



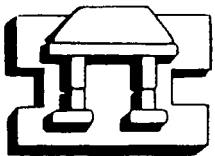
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PSICOLOGIA DE LA SALUD. HABITOS POSITIVOS PARA CONSERVAR UN ESTADO SALUDABLE

T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA: MIRIAM VEGA CASTILLO

ASESORES: MTRO. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ MTRA. ESTHER MARIA MARISELA RAMIREZ GUERRERO LIC. YASMIN DE JESUS ARRIAGA ABAD



IZTACALA

TLALNEPANTLA EDO. DE MEX.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*"Por salud entiendo el poder vivir una vida cabal, adulta, respirando la vida en contacto con lo que amo:  
la Tierra y las maravillas que contiene .... Quiero ser todo lo que soy capaz de llegar a ser "*

*Katherina Mansfield.*

*Dios.....gracias por acompañarme en mi camino por la vida, desde pequeña me observas, me consuelas en momentos difíciles, compartes mis alegrías y me reconfortas, has estado en cada instante conmigo.....gracias por hacer este sueño realidad y por estar aquí, te quiero, espero que podamos estar siempre juntos, este trabajo es por ti y para ti,  
gracias.*

*Papitos (Ramón y Blanca), ustedes son la presencia de Dios en la tierra, gracias por hacerme tan feliz, por su amor incondicional, este trabajo también es de ustedes, sin su apoyo, amor, confianza, tolerancia, ejemplo y compañía nunca lo hubiera logrado.....los amo.*

*A mis asesores:*

*Yasmin de Jesús Arriaga Abad*

*Enrique B. Cortés Vázquez*

*Marisela Ramírez Guerrero*

*Gracias por su apoyo y paciencia.....*

*Un agradecimiento especial a:*

*Alejandro González Villeda*

*Ángel Enrique Rojas Sorvin*

*Alba Luz Robles Mendoza*

*Catalina Rivera Camacho*

*Julia Reyes Mejía*

*María del Carmen Flores R.*

*María Sara Miranda Alcántara*

*Marisa Padilla Beltrán*

*Por ser excelentes profesores y por contribuir en mi formación profesional....los quiero.*

# INDICE

RESUMEN

INDICE

INTRODUCCIÓN ..... 1

## CAPÍTULO I

Conceptos de Salud ..... 4

1.1 Evolución del Concepto de Salud ..... 4

1.2 Definiciones de Salud ..... 10

1.3 Factores que Determinan la Salud ..... 19

    1.3.1 Socioeconómicos y Culturales..... 19

    1.3.2 Orgánicos..... 21

    1.3.3 Psicológicos ..... 22

    1.3.4 Ambientales ..... 23

## CAPÍTULO II

Psicología de la Salud ..... 25

2.1 Origen y Desarrollo de la Psicología de la Salud ..... 25

2.2 Definición de la Psicología de la Salud ..... 29

2.3 Psicología de la Salud y su Relación con otras Disciplinas ..... 32

    2.3.1 Psicología Médica ..... 33

    2.3.2 Medicina Conductual ..... 34

    2.3.3 Medicina Psicosomática ..... 36

    2.3.4 Psicología Clínica ..... 37

2.4 Campo de Acción del Psicólogo de la Salud .....	38
2.4.1 Evaluación y Diagnóstico .....	39
2.4.2 Promoción y Mantenimiento de la Salud .....	41
2.4.3 Prevención .....	42
2.4.4 Tratamiento .....	43
2.4.5 Investigación .....	44
2.4.6 Formulación de Políticas de Salud .....	46
2.5 El Psicólogo de la Salud en México .....	47

### CAPÍTULO III

<u>Hábitos Positivos de Salud</u> .....	50
3.1 Concepto de Hábito o Conducta de Salud .....	50
3.2 Factores que Influyen en el Mantenimiento de los Hábitos o Conductas Saludables .....	53
3.3 Hábitos o Conductas para Conservar la Salud .....	58
3.3.1 Hábitos para Mantener la Salud Psicológica y Social .....	59
3.3.1.1 Actividades Recreativas y Reposo	
3.3.1.2 Relaciones Interpersonales	
3.3.1.3 Proyecto de Vida	
3.3.1.4 Afrontamiento al Estrés	
3.3.1.5 Habilidades Sociales y Control de las Emociones	
3.3.2 Hábitos para Conservar la Salud Física .....	65
3.3.2.1 Hábitos alimenticios	
3.3.2.2 Higiene Personal	
3.3.2.3 No Consumo de Drogas	
3.3.2.4 Ejercicio Físico	
3.3.2.5 Examen Médico Periódico	

3.3.2.6 Conductas Sexuales Responsables (Salud reproductiva)

3.3.2.7 Comportamientos de Seguridad

**CAPÍTULO IV**

Propuestas para el Fomento y Mantenimiento de los Hábitos de Salud y Función

<u>Psicólogo</u> .....	74
4.1 Propuestas para el Fomento y Mantenimiento de los Hábitos o Conductas Saludables .....	75
4.1.1 Modificación de Conducta .....	76
4.1.2 Campañas Publicitarias .....	77
4.1.3 Programas Aplicados en México .....	78
4.1.4 Proyectos de Investigación .....	84
4.2 Función del Psicólogo.....	86

**CAPÍTULO V**

<u>Método</u> .....	91
5.1 Objetivo General .....	91
5.2 Objetivos Específicos.....	91
5.3 Hipótesis .....	92
5.4 Sujetos .....	92
5.5 Escenario .....	92
5.6 Definición de Variables .....	93
5.7 Materiales e Instrumentos .....	93
5.8 Procedimiento .....	95

**CAPÍTULO VI**

<u>Análisis de Datos</u> .....	97
6.1 Análisis General de la Población .....	97
6.2 Hábitos para Mantener la Salud Psicológica y Social .....	103

6.3 Hábitos para Mantener la Salud Física.....	159
<b>CAPÍTULO VII</b>	
<b>Resultados .....</b>	<b>193</b>
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
<b><u>Discusión y Conclusiones</u>.....</b>	<b>199</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>206</b>
<b>ANEXOS</b>	



## RESUMEN

La presente investigación fue no experimental, descriptiva de diseño transversal, cuyo objetivo fue describir los hábitos saludables de la población que vive en la zona metropolitana; determinar su relación con el género y salud total (percepción de salud), así como establecer la función del psicólogo en el fomento y mantenimiento de éstos hábitos. Debido a las características del diseño de investigación no se formuló una hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable independiente (sexo y percepción e salud) para identificar las variables dependientes (hábitos de salud). Se tomó una muestra no probabilística de 985 sujetos cuya edad fluctuó entre 17 a 77 años. Para recabar los datos se emplearon los instrumentos "Funcionamiento de la Salud (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP). Se aplicó una prueba no paramétrica (ji cuadrada y coeficiente de pearson) con la ayuda del programa estadístico SPSS. En los resultados se encontró que la ejecución de conductas positivas de salud repercute positivamente en la percepción de salud de los individuos; y que actualmente el psicólogo no es considerado en la formulación de programas de prevención y promoción de la salud principalmente en los países subdesarrollados.

## INTRODUCCIÓN

La psicología como disciplina científica ha desarrollado una serie de conocimientos y metodologías en torno a su objeto de estudio, definido conforme a diversas aproximaciones que han permitido obtener un mejor acercamiento al quehacer profesional del psicólogo (Salinas, 1995), integrándose a varios campos de acción como el educativo, laboral, clínico, ambiental y muy recientemente en el campo de la salud. Las condiciones epidemiológicas y las modificaciones institucionales de los servicios de salud en algunos países abren la posibilidad de la participación del psicólogo de una manera más relevante en dicho ámbito.

La Psicología de la Salud ha tenido un crecimiento acelerado en los últimos veinte años, sin embargo autores como Pace, Mullins, Chaney y Olson (1995; cit. en Ramfrez, 1999) quienes analizaron la evolución del papel del psicólogo como parte de los servicios en el cuidado de la salud, sugieren que se requiere de más investigación para determinar su función en el cuidado de la salud integral. A este respecto, en nuestro país se encuentra poco trabajo de investigación e incluso de aplicación en esta área, ya que no ha sido diferenciada totalmente de la Psicología Clínica, así, los estudios tienden a microanalizar la evolución de un problema de salud, sin tomar en cuenta el entorno social ni las particulares formas de comportamiento, actitudes y acciones relacionadas a ésta en la población mexicana. Por ello, considerando la carencia de estudios psicológicos actuariales que muestren las características y necesidades psicológicas de nuestra población en cuanto a salud integral, el tipo de trabajo que debe realizar el psicólogo en el sector salud, así como de los requerimientos y posibilidades del Sistema Nacional de Salud con respecto a la profesión; en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala surge el proyecto: "Psicología de la Salud en México; comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del Psicólogo" (DGAPA/PAPIIT IN303199), con el propósito de detectar las condiciones, posibilidades y necesidades actuales de la población y de la Psicología de la Salud en México, con el fin de presentar un panorama general que pueda ser útil para el planteamiento futuro de programas de prevención e intervención.

De esta forma, el presente trabajo forma parte de dicho proyecto; el cual se enfocó en los hábitos de salud.

En la definición de la Psicología de la Salud se menciona que una de sus principales funciones es la promoción y mantenimiento de la salud, sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud, sean médicos, funcionarios, educadores e incluso psicólogos, manifiestan un interés abrumador sobre el tratamiento de enfermedades, ya que el sistema se basa en un enfoque curativo (biomédico), dando mayor importancia a lo físico (Sánchez, 1994). En su mayoría los procedimientos psicológicos van encaminados a desarrollar estrategias para la adherencia a distintos regímenes terapéuticos o para dar una "calidad de vida" al enfermo crónico (en el caso de enfermedades como SIDA, cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares); quitando importancia al aspecto de mantenimiento de hábitos saludables. Con respecto a esto, Ballester (1997) refiere que una de las principales críticas hechas a la Psicología de la Salud es, que sus intervenciones se enfocan al ámbito de la enfermedad, empleando técnicas de la Psicología Clínica como la Modificación de Conducta; siendo que la razón de ser de ésta disciplina es una nueva perspectiva, más positiva, amplia e integradora de la salud que la defendida por los tradicionales modelos biomédicos. De esta forma, faltan investigaciones, propuestas y espacios encaminados al mantenimiento de hábitos positivos para conservar la salud; con este enfoque y un trabajo multidisciplinario, se evitaría la adquisición y desarrollo de enfermedades, por lo tanto, sería posible que los recursos monetarios destinados al tratamiento y rehabilitación disminuyeran considerablemente.

Con base en lo anterior, el objetivo general de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo de los hábitos saludables de la población que vive en la zona metropolitana, determinar su relación con el género y salud total ( percepción de salud), así como establecer la función del psicólogo en el fomento y mantenimiento de dichos hábitos.

Para éste propósito fue conveniente presentar una breve introducción sobre algunos aspectos relevantes para este tema. En el capítulo uno se revisó la evolución que ha tenido

el concepto de salud y las distintas definiciones que actualmente son vigentes, dando una descripción de los factores que intervienen en lo que se considera un estado saludable.

En el capítulo dos, se describió el desarrollo de la Psicología de la Salud, sus funciones y su vinculación con otras disciplinas como la Medicina Conductual, la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica y la Psicología Clínica.

En el tercer capítulo se hizo referencia a los factores que influyen en la adquisición y mantenimiento de los hábitos de salud y se mencionaron los hábitos necesarios para conservar la salud física y psicológica.

En el capítulo cuatro se describieron brevemente algunas propuestas dirigidas al fomento y mantenimiento de los hábitos y se contempló el quehacer del psicólogo en esta área.

Por último, en los capítulos cinco, seis, siete y ocho se desarrolló el método, el análisis estadístico, los resultados, la discusión y conclusiones respectivamente.

# CAPÍTULO I

## CONCEPTOS DE SALUD

"cada individuo puede alcanzar la salud de diferentes maneras. Existen tantas definiciones de salud como personas" (Ortiz, 1993, p.239).

Se ha intentado definir la salud, desde distintos puntos de vista, sin embargo, no se ha llegado a un acuerdo entre autores, surgiendo diversos modelos explicativos (biomédico, biopsicosocial, ecologista, etc.), de esta manera, en cada periodo de la historia, se ha propuesto un concepto, siendo los aspectos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos los que han determinado su definición en cada época y cultura.

En la actualidad, debido al surgimiento de modelos que consideran a la salud como algo continuo e integral, se suman a su estudio varias disciplinas como la Sociología, la Antropología y la Psicología, por lo que el objetivo de este capítulo es mostrar la evolución de dicho concepto a lo largo de la historia, hacer un análisis de las definiciones que han surgido en la últimas décadas, exponer la propuesta por la psicología y, señalar los factores involucrados en lo que se considera un estado saludable.

### 1.1 Evolución del Concepto de Salud

Inicialmente, el ser humano a falta de otras interpretaciones accesibles a su conocimiento, atribuyó los misteriosos fenómenos que le sobrevenían, incluida la salud, enfermedad y la muerte, a causas sobrenaturales (Ballester; 1997). De ésta manera uno de los primeros modelos que explicaron la salud - enfermedad fue el denominado "modelo sobrenatural". Por ejemplo, en Mesopotamia y en la Grecia Homérica, la salud, era resultado de la obediencia humana a la ley moral que era dictada por un dios protector. El

pueblo de Israel tenía una concepción semejante, pero se añade un nuevo matiz al considerar que la enfermedad puede ser también una prueba del justo.

Durante esta época, surgieron las primeras prácticas dirigidas a conservar la salud, que eran, una mezcla de brujería, cirugía, farmacoterapia y prácticas de higiene. Los egipcios, por ejemplo, ejercían medidas de higiene que podían prevenir infecciones, según ellos causadas por gusanos, por su parte, los mesopotámicos hicieron jabones, construyeron alcantarillados y asilaron a los leprosos, mezclando tales medidas al igual que los egipcios, con la magia y exorcismo, por lo que respecta a la India tenían sistemas muy desarrollados de drenaje de aguas residuales y baños (Ballester, 1997).

En la cultura Griega, en el siglo V a. C., con el florecimiento del pensamiento racional y filosófico a partir de las concepciones naturalistas del mundo que elaboraron los filósofos presocráticos, se comenzó a hacer un esfuerzo para conocer las causas naturales de la enfermedad, lo cual impuso un cambio en la concepción de la salud. Alcmeón de Crotona (hacia el 500 a. C) en su obra "*Sobre la Naturaleza*" refirió que, la salud era el equilibrio (isonomía) o armonía de las potencias húmedo, seco, frío y caliente; sentando las bases de la explicación naturalista (Riera, 1985; cit. Ballester, 1997), sin embargo, fue con Hipócrates (460-377 a. C.) que se fortaleció el modelo natural, exponiendo que la salud era resultado del equilibrio de los elementos que integran el cosmos: el fuego, la tierra, el agua y el aire. Así, el fuego se concentra en la sangre, la tierra en la flema, el agua en la bilis amarilla y el aire en la bilis negra, por tanto, la salud era el resultado de la mezcla armoniosa de humores (eucrasia) y la enfermedad una mezcla imperfecta (discrasia) (Penzo, 1990).

