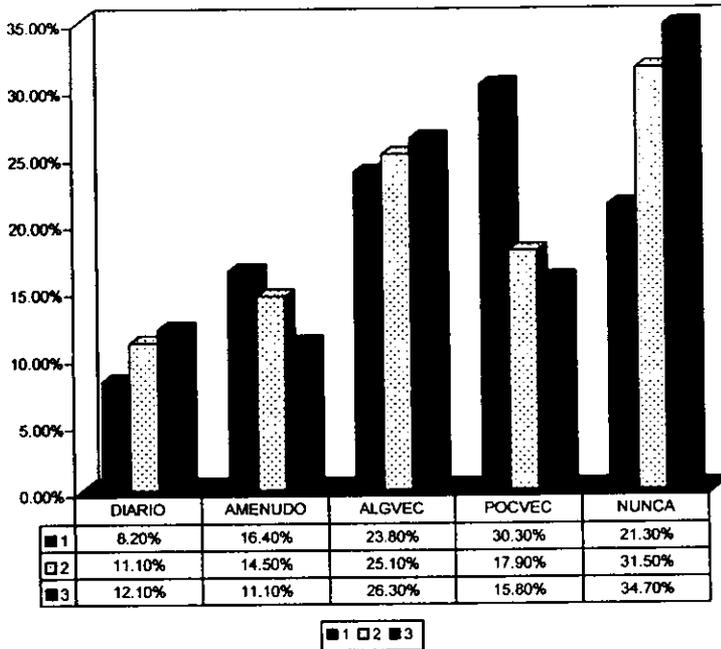


FIGURA CDS.-B9* edad *realizar ejercicio. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Realizó ejercicio?"

C9.- ESCOLARIDAD *REALIZAR EJERCICIO

Se observaron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de la población y el hábito de realizar ejercicio siendo que los individuos de escolaridad a nivel profesional y carrera técnica realizan ejercicio en mayor proporción que los de otro nivel de escolaridad, corroborando lo anterior se observa que en la respuesta de nunca los individuos que no tienen ninguna profesión y a nivel primaria reportan una frecuencia de respuesta más alta que los de otro nivel de escolaridad (ver tabla CDS.-C9 y figura CDS.-C9*)

TABLA CDS.-C9

| ESCOLARIDAD | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|--------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| PRIMARIA | 10 12.0% | 6 7.2% | 3 3.6% | 19 22.9% | 45 54.2% | 83 100.0% |
| SECUNDARIA | 1 1.8% | 10 17.5% | 21 36.8% | 6 10.5% | 19 33.3% | 57 100.0% |
| PREPARATORIA | 6 6.3% | 10 10.5% | 23 24.2% | 29 30.5% | 27 28.4% | 95 100.0% |

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | CARRERA TEC | 15 13.4% | 15 13.4% | 29 25.9% | 19 17.0% | 34 30.4% | 112 100.0% |
| | PROFESIONAL | 27 14.4% | 34 18.1% | 59 31.4% | 36 19.1% | 32 17.0% | 188 100.0% |
| | NINGUNA | | | 3 25.0% | | 9 75.0% | 12 100.0% |
| TOTAL | | 59 10.8% | 75 13.7% | 138 25.2% | 109 19.9% | 166 30.3% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 85.797 | | 20 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .368 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-C9 escolaridad *realizar ejercicio Puntajes obtenidos en la prueba X₂ donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de realizar ejercicio de los participantes

FIGURA CDS.-C9* escolaridad *realizar ejercicio

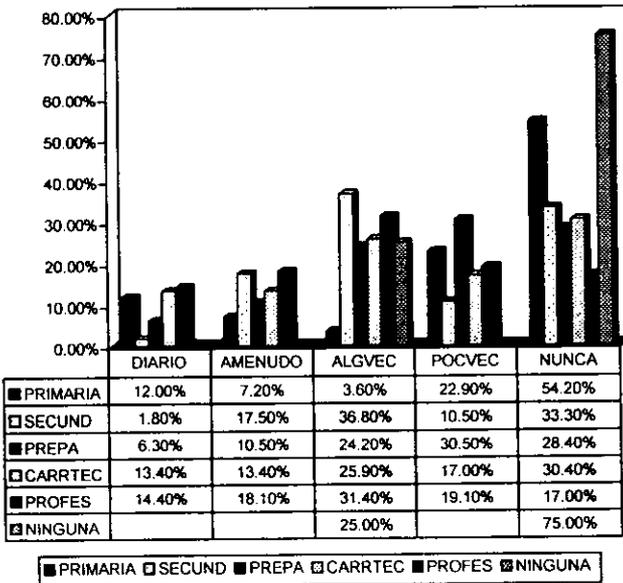


FIGURA CDS.-C9* escolaridad *realizar ejercicio Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Realizó ejercicio?"

CDS.- A10.- SEXO *USAR HILO DENTAL

No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el hábito de usar hilo dental de los participantes (ver tabla CDS.-A10 y figura CDS.-A10)

TABLA CDS.- A10

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|-----------|------------|-------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | 18 7.6% | 23 9.7% | 32 13.5% | 48 20.3% | 116 48.9% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 22 7.1% | 45 14.5% | 52 16.8% | 39 12.6% | 152 49.0% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 40 7.3% | 68 12.4% | 84 15.4% | 87 15.9% | 268 49.0% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 8.455 | | 4 | | .076 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .123 | | | | .076 | |

TABLA CDS.- A10 sexo *usar hilo dental. Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de usar hilo dental de los participantes

FIGURA CDS.- A10*

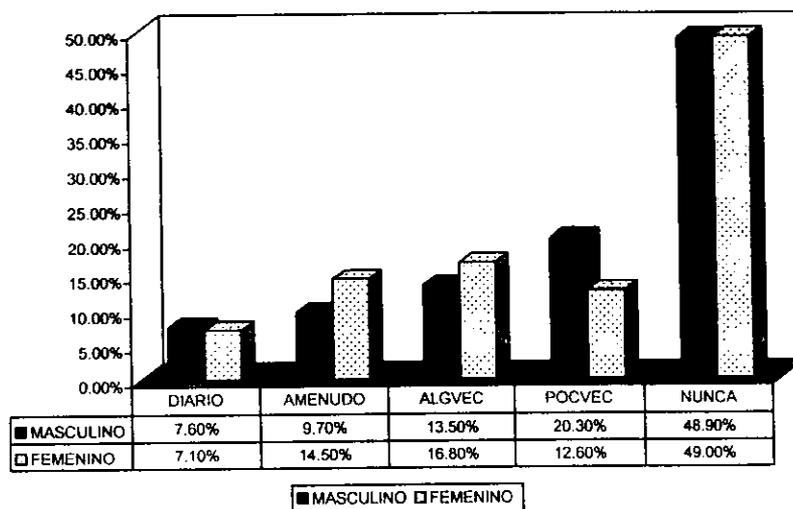


FIGURA CDS.- A10* sexo *usar hilo dental. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Usó hilo dental?"

B10.- EDAD *USAR HILO DENTAL

Con respecto a la edad y el hábito de usar hilo dental si se encontraron diferencias significativas, siendo los individuos de la edad 1 y 2 quienes lo utilizan en mayor proporción comparado con la edad 3 (ver tabla CDS.- B10 y figura CDS.- B10*)

TABLA CDS.-B10

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|------------|-------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| | 1 | 11 9.0% | 24 19.7% | 16 13.1% | 17 13.9% | 54 44.3% | 122 100.0% |
| | 2 | 21 8.9% | 34 14.5% | 36 15.3% | 36 15.3% | 108 46.0% | 235 100.0% |
| | 3 | 8 4.2% | 10 5.3% | 32 16.8% | 34 17.9% | 106 55.8% | 190 100.0% |
| TOTAL | | | | | | | |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 21.899 | | 8 | | .005 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .196 | | | | .005 | |

TABLA CDS.-B10 edad *usar hilo dental Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de usar hilo dental de los participantes

FIGURA CDS.-B10*

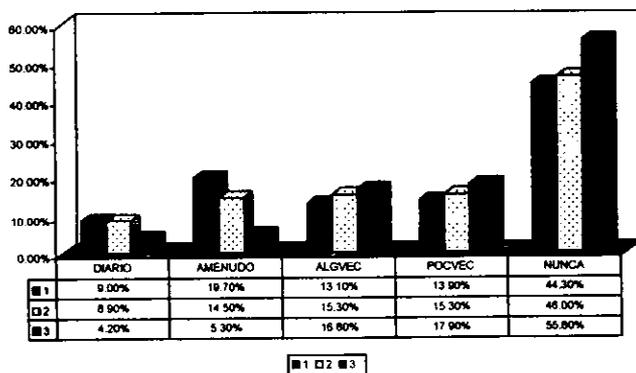


FIGURA CDS.-B10* edad *usar hilo dental Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Usó hilo dental?"

C10.- ESCOLARIDAD USAR HILO DENTAL

Se observaron diferencias significativas entre la escolaridad y el hábito de usar hilo dental en los participantes de esta investigación, siendo que los individuos que poseen escolaridad a nivel profesional y preparatoria practican este hábito en mayor proporción que los de otro nivel de escolaridad (ver tabla CDS.-C10 y figura CDS.-C10*)

TABLA CDS.-C10

| ESCOLARIDAD | DÍARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|------------|-------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| PRIMARIA | 2 2.4% | 5 6.0% | 10 12.0% | 9 10.8% | 57 68.7% | 83 100.0% |
| SECUNDARIA | 3 5.3% | 6 10.5% | 15 26.3% | 15 26.3% | 18 31.6% | 57 100.0% |
| PREPARATORIA | 6 6.3% | 17 17.9% | 13 13.7% | 13 13.7% | 46 48.4% | 95 100.0% |
| CARRERA TEC. | 10 8.9% | 2 1.8% | 13 11.6% | 20 17.9% | 67 59.8% | 112 100.0% |
| PROFESIONAL | 18 9.6% | 38 20.2% | 33 17.6% | 30 16.0% | 69 36.7% | 188 100.0% |
| NINGUNA | 1 8.3% | | | | 11 91.7% | 12 100.0% |
| TOTAL | 40 7.3% | 68 12.4% | 84 15.4% | 87 15.9% | 268 49.0% | 547 100.0% |
| | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | 70.373 | | 20 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | .338 | | | | .000 | |

TABLA CDS.-C10 ESCOLARIDAD USAR HILO DENTAL Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de usar hilo dental de los participantes

FIGURA CDS.-C10* ESCOLARIDAD USAR HILO DENTAL

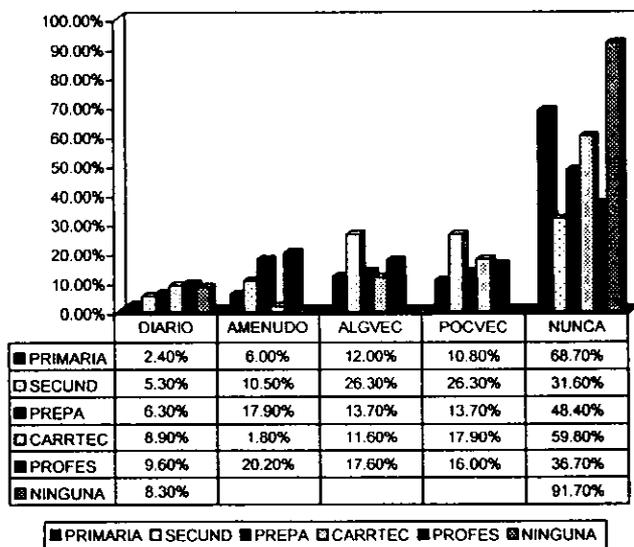


FIGURA CDS.-C10* ESCOLARIDAD USAR HILO DENTAL.
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Usó hilo dental?"