Siguiendo con el modelo naturalista, éste ya se había concebido en la cultura china, en el año 2600 a. C., Lao Tse en su libro "Tao-te-King" reconoció que la salud estaba estrechamente vinculada a un ente inmutable y eterno, conocido como el Tao; de esta manera surgió el taoísmo, reconociéndolo como principio fundamental de la virtud y la vida (Vega, 2000); conforme a estas ideas, la armonía del cuerpo y el espíritu que emana del tao se mantiene en equilibrio mediante dos elementos complementarios el yin (oscuro,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pasivo, misterioso y demoníaco) y el yang (brillante activo, claro, benéfico); de esta forma, la mente y el cuerpo están completamente relacionados, considerando a la salud en función de los comportamientos y las emociones (Pachuta, 1989; cit. en Amigo, Fernandez y Pérez, 1998).

Retomando lo escrito sobre Grecia, el holismo derivado de las ideas hipocráticas dejó dudas acerca del origen local de la enfermedad, así, Galeno (S.II a.C.) médico griego nacido en Asia, elabora una concepción unicausal y mecanicista de la enfermedad, postulando que "ninguna función se daña sin que la parte que gobierna ésta función esté afectada", sentando las bases del modelo dualista que retomará Descartes; el mérito de Galeno reside en haber recopilado en una gran obra todo el saber médico de su época, integrando las doctrinas humoral, no humoral y pneumática.

Por otra parte, en el continente Americano, específicamente en México, los pueblos prehispánicos, tenían una concepción religiosa de la salud, con respecto a esto Kocyba (1996) hace un análisis del desarrollo que tuvo la medicina y la explicación que daban los Mayas a la relación salud-enfermedad. Este análisis lo hace considerando dos periodos: El preclásico inferior y el clásico tardío, refiriendo que la medicina y la concepción de salud-enfermedad dependían del sistema religioso que predominaba en cada época. De esta manera, Kocyba describe que en el periodo preclásico inferior, no había una religión propiamente dicha, ya que no existían sacerdotes ni leyes específicas que guiaran el comportamiento; la ideología se centraba en el culto a la fecundidad y a la fertilidad. La visión del mundo se basaba en el paradigma del animismo, el cual consiste en la creencia de que todos los procesos y objetos se reflejan en el espíritu, y cualquier hecho es el resultado del juego caótico y no controlado entre estos reflejos espirituales, por lo tanto la salud y la enfermedad se interpretaban en términos del capricho de algunas fuerzas mágicas incomprensibles. Posteriormente en el periodo clásico tardío la religión se jerarquizó y se institucionalizó dividiéndose en dos tipos: la religión popular y la oficial, por lo tanto, la salud dependía de los dioses, sin embargo no hay suficiente evidencia que describa a los dioses encargados de ésta. No se consideraba el aspecto preventivo de la enfermedad, ya que no se podía prevenir la voluntad de los dioses (Kocyba, 1996).

A este respecto Somolinos (1978) hace un análisis de la práctica médica en México anterior a la conquista y describe algunos hechos que tienen que ver con la salud en estos pueblos, explica que los avances más característicos logrados fueron los referentes a la obstetricia, las mujeres casi exclusivamente se encargaban de dirigir los partos, que con el transcurso del tiempo, amplían su función pasando del simple acto obstétrico al cuidado prenatal, e incluso, en ciertos casos actúan como consejeras familiares y matrimoniales; llegando a establecer relaciones de tipo higiénico sobre el acto sexual y sus repercusiones en la marcha del embarazo. En el campo de la higiene se observa que en Teotihuacan se originan medidas aparentemente con fines sanitarios y de salud pública, las cuales en los transcurros de los años, se fueron mejorando y perfeccionando al tiempo que se extendían y divulgaban por todo el territorio mesoamericano. Los pueblos posteriores a la cultura teotihuacana conservaron estos avances; en Tula inventan el tubo de barro para conducir el agua, en Monte Alban, existen redes de alcantarillado, y Tenochtitlan, los españoles quedaron asombrados ante las instalaciones (tan raras en Europa de su tiempo) como los baños privados con que contaban los palacios aztecas. El campo en el que la medicina precortesiana alcanza mayor interés y que trascendió en la medicina universal es el de la terapéutica con elementos vegetales; el conocimiento empírico de la flora mexicana fue muy profundo en aquellos pueblos y su aplicación terapéutica constituye la peculiaridad que mayor crédito dio a sus conocimientos médicos.

Por otra parte, el imperio Romano, también es reconocido por sus contribuciones materiales y prácticas dirigidas a la conservación de la higiene, como la construcción de acueductos para llevar el agua a las ciudades y cloacas. Así, hacia el año 610 a. C. Se construyó bajo el reinado de Lucio Tarquino Prisco, un sistema funcional de desagües para la ciudad de Roma, la Cloaca Máxima. Hacia el año 150 a. C. Se construyeron las primeras termas públicas, es decir, baños cubiertos dotados de agua caliente; y en el año 89 a. C. Se instalaron las primeras calefacciones de suelo (Ballester, 1997).

Tras la caída del imperio Romano, los avances obtenidos en la medicina en Grecia se detuvieron, debido en gran parte a la influencia de la iglesia. Iniciándose la Edad Media, en donde se concebía al ser humano como una criatura con alma, que poseía una voluntad



libre, la cual, lo separaba de las leyes naturales, sujeta únicamente a sus propios designios y a la voluntad de Dios. El cuerpo era considerado sacrosanto y por ello no podían realizarse investigaciones con éste. En esta época se integró un modelo moral de la salud / enfermedad, según el cual, la enfermedad era, a menudo, el castigo por una conducta moralmente reprobable; por lo tanto, un estado de salud implicaba la obediencia a las leyes divinas (Ballester, 1997).

Tras la Edad Media, en el Renacimiento se pudo observar la vuelta a las explicaciones naturales. El humanismo de los autores renacentistas devolvió el centro de la atención al hombre y a su potencial para explicar el mundo que le rodeaba, a la par que la medicina volvía a manos de los médicos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Sin duda un autor importante durante el Renacimiento, fue Leonardo da Vinci, quien fue el primero en superar el tabú que impedía la disección del cuerpo humano. También es de digna mención la obra de Paracelso, médico y filósofo, que abrió nuevos caminos en la química, rompiendo con la alquimia tradicional clásica de la antigüedad y la Edad Media; esta nueva química llamada "yatroquímica" constituye el principio de una nueva investigación de las sustancias dotadas de poder curativo (arcanos). En este periodo se puede apreciar en sus primeros años el nuevo interés hacia la investigación y el humanismo que se conjugan con algunas ideas o creencias que recuerdan el pasado hipocrático (Ballester, 1997).

Posteriormente, en el siglo XVII, el filósofo y matemático René Descartes (1590-1650), planteó, que la mente y el cuerpo eran entidades separadas (dualismo cartesiano), perteneciendo la mente al mundo de la *res cogitans* y el cuerpo, al de *res extensa*. Sarafino (1994; cit. en Ballester, 1997) menciona que este filósofo introdujo tres ideas importantes; en primer lugar, concibió al cuerpo como una máquina, compuesta por distintos elementos o partes por los cuales se producían las acciones y las sensaciones; en segundo lugar, propuso que la mente y el cuerpo, podían comunicarse a través de la glándula pineal, situada en el cerebro; y, en tercer lugar, los animales no tenían alma, y el alma de los

humanos abandonaba el cuerpo al morir, con lo cual, la disección podía ser un método de estudio aceptable.

Con las ideas expuestas, surge el modelo biomédico que se basa según Engel (1977, cit. en Amigo et al. 1998) en dos supuestos: el primero es el dualismo mente-cuerpo, que concibe al cuerpo como entidad física y la mente como parte del dominio espiritual y, el segundo es el reduccionismo, que supone que el complejo fenómeno de la enfermedad puede ser reducido al lenguaje de la química y la física. El médico se concentra en el estado fisiológico de la persona, considerando las ramificaciones psicológicas y sociales como aspectos periféricos.

De esta forma, debido al establecimiento del modelo biomédico, a lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX, surgieron grandes progresos científicos y tecnológicos en todos los campos de la medicina, desde la química hasta la fisiología, que permitieron superar algunas de las principales causas de enfermedad y muerte que habían asolado el mundo en la antigüedad. Sin embargo surgieron diversas críticas y cuestionamientos ya que era insuficiente para explicar muchos problemas de salud e ignoraba las variables psicológicas y sociales. Las principales críticas a los supuestos de este modelo son:

- Intransigencia en reconocer los determinantes psicológicos, sociales y culturales en la salud / enfermedad (Kato y Mann, 1996, Roa, 1995 y Vega 2000).
- La decisión de buscar ayuda médica resulta más del malestar o angustia asociada a problemas cotidianos que a una patología orgánica concreta (Mechanic, 1980; cit. en Ballester, 1997).
- La Bio-medicina no presta suficiente atención a la experiencia del paciente, especialmente cuando no hay patología orgánica y sus tratamientos a veces pueden incluso empeorar el malestar que experimenta éste, por una mecanización innecesaria (Cott, 1986; cit. en Roa, 1995)
- En la provisión de cuidados sanitarios deberían estar implicadas otras disciplinas tales como la Psicología, sin embargo, la organización basada en el modelo biomédico pone barreras a esta colaboración.

Considerando las fallas en la anterior conceptualización, surge modelo biopsicosocial, el cual sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Para entender como se interrelacionan estas variables en la salud, los investigadores han adoptado la teoría de los sistemas, que postula que todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y que los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. De esta manera, el concepto de salud es el resultado de diversas variables, originándose nuevas definiciones para entenderla.

## **1.2 Definiciones de Salud**

Definir la salud actualmente resulta muy complejo, Vega (2000) argumenta que las discrepancias entre unos y otros autores, se debe a que, en el ejercicio mental que implica su definición, se entrelazan creencias culturales, vivencias y experiencias cotidianas, por ello debe ser definida interdisciplinariamente, tomando en cuenta diversos factores.

Ballester (1997) refiere que aunque resulta difícil una definición unánime es preciso idear una que sea clara, ampliamente asumida y consensuada ya que ayudaría a clarificar posturas teóricas en relación con la entidad de la Psicología de la Salud y contribuiría a facilitar el trabajo de los distintos profesionales de la salud.

Para iniciar, es conveniente partir de su origen etimológico, de esta manera, el término salud proviene del latín *salus*, que significa "las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado", en nuestro idioma el concepto de salud es definido como "el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones" (Diccionario de la lengua Española, 1992, p. 1302 ). En inglés, el término "health" para designar la salud, significa "equilibrio, firmeza, solidez, seguridad del cuerpo, una

condición en la que sus funciones son desempeñadas eficientemente y a su debido tiempo" (Diccionario de Oxford, 1990, p.339).

Partiendo del origen de este vocablo son varios los autores que han intentado proponer una definición, surgiendo diversos modelos; uno de ellos consiste en explicar la salud en términos negativos, considerándola como la ausencia de enfermedad, definición que fue propuesta por el modelo biomédico tradicional. De acuerdo con esta perspectiva Penzo (1990), Kato y Mann (1996) explican que un estado de salud consiste en la ausencia de defectos o alteraciones, o bien, que no exista un agente patógeno o que el que exista sea de baja virulencia.

Salleras (1985; cit. en Ballester, 1997) al hacer un análisis de esta tesis encuentra que no es operativa por tres razones básicas: en primer lugar, para definir la salud en términos negativos, habría antes que trazar el límite entre lo normal y lo patológico, y ello no siempre es posible; en segundo lugar, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo, y lo que es normal en un momento dado, puede que no lo sea en una época posterior; y por último, porque estas definiciones no suelen adaptarse a las ciencias sociales que explican que en la salud están implícitos más factores (cognitivos, emocionales, conductuales, etc.)

Por ello surge el modelo biopsicosocial, que toma en cuenta los factores sociales y psicológicos. Así, una de las primeras definiciones surgidas de ésta perspectiva fue la propuesta por Henry Sigerist (1941; cit. en Ballester, 1997) según la cual "la salud es...no simplemente la ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre ante la vida y una aceptación alentadora de las responsabilidades que la vida coloca sobre el individuo" (p. 59).

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 (cit. en Ballester, 1997) en su Constitución define a la salud como: " el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad" (p.26) . En su momento esta definición aportó nuevos elementos al ámbito de la sanidad ya que incluía algunos aspectos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ignorados por las concepciones previas, ofreciendo por primera vez una definición en términos positivos (Gómez, 1996).

Sin embargo, las críticas no se hicieron esperar. Crew (1965, cit. en Ballester, 1997) menciona que la OMS deja el trabajo de definir el significado de bienestar, Dubos (1965; cit. en Vega, 2000) refiere que el concepto de salud perfecta y positiva es una creación utópica de la mente humana, que no puede llegar a hacerse realidad porque el hombre no está tan perfectamente adaptado a su entorno que su vida no implique lucha, fracasos y sufrimientos. Autores como Callagan (1977; cit. en Greene, 1988), Terris (1980; cit. en San Martín, 1992), San Martín (1992), Sánchez (1994) y Gómez (1996) coinciden al mencionar, que la palabra "completo" es inadecuada, ya que la salud no es absoluta; hay distintos grados, del mismo modo que hay distintos grados de enfermedad, así mismo la salud es un término relativo; Salleras (1985; cit. en Ardila, 2000) añade que esta definición apela a criterios subjetivos pues no habla del aspecto objetivo (capacidad de funcionamiento) y Greene (1988) menciona que no incluye factores como el bienestar espiritual o la salud holística.

Al respecto, Milton Terris (1980, cit. en Ballester, 1997) agrega el elemento capacidad de funcionamiento; para este autor la salud tiene dos aspectos principales: uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo se relaciona con el sentirse bien, en tanto que el aspecto objetivo se refiere a la habilidad para funcionar en sus actividades. Ballester (1997) plantea que esta definición es más operativa ya que para la mayoría de las personas, la salud equivale a la suma de bienestar y capacidad de funcionar (trabajar, estudiar y poder relacionarse con sus semejantes). Salleras (1985, cit. en Ardila, 2000) considera que el único inconveniente es, que no contempla la posibilidad de la presencia conjunta de bienestar y funcionamiento en distintos grados en ciertas enfermedades o afecciones.

De esta manera, partiendo de la formulación del modelo biopsicosocial, se desprenden otros modelos como: el ecologista, el social, el basado en el bienestar subjetivo (interno o espiritual), el modelo de la Psiconeuroinmunología, y el psicológico, que a continuación se explicarán brevemente.

El primer modelo al cual se hace referencia es el ecologista, que parte del estudio de la interacción del hombre con su ambiente (San Martín, 1992 y Vega, 2000). Partiendo de lo anterior, Dubos (1975; cit. en Vega, 2000) ecologista francés menciona que la vida implica la interacción de dos sistemas ecológicos (el medio interno y el medio externo); por un lado está el organismo individual, que constituye un conjunto de partes interdependientes, relacionadas entre sí por medio de una compleja red de mecanismos de equilibrio, y por otra, en condiciones normales, el medio externo que cambia continuamente y de manera impredecible, de modo que el organismo tiene que sufrir cambios adaptativos (físicos, mentales y sociales) para poder sobrevivir y continuar funcionando eficientemente. Así, desde esta perspectiva se han propuesto las siguientes definiciones de salud

Dubos (1975; cit. en Ballester, 1997):

La salud es un estado físico y mental bastante libre de malestar y dolor que permite a la persona afectada funcionar tan eficazmente y tanto tiempo como sea posible en el entorno donde la suerte o la elección le ha colocado. Los estados de salud o enfermedad son la expresión del éxito o fracaso sufrido por el organismo en su esfuerzo por responder, adaptándose a los cambios del medio. (p. 60)

San Martín (1992):

La salud es un estado orgánico de equilibrio entre los medios interno y externo del individuo; estado que toma en cuenta las diferencias

genéticas entre los individuos y la diferencias en sus condiciones de vida....Un individuo sano es aquel que muestra y demuestra un armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte) de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. (p. 5)

Posteriormente, este mismo autor, al tomar en cuenta las diferencias entre las sociedades y culturas formula una definición estratégica:

El mejor estado de salud de toda la población es, sino el mejor estado de equilibrio ecológico entre los riesgos que afectan la biología de cada individuo y los medios de controlar estos riesgos , teniendo en cuenta la cooperación activa de cada individuo y de la población en su conjunto. De esta manera no se puede esperar el mismo nivel de salud para cada sociedad, este nivel estaría relacionado con el nivel de desarrollo socioeconómico, con el tipo de desarrollo, con la cobertura y orientación del sistema de servicios de salud y con el grado de participación y de educación sanitaria de la población. (p. 10)

Como puede observarse, un punto importante de este modelo es la adaptación, San Martín (1992) aclara que puede darse una "seudoadaptación" que no llevaría a un estado saludable, es decir, cuando el individuo o el grupo viven en un estado de "mala adaptación" que no permite el goce de la salud ni del bienestar físico y mental. Por ello, el

medio ambiente, debe proveer óptimas condiciones para el desarrollo pleno de las facultades del hombre (Careavallo, 1990; cit. en Sánchez, 1994)

Estas definiciones también han sido criticadas, por algunos autores que han encontrado fallas, como lo describe Stone (1979; cit. en Ballester, 1997) "Dubos nos deja la necesidad de definir que significa funcionamiento efectivo, la definición, no habla de la relación entre encontrarse libre de dolor o malestar y funcionar con eficacia"(p. 61). Greene (1988) menciona que el criterio de "adaptabilidad" es un poco negativo y limitado: la salud se convierte en la habilidad de resistir épocas difíciles.

El segundo modelo desde el cual se ha intentado definir a la salud, es el social, Parsons en su obra "The Social System", fue uno de los primeros en concepcionar a la salud tomado como rasgo primordial el aspecto social, de esta manera el argumenta que la salud es el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado,(Parsons, 1972, cit. en Vega, 2000), este autor destaca la responsabilidad del ser humano de cumplir con las normas y expectativas de la sociedad en la que vive. Desde este enfoque la salud depende más de lo social que de lo biológico. Con respecto a esto, Sánchez (1994) expone que el proceso interactuante de salud/enfermedad se sustenta en la manera en como la sociedad, produce y distribuye la riqueza social; es decir, sobre la base de una sociedad dividida en clases sociales; por ello lo biológico queda determinado por ésta estructura donde se encuentra cada individuo.

En cuanto al tercer modelo, este define a la salud tomando en cuenta como característica predominante el bienestar subjetivo (algunos lo llaman espiritual) Hoyman (1975; cit. en Greene, 1988) plantea que la validez de la dimensión espiritual depende de la creencia en la existencia de fuerzas espirituales y de la manera particular del funcionamiento de estas fuerzas, aún cuando ha habido pocos estudios sobre esta materia, es probable que una proporción importante de profesionistas de la salud duden de la existencia de la espiritualidad en cualquier sentido del término, los escritores tienden a ignorar el término "psicoespiritual", planteado por este autor, sin embargo, no se puede negar los beneficios para la salud que recaen en muchas personas devotas que oran con



regularidad; para éstas personas, el lograr la paz mental, puede influir en su presión sanguínea y mejorar su digestión, sin embargo, desde una perspectiva más objetiva esto se concibe como un modo de autosugestión en donde participa un efecto placebo. Desde este enfoque Moss (1989) expone que, "la salud implica llevar una buena relación con uno mismo, con las sensaciones, pensamientos, sentimientos, imágenes, sueños de uno mismo; y con otras personas; y , con algo más, sea cual sea el concepto que tengamos de él: self o Dios" (p.57).

Moss plantea que el bienestar descansa sobre la base de tres elementos: 1) el compromiso creativo, que implica la participación en la vida de forma original, espontánea y alejada de todo juicio; 2) la intensidad, que es la cualidad de atención y compromiso con la vida y, 3) el amor incondicional. De acuerdo con éstas ideas, Simonton (1989) expone que, la salud significa estar en armonía con nosotros mismos y con nuestro universo, cuanto más armonicemos con quienes somos, más sanos estaremos. Por consiguiente, este modelo, establece que el sentimiento de bienestar espiritual es el que determina el nivel de salud.

El cuarto modelo que se menciona en este apartado es el de la Psiconeuroinmunología (PNI), que estudia la comunicación entre la mente y el cuerpo a través de los sistemas nerviosos, endocrino e inmune a los cuales se les llama conductos NEI. Esta postura explica que las creencias influyen en los conductos NEI y consecuentemente afectan a la salud. Partiendo de esto, Martínez (2001) argumenta que el modelo Biocognitivo (MB) ha realizado investigaciones para confirmar el papel de las interpretaciones (creencias y pensamientos) en los conductos NEI, explicando que las creencias son producto de la realidad colectiva que el ser humano asimila de su cultura e historia personal. Estos campos de creencias son gobernados por códigos bioéticos (reglas de acción) los cuales modelan los procesos biocognitivos durante la comunicación entre la mente y el cuerpo; de esta forma Martínez menciona que las creencias pueden estar ligadas a la salud o enfermedad:

Cuando se viola un código bioético, si el campo de creencia interpreta el evento adversivamente puede causar una reacción lineal de estrés a través de los conductos NEI, que se expresa en portales de manifiesto, ocasionando una reacción simultánea que se impresiona a nivel celular en la totalidad del campo de bioinformación. El patrón de control o castigo puede ser agresivo afectando a diversos órganos. (p. 2 )

De esta manera el MB postula que, sin negar la influencia ambiental y genética los procesos de salud y enfermedad están modulados por patrones biocognitivos en un campo de bioinformación que oscila constantemente entre la estabilidad y el caos para alcanzar su máxima relevancia en el contexto (Martínez, 2001). Esta perspectiva toma en cuenta las variables del medio ambiente (Creencias como resultado de la cultura y sociedad) y lo orgánico (NEI), para explicar un estado de salud.

Partiendo de las definiciones anteriores, Irwin y Stone (1985; cit. en Roa, 1995) plantean que ninguna resulta determinante a la hora de fijar un concepto operativo y objetivo de salud, por ello, se han propuesto algunas sugerencias, como las cinco subdivisiones de salud como valor prioritario universal, expresadas en la reunión sobre el "Estudio de los Determinantes y Consecuencias de la Conducta Preventiva y Perjudicial para la Salud", celebrada en el John D. And Catherine McArthur Foundation Network y que son:

- a) El sentimiento subjetivo de bienestar.
- b) La capacidad para un alto nivel de productividad social.
- c) Niveles adecuados en las medidas de funcionamiento corporal.
- d) Baja frecuencia de utilización de servicios del sistema sanitario.
- e) Capacidad de resistencia al estrés, a las infecciones, y a las agresiones físicas con una pérdida mínima en los anteriores criterios.

Sin embargo, es indispensable plantear definiciones que surjan del punto de vista psicológico. De esta manera el quinto y último modelo al que se hará referencia es al psicológico. Ballester (1997) menciona que la Psicología de la Salud concibe a la salud como un proceso continuo e infinito sin un límite tajante con la enfermedad; tiene que ver con los comportamientos, el estilo de vida de una persona o comunidad; que se traduce en la experiencia subjetiva de bienestar del individuo y constituye al tiempo un fenómeno que sobrepasa al individuo para afectar y entenderse desde la sociedad a la que éste pertenece; definiéndose como la adaptación o interacción óptima entre la globalidad (mente y cuerpo) de la persona, las exigencias, restricciones o limitaciones que le impone su propia vida. Roa (1995) coincide con Ballester al mencionar que las interacciones entre el estilo de vida, el medio ambiente y los comportamientos dentro de un continuo determinan un estado de salud, pero incorpora, dos factores más: el sistema de asistencia sanitaria, y la biología humana.

Concluyendo, se puede determinar que las definiciones de salud están influidas por distintos factores y en la actualidad no se ha llegado a un acuerdo entre modelos, pero se han logrado avances al considerar los elementos psicológicos como parte de la salud, ya que con esta concepción profesionistas como el psicólogo están comenzando a integrarse a este ámbito. Es imposible definir a la salud tomando en cuenta un solo factor como predominante, el hombre es un ser integral y por ello debe ser percibido en todas sus áreas, la psicología tampoco debe hacer esta división centrándose solo en lo emocional o conductual, debe considerar los aspectos biológico, económico, cultural y espiritual para comprender mejor la condición del ser humano,

### **1.3 Factores que Determinan la Salud**

Un aspecto en que coincide en las definiciones es la presencia de diversos factores en la salud como los sociales, económicos, culturales, ambientales, políticos, psicológicos y orgánicos. Haciendo una clasificación, se puede identificar los que dependen directamente del individuo como los hábitos de salud (nutrición, ejercicio físico, consumo moderado de bebidas alcohólicas, etc.) y los que no dependen del hombre como los ambientales, socioculturales o los económicos que la mayoría de las veces están a cargo de los gobiernos.

Sin embargo aunque sean responsabilidad directa o indirecta del individuo todos estos juegan un papel importante en la composición de un estado saludable, a continuación se describen cada uno de estos factores.

#### ***1.3.1 Factores Socioeconómicos y Culturales***

La epidemiología social es el estudio de los factores sociales y su relación con la salud, estos son: la raza, ingresos, sexo y composición de la familia, Levi (1990) agrega a esta lista, el clima político, el aspecto económico y cultural. Greene (1988) incluye la densidad de la población, el hacinamiento, el paso de la civilización moderna y sucesos de la vida que causan tensión. Estos factores reflejan la forma en que la sociedad está organizada, y la salud de una nación depende en alto grado de esta estructura social (Sánchez, 1994).

La religión es un aspecto que influye en la salud personal, por ejemplo los adventistas, mormones y judíos tienen diferentes características culturales, y tienen hábitos de salud muy específicos como el no consumo de drogas (bebidas alcohólicas, tabaco, café entre otros), siendo sus estadísticas de salud únicas, ya que se han encontrado frecuencias

modestas de cáncer y enfermedades cardiovasculares en estos grupos religiosos ( Enstrom, 1975; cit. en Greene, 1988).

Otro aspecto importante es la educación que puede ser la variable socioeconómica más relacionada con la salud ya que las conductas orientadas hacia ésta son resultado de estilos de vida valiosos y la educación es el agente principal que desarrolla dichas prácticas. En un pueblo entre mayor sea su nivel educativo, mejor es su conocimiento sobre la salud y la enfermedad, y más adecuado será su comportamiento en relación con estos fenómenos.

Las estadísticas de salud también reflejan una diferencia según el sexo; la esperanza de vida para la mujer es mayor que la del hombre y esta va en aumento, sin embargo, la mujer tiene una morbilidad más alta que el hombre como lo demuestra el hecho de visitar con más frecuencia al médico, permanencias en el hospital más largas, mayores incapacidades, más cirugías y más ausencias en el trabajo y en la escuela (Greene, 1988).

El aspecto económico es un elemento más que determina el nivel de salud en un país, para medir este factor se utiliza el término ingreso "per cápita" que es la cantidad promedio de ingresos por persona, computado al dividir el producto nacional bruto (PNB) del país por el número de personas. Así, se encuentran concordancias en la esperanza de vida entre los países con el mismo nivel de desarrollo. En tanto que en los países menos desarrollados y más pobres, se comparten patrones similares de una esperanza de vida relativamente corta y altas tasas de mortalidad (Sánchez, 1994). Un ingreso "per cápita" bajo, malas condiciones sanitarias, la falta de agua limpia, mala nutrición y educación deficiente contribuyen al deterioro de salud en los países en vías de desarrollo.

A los factores socioeconómicos se suman los culturales. Se sabe, que en ocasiones los patrones culturales y las creencias contribuyen al agravamiento de los problemas de salud (Sánchez, 1994). Algunas poblaciones tienen creencias religiosas o supersticiones muy arraigadas, esto los lleva a dar explicaciones de la salud incorrectas; las enfermedades

muchas veces son atribuidas a castigos divinos y no realizan las medidas necesarias para contrarrestarla.

Otra variable que afecta este proceso, es la publicidad (en todas sus expresiones) ya que muchas veces este medio fomenta hábitos que no están relacionados con la salud, por el contrario se estimulan hábitos de consumismo (alcohol, tabaco, comida artificial, dietéticos, etc).

### ***1.3.2 Factores Orgánicos***

Estos factores se refieren al sustrato fisiológico y genéticos. Por consiguiente el buen funcionamiento de los sistemas y aparatos del cuerpo determinan el grado de salud física en el ser humano.

En cuanto al aspecto genético, los nuevos conocimientos sobre la herencia familiar han hecho contribuciones importantes a la explicación del origen de algunas enfermedades como lo expone Gómez (1996) los nuevos avances en ingeniería genética han contribuido a destacar que detrás de ciertos trastornos (por ejemplo, las cardiopatías, la hipertensión o el asma) subyacen una diversidad de factores genéticos.

Los resultados de las últimas investigaciones, parecen indicar que dichas alteraciones genéticas, son predisponentes para desarrollar ciertas enfermedades, sobre esta línea, se llevan descubiertos al menos, veinte genes promotores de enfermedades (Gómez,1996).

Se destaca la conveniencia de incrementar la atención en el historial familiar, y que su conocimiento e investigación permita no solamente advertir sobre la posibilidad de que un determinado sujeto padezca una enfermedad en un futuro, sino prevenir su aparición mediante cambio de hábitos alimenticios, prácticas deportivas, estilos de vida, etc.