A11.- SEXO *USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD

No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el hábito de usar cinturón de seguridad de los participantes (ver tabla CDS.-A11 y figura CDS.-A11*)

TABLA CDS.- A11

| SEXO | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|-----------|--------------|--------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | MASCULINO | 97 40.9% | 58 24.5% | 30 12.7% | 11 4.6% | 41 17.3% | 237 100.0% |
| | FEMENINO | 110 35.5% | 63 20.3% | 35 11.3% | 25 8.1% | 77 24.8% | 310 100.0% |
| TOTAL | | 207 37.8% | 121 22.1% | 65 11.9% | 36 6.6% | 118 21.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARMAN CHI SQUARE | | 8.240 | | 4 | | .083 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .122 | | | | .083 | |

TABLA CDS.- A11 sexo *usar cinturón de seguridad Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre el sexo y el hábito de usar cinturón de seguridad de los participantes

FIGURA CDS.-A11*

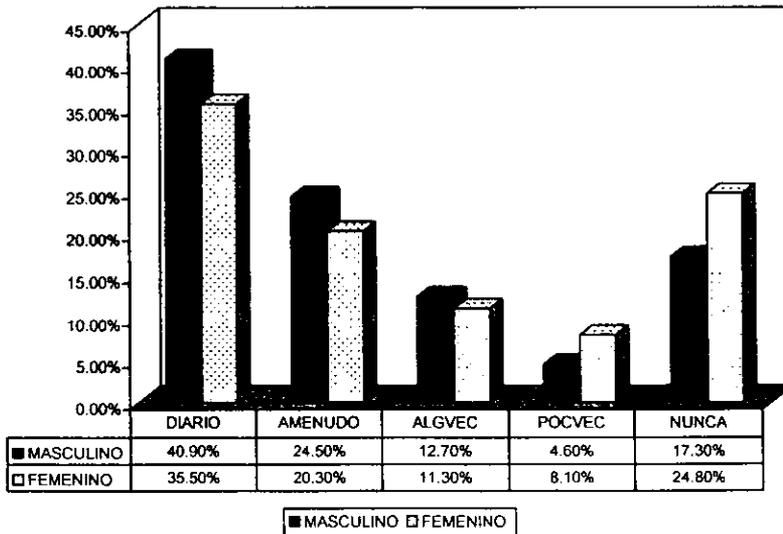


FIGURA CDS.-A11* sexo *usar cinturón de seguridad. Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Usó Cinturón de seguridad?"

B11.- EDAD *USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD

Con lo que respecta a la edad de los participantes y el hábito de usar cinturón de seguridad no se encontraron diferencias significativas entre estos (ver tabla CDS.-B11 y figura CDS.-B11)

TABLA CDS.- B11

| EDAD | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|-------------------------|---|------------------|--------------|---------------|-------------|--------------|---------------|
| | 1 | 52 42.6 % | 29 23.8% | 13 10.7% | 4 3.3% | 24 19.7% | 122 100.0% |
| | 2 | 85 36.2 % | 52 22.1% | 35 14.9% | 18 7.7% | 45 19.1% | 235 100.0% |
| | 3 | 70 36.8 % | 40 21.1% | 17 8.9% | 14 7.4% | 49 25.8% | 190 100.0% |
| TOTAL | | 207 37.8 % | 121 22.1% | 65 11.9% | 36 6.6% | 118 21.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG. | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 9.560 | | 8 | | .297 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .131 | | | | .297 | |

TABLA CDS.- B11 edad *usar cinturón de seguridad Puntajes obtenidos en la prueba X^2 donde se observan las diferencias entre la edad y el hábito de usar cinturón de seguridad de los participantes

FIGURA CDS.-B11

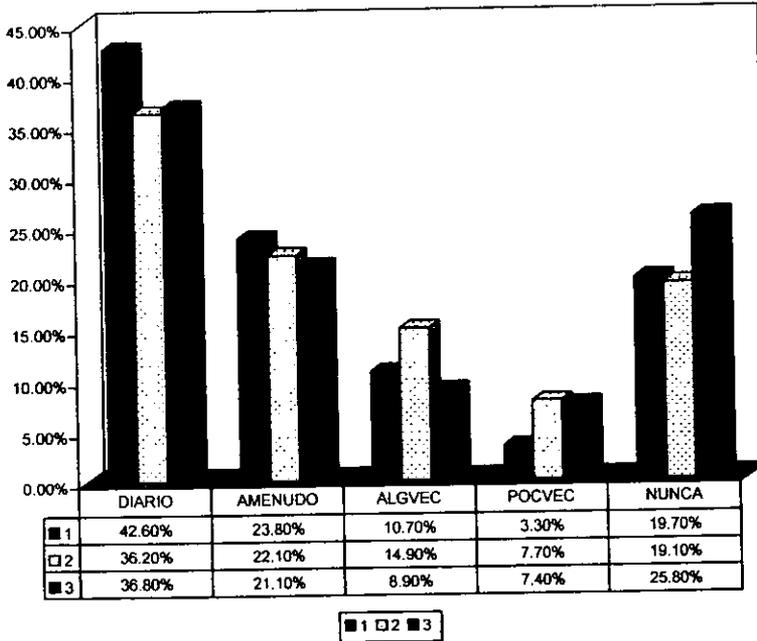


FIGURA CDS.-B11 edad *usar cinturón de seguridad
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Usó Cinturón de seguridad?"

C11.- ESCOLARIDAD *USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD

Se observan diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de los participantes y el uso de cinturón de seguridad, siendo que los individuos que poseen una escolaridad a nivel profesional lo utilizan en mayor proporción comparado con los de otro nivel de escolaridad y corroborando esto se observa que para los individuos que no poseen ninguna escolaridad reportan una frecuencia alta en la respuesta "nunca", siendo así que no utilizan el cinturón de seguridad en mayor proporción que los de otro nivel (ver tabla CDS.-C11 y figura CDS.-C11*)

TABLA CDS.- C11

| ESCOLARIDA D | | DIARIO | A MENUDO | ALGUNAS VECES | POCAS VECES | NUNCA | TOTAL |
|----------------------------|------------------|--------------|--------------|------------------|----------------|--------------|---------------|
| | PRIMARIA | 18 21.7% | 14 16.9% | 8 9.6% | 20 24.1% | 23 27.7% | 83 100.0% |
| | SECUNDARIA | 25 43.9% | 9 15.8% | 4 7.0% | 3 5.3% | 16 28.1% | 57 100.0% |
| | PREPARATORI A | 33 34.7% | 24 25.3% | 10 10.5% | 2 2.1% | 26 27.4% | 95 100.0% |
| | CARRERA TEC. | 46 41.1% | 28 25.0% | 15 13.4% | 4 3.6% | 19 17.0% | 112 100.0% |
| | PROFESIONAL | 85 45.2% | 43 22.9% | 28 14.9% | 7 3.7% | 25 13.3% | 188 100.0% |
| | NINGUNA | | 3 25.0% | | | 9 75.0% | 12 100.0% |
| TOTAL | | 207 37.8% | 121 22.1% | 65 11.9% | 36 6.6% | 118 21.6% | 547 100.0% |
| | | VALOR | | DF | | SIG | |
| SPEARSON CHI SQUARE | | 95.164 | | 20 | | .000 | |
| CONTINGENCY COEFFICIENT | | .385 | | | | .000 | |

TABLA CDS.- C11 escolaridad *usar cinturón de seguridad

Puntajes obtenidos en la prueba X_2 donde se observan las diferencias entre la escolaridad y el hábito de usar cinturón de seguridad de los participantes

FIGURA CDS.-C11 escolaridad *usar cinturón de seguridad

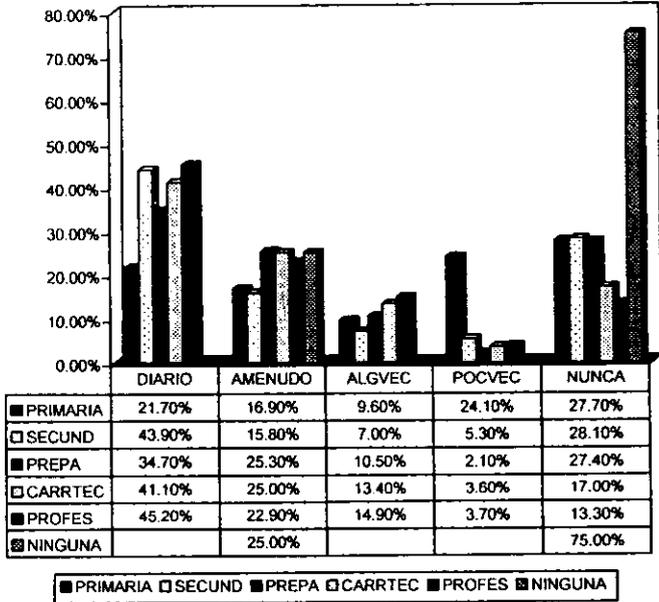


FIGURA CDS.-C11 escolaridad *usar cinturón de seguridad
 Representa la frecuencia de respuesta ante la pregunta: "en el año pasado ¿qué tan seguido Usó Cinturón de seguridad?"

CAPITULO VII

RESULTADOS

Con base en el análisis estadístico realizado en los datos obtenidos por el instrumento "FUNCIONAMIENTO DE SALUD" (Ramírez y Cortés, 2000) y con el programa estadístico SPSS aplicado en los datos, se puede observar de manera general y descriptiva parte del comportamiento relacionado con los estilos de vida y hábitos de salud de la población participante en esta investigación.

Primeramente se exponen los resultados encontrados en la prueba de correlación R de Pearson efectuada entre los hábitos de salud analizados en esta investigación, con el fin de observar la correlación existente entre los distintos hábitos alimenticios, la presentación de dichos resultados será en primer orden hábitos alimenticios, seguido por consumo de drogas y por último cuidados de la salud.

A) ALIMENTICIOS HABITOS

En base a los resultados observados en el capítulo anterior el abusar de la sal es un factor el cual se encontró relacionado con hábitos negativos como es comer entre comidas e ingerir comida chatarra, y viceversa, cuando no se tiene el hábito de abusar de la sal se consumen más alimentos nutritivos. En cuanto a comer entre comidas se halló que mientras más se tiene este hábito existe más correlación con abusar de la sal, lo cual corrobora el resultado encontrado en el hábito de abusar de la sal, asimismo con el hábito negativo de ingerir comida chatarra, además resulta obvio imaginar que mientras que se tenga el hábito de comer entre comidas se ingerirá comida chatarra aunado al abuso de la sal. Con respecto al consumo de comida chatarra se observó que este hábito se correlaciona con el hábito referente al abuso de sal (como vimos anteriormente) y con comer entre comidas, siendo entonces que entre más ingesta de comida chatarra mayor consumo tanto de sal como de comer entre comidas; y viceversa, puesto que entre más se consume comida chatarra menos se ingiere comida nutritiva.

Un dato interesante es el hábito referente a desayunar sustanciosamente el cual esta relacionado al comer menos, siendo que mientras más se desayune sustanciosamente, menos se comerá. Además de observar que el hábito de desayunar sustanciosamente esta relacionado con el consumo de alimentos nutritivos, es decir, cuando se desayuna sustanciosamente más se consumirán los alimentos nutritivos y habrá menor ingesta de comida chatarra.

Corroborando lo anterior se observa que cuando se frecuenta el hábito de ingerir alimentos nutritivos la correlación con abusar de la sal es negativa lo cual nos indica que al ingerir alimentos nutritivos el abuso de la sal es menor, asimismo sucede con el hábito de ingerir comida chatarra; además de que el hábito anterior esta relacionado con desayunar sustanciosamente, tal como se vio anteriormente.

Con relación a ingerir vitaminas solo se halló correlación mínima con hábitos como desayunar sustanciosamente y comer menos, siendo que cuando se come menos existe una tendencia mínima a ingerir vitaminas.