### 1.3.3 Factores Psicológicos

Los factores psicológicos también son determinantes a la hora de hablar de un estado saludable, ya que este incluye el bienestar subjetivo del individuo, que está en función de sus pensamientos, emociones y percepciones. A continuación se revisarán brevemente los principales elementos psicológicos que ejercen influencia en la salud.

Uno de estos elementos es la personalidad que es "la organización dinámica, relativamente estable, de características psicológicas, físicas innatas y adquiridas, bajo las condiciones especiales de desarrollo, que determinan la conducta propia o típica con la que cada individuo afronta las distintas situaciones" (Llor y cols 1994; cit. en Gallar, 1998, p.76), compuesta por nueve elementos: 1) la constitución, se refiere a las características físicas y corporales; 2) el temperamento, se define como el tono emocional y afectivo con que el individuo afronta la realidad; 3) las creencias, se refieren a las interpretaciones que hace el individuo de los diversos aspectos de la realidad; 4) los valores, aquellas creencias a partir de las cuales un individuo orienta sus metas; 5) las actitudes, son la predisposición con la que se afronta una realidad concreta; 6) el comportamiento o conducta, es la forma de actuar ante diversos estímulos; 7) el autoconcepto, que es la percepción que tiene una persona de sí misma; 8) las motivaciones, impulsos que permiten cubrir necesidades de estabilidad corporal y psicológica y 9) las aptitudes que son el conjunto de capacidades innatas y adquiridas que permiten la adaptación al medio y a las circunstancias en que se desenvuelve el ser humano.

Relacionando los elementos de la personalidad descritos por Gallar, con las definiciones que se han propuesto de salud; la capacidad de funcionamiento, de adaptación, la habilidad para realizar adecuadamente el rol social y la competencia para obtener bienestar, están determinados por la personalidad de cada individuo. Por ejemplo, si no se tienen las aptitudes necesarias para realizar alguna actividad el funcionamiento se verá afectado dándose un deterioro de la salud, o si las actitudes, temperamento y creencias son negativas ante cierta situación estos crearán emociones negativas afectando al sistema

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

inmunológico como lo menciona Martínez (2001) en su modelo Biocognitivo de salud, por lo tanto su estado saludable se verá afectado.

La autoestima que es el grado de aprecio de uno mismo sobre aspectos físicos y psíquicos; es la base para el afrontamiento de los retos y dificultades de la vida (conflictos, estudios, enfermedades, etc.). Por ende, es un factor esencial para la promoción de la salud. Una de las proyecciones más relevantes de la autoestima radica en los hábitos de salud, pues es sabido que quien posee autoestima tiene mayor capacidad de defensa frente a influencias externas antisaludables; de hecho, muchas campañas de mentalización antidroga incluyen talleres de autoestima como instrumento para consolidar un estilo de vida saludable (Gallar, 1998).

El comportamiento asertivo, por otro lado, determina el nivel de bienestar que puede experimentar una persona. Actualmente se enfatiza la necesidad de prevenir enfermedades físicas, por ello es necesario fomentar hábitos como la dieta, el ejercicio y la higiene. Sin embargo, la forma en la que el sujeto se conduce en sus relaciones con el mismo y con los demás también puede ser un medio para prevenir enfermedades y mantener el bienestar. De acuerdo con lo anterior, las relaciones humana son fuente de satisfacciones y frustraciones, por lo tanto se requiere conducirse en armonía, de este modo la salud psicológica también puede deteriorarse gravemente con las experiencias negativas no asimiladas constructivamente. Se puede considerar, entonces, a un hombre sano, aquel que ha podido establecer relaciones maduras, plenas y gratificantes a su alrededor

#### *1.3.4 Factores Ambientales*

Higgson y Muire (1976; cit. en Greene, 1988) plantean que los determinantes ambientales de la salud se dividen por lo general en dos categorías: el microambiente y el macroambiente, el primero incluye aquellos factores sobre los cuales los individuos tienen control personal y, el macroambiente, implica aquellas influencias sobre la salud en las cuales el individuo tiene poco control inmediato.



A su vez, el macroambiente se divide en dos categorías: el ambiente social y el físico.

En ambiente físico relacionado con la salud/ enfermedad se compone principalmente de la calidad del aire, del agua y los alimentos. Calvo y Del Rey Calero (1998) agregan que los fenómenos ambientales más relacionados con los problemas de salud son: las alteraciones atmosféricas producidas en áreas urbanas, el ruido y la contaminación.

## CAPÍTULO II

### PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Una vez revisados los distintos conceptos de salud, es necesario describir las funciones que tiene el psicólogo en ésta área. En la actualidad existe bastante controversia entre los autores en cuanto a lo que se entiende por Psicología de la Salud (Buela, Sierra y Carrobles, 1995) y en cuanto a la delimitación de su área de trabajo.

Por consiguiente, el objetivo de este capítulo es establecer su definición, funciones y estado actual en nuestro país. Para ello es necesario dar una breve descripción de su desarrollo y su delimitación con otras áreas relacionadas como la Medicina Conductual, Psicología Médica, Medicina Psicosomática y Psicología Clínica.

#### 2.1 Origen y Desarrollo de la Psicología de la Salud

Algunos autores mencionan que es difícil realizar un análisis preciso del origen y desarrollo que ha tenido la Psicología de la Salud, ya que es una disciplina que requiere de la mediación de otras para su aplicación. Con respecto a esto Stone (1979; cit. en Salinas, 1995) menciona que la evolución del ejercicio del psicólogo y sus funciones en el campo de la salud no se pueden detallar por falta de información. Sin embargo, a continuación se da una breve descripción de los principales acontecimientos que determinaron el surgimiento de esta disciplina.

Los primeros antecedentes se hallan en el año de 1900 en los primeros trabajos relacionados con la salud, por ejemplo, Watson realizó estudios sobre Neurología y Psicología en contraposición a la Psiquiatría con base en tres aspectos: a) demostración de la existencia de un campo fértil por medio de trabajos sobre retroalimentación y Psicología familiar; b) la detección de la relación entre enfermedad y estilos de vida; y c) demostración de que los conceptos psicodinámicos eran oscuros y no proporcionaban

una alternativa. En 1904, Stanley Hall, en un trabajo sobre adolescencia, incluyó un capítulo en el cual trataba la importancia de los aspectos preventivos y de higiene; posteriormente, en 1922 Wundt realizó estudios sobre el dolor y William James en su libro "On vital Reserves: The Energies of Men; The Gospel of Relaxation" trató temas relacionados con la condición de invalidez crónica y ejercicios espirituales para alcanzar el bienestar (Ballester, 1997; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Sin embargo, el primer acercamiento formal de la Psicología al área de salud fue por medio de la enseñanza en las facultades de medicina (Salinas, 1995), Watson (1912; cit. en Ballester, 1997) fue uno de los primeros en considerar la importancia de dar formación psicológica a los estudiantes de medicina, con el objetivo de percibir a los pacientes en forma integral. De esta forma, en 1911 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó una comisión para inspeccionar la situación de la enseñanza de Psicología en las facultades de medicina; más tarde, en 1950, la Universidad de Pittsburg patrocinó ocho conferencias sobre "La relación de la Psicología con la Medicina", en este mismo año una serie de investigaciones documentaban un crecimiento en el número de psicólogos que daban clase en las facultades de medicina y en las responsabilidades otorgadas.

Posteriormente, en 1969, William Shofield publicó un artículo en el "American Psychologist" en el cual propuso a los psicólogos que investigaran más en temas relacionados con la salud / enfermedad (Rodin y Stone, 1987; cit. en Florez, 2001). De esta manera, gracias a la respuesta al llamado de Shofield, en 1973 la APA, instituyó un grupo llamado "Task Force on Health Research", cuyo objetivo fue recabar, organizar y difundir la información sobre el estado de la investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud (APA, 1976; cit. en Ballester, 1997). A la par de estos acontecimientos, surgen nuevas disciplinas que tienen como objetivo formular estrategias para prevenir o modificar conductas nocivas para la salud como la Medicina Comportamental (conductual), término propuesto por Lee Birk en 1973 en su libro "Biofeedback: Behavioral Medicine" (Florez, 2001), por ello se puede mencionar, que la Psicología Médica, la Medicina Psicosomática y la Medicina Conductual son los

antecedentes de la moderna Psicología de la Salud, (Bazan 1997, Rodríguez y Rojas 1996 y Florez 2001).

Como resultado de la investigación del grupo "Task Force on Health Research", se reunieron aproximadamente 500 profesionales, con lo cual se instituyó dentro de la División 18 de la APA (División de psicólogos en el servicio público), una sección llamada "Health Research" con el propósito de continuar la investigación psicológica en el ámbito de la salud, que fue incrementándose en los años posteriores. Debido a esto, en 1978, la APA creó su división número 38 con el nombre de División de Psicología de la Salud, siendo su primer presidente Joseph Matarazzo quien a su vez propuso la definición, que posteriormente se aceptaría como oficial, de esta forma, los principales representantes e iniciadores de esta disciplina fueron: Stephen Weiss, Neal Miller, Jerome E. Singer, Gary Schwartz, Edward Blanchard, George Stone y Richard Evans (Ballester, 1997).

Posteriormente, en 1979 se publica el primer libro, titulado "Health Psychology"; en 1982 se edita la primer revista dedicada a este tema y en 1983 se lleva a cabo una conferencia nacional sobre educación y entrenamiento de los psicólogos de la salud (Becoña et al. 2000).

De esta forma, en la década de los ochenta esta disciplina tuvo un rápido crecimiento, sobre todo en los países desarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos en 1984, el psicólogo fue reconocido como parte fundamental del equipo médico (Ramírez, 1996). En 1987, el Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS) reportó que los psicólogos habían remplazado a los psiquiatras en la administración de atención en los hospitales y que además se había ahorrado la tercera parte del presupuesto para la salud tanto en tiempo como en costo; debido a esto, la Suprema Corte de Justicia, aclaró que los psicólogos y los psiquiatras estaban al mismo nivel profesional y que cualquier regulación política que limitara la competitividad entre estas dos profesiones debía estar sujeta al escrutinio del Estado (Enright, 1990; cit. en Ramírez, 1996). De forma semejante, en países como Alemania, Suecia y Australia, el psicólogo está integrado al

equipo médico y sus acciones están dirigidas a la planeación de programas preventivos, aplicación de técnicas principalmente conductuales a diferentes enfermedades (hipertensión, dolor crónico, cáncer, SIDA entre otras); a la investigación y enseñanza en las facultades de medicina o a nivel de posgrado en Psicología. Sin embargo, este desarrollo depende del grado en que cada nación ha apoyado el desarrollo de la Psicología como disciplina y como profesión (Holtzman, 1993), por ello, algunos países cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros éste campo (PS) aún es incipiente y, en otros aún no se inicia (Rodríguez y Rojas, 1996).

Con respecto a lo anterior, en los países en vías de desarrollo como en México se observa un lento crecimiento ya que el modelo médico aún domina el ámbito de salud no permitiendo la inserción del psicólogo. Pero es aún más crítica la situación en países como África donde la población está preocupada por satisfacer sus necesidades primarias (alimento y vivienda) por lo tanto, los servicios de Psicología son considerados como un lujo, en consecuencia la Psicología de la Salud no ha emergido, Ballester (1997) expone que en estos países aún se encuentra muy arraigada la idea sobrenatural de la salud/enfermedad.

En tanto, en América latina, la Psicología de la Salud comienza a desarrollarse en las Universidades a través de la creación de líneas de investigación, que posteriormente fundamentaron el establecimiento de programas para la formación de especialistas. En algunos países tiene su origen en las unidades de los diferentes niveles de atención; este es el caso de Colombia, en el que se origina en el Hospital Militar Central; en forma simultánea en Venezuela, en la Universidad Central y en los hospitales Simón Bolívar y J. M. de los Ríos, con especial énfasis en la atención primaria de la salud y en Psicología Comunitaria, sin embargo Brasil fue el primer país que creó las residencias en Psicología de la Salud en los tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1996). Por otra parte, Duarte (1986; cit. en Salinas, 1995) expone que en América Latina la inscripción profesional del psicólogo en el campo de la salud comienza como en Estados Unidos, en la educación médica.

Concluyendo y de manera general, Becoña et al. mencionan que la Psicología de la Salud emerge principalmente por cinco razones:

- 1- El cambio en la concepción de los términos salud y enfermedad.
- 2- La dificultad del modelo biomédico por explicar el origen y desarrollo de ciertas enfermedades (cáncer, hipertensión, diabetes).
- 3- El cambio en los patrones de enfermedad, actualmente las enfermedades crónicas en su mayoría están determinadas por los comportamientos.
- 4- Las inversiones en salud, sin ver una mejoría en ésta.
- 5- El aumento de la investigación y aplicación de la modificación de conducta a diversos trastornos, con la obtención de resultados favorables.

## **2.2 Definición de la Psicología de la Salud**

Uno de los primeros intentos por definirla fue realizado por Stone (1979; cit. en Roa, 1995) al exponer que, "al hablar de Psicología de la Salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema de salud" (p. 504).

Posteriormente, varios autores han propuesto definiciones como Taylor (1986; cit. en Latorre, 1994) que expone "la PS 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 como responde una persona cuando está enferma" (p.20).

En México Rodríguez y Palacios (1989) la definen como "la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la Psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud" (pp. 94).

En España en la Universidad Autónoma de Madrid, Carrobles (1993; cit. en Bucla, Sierra y Carrobles, 1995) refiere que:

La PS es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad. (p.29)

Por otra parte, Holtzman, (1993) expone que:

La PS se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan al tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física. (p.142)

De esta manera se puede hacer una clasificación de las definiciones, están las que enfatizan la prevención y tratamiento de las distintas enfermedades, como la expuesta por Carrobles y las que acentúan la promoción y mantenimiento de la salud como las

formuladas por Taylor, Holtzman, Rodríguez y Palacios. Siendo la definición de Matarazzo (1980; cit. en Ballester, 1997) reconocida como oficial internacionalmente, ya que es la que describe con mayor exactitud las funciones del psicólogo en este ámbito:

El conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la Psicología dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de sus correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. La APA agregó al final: el análisis y mejora del Sistema de Salud y la formación en política sanitaria. ( p 45).

Tomando como punto de partida lo anterior; Buela et al. (1995) mencionan que la División de Psicología de la Salud de la APA ha establecido diez objetivos prioritarios para ésta :

- 1- Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- 2- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.
- 3- Comprender la naturaleza de respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- 4- Entender cómo los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- 5- Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- 6- Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas



- 7- Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
- 8- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan éstos para mejorar la eficiencia del tratamiento.
- 9- Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
- 10- Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Sin embargo, a la hora de llevar a cabo sus funciones para cubrir los objetivos antes mencionados, la PS se encuentra con el conflicto de delimitar su campo de acción, ya que existen otras áreas con metas muy semejantes como se revisará en el siguiente apartado.