B) CONSUMO DE DROGAS

En el análisis de datos se puede observar que cuando existe un hábito de consumo de cafeína existe correlación con beber vino y tomar tequila. Sin embargo un dato aún más interesante es el arrojado por la prueba R de Pearson ante el hábito de tomar cerveza, tomar vino y tomar tequila los cuales están relacionados con el uso de drogas y viceversa el uso de drogas esta relacionado con tomar cerveza, tomar vino y tomar tequila; lo anterior nos muestra que el consumo de drogas esta relacionado y ligado uno con otro, puesto que entre mayor sea el consumo de cerveza, mayor será el de vino, el consumo de tequila y el uso de drogas, y viceversa, entre mayor sea el consumo de drogas habrá más ingesta de cerveza, vino y tequila; sin embargo, un dato aún más interesante es el hecho del consumo de tabaco el cual esta relacionado con todos los hábitos referentes al consumo de drogas estudiados en esta investigación, es decir, que cuando se consume el tabaco es mayor la probabilidad de consumir cafeína, tequila, cerveza, vino y usar drogas, y en el mismo sentido cuando se posee el hábito de consumir cafeína, cerveza, tequila, vino y usar drogas es mucha la relación con el consumo del tabaco.

Lo anterior nos deja ver que los hábitos referentes al consumo de drogas están relacionados unos con otros, siendo que cuando se tiene el hábito de alguno se sigue con otro, esto es, cuando se bebe cafeína probablemente sea acompañado de un cigarrillo, y si se fuma un cigarro tal vez sea acompañado de una cerveza, o de un tequila o de un vaso de vino o tal vez se acompañe con un poco de cocaína.

C) CUIDADOS DE LA SALUD

Es importante observar que al igual que en el área de consumo de drogas, un hábito conlleva a la práctica de otro de la misma clase, asimismo sucede en los cuidados de la salud, siendo que con base en los resultados observados en relación a los cuidados de la salud el hábito referente a caminar a diario se correlaciona con el hábito de conocer las calorías que se consumen en los

alimentos, con leer sobre salud, con beber sin cafeína, con platicar con amigos sobre salud y con realizar ejercicio, y en este mismo sentido el hábito de conocer las calorías se correlaciona con el de caminar a diario, leer sobre salud, etc, es decir, con los anteriores, lo mismo sucede con los demás hábitos, por ejemplo leer sobre salud tiene correlación con realizar ejercicio, conocer las calorías, caminar a diario, etc. En general se puede observar que al practicar o tener un hábito de salud con regularidad lleva al individuo a desarrollar hábitos relacionados entre sí, esto es, un hábito positivo lleva a realizar un hábito positivo y viceversa.

Sin embargo, es necesario mencionar que el hábito de beber sin cafeína no tuvo correlación significativa con otro hábito de cuidado de la salud, así mismo el hábito de dormir al menor 7 horas. Empero, se observó una correlación muy interesante y un tanto de sentido común al ver que el hábito de manejar rápido se correlaciona significativamente con el hábito de utilizar el cinturón de seguridad y en el sentido contrario, es decir, el hábito de usar el cinturón se correlaciona con manejar rápido.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la prueba chi cuadrada con c de contingencia.

En este sentido se seguirá la misma dinámica de descripción que en el capítulo de análisis de datos para mostrar los resultados obtenidos en esta investigación, comenzaremos describiendo los Hábitos alimenticios(HA), posteriormente, el consumo de drogas (CD) y por último los hábitos relacionados al cuidado de la salud (CDS), lo anterior con relación al sexo, edad y escolaridad de los participantes.

HABITOS ALIMENTICIOS

A) SEXO.

Con lo que respecta a los hábitos alimenticios de la población estudiada, de manera general, se encontró que los varones abusan de la sal en mayor proporción que las mujeres, por otro lado las mujeres en mayor proporción desayunan sustanciosamente a diferencia de los hombres que no lo acostumbran. En el mismo sentido de los hábitos alimenticios encontramos que las mujeres acostumbran ingerir alimentos nutritivos en mayor proporción que los varones, sin embargo en el reactivo de ingerir comida chatarra no se encontraron diferencias significativas lo cual nos muestra una contradicción con el reactivo anterior, por último observamos que no existen diferencias significativas en el reactivo de consumir vitaminas, comer entre comidas y comer menos, siendo que tanto hombres como mujeres en su tasa de respuesta presentan una conducta similar.

Al observar los datos anteriormente descritos se puede hallar que las mujeres suelen tener practicas saludables, o hábitos alimenticios más saludables que los hombres, sobre todo en los hábitos que se refieren a desayunar sustanciosamente, abusar de la sal e ingerir alimentos nutritivos, sin embargo, también se observan respuestas similares ante los factores de comer entre comidas, comer menos, comer chatarra e ingerir vitaminas, lo cual nos deja ver que las mujeres aunque tienen mayor proporción de hábitos alimenticios saludables, también poseen una tendencia a responder como los varones en los ítems antes mencionados.

B) EDAD.

Con lo que respecta al hábito de abusar de sal se encontraron diferencias significativas puesto que las personas del rango 1 y 2 abusan más de esta sustancia que los de la 3 edad, así como también el hábito de comer entre comidas, siendo la edad 3 quienes comen entre comidas en menor proporción que la edad 1 y 2, en relación al hábito de comer menos encontramos que las personas de la edad 1 y 2 lo hacen en mayor proporción que los individuos dentro de la edad 3, y en el hábito de ingerir comida chatarra los individuos de la edad 3 lo hacen en menor proporción que los de la edad 1 y 2, este último resultado corrobora el hábito de abusar de la sal, siendo que las personas de la edad 3 abusan menos de esta sustancia y asimismo de la comida chatarra, sin embargo en relación al hábito de ingerir alimentos nutritivos no se hallaron diferencias significativas lo cual nos muestra una contradicción con el hábito anterior. En este mismo sentido tampoco se encontraron diferencias significativas en relación al hábito de ingerir alimentos nutritivos.

Los datos anteriores nos dejan entrever que las personas en el rango de edad 1 (18 a 25 años) frecuentan los hábitos poco saludables, por ejemplo comer entre comidas y abusar de la sal, a diferencia de las personas de la edad 3 (entre 46 y 70) quienes tienen estos hábitos en menor proporción. Sin embargo es contradictorio notar que los individuos de la edad 3 tiendan a realizar en mayor proporción el hábito de ingerir comida chatarra. Por otro lado, cabe resaltar que como un hábito positivo de salud como es comer menos lo practican en mayor proporción las personas de la edad 1, siendo que los que lo practican menos son de la edad 3.

C) ESCOLARIDAD.

Con relación a la escolaridad y los hábitos alimenticios no se hallaron diferencias significativas con el hábito de abusar de la sal, desayunar sustanciosamente e ingerir alimentos nutritivos, sin embargo se encontraron diferencias significativas con relación a comer entre comidas siendo que los individuos que poseen un nivel de escolaridad de preparatoria, carrera técnica y profesional realizan este hábito en mayor proporción, además las personas que tienen una escolaridad a nivel profesional frecuentan más el hábito de comer menos, corroborando el resultado anterior se puede observar que las personas de nivel preparatoria y profesional tienden a comer comida chatarra en mayor proporción, siendo así, que al comer entre comidas probablemente consuman comida chatarra, y por último se hallaron diferencias significativas en relación con ingerir vitaminas, siendo este hábito de salud realizado en mayor proporción por quienes tienen una escolaridad a nivel carrera técnica, preparatoria y profesional.

Con base a lo anterior se puede observar que los individuos que poseen escolaridad a nivel profesional, preparatoria y carrera técnica poseen en mayor proporción el hábito de comer entre comidas, y a la vez suena contradictorio que las personas a nivel profesional tengan el hábito de comer menos siendo que en el hábito de comer entre comidas muestran altas frecuencias de respuesta. Sin embargo se corrobora esto último al ver el resultado del ítem referente al hábito de ingerir comida chatarra siendo las personas a nivel profesional y preparatoria quienes consumen esta comida en mayor proporción. Por último, encontramos un dato interesante, que nos muestra que a pesar de que las personas a nivel profesional y preparatoria tienden a comer entre comidas y además ingieren comida chatarra en mayor proporción, también son estas las que, aunando a ellas a las personas de carrera técnica, quienes poseen el hábito de ingerir vitaminas en mayor proporción que otros individuos.

CONSUMO DE DROGAS

A) SEXO.

Con relación al hábito de beber cafeína no encontramos diferencias significativas, así como para el consumo de drogas, siendo que tanto hombres como mujeres tienen de manera similar el consumo de estas sustancias o hábitos. Sin embargo se hallaron diferencias significativas para el consumo de tabaco, cerveza, vino y tequila siendo en todos estos hábitos, los hombres quienes consumen en mayor proporción, esto sea probablemente a la influencia de amigos para ir a beber o consumir el cigarro.

Con base a los datos anteriormente descritos, se puede observar que los varones practican en mayor proporción hábitos que desfavorecen la salud en comparación con las mujeres, por ejemplo, en tomar cerveza, tomar tequila, tomar vino, consumir tabaco, y esto se puede relacionar con el apartado de hábitos alimenticios en donde encontramos un resultado similar, donde los hombres tienden a realizar hábitos poco saludables, sin embargo, se observa que no existen diferencias entre los sexos cuando se habla de beber cafeína o de usar drogas, siendo que probablemente los consumen o no de igual manera.

B) EDAD.

En el caso de la edad no se hallaron diferencias significativas para los hábitos de tomar vino y tequila, sin embargo se encontraron diferencias en los hábitos de beber cafeína, consumir tabaco, tomar cerveza y usar drogas, siendo que los individuos dentro del rango de edad 1 (18 a 25 años), tienden a consumir los productos anteriores en mayor proporción que la edad 2 y 3, sin embargo en la edad 2 (26 a 45 años) los individuos presentan una frecuencia media para la practica de estos hábitos, y en lo que se puede observar con regularidad es que las personas dentro del rango de edad 3 (46 a 70 años) practican en menor proporción estos hábitos, probablemente por que deben evitar el consumo de estas sustancias para su salud.

Con facilidad podemos observar que la personas dentro del rango de edad 1 practican hábitos negativos o que atentan contra la salud en mayor proporción que las personas dentro del rango de edad 1 y 2, esto puede ser debido a que son jóvenes y aún no presentan repercusiones en su salud.

C) ESCOLARIDAD

Con relación a la escolaridad de la población no se hallaron diferencias significativas en cuanto al hábito de beber cafeína, y el de tomar cerveza, sin embargo se hallaron diferencias con los reactivos de consumir tabaco siendo los individuos de preparatoria y profesional quienes lo consumen en mayor proporción, con respecto al tomar vino los individuos a nivel preparatoria practican este hábito con mayor frecuencia, y los que no poseen ninguna escolaridad lo hacen en mediana proporción, a comparación de otros niveles de escolaridad.

En este mismo sentido los individuos de secundaria y carrera técnica consumen tequila en mayor proporción que otros. Y por último los individuos

que no poseen ninguna escolaridad tienen a usar drogas en mayor proporción que otros niveles de escolaridad.

Con base a lo anterior se puede observar que tratándose de consumo de drogas no se respeta el nivel de escolaridad, siendo que las personas a nivel profesional y preparatoria consumen más tabaco, pero las personas de preparatorias, secundaria y carrera técnica consumen en mayor proporción el vino y el tequila, además cabe destacar que en el consumo de la cerveza no se hallaron diferencias significativas, y de acuerdo a los datos se puede observar que existe un consumo muy similar para todos los niveles de escolaridad, y por último las personas que consumen drogas en mayor proporción que otras son aquellas que no poseen ningún grado de escolaridad.

CUIDADOS DE LA SALUD.

A) SEXO

Se encontraron diferencias significativas con relación a beber sin cafeína, siendo que las mujeres practican este hábito en mayor proporción que los hombres, corroborando que los varones son quienes consumen en mayor proporción la cafeína. También se encontró que los hombres practican el hábito de caminar a diario en mayor proporción que las mujeres, siendo también que los hombres manejan rápido en mucha mayor frecuencia que las damas, así mismo realizan más ejercicio que las mujeres.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en los hábitos de salud referentes a conocer las colorías que se consumen, a dormir al menos 7 horas al día, a leer sobre salud, a medir el colesterol, a platicar con amigos, a usar hilo dental y a utilizar el cinturón de seguridad, observando que ambos tienen una frecuencia de respuesta similar.

Con base a lo anterior se observa que los hombres tienen hábitos desfavorables para la salud como es el manejar rápido en mayor proporción que las mujeres, y beber sin cafeína en menor proporción que las damas, y esto corroborando con las áreas referentes a los hábitos alimenticios y al consumo de drogas, sin embargo los varones realizan en mayor proporción el hábito de realizar actividades físicas como son el caminar a diario y el realizar ejercicio siendo los hombres quienes practican estos hábitos saludables en mayor proporción que las mujeres.

B) EDAD

No se encontraron diferencias significativas entre la edad de los participantes y el hábito de beber sin cafeína, tampoco se encontraron diferencias en el hábito de conocer las calorías que se consumen, y de utilizar el cinturón de seguridad, entre estos hábitos de salud no se encontraron diferencias significativas en relación con la edad.

En relación a los hábitos de caminar a diario, de dormir al menos 7 horas, encontramos que las personas dentro del rango de edad 3 lo practican en mayor proporción que otros individuos de edad 1 y 2. Así mismo en el hábito de leer sobre salud, y medir el colesterol hallamos que las personas entre 46 y 70 años (3) tienen este hábito en mayor proporción que las personas de entre 18 y 45 años, el mismo resultado fue encontrado para el hábito de platicar con amigos sobre salud. Se encontró que las personas de la edad entre 18 y 25 años practican el hábito de manejar rápido en mayor proporción que las personas de entre 26 y 45 (2) y de 46 a 70 (3) estos últimos reportan no manejar rápido en mayor proporción que las personas entre la edad 1 y 2. Datos interesantes nos muestran que los individuos de edades 1 y 3 realizan ejercicio en mayor proporción que las personas en el rango de edad 2, por otro lado encontramos que las persona de edad 1 y 2 frecuentan el hábito de usar hilo dental en mayor proporción que las personas de la edad 3.

Con base a los datos anteriormente descritos se observa que las personas de la edad en el rango 3 (46 a 70 años) practican en mayor proporción hábitos que favorecen su salud, a diferencia de las personas de la edad 1 que lo hacen en menor proporción, sin embargo aparece un dato interesante, en el cual, las personas del rango de edad 1 tienden a realizar ejercicio con mayor frecuencia, empero puede deberse a la juventud. Además cabe destacar que un hábito positivo de salud es el uso del hilo dental, lo cual tiende a utilizar en mayor proporción las personas de la edad 1 y 2, probablemente esto sea debido a la actual difusión del uso de hilo dental.

B) ESCOLARIDAD.

Con respecto a los hábitos referentes al cuidado de la salud y la escolaridad de los participantes se encontraron datos muy interesantes, como en el caso de beber sin cafeína en donde las personas con escolaridad a nivel profesional reportan tener este hábito en mayor proporción que otros individuos. En el caso del hábito de caminar a diario se encontró que las personas que no poseen ningún grado escolar y los que únicamente poseen la primaria caminan a diario en mayor proporción que en los otros niveles de escolaridad. Con relación al hábito de conocer las calorías que se consumen se encontró que las

personas a nivel profesional tienen este hábito en mayor proporción que los otros individuos. Con respecto al hábito de dormir al menos 7 horas, de manera muy interesante se encontró que las personas que no poseen ninguna escolaridad tienen este hábito en mayor proporción comparado con los de otro nivel escolar. Con respecto al hábito de leer sobre salud se encontró que las personas a nivel profesional poseen este hábito en mayor proporción. Un dato muy interesante se encontró con lo que respecta al hábito de manejar rápido hallando que las personas que tienen escolaridad a nivel preparatoria lo practican en mayor proporción que otros participantes. Con relación a medir el colesterol no se hallaron diferencias entre la escolaridad y la realización de este hábito. Con respecto al hábito de platicar con amigos sobre salud se halló de manera muy interesante, que las personas a nivel secundaria y sin ninguna escolaridad tienden a realizar este hábito en mayor proporción.

En cuanto al hábito de realizar ejercicio encontramos que las personas a nivel profesional y carrera técnica procuran este hábito en mayor proporción, asimismo las personas a nivel profesional y preparatoria realizan en mayor proporción el hábito de usar hilo dental. Y por último un dato muy interesante es que las personas que poseen una escolaridad a nivel profesional utilizan el cinturón de seguridad en mayor proporción que otros participantes que poseen una escolaridad distinta.

Por lo que se observa en los datos anteriormente descritos es una tendencia de la gente que cuenta con escolaridad a nivel media y superior, es decir preparatoria, carrera técnica y principalmente a nivel profesional que presentan hábitos de salud positivos, como el beber sin cafeína, conocer las calorías que se consumen, leer sobre salud, realizar ejercicio, usar hilo dental y cinturón de seguridad, sin embargo quienes no poseen ninguna escolaridad, o a nivel primaria y secundaria tienden a realizar hábitos de salud que van encaminados a la necesidad como es el hecho de caminar a diario o a platicar con amigos sobre salud. Cabe señalar que los participantes a nivel preparatoria indican manejar rápido en mayor proporción que otros, lo cual nos muestra similitud con el factor de la edad en la cual las personas de entre 18 a 25 manejan rápido con mayor frecuencia.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados observados y con base al objetivo general de esta investigación el cual se refiere a identificar las necesidades y carencias de la población en cuanto a hábitos de salud y estilos de vida, nos encontramos que los hábitos de salud de la población en general tienen un común denominador, cuando se practican hábitos negativos, estos conllevan a realizar otro hábito negativo de igual manera, un hábito positivo, siempre es seguido por otro hábito positivo.

Esto se encontró con la prueba R de Pearson entre reactivos, lo anterior nos deja ver cómo una conducta se va reforzando con otra subsecuente y dirigida al mismo sentido, en relación a esto Henderson, Hall y Lipton (1980) (en: Rodríguez y Rojas, 1993), mencionan que cuando una forma recurrente de comportamiento se ejecuta de forma estructurada y constituye el modo habitual de responder ante diferentes situaciones, se considera un hábito, así mismo la teoría del aprendizaje propone que una conducta se aprende a través del condicionamiento clásico (donde un estímulo condicionado evoca una respuesta en asociación con otro estímulo llamado incondicionado); o por el condicionamiento operante (en donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o castigo) (Stone, 1979 en: Ramírez y Cortés, 1999). Con base en lo anterior podemos observar la manera en que se explica la conducta, se aprende y se mantiene un hábito en este caso de salud.

Partiendo de lo anterior se encontró que el realizar un hábito alimenticio negativo como es abusar de la sal o comer entre comidas, lleva a ingerir comida chatarra, lo cual demuestra que una conducta como ingerir comida chatarra refuerza el consumo de sal o la práctica de comer entre comidas, asimismo un hábito positivo referente a los hábitos alimenticios como es desayunar sustanciosamente, esta relacionado con ingerir alimentos nutritivos, comer menos. Como consecuencia se observó que el consumo de sal es menor, el comer entre comidas se reduce, e igualmente la ingestión de comida chatarra.

Lo anterior nos muestra como se relaciona un hábito de salud y lleva una secuencia, pero ¿qué provoca que la gente no tenga hábitos alimenticios saludables? La gente menciona muchas razones o excusas para no realizar un

Lo anterior nos muestra como se relaciona un hábito de salud y lleva una secuencia, pero ¿qué provoca que la gente no tenga hábitos alimenticios saludables? La gente menciona muchas razones o excusas para no realizar un estilo de vida saludable; algunos obstáculos para cubrir ese objetivo es que la gente no esta motivada para llevarlos a cabo porque cree que no son importantes y presenta excusas como estas: “no tengo tiempo para preparar alimentos saludables”, “mis padres siempre comieron alimentos altos en grasa y vivieron 85 años”, “a mis hijos no les gustan las verduras y mi esposo dice que les prepare carne para comer”, “yo no tengo esos hábitos arraigados y el cambio es muy duro”, entre muchos otros pretextos que obstaculizan el aprendizaje y mantenimiento de hábitos saludables y por ende un cambio en el estilo de vida (Del Rey Calero y Calvo, 1998)

Siguiendo el camino de los hábitos que llevan a un estilo de vida saludable, observamos a partir de los datos obtenidos en este trabajo, que en la población el consumo de drogas sigue el común denominador antes mencionado, así, el consumo de una droga invita a consumir otra, por ejemplo el tomar una taza de café probablemente sería acompañado de un cigarrillo, o empezar a tomar una cerveza, probablemente terminaría tomando tequila y por último consumiendo drogas y esto es encontrado frecuentemente en nuestra población, sin embargo habría que observar las motivaciones para consumir el alcohol, entre las cuales se encuentran sus efectos desinhibidores, lo que provoca una sensación de poder, de vigor incitando a probar más, algunas investigaciones han mostrado que el alcohol tiene un valor discriminante conveniente, que los jóvenes a pesar de ser conscientes de que en determinados momentos consumen alcohol en forma excesiva no lo asocian con repercusiones negativas, ya no a problemas de salud o accidentes de tráfico, ni siquiera al exceso de ruido, molestias a vecinos o a la propia familia. Siendo así, en su esquema de pensamiento las creencias positivas disminuyen la magnitud de las consecuencias negativas (Álvarez, 1999).

Con lo que respecta al consumo de drogas en la población participante cabe señalar que no se encontró correlación con el hábito de tomar cafeína y usar drogas, esto probablemente sea por la generalización en el consumo del café y porque el consumo de drogas no es específico de un solo sexo, como lo es el alcohol, el cual se encuentra más en el sexo masculino. Sin embargo, es importante hacer énfasis que el consumo de drogas ha de ser evaluado en un continuo que corresponde a las pautas de consumo que los

distintos individuos pueden mostrar, se empieza probando, si se sigue, se empieza a consumir con baja frecuencia, y con el tiempo, la misma puede ir aumentando hasta que el consumo se convierte en habitual. (Frojan, Nieto, y Quintana, 1999).

Como hemos visto, el consumo de alcohol, el tabaco y las prácticas dietéticas inapropiadas explican alrededor del 40% de las causas de mortalidad (Rodríguez y García, 1995, en: Álvarez, 1999).

Sin embargo, también contamos con lo referente al cuidado de la salud, siendo que en la población se encontraron correlaciones significativas entre los hábitos positivos; cuando se realiza un hábito positivo de salud se relaciona con otros hábitos positivos, por ejemplo realizar ejercicio, se relaciona con leer sobre salud, con medir el colesterol, con medir las calorías que se consumen. Esto nos muestra que un hábito positivo de salud lleva a otro del mismo tipo, por ejemplo al realizar actividades deportivas las tareas físicas se realizarán con un mínimo de esfuerzo puesto que se fortalecen los diversos mecanismos corporales, como es el cardiorrespiratorio entre otros, el sistema cardiovascular se beneficia en mayor grado, aparte de los beneficios estéticos que se obtienen con la realización de actividad física incluyendo el deseo de leer sobre ejercicio (o salud), medir la grasa o el colesterol que se consumen, además de la evitación del consumo de comida chatarra, si en dado momento no se tienen estos hábitos saludables se cae en el sobre peso que lleva consigo muchos problemas de salud, puesto que el sobre peso esta asociado con niveles de colesterol alto, el desarrollo de hipertensión, de trastornos en el corazón y diabetes (Del Rey Calero y Calvo, 1998), por lo tanto, la realización de hábitos positivos de salud conllevan al desarrollo de un estilo de vida saludable, reflejado en un cuerpo sano y por ende a la prevención de la enfermedad.

Así, podemos observar que los hábitos positivos previenen la enfermedad, ¿pero hacia quién se dirigirá un programa de promoción de y para la salud?. Conforme a esta investigación encontramos que en relación a los hábitos alimenticios, las mujeres practican más hábitos positivos que los hombres, sin embargo, tanto las mujeres como los hombres practican hábitos alimenticios negativos.