### **2.3 Psicología de la Salud y su Relación con otras Disciplinas**

Como se mencionó en el apartado anterior han surgido áreas interdisciplinarias o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes; como la Salud Conductual, la Medicina Conductual, la Inmunología Conductual y muchas otras, que tienen como objetivo destacar la importancia de los comportamientos individuales en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (Ribes, 1990; cit. en Latorre, 1994). Los límites entre estas disciplinas actualmente no son claros, confundiéndose a la hora de intervenir en el ámbito de la salud, por ello una de las formas para aclarar o establecer los límites conceptuales de la Psicología de la Salud es explicando la diferencia de ésta con estos subcampos.

### 2.3.1 *Psicología Médica*

Desde hace 20 años aproximadamente surge en algunos países un categoría de médicos que se interesan cada vez más por comprender a sus enfermos y, a través de esta comprensión de su personalidad, los trastornos que padecen; como resultado nace la Psicología Médica, que se enfoca en las reacciones psicológicas de todo enfermo atacado por una u otra afección; brindando aclaraciones al clínico y a cualquier especialista sobre lo que ocurre entre él y su paciente. Forma psicológicamente al médico para que pueda comprender mejor al paciente a quien trata, percibiéndolo en su contexto psicosocial, recurriendo a una concepción de la enfermedad humana que a menudo se opone a la enfermedad experimental o a la enfermedad espontánea de los animales (Schneider, 1985). De esta manera, Pinkerton, Hughes y Wenrich (cit. en Salinas, 1995) mencionan que la Psicología Médica, utiliza los principios psicológicos para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física centrándose en el contexto psicológico y social de la persona.

Pomerleau y Brady (1979; cit. en Roa, 1995) la definen como:

Un amplio campo de actividad, en el que la evaluación psicométrica, las pruebas proyectivas y la teoría de la personalidad han jugado los principales papeles...y dónde el interés principal ha recaído sobre la comprensión de la enfermedad en el contexto social y psicológico, en lugar de en el tratamiento. (p.509)

Basándonos en la definición de la PS y de la Psicología Médica, se puede argumentar que la primera está dirigida tanto a personas sanas (promoción y mantenimiento de la salud) como a personas que padecen algún tipo de enfermedad (tratamiento y diagnóstico) y la segunda se centra específicamente en la comprensión de

cómo afecta la enfermedad psicológicamente a las personas; además la PS tiene dos funciones más que son: la mejora del Sistema de Salud y la formulación de políticas sanitarias.

### **2.3.2 Medicina Conductual**

La PS está íntimamente ligada al desarrollo conceptual y a las contribuciones de la Medicina Conductual (Salinas, 1995). Schwartz y Weiss (1978; cit. en Weiss, 1993) la definen como “un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de la ciencia médica y conductual relevantes a la salud / enfermedad, así como la aplicación de estas técnicas a la prevención, tratamiento y rehabilitación” (p. 402).

Por otro lado Florez (2001) propone lo siguiente:

La Medicina Conductual es el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas, limitándose casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante. (p.1)

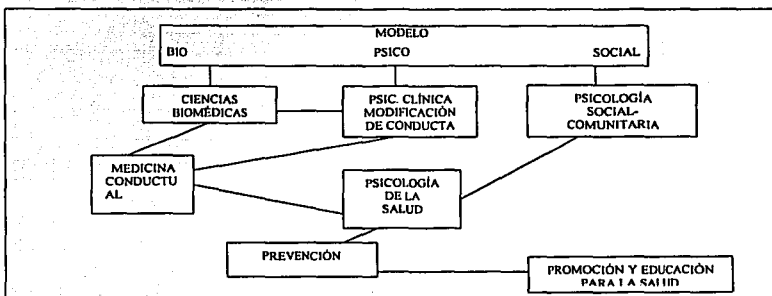
De esta forma, Gentry (1982; cit. en Roa, 1995) clasifica las definiciones formuladas en tres áreas: a) las de corte conductual que hacen énfasis en la aplicación de conductuales al ámbito de salud, b) las definiciones basadas en la conferencia de Yale, que enfatiza que la principal característica es la interdisciplina, por la variedad de ambientes de trabajo y profesionales que pueden intervenir en ésta área y, c) las de corte

psicológico que argumentan que es el estudio de las consecuencias psicológicas de la enfermedad física, o bien en su consideración como subespecialidad de la Psicología .

Siendo sus objetivos (Becoña et al.): 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para mejorar sus intervenciones; 3) capacitar a los pacientes a seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades y, 5) diseñar nuevas estrategias de intervención.

Su campo de acción es, según Seligson (1989; cit. en Salinas, 1995) la obesidad, el dolor crónico, adherencia a los tratamientos médicos largos, diabetes, cáncer, conducta tipo A y asma; siendo sus principales estrategias; las técnicas de bio retroalimentación; métodos de autocontrol y las denominadas estrategias de afrontamiento.

Para denotar la diferencia entre PS y Medicina Conductual, Carrobbes (1993, cit. en Buela et al.) elabora un esquema para explicar la relación entre ambas (ver figura 1) :



**Figura 1.** Muestra las diferencias en el surgimiento de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud.

De esta forma, de las ciencias biomédicas y la modificación de conducta surge la Medicina Conductual que, posteriormente junto con el surgimiento de la Psicología Social-Comunitaria ponen la base para el surgimiento de la PS que tiene como objetivos la prevención, promoción y educación para la salud. Concluyendo, se puede decir que la

distinción fundamental entre ambas es la aproximación interdisciplinaria adoptada por la medicina comportamental versus la aproximación de disciplina específica de la PS, además las intervenciones de la primera son en mayor medida de tipo curativo y la segunda tiene como objetivo prioritario la prevención y promoción de la enfermedad (Becoña et al.).

### 2.3.3 *Medicina Psicosomática*

El objeto de estudio de la Medicina Psicosomática según Schneider (1985) es la relación etiopatogénica entre la vida psíquica (los conflictos emocionales) y los trastornos somáticos funcionales, orgánicos e incluso lesionales. Weiner (1985; cit. en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) la define como “una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de los factores sociales y psicológicos que juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades” (p.21). Roa (1995) reporta que esta disciplina fue antecesora de la PS al plantear la importancia de los factores psicológicos dentro del continuo salud-enfermedad.

La Medicina Psicosomática se centra en la enfermedad, utilizando modelos conceptuales subjetivos como las teorías psicodinámicas; por lo que ha sido criticada ya que su metodología de investigación e intervención, es poco objetiva, de difícil generalización y se practican con una población de uno.

La Psicología de la Salud, por otra parte, va encaminada a la promoción de conductas saludables, así como a la prevención de enfermedades. además los modelos conceptuales utilizados por ésta son más objetivos ya que considera las variables ambientales en el proceso, los resultados de sus investigaciones son más generalizables, trata de controlar variables extrañas y es aplicada a una mayor población (Roa, 1995).

### 2.3.4 *Psicología Clínica*

Phares (1991, cit. en Becoña et al.) define a la Psicología Clínica como, "un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal"(p.23).

Salinas (1995) caracteriza la actividad del psicólogo clínico con las funciones de aplicar, clasificar, interpretar y hacer el reporte de pruebas psicológicas que se emplean con fines de diagnóstico. Asimismo desarrolla labores de psicoterapia individual y grupal, actividades recreativas y educativas, de investigación, enseñanza, capacitación y evaluación en general.

La Psicología Clínica de la Salud se ha definido como un subcampo de la Psicología de la Salud y sus antecedentes están relacionados con la inserción profesional del psicólogo en ambientes de atención a la salud física y mental y cuyo énfasis está en ayudar a pacientes en distrés ; utilizando técnicas primordialmente conductuales dirigidas a modificar la conducta del paciente en la dirección fijada por los objetivos del sistema y los cuidados del mismo (Salinas, 1995).

Para intentar establecer límites entre las dos disciplinas, Stone (1987; cit. en Roa, 1995) expone que la Psicología Clínica es una rama de la PS, por lo que divide a la segunda en dos sub áreas: a) la Psicología Clínica de la Salud, que se dirige a los factores o aspectos de la salud y enfermedad en los que el estado psicológico o la conducta individual constituyen el problema central y en la que se incluye el término salud mental y, b) la Psicología no Clínica de la Salud, que está enfocada al estudio de las relaciones entre conducta y salud- enfermedad, tanto desde la investigación básica y aplicada.

De esta manera, Salinas (1995) expone las principales áreas en las cuales interviene la Psicología Clínica de la Salud :

- Aliviar el estrés del paciente
- Enseñanza de habilidades de entrevista y psicodiagnóstico al personal de salud, para mejorar su práctica profesional y mejorar la calidad de la atención médica.
- Promover cambios en los ambientes hospitalarios.
- Promover cambios de patrones de interacción familiar frente al enfermo.
- Manejo adecuado de la enfermedad.
- Mejorar las facilidades del uso de los servicios, la comodidad y satisfacer las necesidades de los pacientes.
- Trabajar con los sentimientos del personal de salud para facilitar su relación terapéutica con pacientes específicos.

#### **2.4 Campo de Acción del psicólogo de la Salud**

Tomando como base la definición de Matarazzo, el psicólogo de la salud tiene diversas funciones como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio.

Con respecto a lo anterior la Organización Mundial de la Salud en el periodo de 1984 a 1989 citó cuatro actividades en las cuales los psicólogos pueden desempeñar un papel importante: 1) el desarrollo de políticas de salud mental y la promoción, coordinación, evaluación y sostén de programas por todo el mundo; 2) mejor entendimiento de los factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano; 3) prevención, control del abuso del alcohol y drogas y, 4) la prevención y tratamiento de desórdenes mentales y neurológicos (OMS, 1983; cit. en Holtzman, 1993).

De este modo, Stone (1988; cit. en Salinas, 1995) establece que las anteriores actividades se distribuyen en tres dimensiones: 1) la investigación que va desde básica hasta la evaluación de las aplicaciones; 2) intervenciones dirigidas al individuo cuya

salud está en juego y a personas relacionadas con él, al personal que labora en el sistema de salud y a organizaciones e instituciones e, 3) intervenciones psicológicas, encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la bio-retroalimentación, modificación de hábitos o de cogniciones con respecto a la salud-enfermedad.

Los escenarios dónde puede desempeñar sus funciones son: instituciones de enseñanza superior, centros asistenciales ( clínicas, hospitales e institutos de salud en los tres niveles de atención) y, en la práctica privada enfocada a la atención individual o de pequeños grupos (Rodríguez y Rojas, 1996). Weiss (1982; cit. en Becoña et al.) agrega las empresas públicas o privadas realizando funciones asistenciales y capacitación en salud ocupacional. A continuación se revisarán las principales funciones que realiza este profesional.

#### *2.4.1 Evaluación y Diagnóstico*

La evaluación es una función importante del psicólogo de la salud, ya que lleva al diagnóstico de comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas, a la valoración de intervenciones bio-psico-sociales y de los sistemas de salud.

Las estrategias de evaluación en Psicología de la Salud están determinadas por dos tradiciones: a) la procedente de la Psicología de la Salud y b) la procedente de la Medicina Conductual; desde la primer perspectiva, se enfatizan las variables personales y los métodos utilizados son, las entrevistas, los autoinformes y las escalas de apreciación y; desde la segunda tradición, se toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) y los métodos propuestos tienen que ver con el registro mediante instrumentación y aparataje o la observación en situaciones controladas (Károly, 1985; cit. en Fernández, 1996).

Por otra parte, Roa (1995) menciona que los modelos utilizados en este campo son: a) el modelo biopsicosocial, que tiene el objetivo de evaluar de forma general al



paciente a través de las dimensiones, biológica, personal y ambiental. que consiste en una historia clínica detallada y multidisciplinaria; pero que no aporta información acerca de los comportamientos a modificar y no tiene el propósito de establecer relación funcional entre los datos obtenidos; y b) la evaluación multisistema de estrés y salud, que valora las fuentes de estrés, el afrontamiento y la adaptación del individuo, así como a los sistemas matrimonial, familiar y laboral implicados en este proceso.

Describiendo en forma breve cada una de las técnicas e instrumentos utilizados en la evaluación, Roa (1995) menciona que las entrevistas y cuestionarios tienen como objetivo la recopilación de información sobre la historia conductual del paciente, el muestreo de la conducta, la clarificación y definición específica del problema, el conocimiento de los sentimientos y pensamientos que el paciente tiene y los reforzadores que pueden ser utilizados. La técnica de observación, se lleva a cabo indirectamente con la colaboración de observadores entrenados como los familiares quienes observan al paciente en su contexto y, directamente con pacientes ingresados al hospital, con esta técnica se recaba información relevante acerca del comportamiento del paciente con respecto a la enfermedad. La auto-observación y los autorregistros, son útiles a través de todo el proceso de evaluación-tratamiento, ya que proporcionan datos que sirven para la planificación de la intervención, a la vez que hace más consciente al paciente de su responsabilidad en el proceso terapéutico transformándose en el controlador del proceso.

Otra técnica utilizada es la psicofisiológica, que permite obtener información acerca de procesos fisiológicos y procesos psicológicos para el análisis funcional de una amplia variedad de problemas clínicos y de salud, ésta se realiza utilizando técnicas de registro de la actividad fisiológica.

De esta forma, en la evaluación se recogen datos sobre cuatro fuentes de información: el individuo, sus allegados, los expertos y la procedente de aparatos e instrumentos específicos que permiten amplificar o detectar varias respuestas del organismo y su contexto. Sin embargo, los profesionales de la Psicología deben tomar en cuenta ciertos problemas metodológicos en ésta actividad que de acuerdo con Fernández

(1996) se sitúan en tres puntos: 1) las distorsiones de respuesta en los autoinformes de salud, 2) la relación existente entre escalas de apreciación de otros y autoinformes de salud y, finalmente, 3) la importancia de seguir ciertas normas en la traducción/adaptación de instrumentos contruidos en otras culturas.

#### **2.4.2 Promoción y Mantenimiento de la Salud**

La salud es un estado general del organismo humano que puede ser prolongado si se atiende tanto a la conducta de los individuos como a la cultura de sus sociedades; de esta manera, una de las habilidades que debe poseer el psicólogo es la de promover la salud en la comunidad y dar servicio a la misma o a sus individuos (Rodríguez y Palacios, 1989). Las intervenciones relacionadas con esta área, están orientadas a promover conductas de salud, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada; las técnicas que se utilizan con frecuencia son: el condicionamiento operante, el reforzamiento y, la reestructuración cognitiva.

Según Sheridan y Radmacher (1992) los psicólogos pueden dar entrenamiento a las personas para que desarrollen habilidades y mejorar su estilo de vida, este tipo de entrenamiento incluye, manejo del estrés, entrenamiento biofeedback y manejo del tiempo, así mismo, estos programas son más efectivos si se aplican a grupos escolares o a nivel comunitario y laboral.