Por lo tanto, un programa debe dirigirse a ambos géneros, enfatizando en las amas de casa la práctica de elaboración de alimentos nutritivos. A los hombres o adolescentes que salen de casa a trabajar o estudiar, y siendo que su ritmo de vida no les permite comer en casa, establecer comportamientos

relacionados a la búsqueda de alimentos saludables, tratando de hacer conciencia de la importancia de consumir alimentos saludables, en tener una dieta equilibrada, en consumir los alimentos en buenas condiciones higiénicas, evitar el consumo de dietas con alto contenido de grasas, azúcares, colesterol, etcétera.

Lo anterior ayudaría a prevenir las enfermedades coronarias, angina de pecho, accidentes cerebro vasculares, hipertensión, diabetes, obesidad, arterosclerosis, trastornos digestivos, asimismo, a evitar las dietas con pocas calorías para prevenir, reducir y eliminar problemas de desnutrición, anemia, problemas de crecimiento, raquitismo, etcétera. También es importante promover la realización de actividad física, que como ya se mencionó, conlleva repercusiones positivas en el organismo (Serrano, 1990).

Como se puede observar, los hábitos alimenticios saludables previenen muchas enfermedades, sin embargo y en base a los datos encontrados en este trabajo, la práctica de estos hábitos es más frecuente en las personas de edad avanzada, que en los individuos de corta y mediana edad, estos últimos practican hábitos negativos en mayor proporción, tal vez esto sea por que aún no tienen consecuencias graves en su salud por el consumo de grasa, comida chatarra o abuso de sal, siendo que las personas de edad avanzada probablemente ya hayan tenido alguna consecuencia en su salud por consumir alimentos poco saludables, asimismo los individuos jóvenes además de tener hábitos alimenticios negativos, practican el consumo de drogas en mayor proporción que las personas adultas o mayores, igualmente consumen más bebidas alcohólicas que los adultos.

Corroborando lo anteriormente mencionado, Elzo, (1994; en: Álvarez, (1999), encontraron que entre más temprana sea la iniciación en el consumo de alcohol mayores son los problemas de salud que se tendrán en la vejez, además de encontrar que uno de los problemas que por su magnitud es muy delicado es el referente al incremento del consumo de alcohol entre los adolescentes y los jóvenes. Una de las causas de lo anterior es la presencia de campañas publicitarias en los medios de comunicación asociando el consumo de alcohol con la diversión (Trafimow, 1996; en: Alvarez, op.cit.) enmascarando los efectos negativos del alcohol.

Aunado a lo anterior está el hecho de las motivaciones que los adolescentes tienen para consumir el alcohol, como es el considerarlo un símbolo de estatus, además se le atribuyen características de facilitador para el encuentro sexual, de asertividad y para la diversión, por otro lado, el consumo se realiza en el tiempo libre y en compañía de amigos, especialmente los fines de semana y con personas de la misma edad (Alvarez,1999).

Asimismo, encontramos en esta investigación que los hombres son los que practican más los hábitos de ingerir bebidas alcohólicas, corroborando lo mencionado por Basabe y Paez, (1992), quienes argumentan que dentro del papel masculino, el alcohol actúa como una forma de obtener reconocimiento y estatus por parte de los pares, debido a que se supone que aquél que toma mucho y nada le ocurre posee un gran autocontrol. Todo ello le permite al joven con estas "virtudes" sentirse integrado y valorado, a su vez le proporciona seguridad dentro del grupo, y todo esto juega un papel importante en los jóvenes debido a que están en la búsqueda de la autoestima y de una evaluación favorable de sí mismos, la que se refuerza a través de la integración social al grupo de iguales, favorecida por la ingesta de alcohol.

Además el consumo de alcohol es vivido como una forma de comportamiento adulto, el cual es asimilado por los jóvenes. Aunado a lo anterior se encuentran las creencias sobre el consumo del alcohol (Alvarez, 1999), en donde se deben considerar las motivaciones, actitudes, percepciones, explicaciones, emociones y conductas que las personas tienen al respecto. Puede argumentarse que el alcohol no es sólo una droga, sino un símbolo social que impregna las relaciones interpersonales y las cogniciones intrapersonales y que ha sido forjado como muchos otros símbolos sociales, a través de la historia.

Así mismo, el consumo de tabaco en los jóvenes les proporciona un estatus social. Sin embargo, la problemática del consumo del tabaco es muy diversa y con consecuencias muy graves (The World Health Report, 1999).

Si se siguieran patrones comunes de erradicación, cerca de 500 millones de fumadores que aún viven podrían evitar el morir eventualmente a causa del consumo del tabaco. Se considera que la mortalidad por tabaco crecerá de 4 millones de muertes en el 98 a 10 millones en el 2030 y la mitad de estas

muerres serán en el grupo de 35 a 69 años, incluyendo a muchos en la vida productiva.

Se ha descubierto que en los países desarrollados el fumar ha causado cerca de 62 millones de muertes entre 1950 y el 2000, en México se calcula que hay unos 13 millones de fumadores y 48 millones de habitantes afectados por la exposición al humo del tabaco; además el fumar está íntimamente relacionado con las enfermedades cardiorrespiratorias y en las poblaciones donde el fumar ha estado presente por décadas, cerca del 90% de los fumadores adquieren cáncer de pulmón, del 15 al 20% otro tipo de cánceres, 75% enfermedades crónicas, como bronquitis crónica y enfisema pulmonar y el 25% de muertes que ocurren por enfermedades cardiovasculares en personas de 35 a 69 años son atribuidas a daños provocados por el tabaco.

La muerte por tabaco actualmente ocurre en hombres fumadores y en niños que conviven con ellos, además de incrementarse el número de mujeres fumadoras. Muchas de estas muertes pueden ser evitadas en una proporción sustancial si los adultos fumadores no realizaran el hábito de fumar delante de los niños y la mitad de los adultos fumadores lo dejarán en los siguientes 20 años, y por lo tanto cerca de un tercio de estas muertes podrían ser evitadas en el 2020.

Estos cambios podrían prevenir 20 o 30 millones de muertes a mitad del siglo. (the World Health Report, 1999). En México las acciones contra esta epidemia se están empezando a gestar como es el caso de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) quienes se comprometieron a instalar 20 clínicas de tabaquismo a nivel nacional este año (2001) y en un futuro 50 más, así como desarrollar actividades de prevención y tratamiento contra esta adicción.

Esta acción representa la suma de esfuerzos para disminuir este grave problema de salud pública, sobre todo entre menores de edad, ya que los niños que inician el hábito entre los 10 y 12 años tienen más posibilidades de consumir una droga ilegal a los 14 ó 15 años. Y aún de mayor importancia es lo referido por la OMS quién estima que en 28 años enfermedades asociadas al tabaquismo serán la primera causa de muerte en el mundo. (OMS, 2001)

Habría entonces que preguntarse ¿cómo evitar la epidemia? Esta pregunta dirigida no sólo al consumo de tabaco, sino al uso de alcohol y drogas, las cuales tienen un efecto similar o aún más grave en la población, causando enfermedades crónico degenerativas implicando enfermedades graves en los individuos.

Por lo tanto, la prevención de las enfermedades es de suma importancia para la salud de los individuos. Evitando el consumo de drogas de cualquier tipo, no solo el alcohol y el tabaco, además, se sabe que realizando hábitos saludables se previenen enfermedades crónico – degenerativas, Ramos-Galván (2000) informa que la promoción de la salud comienza en las escuelas y en la familia, siendo estos ambientes los que de manera inicial influyen y establecen en el individuo pautas comportamentales que mantendrá durante su vida, por esto la promoción de estilos de vida saludables contribuyen a la aparición de hábitos necesarios para preservar la salud.

De lo anterior deriva la importancia de desarrollar programas de promoción de la salud, que también estén enfocados a la prevención del consumo de drogas.

En este mismo sentido, el consumo de drogas, se ve influenciado por la relación con los amigos, la accesibilidad a la sustancia, la opinión hacia el uso de drogas, el estatus socioeconómico y las variables demográficas además de ciertas características de personalidad (Frojan, Nieto, Quintana, 1999), incluyendo algunos factores que influyen en el consumo de este tipo de sustancias como son: la ansiedad y la depresión íntimamente relacionadas con el consumo de drogas (Mehrabian, 2001).

Al igual que el alcohol y el tabaco, el consumo de drogas es una respuesta mucho más compleja en la cual diversos autores la conceptualizan como una forma de adaptación del adolescente a su medio, una forma de enfrentamiento al mundo y tiene relación con las conductas del individuo, siendo que el uso de drogas puede suplir con éxito la carencia de otras habilidades y por ello será una respuesta altamente reforzada en el repertorio conductual (Santacreu, Forjan y Hernández, 1991,1992, en: Frojan, Nieto y Quintana, 1999). Mehrabian, (2001), menciona que la ansiedad influye más en el consumo y abuso de drogas y alcohol que la depresión, sin embargo son factores que se deben considerar al realizar programas de prevención.

Por lo tanto, el consumo del alcohol o el uso de otras drogas, no son solo comportamientos poco saludables sino que están influenciados por diversos aspectos internos y externos del individuo que lo motivan a consumir. Esto debe tomarse en cuenta para elaborar programas de promoción de la salud en adolescentes en las fases iniciales del consumo y en población adulta.

Con base a lo anterior podemos observar que en nuestros resultados los adolescentes y adultos jóvenes son grupos en alto riesgo de contraer enfermedades a largo plazo, ya que en lo referente al cuidado de la salud presentan en menor proporción la práctica de hábitos positivos comparándolos a los grupos de adultos y adultos mayores, a este respecto San Martín (1998), menciona que existen variaciones socioculturales de los comportamientos en los diferentes grupos humanos en relación con los problemas de salud, por ejemplo, en la manera cómo las personas de una misma comunidad definen los problemas, en la forma en que perciben el dolor, cómo reaccionan ante la enfermedad, cómo participan en los programas de salud, cómo perciben el retraso en buscar tratamientos preventivos, el uso de auto tratamientos, o en la actitud preventiva, y estas diferencias están relacionadas con actitudes diferentes en los grupos dependiendo de la edad, sexo, profesión o trabajo, cultura, educación, etcétera.

Los sociólogos han demostrado que los grupos más pobres y más incultos sienten menos las diferencias de percepción ante la salud – enfermedad, que la población con mejor condición socioeconómica, tal vez porque estos últimos comprenden mejor los problemas de salud – enfermedad y la forma como operan los servicios de salud.

Así, la percepción de la salud varía dependiendo de la situación individual, lo cual se corrobora con los resultados encontrados en esta investigación, en la cual se halló una diferencia muy significativa con relación a los distintos grupos, esto es, que en relación a los hábitos alimenticios, consumo de drogas y cuidados de la salud, las mujeres realizan hábitos positivos en mayor proporción que los hombres. Con lo que respecta a la edad, los individuos de la edad 3 (que corresponde de 46 a 70 años) realizan más hábitos positivos que los de edad 1 (18 a 25 años) y 2 (26 a 45

años), en relación a los hábitos alimenticios, consumo de drogas y cuidados de la salud. Asimismo, los individuos con mayor escolaridad tienden a realizar más hábitos positivos que los de menor escolaridad.

En el caso de las mujeres, en esta investigación encontramos que practican en mayor proporción los hábitos alimenticios, además corroborando lo anterior encontramos un dato importante referente a la morbilidad, mortalidad y vida media entre ellas y los hombres. Las mujeres mueren menos que los hombres a toda edad, y al final, se acumulan más mujeres que hombres en la población, sin embargo las mujeres enferman más que los hombres pero sus enfermedades son menos graves, además ellas declaran más sus enfermedades que los hombres con el objetivo de cuidarse más oportuna y cuidadosamente (San Martín, 1998).

San Martín (1998) explica esta diferencias entre hombres y mujeres por la relación con los riesgos ante la enfermedad, por la diferente actitud y grado de preocupación por la salud, diferente tipo de educación familiar en niños y niñas, siendo para la mujer una educación más de prevención que en los hombres y por las diferencias en el tipo de trabajo social (los hombres trabajan en minas, industria).

Asimismo los hombres presentan en mayor proporción conductas de riesgo como es, entre otros aspectos, el consumo del tabaco.(Miller, Lestina, & Gordon, 2001)

Con respecto a lo anterior y corroborando los resultados encontrados en esta investigación en lo referente al consumo de tabaco, el cual es mayor en los hombres, San Martín (1998) nos refiere que este hábito afecta más a los hombres que a las mujeres, lo mismo sucede en lo referente a los hábitos alimenticios negativos, así, las mujeres parecen preocuparse mucho más que los hombres por las dietas, los cursos de gimnasia, y por el control de los factores anteriormente mencionados, lo que deriva en la importancia básica para el cuidado de la salud en la calidad y cantidad de alimentos habituales en la prevención de las enfermedades.

A este respecto Fox, (1997) menciona que en la actualidad la mayor parte de la gente tiene la posibilidad de escoger lo que quiere comer, cuánto quiere comer y sin embargo no siempre se logra consumir una dieta balanceada, cuyo concepto involucra cantidades adecuadas de nutrientes, teniendo como consecuencia una dieta saludable que fomenta y

proporciona la salud en los individuos, es por ello que aunque se tiene la posibilidad de elegir los alimentos, la cultura actual nos enseña a comer en abundancia alimentos poco saludables, dando origen a lo que Fox (op.cit) denomina enfermedades de la abundancia como son la insuficiencia coronaria y algunos tipos de cáncer entre otras enfermedades en donde se ven involucrados no solo los aspectos alimentarios sino que su origen es multifactorial ya que se ven implicados factores biopsicosociales como la edad, el sexo peso, estilo de vida, tabaquismo, alcoholismo, presión sanguínea y la dieta.

Este ultimo factor tiene una relación muy significativa con dichas enfermedades, de ahí la importancia del estudio de dietas con respecto a la salud, además de incluir este tipo de hábitos saludables en los programas para la promoción de la salud con el objetivo de evitar problemas tan contradictorios en la sociedad como es el encontrado por Vargas, y Palacios, (1993) en el cual mencionan que en México en el año de 1992 había cerca de 3 millones de niños menores de 5 años desnutridos a causa de precarias condiciones económicas, falta de higiene, ignorancia y enfermedades de todo tipo, y en el lado opuesto, la cifra de sobrepeso incluye 4 millones de mujeres en edad fértil.

Actualmente los estudios acerca de la nutrición han desarrollado fórmulas para balancear la alimentación humana. Sin embargo en algunos casos no sólo la alimentación interviene para ganar o perder peso, también influyen factores emocionales, como la depresión, la cual puede llevar a comer en exceso y a llevar una vida sedentaria. Incluso la falta de trabajo, los problemas socioeconómicos, dificultades en la familia pueden desencadenar desórdenes alimenticios que van desde la obesidad extrema hasta los problemas de anorexia y bulimia (Terrés, 2001)

Un claro ejemplo de este tipo de dificultades es el encontrado por Stratton (2001) en California, donde cada año 35,000 personas morirán de enfermedades relacionadas a una dieta deficiente y a la falta de actividad física; lo cual podría ser evitado con unos simples cambios en la dieta y el estilo de vida.

Este tipo de cambios podrían evitar múltiples consecuencias que derivan en enfermedad como resultado de la falta de actividad física, tanto para las personas aparentemente sanas como para los que ya padecen una enfermedad manifiesta. Además, la inactividad al igual que otros factores

de riesgo como los malos hábitos alimenticios, estrés, alcoholismo, etcétera, favorecen un incremento en la probabilidad de adquirir o desarrollar problemas de salud, tales como las afecciones cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, osteoartritis, problemas ginecológicos, entre otros, como es la obesidad, provocada por malos hábitos alimenticios.

Una muestra de la preocupación que se ha desarrollado en torno a los hábitos alimenticios es el apoyo que la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en el análisis de alimentos en América (2001), en donde se han implementado programas que tienen como propósito fundamental el intercambio de información, la implementación de programas alimenticios y la armonización de procedimientos en el uso de alimentos.

Así mismo, una de las enfermedades relacionadas con los hábitos alimenticios es la obesidad, de la cual Stratton (2001) señala que la obesidad es una evidencia concreta de la mala alimentación y la falta de actividad física, y aunque existen personas que tienen menos tendencia a la obesidad los hábitos deficientes de salud son la causa de las mismas enfermedades crónicas.

Dichas enfermedades crónicas y a su vez, la obesidad pueden evitarse con una dieta balanceada y desarrollando una actividad física diaria, esto es, que una buena alimentación y el ejercicio regular deben ir acompañados para observar resultados en la salud.

Aunque se sabe que los hábitos saludables proporcionan un estado de salud óptimo, mucha gente no los lleva a cabo, tan sólo en un estudio realizado en California por Stratton, (2001) reportó que los hábitos deficientes de salud son la norma en California, siendo que el Departamento de Servicios de Salud de California (DHS), mencionó que la salud a largo plazo de los adultos Latinos en California esta seriamente bajo riesgo; se tomaron en cuenta a 5,000 adultos encontrando una alarmante tendencia descendente en hábitos de salud, siendo que cada día los individuos están siguiendo menos recomendaciones para comer nutritivamente, lo cual muestra que los adultos no han adoptado hábitos alimenticios simples ni conductas de actividades físicas que promuevan la salud. .

El veinte por ciento de los entrevistados reportaron no haber echo ninguna actividad física en el último mes, cerca de la mitad de todos los adultos reportaron no haber tomado leche el día en que fueron entrevistados y uno de cada tres entrevistados, comió lo recomendado de cinco porciones de frutas y vegetales al día.

Lo anterior nos enseña una pequeña muestra de la problemática en relación a los hábitos alimenticios en un país desarrollado, sin embargo la situación no mejora mucho para los países subdesarrollados, teniendo así, una gran labor en la promoción y educación de la salud.

Un ejemplo de la situación en los países subdesarrollados es México, en donde se realizó una encuesta de los indicadores generales con relación a los estilos de vida. Dicha encuesta se realizó a 55,119 alumnos de primer ingreso de licenciatura y bachillerato de la UNAM en el ciclo 1998 – 1999, los resultados arrojan datos impresionantes, en donde el 80% de los alumnos no realizan ejercicio vigoroso, el 66% no realiza deporte el fin de semana, el 61.2% no asiste a un club deportivo, el 42.5% no realiza deportes en equipo, y un 20.6% no camina durante el día.

Estas cifras nos muestran la imperiosa necesidad de instrumentar y ampliar la cobertura de los programas de actividades deportivas, de educación para la salud y detección de padecimientos crónico degenerativos para evitar el nocivo efecto potencial de estos estilos de vida sedentarios en los alumnos, para su futura vida adulta.

En base a los resultados descritos anteriormente, es de vital importancia la promoción y educación de la salud en la población, y aunque mucho se ha hablado al respecto habría que enfatizar las características, necesidades y carencias en cuanto a estilos de vida y hábitos de salud en la población a la que se dirigirá un programa de salud.

Cabe señalar que la implementación de programas de salud es de suma importancia para el mantenimiento de la salud, debido a que se ha notado un evidente ascenso de las enfermedades crónicas como principales causas de muerte, en función de que cada día más personas llegan a edades avanzadas con alguna enfermedad crónica que afecta su calidad de vida.

Las enfermedades crónicas degenerativas no tienen curación y únicamente es posible lograr un precario control que requiere de cambios inevitables en los estilos de vida y en las redes de apoyo social. (Campos, Torres, Arganis, Sabido, 2000).

A este respecto y de acuerdo con diversos autores tales como: Ortiz, (1996) el mejoramiento de la salud de la población se logrará a través de acciones previas al contacto del individuo con el sistema de atención a la salud de cada país, esto es, acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad.

Lo anterior se establece por los descubrimientos referentes a la identificación de las causas de muerte actuales, las cuales están relacionadas con ciertos hábitos y estilos de vida como causas reales de muerte. A este respecto el gobierno mexicano cada día se interesa por las necesidades de salud en la población y muestra de ello es el Proyecto de Norma Oficial Mexicana (2001), para la prevención, tratamiento y control de enfermedades del corazón en el que se establecen normas oficiales que contribuyan a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa.

Como podemos observar los hábitos poco saludables y los estilos de vida negativos conllevan a la enfermedad, además muchas muertes podrían evitarse llevando a cabo hábitos saludables o eliminando hábitos negativos. En México es muy impactante la cantidad de personas que mueren por tener hábitos de salud negativos, un claro ejemplo lo podemos ver en el estudio realizado por Aburto, y Gamundi, (1996):

| CAUSA | NUMERO DE INDIVIDUOS |
|-------------------------------|----------------------|
| TABACO | 80,000 |
| DIETA / PATRONES DE ACTIVIDAD | 60,000 |
| ALCOHOL | 20,000 |
| AGENTES MICROBIANOS | 15,000 |
| AGENTES TOXICOS | 10,000 |
| ARMAS DE FUEGO | 10,000 |
| COMPORTAMIENTO SEXUAL | 5,000 |
| VEHICULOS | 5,000 |
| USO ILICITO DE DROGS | 5,000 |
| TOTAL | 210,000 |

De lo anterior deriva la importancia que recae en la Psicología de la Salud como una forma de implementar programas que ayuden a resolver y prevenir los distintos problemas de salud. (Ramírez, Cortés, Cedillo, Hernández, 2001).

La Psicología de la Salud puede contribuir al enriquecimiento y solución de los problemas vinculados con los hábitos de salud y estilos de vida, puesto que esta participando en la búsqueda de modelos teóricos, desarrollando instrumentos válidos y confiables, y esclareciendo como las condiciones de vida han cambiado provocando diversos problemas de salud (Grau, y González, 1998)

Muchos de estos problemas de salud se relacionan con los estilos de vida y los hábitos de salud por lo cual los esfuerzos se dirigen hacia la prevención de los comportamientos inadecuados he de ahí que los psicólogos de la salud deben fortalecer la investigación a fin de mejorar el uso de los servicios al cuidado de la salud y por ende prevenir la enfermedad y mejorar la salud. (Ramírez, Cortés, Cedillo Hernández, 2001)

Es así como, podemos observar la necesidad de aplicar programas de prevención de enfermedad y promoción de la salud, en donde la práctica de dichos programas sea más interactiva, dando origen a una metodología participativa, la cual, se caracteriza por la plena participación de los individuos de los procesos sociales y conlleva una práctica consciente y transformadora de la realidad en la que están inmersos los sujetos.

La metodología participativa (Ortiz, 1996), parte de la realidad, es decir, de la vivencia cotidiana de los grupos, sigue con un proceso de reflexión, análisis, y teorización de los elementos de interés colectivo, y por último, se lleva a cabo una nueva práctica enriquecida teórica y prácticamente. Después de reflexionar y profundizar en el tema se está en la posibilidad de plantear e instrumentar nuevas estrategias, por lo tanto, la metodología participativa representa un proceso integrado, armónico y coherente que se concretiza de acuerdo con las características de cada entorno.

A este respecto, la salud es un componente central del desarrollo humano, su promoción debe abarcar un ámbito de acción amplio que abarque aspectos relativos a la salud de las personas, como son: sus condiciones de vida, su nivel de satisfacción de necesidades básicas, la calidad del ambiente en que se desenvuelven y la cultura a la que pertenecen, así como sus conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud. Esto es, con la

finalidad de crear una nueva cultura de promoción y protección de la salud, en la que esta constituya un valor social. (Schane & Chelheley, 2001)

Lo anterior implica preparar a las personas, a las comunidades y a las instituciones que hagan suya y ejerzan la responsabilidad de preservar y mejorar en forma continua su estado de salud y bienestar. Esto es, que los sujetos desarrollen la confianza que tienen en su propia competencia y seguridad personal para promover su salud y no dejar esta en factores ajenos. (Hernández, 1999).