Este trabajo, está enfocado en esta área, ya que se considera importante evitar la enfermedad, fomentando y manteniendo conductas o hábitos saludables, más adelante se profundizará en la labor del psicólogo en esta área.

### 2.4.3 *Prevención*

Ésta se refiere a la prevención primaria y secundaria, que consiste en la reducción de factores de riesgo asociados a diversas enfermedades. Incluye programas dirigidos a personas que tienen conductas de alto riesgo como nutrición inadecuada, baja o nula actividad física, estrés, abuso de sustancias, entre otras. La línea divisoria entre la promoción de la salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas en uno y otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta (Morales, 1999).

La prevención primaria, es definida por Ardila (2000) como:

El conjunto de actividades encaminadas a reducir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar factores protectores y las actitudes de la comunidad –incluyendo personal de salud- que permitan la detección de los problemas y el acceso a los servicios disponibles. (p.59)

Este autor, incluye la promoción y educación para la salud en esta área.

Sheridon y Radmacher (1992), Salinas, (1995) y Morales (1999) exponen que algunas funciones del psicólogo en este ámbito, es la detección precoz de los patrones conductuales que conducen a la enfermedad, el empleo de los principios de Modificación de Conducta para impedir el desarrollo de conductas dañinas o para establecer patrones de pensamiento y comportamiento que favorezcan la salud de los individuos; el diseño de programas preventivos adecuados a las necesidades de cada comunidad, que pueden ser aplicados por otros miembros del equipo de salud (trabajadores sociales, enfermeras o médicos). Por ello, el psicólogo debe estar capacitado para trabajar dentro de un equipo multidisciplinario.

Con respecto a esto Salinas (1995) agrega las siguientes actividades: participación en grupos de apoyo, organización comunitaria, acciones colectivas para modificar las leyes políticas que afectan el ambiente laboral, promoción de normas alimentarias y advertencias en productos dañinos para la salud.

En lo referente a la prevención secundaria, ésta es relevante una vez que la persona ha desarrollado una condición en la cual se tiene el riesgo de incrementar un daño, tal condición puede ser hipertensión, arteriosclerosis o diabetes entre otras (DiMatteo, 1991) ; por lo tanto su objetivo es impedir el avance de una condición patológica estimulando la modificación de los comportamientos relacionados con la enfermedad; siendo sus contribuciones más importantes la adherencia al tratamiento y la reorganización práctica de los servicios.

#### **2.4.4 Tratamiento**

El tratamiento se refiere al tercer nivel de prevención, que se compone de distintas técnicas terapéuticas dirigidas a personas con alguna enfermedad, estas técnicas, son principalmente de corte conductual.

Dentro de este campo Tulkin (1987; cit. en Roa, 1995) divide las intervenciones del psicólogo en seis áreas:

- 1) Tratamientos alternativos no farmacológicos, que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos como la migraña.
- 2) Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médicos tradicionales fracasan.
- 3) Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos como el estrés.

- 4) Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos, como la quimioterapia, trasplantes de médula, etc.
- 5) Adaptación a enfermedades crónicas, aquí las intervenciones incluyen estrategias para el manejo del dolor y estrés, adquisición de conductas de adaptación y afrontamiento, y modificación del estilo de vida (como en el caso de la diabetes y la hipertensión), con respecto a esto, Bazan (1997) menciona que se utilizan principalmente las técnicas de, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, autoverbalizaciones, entrenamiento en habilidades sociales y retroalimentación biológica.
- 6) El cumplimiento, en dónde se aplican estrategias encaminadas a que los pacientes se adhieran a los diversos tratamientos farmacológicos.

Sheridan y Radmacher (1992) agregan el término Terapia de Crisis (desde sus diversas aproximaciones) que se aplica a pacientes, con el objetivo de tratar la depresión o ansiedad que provocan las diversas enfermedades (sobre todo crónicas y terminales) e intervenciones quirúrgicas.

Con base en lo anterior, los psicólogos de la salud intervienen utilizando principalmente las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol; en trastornos como: el dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes, cefaleas entre otros, con el fin de reducir malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones médicas y reducir la angustia causada por la enfermedad.

Sin embargo, existen algunas áreas las cuales el psicólogo ha descuidado un poco, que debe tomar en cuenta para elaborar programas de intervención, éstas son, la salud de la mujer, del niño y del anciano (Roa, 1995).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 2.4.5 Investigación

La investigación, consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables. La investigación permite la evaluación de los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomenta la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud (Becoña et al.).

Sin embargo, en ocasiones la investigación no está vinculada con la práctica, ya que los psicólogos encargados de la intervención no están implicados en el campo, en ocasiones la investigación indaga la naturaleza y propiedades de los procesos psicológicos, sin detenerse mucho en la reflexión de la posibilidad de resolver esos problemas, y por otro lado, el psicólogo se ve en la necesidad de resolver esos problemas independientemente que se encuentre disponible un cuerpo teórico- metodológico en el cual sustentar sus procedimientos. Por ello es importante, que éste profesionista se involucre no solo en la atención y prevención, sino al nivel de investigación, ya que puede evaluar sus propios procedimientos, determinando si estos son funcionales o si hace falta agregar elementos, elaborando nuevas técnicas con la certeza de su efectividad.

Salinas (1995) detectó que las principales contribuciones y tendencias de la investigación en Psicología de la Salud son:

- a) Estudios relacionados con las conductas de salud : conducta autodestructiva, abuso de drogas, propensión a accidentes, conductas preventivas, de enfermedad, papel del enfermo, ajuste a la enfermedad crónica .
- b) Estudios del sistema de cuidado de salud: procesos del cuidado de salud, ambientes de tratamiento, aparatos y proveedores del sistema de salud.
- c) Estudios sobre planeación y movilización de recursos de salud.

- d) Estudios sobre reducción de amenazas de salud : efectos ambientales y conductas de protección ante desastres, etc.

Por otro lado, específicamente en América Latina la investigación ha sido poca, y la que existe está centrada básicamente sobre el proceso enfermedad. Con respecto a esto, Salinas (1995) expone que hay escasa información sobre el papel determinante de la estructura social, de la relación entre trabajo, salud y desarrollo de la personalidad, así como de las consecuencias psicológicas del desempleo y su influencia en la salud. Rodríguez, Hernández y Ramos (1993; cit. en Rodríguez y Rojas, 1996) reportan que durante la década de los ochenta la producción científica en Argentina, Brasil, Cuba y México fueron estudios relacionados con enfermedades crónico degenerativas (dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer); manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante retroalimentación biológica; aspectos psicosociales de las adicciones y, conducta sexual como factor de riesgo en la infección de VIH. Actualmente, en México se realizan investigaciones como: evaluación del estado de salud (Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina, 1999); tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual (Calderón, 1999); trastornos de alimentación y autocontrol (Lugli y Vivas, 2001); salud de las mujeres trabajadoras (Blanco y Feldman, 2000); nivel de actividad física (López, Reyes, Castillo, Dávalos y González, 2001), entre otras. Siendo las aproximaciones metodológicas experimentales, epidemiológicas y psicométricas las que predominan.

#### ***2.4.6 Formulación de Políticas de Salud***

Sheridon y Radmacher (1992) mencionan que para mejorar la intervención del sistema de salud, se necesita de acciones políticas, el psicólogo puede intervenir en esta área, realizando investigaciones de salud pública y enviando sus resultados a las agencias gubernamentales y hacerse "amigo de las autoridades" en aspectos relacionados con Salud Pública, por ejemplo la APA puede ayudar a proponer minutas al congreso para implementar diversas estrategias para prevenir diversas enfermedades como el SIDA.

La APA ha asumido el liderazgo en cuanto al rol del psicólogo en los hospitales publicando documentos legales como: a) "A hospital Practice Primer for Psychologist", el cual informa de la entrada legítima de los psicólogos en los hospitales, del tipo de entrenamiento requerido, así como de las cuestiones legales, b) "Hospital Practice: Advocacy Issues", donde se informa sobre salarios y planes de organización con el equipo médico y, c) el "Manual on Alternative Health Care Systems", el cual presenta una guía de cómo obtener la certificación y privilegios para el trabajo en el hospital, entre otros. (Enright, 1990; cit. en Ramírez, 1996).

## 2.5 El Psicólogo de la Salud en México

En algunos países como Estados Unidos y Cuba esta disciplina tiene reconocimiento, el psicólogo de la salud forma parte del equipo que labora en los centros hospitalarios, sin embargo en México aún no se da un desarrollo importante. Para ejemplificar lo anterior, el espacio laboral para la Psicología de la Salud no existe de manera formal, no solo se puede detectar este hecho por la carencia de publicaciones o porque no está complementada en los programas de estudio de licenciatura, sino por las estadísticas generales a la misma Psicología, así como las del sector salud (Ramírez, 1996).

Ramírez (1996) expone que el Sistema Nacional de Salud en nuestro país sigue teniendo como principal interés la atención médico-curativa, mostrando poca o ninguna atención en los aspectos de programación, diseño social, prevención y "calidad y calidez", particularmente en lo que respecta a la atención psicológica o al empleo de profesionistas que ayuden al cambio en el servicio médico. Por lo tanto, las funciones del psicólogo se han reducido a servir como auxiliar de otras profesiones, no otorgándole el rango de profesión, por lo que se dejan de aprovechar habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector (Urbina y Rodríguez, 1993).



En un estudio realizado por Urbina y Rodríguez (1993) en las instituciones de salud pública, se encontró que el número de psicólogos que laboran en el sector salud es de 1546 aproximadamente, ubicándose el 61% en la Secretaría de Salud (SSA), el 14% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 10% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y el 15% en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), siendo esta última institución la que más dirige el trabajo de los psicólogos al otorgamiento de servicios psicológicos personales (79%), seguida por el ISSTE y por el IMSS (67 y 44%). En general el 18% de los psicólogos no efectúan labores que involucren ejercicio profesional, es decir, 430 psicólogos contratados no ejercen como tales en estas instituciones. La especialización de la que han egresado los psicólogos del sector es la clínica (88%) pero no resulta adecuado para la instrumentación de programas de salud novedosos y de mayor impacto. Rodríguez y Rojas, (1996) refieren que en México hay alrededor de 2000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a 90 millones de habitantes.

Algunos de los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud de nuestro país se pretenden solucionar con estrategias generales, pero no vislumbra la posibilidad real de incorporación de psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc., que se hagan cargo de programas relacionados directamente con educación para la salud, participación comunitaria, modificación organizacional de los servicios y, otros; estas estrategias y sus programas, siguen siendo dirigidos, principalmente, por profesionales de la medicina. Esto puede deberse a las fallas en la planeación de políticas de salud que no toman en cuenta otras profesiones o que son elaborados por personal que no tiene conocimientos relacionados con el área (Ramírez, 1996).

Sin embargo, actualmente el número de psicólogos interesados en dicho ámbito va en aumento, Rodríguez y Palacios (1989) mencionan que se lleva a cabo una maestría en Psicología Experimental en la Universidad Nacional Autónoma de México, que estableció un convenio con la Secretaría de Salud, en la cual los estudiantes son capacitados como residentes de Atención Primaria para la Salud, en donde se involucran

con el personal médico, desarrollan y aplican procedimientos de investigación de los patógenos conductuales de la población y diseñan modelos de intervención apropiados. Con respecto a esto, Ramírez (1996) refiere que habrá que esperar los datos que reporten estos profesionistas en cuanto a la implementación de tal programa de entrenamiento, pero más que eso, lo deseable sería que reportaran datos del trabajo real ya como egresados, y que plantearan sus vivencias, así como las problemáticas a las que se hayan enfrentado, aquí es donde se puede observar si este intento solo queda en la academia o ha logrado trascender en un nuevo espacio de trabajo. Por otro lado, Becoña et al. refieren que en la actualidad están surgiendo nuevos planes de estudio en las distintas facultades de Psicología españolas y mexicanas. A nivel de posgrado, por ejemplo se encuentran los programas de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México.

De esta manera se hace un énfasis en la importancia de integrar a otros profesionales en el campo de la salud, como es el caso del psicólogo; redefinir opciones la labor de este profesional en el sector salud hacia roles y actividades de mayor trascendencia que las de mero auxiliar de las acciones médicas

## CAPÍTULO III

### HÁBITOS POSITIVOS DE SALUD

Uno de los objetivos de la Psicología de la Salud, es responder a cuestiones como las siguientes: ¿Cómo se relacionan los comportamientos humanos con la salud?. ¿Cómo evolucionan los hábitos de salud a lo largo de la vida, de qué forma se adquieren, hasta qué punto son estables y que papel juegan en ello las variables individuales? (Beneit. 1994). Por ello debe existir investigación dirigida a determinar las características y factores que intervienen en su adquisición y mantenimiento.

Este tema es importante, ya que actualmente el comportamiento juega un papel relevante en la salud, el individuo es cada vez más responsable de mantener este estado (DiMatteo,1991; Buceta y Bueno, 1993; Myss y Shealy, 1998; Becoña et al.). en un estudio citado por Latorre (1994), se establecieron cuatro grupos de factores que determinaron la dirección de una enfermedad (la evolución de los síntomas), de los cuales, el 51% de los síntomas dependían del estilo de vida, el 20% de los factores biológicos, el 19% de las influencias ambientales y el 10% de los servicios de cuidados de salud. Por tanto, el comportamiento es un aspecto fundamental en el continuo salud/ enfermedad; de esta forma el objetivo del presente capítulo es describir los principales hábitos para conservar un estado saludable (compuesto por variables físicas, sociales y psicológicas), así mismo explicar los factores que influyen en su adquisición, modificación o mantenimiento.

#### **3.1 Concepto de Hábito o Conducta de Salud**

A lo largo del continuo salud-enfermedad pueden surgir tres tipos de conductas : las favorecedoras de la salud, de riesgo y relativas a la experiencia de la enfermedad ya establecida (de afrontamiento o conductas anormales ).

La importancia de los hábitos y conductas en la salud se remonta a la cultura griega que las consideraba como elementos significativos, por ejemplo, se percibía a una persona sana cuando su cuerpo mostraba armonía la cual se obtenía con el ejercicio físico y una vida ordenada; Hipócrates (cit. en Ballester, 1997) refirió en su libro "Aires, aguas y lugares" lo siguiente:

Quien quiera investigar apropiadamente en medicina....debe tener en cuenta las estaciones del año, los vientos, el calor y el frío...uno debe estudiar el modo en que viven sus habitantes....si son aficionados a beber y comer en exceso...o si son amantes del ejercicio y del trabajo. (p. 25)

Sobre este mismo eje, Demócrito (cit. en Ballester, 1997) también dio importancia al comportamiento al plantear que: "los hombres ruegan a los dioses la salud, no se dan cuenta de que ellos mismos tienen el control sobre ésta" (p. 25).

En la actualidad, disciplinas como la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud han propuesto algunas definiciones de conducta o hábito saludable, por ejemplo, Kasl y Cobb (1966; cit. en Roa, 1995) refieren que una conducta de salud es "cualquier actividad emprendida por una persona que se considera sana a sí misma, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática" (p. 519). McAlister (1981; cit. en Becoña et al.) propone que "es una acción realizada por un sujeto que influye en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas o a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad" (p. 75).

Posteriormente, en 1986 Mechanic (cit. en Roa, 1995) plantea el término inmunógenos conductuales para denominar aquellas actividades prácticas de vida que sirven para reducir el riesgo de morbilidad y muerte prematura.

Finalmente, Bencit (1994) y Roa (1995) exponen que, las conductas de salud son aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como por ejemplo, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio físico y pueden convertirse en hábitos de salud.

Bencit (1994) hace una distinción entre hábito y conducta exponiendo lo siguiente:

Un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de una forma automática, esto es, sin que exista una clara conciencia por parte del sujeto. (p.29)

De esta forma, se puede decir que los hábitos inicialmente son conductas, que después de ser reforzadas intermitentemente pueden ser mantenidos de por vida, por lo tanto, se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje. Con lo antes mencionado se propone la siguiente definición: "actividades o comportamientos, firmemente establecidos en el repertorio del individuo, dirigidos a prevenir enfermedades y obtener un nivel elevado de bienestar físico, social y psicológico". Los hábitos se distinguen por ser inestables y autónomos; Taylor (1986; cit. en Roa, 1995) menciona que son inestables debido a cuatro factores: 1) diferentes conductas están bajo el control de diferentes factores en una misma persona; 2) una misma conducta en diferentes personas, puede ser mantenida por distintos reforzadores (diferencias individuales); 3) los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo del desarrollo de la propia conducta y, 4) los elementos que controlan una conducta pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona. Y por otra parte, son autónomos, porque si una persona lleva a cabo una determinada conducta no predice en modo alguno la existencia de otras (Mechanic, 1979; cit. en Bencit, 1994).

De esta forma el comportamiento humano, a través de los hábitos o conductas conforman un estilo de vida, que a su vez determinan el continuo salud-enfermedad, ya sea

por la acción que el hombre realiza sobre el ambiente, sobre los servicios de salud, o con su propio organismo; así, el comportamiento modifica las condiciones que favorecen la aproximación de la persona a un nivel elevado de salud (Florez, 2001).

### **3.2 Factores que Influyen en el Mantenimiento de los Hábitos o Conductas Saludables**

Para que un individuo cuide su salud antes debe valorarla, si esto sucede, se esperaría entonces, que todos lo hicieran, sin embargo, no siempre es así, para algunos individuos existen cosas más importantes, como la excitación o el peligro, Ware y Young (1979; cit. en DiMatteo, 1991) realizaron un estudio en el cual encontraron que, aunque, en promedio la salud se ubica dentro de los 18 principales valores, entre el 20% y 40% ( no especifican el tamaño de la muestra) de los encuestados, no consideraron a la salud dentro de sus cinco valores más importantes.

De esta manera, el valor que se le dé a la salud es un factor primordial para su mantenimiento, sin embargo, no es el único; en los últimos años se han llevado a cabo investigaciones con el objetivo de determinar que aspectos influyen en la adquisición y mantenimiento de los hábitos o conductas de salud. De esta forma, los factores implicados en lo anterior se han dividido en dos grupos: el social y el individual (Beneit, 1994 y Roa, 1995); el primero se compone de:

- 1) Las experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar, en donde los padres inculcan determinados comportamientos que, paulatinamente, se convertirán en verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida y que son resistentes al cambio.
- 2) Los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico, se trata de cierto tipo de normas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los miembros de la comunidad, por ejemplo, el que las

mujeres hagan deporte o no puede depender de esos valores sociales ( San Martín, 1992) .

- 3) La influencia del grupo social (amigos, compañeros de trabajo, pareja, etc.).

Y el segundo grupo (individual) se refiere a :

- 1) La autopercepción de síntomas, en el cual se establecen relaciones causales entre síntomas experimentados y las percepciones de una probable enfermedad. Esto depende tanto de las características del síntoma (intensidad, localización, novedad, etc.), como de las variables internas (expectativas, experiencias previas, dimensiones de personalidad, etc.)
- 2) Los factores emocionales .
- 3) Las creencias y actitudes que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad o mantener un estado saludable.
- 4) El locus de control interno, el cual hace que los sujetos perciban o crean que la salud depende de su propia conducta y no del azar.

Lo anterior, es una forma de explicar y analizar los elementos que determinan la adquisición, modificación y mantenimiento de un hábito; sin embargo, también se han propuesto algunos modelos explicativos, los cuales se fundamentan principalmente en las teorías del Aprendizaje (cognitivo-conductual) y de la Motivación (Teoría de Maslow), siendo las variables más estudiadas: percepción de salud, autoestima, actitudes frente a la salud, locus de control, soportes sociales, percepción coste-beneficio, percepción de los otros y convicciones (Sánchez, Ramos y Marset, 1994).

Antes de mencionar los principales modelos, es necesario, definir desde la PS, los conceptos de creencias, actitudes e intenciones. Una creencia es según (DiMatteo, 1991) :

Un constructo hipotético que implica una afirmación de la relación entre algún objeto, acción o idea (por ejemplo fumar) y algún

atributo (por ejemplo si es caro, o si es causa de cáncer). Algunas se derivan de la experiencia directa y otras son aprendidas de modelos.

(p. 90)

Así mismo las creencias, se caracterizan por tener un elemento cognoscitivo y afectivo y, por ser individuales (otras personas pueden calificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que les otorga el que las posee).

Por otro lado, una actitud es "una predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable respecto de un objeto dado" (Fishbein y Ajzen (1975; cit. en Sánchez et al. 1994, p. 15). DiMatteo (1991) refiere que " es un constructo hipotético usado para explicar las consistencias en las personas de sus reacciones afectivas (sus sentimientos acerca de) a un objeto o fenómeno, es una evaluación emocional de una entidad y es resultado de una creencia" (p.90), y tiene las siguientes características:

- Es una predisposición a actuar
- Es aprendida
- Está dirigida hacia un objeto
- Incluye dimensiones cognitivas (grado de conocimiento e información, percepción, opinión, creencia y pensamiento hacia un objeto), afectivas (sentimiento a favor o en contra de las conductas de salud ) y eventualmente conductuales (la tendencia a reacciones hacia el objeto de determinada manera, evitarlo o interactuar con él ).
- El cambio en alguno modifica a los demás.

Y finalmente una intención es "un compromiso individual de llevar a cabo una conducta, siendo el resultado de la actitud hacia la acción con respecto a las normas subjetivas" (DiMatteo, 1991, p. 90 ).



Una vez definidos los anteriores conceptos, se describen brevemente los principales modelos utilizados para explicar el porqué y el cómo se adquieren y mantienen los hábitos o conductas saludables.

El primer modelo al que se hace referencia es el propuesto por Rosanstock (1966; cit. en Bencit, 1994) llamado "Creencias de Salud" o "Modelo Motivacional", en el cual se afirma que los factores que determinan la adquisición de los hábitos o conductas de salud son de dos tipos: a) la percepción de amenazas sobre la propia salud (que se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad, y sobre la gravedad de la posible enfermedad) y, b) la creencia de la posibilidad de reducir estas amenazas (que depende de la creencia en la eficiencia de las medidas para reducir la amenaza y la convicción de que los beneficios serán exitosos). Fernández y Pérez (1998), agregan a este modelo los "factores de modificación", que incluyen tanto variables demográficas (género, edad, raza, etc.) como variables psicosociales (personalidad, clase social, presión de grupo, etc) que afectan de modo directo a las creencias de salud.

Otro modelo es el de "La Acción Razonada" (Fig. 3.2), propuesto por Fishbein y Ajzen, (1980, cit. en Bencit, 1994) en el cual se postula que un hábito o conducta de salud es el resultado de la intención comportamental, que depende a su vez de la relación de dos factores: a) las actitudes respecto al comportamiento concreto (que están determinadas por la creencia respecto al resultado más probable de la conducta y la evaluación final de esas consecuencias) y b) las valoraciones respecto a lo apropiado de la acción comportamental (determinada por lo que los demás piensen y por la motivación general que posee el individuo); por ejemplo, una persona mantendrá un hábito, si percibe que éste reduce los riesgos para contraer alguna enfermedad y cree que los demás esperan de él que la realice y está motivado a hacerlo. De esta forma, un elemento importante son las normas sociales subjetivas que son, la importancia de la aprobación o desaprobación (real o imaginaria) de otras personas de una conducta específica, es decir, un individuo realizará un hábito o conducta saludable dependiendo en gran medida de las expectativas de los demás; sin

embargo, no todas las personas son influidas de la misma forma, esto depende de los lazos afectivos que se establezcan o la importancia atribuida al grupo social.

El tercer modelo es el llamado "Modelo de Campo", propuesto por Costa y López en 1986; éste explica desde la Psicología Comunitaria el comportamiento, basándose en el Análisis Funcional de la Conducta, que permite la identificación de las variables antecedentes y consecuentes que intervienen en un comportamiento (Sánchez et al. 1994).

El cuarto modelo al que se hace referencia es el "Radical, Político, Económico, Ecológico o Crítico" el cual tiene como objetivo reducir las desigualdades ante la salud, siendo la estructura social su objeto de intervención, se interesa por la interacción dialéctica entre las personas y su realidad (Serrano, 1989 y Ramos, 1992; cit. en Sánchez et al.). Esta perspectiva, enfatiza que la estructura social y ambiental son los principales determinantes de la ejecución de los hábitos saludables.

Y finalmente, la propuesta de Prochaska y Prochaska (1994; cit. en Becoña et al.) que tiene el propósito de describir los estadios por los que pasa una persona para modificar un hábito dañino, sin embargo, puede ser funcional para explicar la adquisición de un hábito o conducta positiva, los estadios permiten comprender cuándo ocurren los cambios, ya sea a nivel conductual, cognitivo o afectivo; de esta manera, se establecen seis estadios: 1) precontemplación, determinado por las creencias que tenga el sujeto de la importancia de cierta conducta (p. Ej hacer ejercicio), en donde se observa escasos deseos de llevarla a cabo, 2) contemplación, la persona comienza a ser consciente que llevar a cabo cierta conducta puede prevenir problemas, busca información y planea la ejecución dentro de los próximos seis meses, 3) preparación para la acción, el sujeto se ha planteado realizar la conducta, además de haber hecho un intento, 4) acción, da inicio la conducta, llegando a lograrlo con éxito, es decir, el individuo comienza a sentir los beneficios de la actividad física, 5) mantenimiento, implica una ejecución dentro de un período de seis meses por lo menos, en donde surge el riesgo de la recaída, por lo que el sujeto debe implementar estrategias encaminadas a prevenirla o afrontarla y, 6) finalización, la conducta forma parte del repertorio del individuo. En cada uno de estos estadios, tienen lugar los factores

mencionados anteriormente (la presión del grupo, las creencias, las actitudes, las intenciones, etc.) que determinarán el paso de un estadio a otro, por ello el individuo debe tener los recursos internos y externos necesarios para sobrepasar los obstáculos.

De lo anterior Sánchez et al. exponen que los modelos tienen dos tendencias. por un lado, se encuentran aquellos en donde se afirma que la responsabilidad de salud recae directamente en el individuo y, por otro, se piensa que la responsabilidad es colectiva (factores sociales, culturales y económicos). Sin embargo, es necesario, tomar en cuenta todos los factores, así como estudiar en profundidad su importancia en las distintas etapas del ciclo vital y en los diferentes contextos.

### **3.3 Hábitos o Conductas para Conservar la Salud**

A principios del siglo XXI, se tenía la creencia que el adquirir una enfermedad no era responsabilidad propia, ya que era imposible evitar las bacterias y virus que la causaban, sin embargo, en las últimas décadas, tal punto de vista ha quedado obsoleto; actualmente, la conducta del hombre está muy relacionada con su nivel de salud; debido a esto, muchas personas han tomado conciencia adoptando una actitud activa, practicando estilos saludables que se traduce en un incremento en la expectativa y calidad de vida, pero aún, hay quienes piensan que pase lo que pase los médicos tienen la solución para cualquier mal, por lo que llevan a cabo ciertos hábitos inadecuados (fumar, tomar bebidas alcohólicas en exceso, dietas altas en grasa, etc.) (Brannon y Feis, 1992; cit. en Becoña et al., Buceta y Bueno, 1994).

Por ello es importante crear programas dirigidos a la educación de personas, que tengan como resultado la implementación de conductas favorables para la salud; en la literatura se citan diversas conductas saludables, por ejemplo; en un estudio realizado por Belloc y Breslow (1972; cit. en Becoña et al.), se observó una clara relación entre la longevidad y los siguientes hábitos o conductas: 1) dormir de siete a ocho horas diarias; 2) desayunar

casi todos los días; 3) realizar tres comidas al día, sin “picar” entre comidas; 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) practicar ejercicio físico regularmente; 6) uso moderado del alcohol o no beberlo y, 7) no fumar. En un posterior estudio Myss y Shealy (1998) confirmaron lo anterior, refirmando que la ejecución de por lo menos 7 hábitos o conductas aumenta la expectativa de vida aproximadamente doce años.

Sin embargo, lo anterior está enfocado a mantener un equilibrio físico; es importante también, incluir hábitos o conductas encaminados a obtener bienestar en las áreas social y psicológica, por tal motivo a continuación se describirán algunos hábitos o conductas para fomentar y mantener un alto nivel de salud las tres áreas.

### *3.3.1 Hábitos para Mantener la Salud Psicológica y Social*

En la actualidad ya no se puede basar el modo de vida sano solamente en la práctica de ejercicios físicos y en determinados hábitos de consumo (no fumar, consumir o no determinadas grasas, etc.), sino hay que adentrarse en otras esferas más complejas del ámbito psicosocial; no solo para lograr una “paz de espíritu” o “salud mental”, sino para lograr en primer lugar la salud somática, la de los órganos y sistemas del organismo (Pérez, 2001). Es por ello que a continuación se describen brevemente aquellos hábitos o conductas para llevar un modo de vida más saludable (psicológico y social).

#### *3.3.1.1 Actividades Recreativas y Reposo*

Las actividades recreativas, ayudan a mantener al individuo activo fomentando su crecimiento personal; éstas están ligadas a otros hábitos, como el reposo y el ejercicio físico, ya que están incluidas actividades como: paseos al aire libre, caminatas, asistir a un centro deportivo, clases de arte, cerámica, pintura, danza, etc.

El practicarlas regularmente permiten al individuo el desarrollo de diversas habilidades como: coordinación motriz, artísticas, memoria, sociales, perceptuales, etc. Sin embargo, en algunas ocasiones resulta imposible practicar este tipo de hábitos ya que en la actualidad, las jornadas laborales son muy largas o la situación económica no permite incluir gastos para esto.