De este modo, la OPS (2001) pretende crear programas que promuevan la salud señalando las amenazas para la salud y calidad de vida representadas por distintos factores que actúan sobre los entornos, como es el crecimiento caótico de las ciudades, el desarrollo industrial descontrolado, la contaminación ambiental, el aumento en los índices de enfermedades y violencia, entre otros.

La promoción y educación para la salud es de suma importancia para que la salud permanezca y se desarrolle en los individuos, evitando muertes a largo plazo.

Los programas de promoción y educación para la salud deberán estar enfocados a los individuos sin olvidar la parte institucional en donde los instrumentos sobre promoción de la salud apoyen la investigación operativa y cooperativa, fortaleciendo las metodologías, modelos y evaluación de programas e intervenciones en materia de promoción de la salud, así como con el desarrollo de espacios saludables en escuelas, municipios, enfocarse en el desarrollo de estrategias de trabajo intersectorial, movilizar recursos técnicos, científicos, políticos y financieros en pos de la promoción de la salud y constituir redes de apoyo técnico, políticos y social en todos los niveles. También, promover el uso de la comunicación social para la salud, especialmente a través de los medios masivos de comunicación.

Así como la diseminación de información técnica y científica sobre promoción de la salud entre la mayor cantidad y variedad de participantes en el quehacer de la salud pública. Estimular la evaluación, tanto de los insumos como de los procesos y los efectos a corto y largo plazo, del uso de estrategias de promoción de la salud, y documentar, analizar y diseminar las experiencias de los países que las aplicaron, destacando la relación costo-efectividad. (OPS, 2001)

Un programa de promoción de la salud deberá implementar la metodología participativa, la cual ha mostrado su eficacia en respuesta a diversos problemas de salud; dicha metodología se caracteriza por la plena

participación de los actores de los procesos sociales y conlleva una práctica consciente y transformadora de la realidad en la que están inmersos esos actores. (Germain, & Kyte, 2001)

Con base en los resultados observados en esta investigación, los cuales muestran las grandes necesidades de la población en relación a los hábitos de salud tan deficientes que a su vez promueven estilos de vida poco saludables, proponemos llevar a cabo un programa de promoción y educación para la salud en donde la metodología participativa sea la base de dichos programas, además de aplicarlos en las poblaciones que presentan mayor riesgo de contraer enfermedades, como lo son los grupos de jóvenes, que en esta investigación se encuentran en la edad I (18 a 25 años) y que se corrobora este dato con los presentados en esta investigación por otros autores.

A este respecto, y con el objetivo de presentar una opción en la promoción de la salud, proponemos aplicar y desarrollar la metodología participativa, la cual involucra al individuo en su salud, partiendo de tres planos: 1) de la realidad, es decir, de la vivencia cotidiana, 2) un plano de reflexión, análisis y teorización de los elementos de interés de la población favoreciendo, así, la autogestión y la autonomía personal a través de su participación con el objetivo que cada individuo se apropié del conocimiento.

3) Un tercer plano llegará a una nueva práctica enriquecida. La metodología participativa representa un proceso integrado, armónico y coherente que se concretiza de acuerdo con las características de cada entorno.

La metodología participativa permite que los participantes expresen sus necesidades y creencias sobre salud, así como las posibles soluciones de acuerdo con su propia idiosincrasia, dichas creencias y comportamientos de salud son socialmente aprendidos y reflejan la pertenencia de un individuo a su grupo social o cultural, por ende, si las propuestas de transformación de estas creencias chocan con patrones de comportamiento considerados como saludables o deseables por un grupo social tendrán pocas probabilidades de éxito (Hernández, 1999).

Cuando en la metodología participativa se expresan las ideas y las creencias sobre salud, provocará que el punto de vista del individuo sea importante propiciando cambios en los hábitos inadecuados, provocando una educación para la salud acorde con las necesidades individuales y colectivas (Avilés, 1996)

Para que se lleve a cabo la educación y la promoción de la salud se deben considerar diversos aspectos, como son:

- A QUIEN VA DIRIGIDA LA INFORMACIÓN. El grupo y su participación son cauce formativo del proceso.
- DIMENSION SANITARIO SOCIAL. La participación del grupo con el equipo sanitario ofrece la posibilidad de vivir y practicar, en el aquí y ahora, el ejercicio de la participación.
- DIMENSION COMUNICACIONAL. La comunicación debe ser bidireccional e intencional
- MOTIVACIONAL. La participación es un gran incentivo alentará a las personas a proyectar cambios en sus estilos de vida y a adquirir hábitos saludables para sí mismos y para la comunidad.
- GARANTIA DE AUTENTICIDAD DEL PROCESO. Garantizar el despertar de la conciencia popular sin crear falsas necesidades.

A lo anterior, se le puede agregar un modelo de participación y compromiso, en donde el individuo aprenda que la vida diaria sea una experiencia saludable, que sea autónomo y responsable en el manejo de su salud, además de, considerar siempre su realidad, es decir, su entorno y la interacción con este. (Simón, 1999)

Desprendiendo de lo anterior tres momentos en el individuo y en su proceso de aprendizaje, comenzando con la observación, en donde la persona vea lo que le está sucediendo y cuáles son sus necesidades de salud. El segundo momento es: juzgar, es decir, comprender y explicar su salud con sus propios marcos conceptuales, tratando de conocer su realidad. Y el tercer momento se refiere al actuar, en donde, el individuo ya ha aprendido diversos hábitos y los puede aplicar en su vida cotidiana.

Con respecto a esta investigación, se pudieron detectar las necesidades de la población en sus hábitos de salud, hallando que existe un gran déficit y una gran necesidad de promover y educar la salud, con la finalidad de evitar enfermedades y tener individuos sanos en la población. Por tal motivo, la propuesta en esta investigación es seguir elaborando investigaciones que arrojen resultados más específicos en cuanto a las necesidades de la población, y así, promover la salud desde la realidad de la población evitando crear necesidades.

TABLA A. SE MUESTRAN LOS PUNTAJES DE LA
CONFIABILIDAD OBTENIDOS EN LA PRUEBA TEST RETEST
PARA EL INSTRUMENTO FUNCIONAMIENTO SALUD (FS).

| ESCALAS | rtt |
|-----------------------------------|-------|
| 1. Respuesta a Enfermedad | |
| Autoayuda (AA) | .75** |
| Ayuda Profesional(AP) | .82** |
| Ayuda Amigos (AM) | .77** |
| Ayuda Espiritual(AE) | .73** |
| Paso del Tiempo (PT) | .88** |
| 2. Hábitos de Salud | |
| Hábitos Positivos (HP) | .77** |
| Hábitos Negativos (HN) | .82** |
| 3. Historia de Salud | |
| Salud Total (ST) | .95** |
| Salud Reciente (SR) | .97** |
| Enfermedad Crónica (EC) | .90** |
| Impedimento por Enf. Crónica (IE) | .89** |
| 4. Uso del Sector Salud | |
| Visita Doctor (VD) | .93** |
| Tratamiento Hospital (TN) | .70** |
| Tratamiento Emergencia (TE) | .91** |
| Paso del Tiempo (PT) | .88** |

5. Creencias y Actitudes en Salud

| | |
|--------------------------------|-------|
| Autoeficiencia (EA) | .85** |
| Vigilancia Salud (VS) | .86** |
| Valores de Salud (VL) | .76** |
| Confianza Personal Médico (CP) | .85** |
| Confianza en el Sistema (CS) | .78** |
| Hipocondría (HI) | .70** |

N = 100 r_{tt} = Coeficiente de Confiabilidad Test- Retest. Intervalo Retest
= 3 semanas . ** p < .01

INSTRUCCIONES

lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas **con una cruz** en los cuadros numerados, **NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA**. Sus respuestas no se consideraran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

Solo marque un número para cada respuesta

Los datos que usted aporte serán **TOTALMENTE CONFIDENCIALES** y solo con fines de investigación.

Le agradecemos su interés y cooperación

Marque con una cruz.

SEXO masculino femenino EDAD _____

¿qué servicio médico utiliza usted?

| | | | | |
|-----|------|--------|------------------|-------|
| SSA | IMSS | ISSSTE | SERVICIO PRIVADO | OTROS |
|-----|------|--------|------------------|-------|

¿cuál es su grado de escolaridad? Aún cuando no lo haya concluido.

| | | | | | |
|----------|------------|--------------|-----------------|-------------|---------|
| primaria | secundaria | preparatoria | carrera técnica | profesional | ninguna |
|----------|------------|--------------|-----------------|-------------|---------|

La última vez que se enfermó, ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

| | | | |
|---------|------------|---------|-------------|
| 1 media | 2 moderada | 3 seria | 4 muy seria |
|---------|------------|---------|-------------|

De acuerdo a su respuesta anterior 1, ¿Que acciones realizaría en respuesta a una enfermedad? Señale el número que más se acerca a su respuesta

| | probablemente No 2 | regular 3 | probablemente si 4 | SI 5 |
|---|--------------------------|--------------|--------------------------|---------|
| ¿Acercarse a Dios? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Avisarle a sus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Evitar ponerse tenso? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Ir a que le hagan curaciones espirituales | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Ir al doctor o al hospital? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Obedecer todas las indicaciones del médico? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Pedir el consejo de sus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Quedarse en cama? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| ¿Tomar las medicinas que el médico le recetó? | 1 | 2 | 3 | 4 5 |

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AA | AP | AM | AE | PI |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | | | | |
|---|--------|--------|--------|----------|--------------|
| ¿Pasar la noche en el Hospital para recibir algún tratamiento? (no por embarazo o nacimiento). Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas en el Hospital | A 0 | B 1 | C 2 | D 3-5 | E 6 o más |
| ¿Recibir un tratamiento en cualquiera de los siguientes lugares: Emergencias, Clínica u Hospital. Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas | A 0 | B 1 | C 2 | D 3-5 | E 6 o más |

| |
|--|
| |
| |

TN

TE

¿De acuerdo con las siguientes afirmaciones?

Un poco Regular Casi SI
2 3 4 5

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Atiendo y cuido mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Confío en el juicio de los doctores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es bueno el sistema de salud de mi país | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me enfermo muy frecuentemente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Siempre confío en los doctores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Soy muy bueno para cuidar mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Soy muy capaz para cuidar mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tener buena salud es importante para una vida feliz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tengo objetivos para conservar mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es deficiente el sistema de salud del país | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Existen cosas más importantes que la salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EA VS VL CP CS HI

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

1. **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
 2 3 4 5

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

AO AI AI

| |
|--|
| |
| |

| | | | | | |
|--|----------------|----------------|-----------------|-----------------------|---|
| Muy satisfecho | Un poco | Regular | Bastante | Muy satisfecho | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| ¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| |
|--|
| |
|--|

2. **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
 2 3 4 5

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

AO AI AI

| |
|--|
| |
| |

| | | | | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|-----------------------|---|
| Muy satisfecho | Un poco | Regular | Bastante | Muy satisfecho | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| |
|--|
| |
|--|

3. **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**
 1 2 3 4 5

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

AO AI AI

| |
|--|
| |
| |

| | | | | | |
|--|----------------|----------------|-----------------|-----------------------|---|
| Muy satisfecho | Un poco | Regular | Bastante | Muy satisfecho | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| |
|--|
| |
|--|

TS = =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

4. **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**
 1 2 3 4 5

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

IN

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

REFERENCIAS

- Aburto, G.C. y Gamundi, P.G. (1996) El papel del comportamiento en las 10 primeras causas de mortalidad en el país. La ciencia y el Hombre. Edit. Universidad Veracruz (en prensa)
- Alvarez, B.J., (1999). Representaciones e intervención: los jóvenes ante el alcohol. Psicología y Salud. Julio/Diciembre.
- Avilés, C. (1996), " El rol del educador en salud en la promoción de la salud, Ponencia Asamblea Anual Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico. San Juan Puerto Rico.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). Los jóvenes y el consumo de alcohol. Madrid. Fundamentos.
- Belar, C.D; Wilson, E; y Hughes, H; (1982) Health Psychology training in doctoral psychology programs. Health Psychology. Vol. I. 3. New York.
- Bellamy, C., (1995) Desarrollo duradero en el ámbito de salud. Promoción y educación, En Revista Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud Vol.11 No.4
- Belloch, A. (1989) Conducta de salud y conducta de enfermedad. En: E. Ibañez y A. Belloch. Psicología y medicina. Valencia. Promolibro.
- Blanco, J. G., Rivera, M., López, A., Rueda, A. E., (1995) Calidad de vida y salud en el Distrito Federal. En: Eibenschutz, R. Programa de Desarrollo urbano del DF grupo de estudios metropolitanos. UAM-X (Reporte técnico)
- Buceta, (1987), Psicología Clínica y Salud. Aplicación de estrategias de intervención. Madrid UNED.
- Buceta, J. M y Bueno, A. M (1990) Modificación de conducta y Salud. Madrid.
- Buendía, J; (1991) Psicología Clínica y Salud. Desarrollos actuales. Ed. Secretariado de Publicaciones. Universidad de Murcia.
- Cáceres, D.E. (1996), La Psicología de la Salud en Colombia. Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud, UNAM, México. Junio.

- Campos, R., Torres, D., Arganis, E.N., Sabido, C. (2000) Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 39. No. 1. 15-19.
- Cardaci, D. (1997). Participación social y promoción de la salud. Memorias del IV congreso Latinoamericano de Ciencias sociales y Medicina. Cocoyoc, Mor., México, junio.
- Castillo, P., y Vieyra, S. (1995) Calidad total, calidad de vida y salud ocupacional. Tesis de licenciatura. UNAM Iztacala. México.
- COPLAMAR (1982) Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y grupos marginados (COPLAMAR). Necesidades esenciales en México. Salud. México. Siglo XXI. Editores.
- Cortés, L.F., Ramírez, M D., Cabrera, J. I, Calderón, J. A., Watanabe, P., Barrientos, M A., y Lazcano, E. (1989). La condición física y el deporte para la salud en México. Ciencia y Desarrollo. Vol. XV, núm.87.
- Davidson, P.O. & Davidson, S.M., (1989) Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. Brummer/ Mazel, INC. New York.
- Del Rey Calero, J., and Calvo Hernández, J.R. (1998). Como cuidar su salud. Su educación y promoción. Ed. Harcourt Brace. España.
- Donoso, S. R. (1990). Violencia Urbana y vida cotidiana. Simposium sobre la Calidad de vida. UNAM. México.
- Durán, G. L. (1998), La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: G. Rodríguez, y M. Rojas. (comp.) La Psicología de la Salud en América Latina. México, Porrúa. UNAM.
- Encuesta de Salud (1997) Encuesta de Salud de Canarias, gobierno de canarias.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. Science, 1996)
- Fishbein, M (1980) A Theory reasoned action: some aplicattions and implications. Nebraska Simposium on Moitivation. Nebraska Press.
- Fox, B.A & Cameron, A.G; (1997) Ciencia de los alimentos, nutrición y salud. 5ª. Edición. Ed. Limusa Noriega Editores..
- Freire, (1979), Pedagogía del oprimido. Siglo XXI. México.
- Frojan, P.M., Nieto, A.O., Quintana, O.I., (1999). Consumo de drogas en la población universitaria: factores de riesgo psicosociales y personalidad. Psicología y Salud. No. 14. Jul/Dic.

- Germain, A. & Kyte, R. (2001) El concenso de el cairo: El programa acertado en el momento oportuno. International Women's Health condition.
- González-Celis, (1995), Creación de indicadores de bienestar y calidad de vida. UNAM. México.
- Grau, J. A. (1996), La Psicología de la salud y las enfermedades crónicas. Un paradigma del trabajo futuro, en. Rodríguez y Rojas, (coords). La Psicología de la salud en América Latina. Facultad de Psicología. UNAM. Porrúa. México, 1998.
- Grau, J.A., Y González, P.U., (1998) Etica, calidad de vida y psicología de la salud. Psicología y Salud. No. 12 Jul. / Dic.
- Harris y Guten, (1979). Health related behavior and Health Promotion. Psychology health. Cap.6
- Hernández, G., y Rojas, M, (1998) La Psicología de la Salud en América Latina. En: la Psicología de la Salud en América Latina. (coo) Graciela Rodríguez, y M. Rojas, México. Porrúa, UNAM.
- Hernández, G.H., (1999) Municipio saludable: ¿cambio cultural o nueva retórica?. Psicología y salud. Instituto de investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana. Enero – Junio. No. 13. Ed. Nueva Epoca.
- Holtzman, W., (1993), Psychology and Health around the world, en: Palacios, J. Y Lucio, E. (eds) 1er. Congreso Internacional de Psicología y salud. UNAM, México.
- Huebner, S. E., (1995) "The students life satisfaction scale: an assessment of psychometric properties with black and white elementary school students. Social Indicators Research. Klumer Academic Publishers. Netherlands.
- Hunt, Matarazzo, Weiss & Gentry, (1979), Lifestyles to enhance health and prevent illness. Psychology health. Part III.
- Hunt, W.A; Matarazzo, J.D.; Weiss, M.S. & Gentry, W.D. (1979): Associative Learning, Habit, and Health Behavior. Journal of Behavior Medicine, 2, 111-124.
- INEGI, SSA / DGEI, 1998 Las principales causas de mortalidad en México.
- Karel, K. (1976). Dialéctica de lo concreto. México. Grijalbo.
- Latorre, P.J.M. & Beneit, M.P.J. (coord) (1994) Psicología de la Salud. Lumen. Argentina.

- Levental, H. Y Cleary, P.D. (1980): The smoking problem: Review of the research and theory in behavioral risk modification. Psychological Bulletin, 88, 370-405.
- López, F.G., & Brennan, K.A. (2000) Dynamic proceses underlying adult attachment organization: toward an attachment tehoretical perspective on the Healthy. Journal of Counseling Psychology. Vol. 47, no.3. 263-300.
- Matarazzo, J.; (1980) Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. American psychologist. No. 35.
- Mehrabian, A., 2001. General Relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology. The Journal of Psychology. Vol. 135 (1). Pp.71-86.
- Miller, R.T., Lestina, C. D., & Gordon, S.S., (2001) Injury Risk Among Medically Identified Alcohol and Drug Abusers. Alcoholism: Clinical and experimental research. Vol. 25 No. 1. January.
- Morales, C. F. (1999) La psicología en la atención primaria de la salud. Introducción a la Psicología de la salud. Paidós, Buenos Aires. 1ª. Ed.
- Nakagima, (1995). Bringing health to life. Promotion and education. Revista Internacional de Promoción de la Salud y educación para la salud. 11(4).
- OMS (1982) Séptimo programa general de trabajo para el período 1984-1989. Salud para todos. 8
- OMS (2001) Organización Mundial de la Salud. Acciones para la prevención del tabaquismo. 31 de Mayo día mundial de no fumar.
- OMS. (1983) Organización Mundial de la Salud. Atención de salud, Salud para todos.
- OPS, (1992), Organización Panamericana de la Salud y Educación para la salud. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá.
- OPS, (2001) Organización Panamericana de la Salud. Encuentro de expertos para fortalecer laboratorios de análisis de alimentos en América. Aruba. Junio.
- OPS, (2001) Organización Panamericana de la Salud. Municipios Saludables. Enero 2001.

- Ortiz, V. G. R., (1996). La metodología participativa en la psicología de la salud. Psicología y salud. Instituto de Investigaciones de la Universidad Veracruzana. Julio/diciembre. No. 8. Ed. Nva. Epoca.
- Palomar, J., L.,(1996) Calidad de vida en la ciudad de México.Simposium sobre la calidad de vida en México. UNAM. México.
- Pradilla, E.(1984) Contribución a la crítica de la teoría urbana. México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Prokop, C.K. & Bradley, L.A. (1981) Medical Psychology. Contributions to behavioral medicine. New York, Academic Press.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana (2001) PROY-NOM-030-SSA2-1999. para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 39. No. 1|. Enero /febrero 2001
- Ramírez, D.E.M.M; Cortés, V.E.B; Cedillo, I.B; Hernández, L.M.L; (2001) El papel de la Psicología en la salud. Alternativas en Psicología. Año. VI. No. 7. Febrero
- Ramírez, G.E.M.M., y Cortés, E.B. (1999), MECANOGRAMA. P.79 - 101.
- Ramos-Galván, R. (2000). La higiene escolar en México. Boletín Médico Hospital Infantil de México. Vol. 57. Número 3. Marzo.
- Reig, A; Rodríguez, J y Mirá, J, J, (1987) Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. Información psicológica, 30
- Ribes, E. (1990) Psicología y salud: un análisis conceptual, Barcelona, Martínez Roca
- Rodríguez y Rojas, (1993) "Psychological research in México: current status and future development. Psychology and developing societies. 5 (2).
- Rodríguez, G.R., Hernández-Pozo, y Ramos, T. (1993) Panorama preliminar del estado de la investigación en Psicología de la Salud en Latinoamérica, en: Palacios, J; Lucio, E. (eds). 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud. UNAM. México.
- Rosenstock, L. M. (1966). Why people use health services. Milbank memorial fundt. Quarterly.
- San Martín, H (1998) La calidad de vida y el bienestar social. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Ediciones Científicas La Prensa médica mexicana S.A. de C.V.
- Santacreu, J, (1991) Psicología clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos. Revista de Psicología de la Salud. 3.

- Santos, O.M. (1998) Salud Pública, promoción de la salud y educación para la salud. En Rodríguez, G. y Rojas, M. Psicología de la Salud en América Latina. México, Porrúa. UNAM.
- Sarafino, E.P. (1994) Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York, Jhon Wiley & Sons.
- Schane, B. & Chelhley, K. (2001) Como la investigación operativa esta logrando mejorar los servicios de salud. Population Reference Boreau. U.S.A
- Schwartz, G. (1977) Biofeedback and patterning of autonomic and central processes: CNS cardiovascular interactions. In: Schwartz, G. & Beatty, 1977. Biofeedback: Theory and research, New York Academic Press.
- Serrano, G.M.I., (1990) Hacia una Salud más dinámica. Educación para la salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica. Ed. Diaz de Santos, S.A. Madrid.
- Simon, M. A. (1993) Psicología de la salud. Aplicaciones clínica y estrategias de intervención. Madrid. Pirámide.
- Simón, M.A. (1999) Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Ed. Biblioteca Nueva. Universidad España.
- Stanford (1999) Estudio realizado por la Universidad de Stanford en el Cuidado de la Salud. En: The World Health Report (1999) Making a Difference. World Health Organization.
- Stone, G.C. (1979) Psychology and the health system. In G.C. Stone, F. Cohen y N. E Adler (eds) Health Psychology. San Francisco, C.A. Jossey-Bass.
- Stone, G.C. (1983) Proceedings of the national working conference on education and training in health psychology. Health Psychology. 2.
- Stratton, R; (2001) Fundación Mexicana para la Salud.
- Taylor, S. E., (1986) Healt Psychology. Nueva York. Random House.
- Terrés, S.A., (2001) Una era de cambios. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 39 (1).
- The World Health Report (1999) Making a Difference. World Health Organization.
- UNAM (1998 -1999) SECRETARIA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES. Indicadores Generales de la encuesta estilos de vida 1998 = 1999. Unidad de planeación y evaluación.

- Vargas, A. y Palacios, V. (1993) Autocuidado de la salud. Educación para la salud. Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. México 1a. Ed.
- Villaseñor, F. y Gómez, D.F. (1984). La educación higiénica. Manual de educación higiénica. Ed. Trillas. México
- Wallston, K.A & Wallston, B.S. (1983). Social Psychology of health and illness (Saundes and Cols. NEW JERSEY.
- Wilson, T. (1980) Cognitive factors in lifestyle changes: A social learning perspective. En: Davidson & Davidson (1980). Behavioral medicine. Ed. Brunner. Nueva York.