Por ello existen otras en las que no es necesario el dinero por ejemplo: las platicas en familia, las caminatas, jugar algún "juego de mesa" con amigos o familiares, ver la televisión, escribir, leer, etc.

Otra conducta que está muy relacionada con lo anterior es el reposo. un periodo de reposo o sueño adecuado, repercute en la reparación y restauración de las células del cuerpo, previene la fatiga y con ello diversas dificultades que pueden presentarse en la vida diaria como, un accidente automovilístico, falta de concentración en tareas laborales y escolares, etc. Con respecto a esto, Myss y Shealy (1998) mencionan, que es necesario implementar un espacio y tiempo para si mismo, un espacio personal sin contaminación alguna, para la relajación y meditación, estos autores proponen la creación de un sitio con las siguientes características: música relajante, purificador de aire, velas o incienso; esto con el objetivo de mantenerse en soledad y reposar, ya que ambos fomentan la salud mental.

### *3.3.1.2 Relaciones Interpersonales*

Cómo se explica en la definición de salud, el aspecto social es un componente importante, que se refiere a la calidad de las interacciones que mantiene el individuo a lo largo de su vida, estas se dan en el trabajo, con los compañeros y superiores; en la escuela con profesores y directivos; con lo amigos, en la familia, etc. Para gozar de un buen nivel de salud, es necesario mantener relaciones interpersonales sanas.

La familia; es el primer núcleo en el cual el ser humano comienza a relacionarse con otras personas, por lo tanto, puede ser concebida como promotora de salud, de manera que, relaciones estables con los miembros de la familia provocan sentimientos de autoconfianza, permitiendo al individuo fijar su atención en responsabilidades cotidianas como el trabajo y la escuela. Los amigos también forman parte importante del bienestar, es recomendable tener un círculo de amistades, en el cual se pueda expresar afecto. En este círculo social, las personas pueden conversar sobre los eventos de su vida cotidiana, provocando una reducción en el estrés. Por lo tanto, los lazos con los familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc, pueden ser fuente de afecto, de recursos o ayudas prácticas y de información, de modo tal que ejercen una función de amortiguamiento de las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud (Morales, 1999 y Pérez, 2001). Así mismo, cuando se padece alguna enfermedad, disminuyen las complicaciones de ésta y se favorece la recuperación (Cobb, 1976; cit. en Morales, 1999).

### *3.3.1.3 Proyecto de vida*

Las metas son muy importantes en la vida; cuando un individuo tiene un proyecto obtiene satisfacción; el trabajar con la mira puesta en determinados objetivos mejorará su salud y experimentará un sentido de control sobre los acontecimientos de su vida (Feste, 1993).

Para lograr las metas propuestas es necesario, conocerse y aceptarse a sí mismo, por lo que deben ser realistas, para no caer en frustración. Feste (1993) elaboró una guía la cual puede ser útil para elaborar un proyecto de vida o cumplir con metas específicas:

- 1- Elegir una meta importante.
- 2- La meta debe ser específica y cuantificable.
- 3- Debe tener cierto límite de tiempo.
- 4- En el transcurso del tiempo hay que evaluar los avances, y vencer los obstáculos que puedan presentarse.

- 5- Recompensar las conductas que propicien el cumplimiento de la meta.
- 6- Formular las metas en términos conductuales.
- 7- No olvidar el bienestar que el proyecto debe brindar.

El proyecto de vida o las metas, indican al individuo el camino hacia dónde dirigirse, con ello obtiene un sentimiento de seguridad y control sobre su propia persona. además que experimentará gran satisfacción al culminar cada objetivo propuesto.

### *3.3.1.4 Afrontamiento al Estrés*

El estrés es necesario para la vida ya que estimula la movilización de energía en el organismo en defensa de las agresiones externas; éste se ha investigado desde diversas perspectivas, una de ellas se centra en el tipo de respuesta (a nivel cognitivo, motor y fisiológico) ante una situación estresante (Roa, 1995), demostrándose que existe una relación más o menos directa entre la respuesta y una amplia gama de enfermedades físicas y trastornos mentales, ya que el estrés puede debilitar de forma significativa la respuesta inmunitaria, sin embargo, el efecto negativo dependerá en gran medida de las habilidades de afrontamiento del sujeto, de tal manera que el afrontamiento puede ser considerado un elemento positivo para la salud ( Pérez, 1990; cit. en Roa, 1995), éste es definido como todas aquellas conductas ejecutadas por el individuo encaminadas a lograr la mayor adaptación ante un suceso estresante (Horowitz, 1982, cit. en Roa, 1995). Se han utilizado otros términos como "dureza", en la cual se incluye el control, el compromiso y reto (Cobaza, 1985; cit. en Buceta y Bueno, 1993); el afrontamiento puede contener efectos sanadores autogenerados elevando la respuesta inmunitaria, ya que desempeña un papel mediacional entre el impacto de una situación dada y la respuesta de estrés del sujeto. de esta forma, el adecuado afrontamiento puede ser considerado como un hábito o conducta saludable. González (1994; cit. en Morales, 1999) menciona que:

Un aspecto esencial disparador de la reacción integral que presupone el estrés, es la calidad de las emociones que el sujeto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

experimenta, las cuales están determinadas por el proceso personalógico que activamente mediatiza el mundo interno y externo del sujeto y que descansa en la configuración psicológica de la personalidad. (p. 155)

Los individuos que responden adecuadamente a una situación estresante (autoeficaces o centrados en la tarea), se ocupan en recabar información acerca de las demandas de la situación y de la forma en que puede afrontarse, intentando controlarla, eligiendo de entre dos formas de respuesta: 1) estrategias orientadas a afrontar y resolver la situación generadora de estrés o, 2) estrategias encaminadas a controlar las respuestas emocionales producidas por la situación estresante, aún cuando esta continúe (Labrador, 1992; cit. en Roa, 1995).

Sin embargo, en un estudio reciente sobre estrés, se realizó una revisión de los resultados de 96 investigaciones llegando a la conclusión que las complejidades, amplitud y riqueza de las interacciones entre conducta e inmunidad aún no están esclarecidas del todo, y los detalles de los mecanismos involucrados son ampliamente desconocidos. Maier, Watkins y Fleshner (1994; cit. en Morales, 1999).

### *3.3.1.5 Habilidades Sociales y Manejo de las Emociones*

Ante los problemas y situaciones de la vida cotidiana hay tres formas de responder: pasiva, agresiva o asertivamente. La conducta asertiva o socialmente hábil es la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar sus derechos, siendo su objetivo la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables (Caballo, 1991).

A este respecto existe una serie de comportamientos que han sido generalmente aceptados como socialmente habilidosos: iniciar y mantener conversaciones, hablar en



público, expresión de amor, agrado y afecto; defensa de los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer y aceptar cumplidos; expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo; disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios en la conducta del otro y, afrontamiento a críticas. Las anteriores conductas llevan al individuo a mantener relaciones interpersonales sanas y estables, lo que repercutirá en su bienestar general.

Otro elemento importante, es el manejo de las emociones y pensamientos negativos. El individuo debe poseer las habilidades necesarias para hacer frente a sentimientos de miedo, culpa, depresión, ansiedad y negativismo (Myss y Shealy, 1998). Por el contrario, los sentimientos y emociones positivas, elevan la calidad de vida, este aspecto ha sido estudiado en el campo de la Medicina Conductual, diversas investigaciones (Gillham, 1995; Sheier, 1996; Riskind, 1996 y Seligman ;1998; cit. en Mann, 2001) han concluido que el optimismo (expectativas positivas acerca del futuro), es un estado que fomenta la realización de hábitos o conductas saludables, los individuos optimistas se muestran más dispuestos a afrontar activamente las situaciones estresantes de la vida.

Mann (2001) realizó un estudio, con 44 mujeres infectadas por VIH, elegidas al azar, en donde, la intervención consistió en escribir acerca de un futuro positivo, los resultados reportaron que las mujeres que escribieron cosas positivas acerca de su futuro mostraron un incremento en la adherencia al régimen médico y un decremento en el distres producido por los efectos colaterales de los medicamentos en comparación con los resultados del grupo control.

Considerando lo anterior, un elemento importante para manejar las emociones y pensamientos negativos es el autocontrol, en un estudio realizado por Lugli y Vivas (2001) con tres grupos de mujeres (trastornos alimenticios, en riesgo y "normales") evaluaron el nivel de autocontrol, encontrando diferencias significativas entre éstos, el grupo de mujeres normales y de riesgo mostraron mayor control objetivo y subjetivo, de esta forma las mujeres que no presentaban trastornos alimenticios, tenían un alto control, estas mujeres se consideraban capaces de regular su conducta. De esta manera se puede

plantear que el autocontrol parece intervenir de forma protectora al evitar que algunas personas desarrollen trastornos no solo alimenticios, sino de cualquier índole.

### 3.3.2 *Hábitos o Conductas para Mantener la Salud Física.*

#### 3.3.2.1 *Hábitos Alimenticios*

Como es sabido todos nos alimentamos pero no todo individuo sigue una dieta balanceada compuesta de sustancias nutritivas ( proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales, etc.).

Los hábitos alimenticios más recomendables son: la disminución de grasas animales, aumento del consumo de leche, verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol (Becoña et al.).

El llevar una dieta balanceada, tiene como resultado mantener un peso adecuado a la estatura y edad, previniéndose la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, diabetes mellitus, problemas durante el embarazo, una amplia variedad de problemas óseos y articulares como artritis, dolor de espalda y caderas; así como alteraciones morfológicas y funcionales de las articulaciones de la rodilla y tobillo (Roa, 1995).

Sin embargo, Myss y Shealy (1998) mencionan que hasta el momento no existe un sistema de medida especial para demostrar si una dieta es excelente o deficiente, por lo que analizaron algunas dietas, exponiendo los siguientes planes como favorables para mantener un estado saludable:

- La Dieta Macrobiótica: consiste en al menos 50% (de cada comida) de cereales integrales cocidos, aproximadamente 5% de la dieta diaria puede ser sopa, entre un 25 y 30% debe consistir en verduras y entre 5 y 10% debe consistir en frutas, nueces, bebidas y "edulcorantes" naturales, está prohibida la cafeína.

- El Plan McDougall: este es la única dieta respaldada por un médico (Doctor McDougall, internista), esta es estrictamente vegetariana, están prohibidas las carnes rojas, aves, pescados, productos lácteos y huevos. Con esta dieta se previene un posible cáncer de colon y de mama e irregularidades en el ciclo menstrual.
- La Dieta sin Grasas Adicionales: que consiste en, no añadir grasa a los alimentos, minimizar el uso de mantequilla, queso, productos lácteos, huevos, carnes y pescados de toda clase y organizar que el alimento de todo un día contenga un máximo de 20 gr. grasa procedente del alto contenido de grasa de los alimentos.
- Dieta de Anopson: consta de fruta entera cruda, cualquier tipo de verdura que resulte agradable al paladar, huevos crudos, semillas, nueces y carne cruda que puede variar desde pescado, aves de corral y diversas carnes rojas.
- La Antidieta: solo se debe comer fruta fresca y zumos desde el momento de despertar hasta el mediodía, desde el medio día hasta la noche, se puede comer verduras sin límite, crudas tanto como sea posible, en la noche se puede comer féculas de cualquier clase (patatas, arroz, etc.).

Éstas propuestas pueden parecer a primera vista muy rigurosas, sin embargo, su objetivo es reducir básicamente el consumo de grasas y azúcares.

### *3.3.2.2 Higiene Personal*

La higiene, es otro elemento importante que debe tomarse en cuenta en un estado saludable, ésta se refiere a reglas básicas como bañarse diariamente, uso de preservativos en las relaciones sexuales, comportamientos de prevención de accidentes en casa, el trabajo, en automóviles, etc (Falco, 1994).

De manera general Vargas y Palacios (1993) proponen las siguientes normas higiénicas:

- Bañarse diariamente
- Cepillarse los dientes después de cada alimento
- Lavarse las manos antes de comer y después de ir la baño
- Practicar la postura correcta
- Cultivar la actividad mental
- Usar vestidos apropiados al clima.

Realizando los anteriores comportamientos, se previenen enfermedades infecciosas, y se mantiene una imagen personal agradable.

Un aspecto importante dentro de esta área que es determinante para prevenir enfermedades es la higiene de los alimentos, éstos deben manejarse y prepararse siguiendo algunas reglas básicas y sencillas de limpieza; sin embargo, en nuestro país se observa que en algunos sectores de la población, estas normas no se llevan a cabo, ya sea por ignorancia o por falta de recursos básicos (drenaje p. Ej.), por lo que siguen apareciendo brotes de enfermedades infecciosas como el cólera. Por ello es importante que los programas educativos, lleguen a todas las poblaciones.

De esta forma, la Secretaría de Salud (2001), recomienda los siguientes pasos, de higiene:

- 1- Tener precaución al comprar los alimentos (Adquirir alimentos perecederos tales al final de las compras, evitar la leche cruda o no pasteurizada; evitar que los jugos de los huevos, la carne, el marisco y el pollo goteen sobre otros alimentos, comprar alimentos cuando se puedan llevar a casa inmediatamente).
- 2- Almacenar los alimentos de forma apropiada (limpiar periódicamente el refrigerador y la alacena, separar la comida al guardarla).
- 3- Llevar a cabo conductas preventivas al manejar alimentos (higiene de manos, desinfectar las superficies en dónde se cocina, lavar frutas y legumbres crudas antes de comerlas, no descongelar los alimentos sobre el mostrador de la cocina, cocinar los alimentos inmediatamente después de deshelarlos).

- 4- Enfriar y almacenar pronto la comida que ha sobrado después de haberla servido.

Con respecto a lo anterior, es importante formular medidas higiénicas para cada contexto de la población, ya que las comunidades difieren en recursos, por ello las intervenciones deben ser conjuntas, el equipo de salud debe trabajar a la par del gobierno para crear las condiciones necesarias para la ejecución de las anteriores recomendaciones.

### 3.3.2.3 *No Consumo de Drogas*

El consumo de drogas, es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad del mundo, con posibilidad de ser evitada. Las drogas se dividen en legales e ilegales, las primeras son aquellas cuya venta y consumo está permitido por la ley; el tabaco y el alcohol son ejemplo de esta categoría y, las ilegales, se obtienen por medios ilícitos (tráfico de drogas, robo, etc).

En cuanto al consumo de drogas legales, este hábito tiene la desventaja de ser aceptado socialmente, porque se ignora (en algunos casos) los daños que ocasiona sobre la salud. Por ejemplo, durante las últimas tres décadas se ha reconocido que el consumo excesivo de tabaco es un riesgo grave para la salud; de manera que, el no fumar previene enfermedades como: las cardiopatías, enfermedades respiratorias, cáncer de laringe, úlcera gastroduodenal, trastornos de la alimentación (apetito disminuido), entre otros. En un estudio Rothenber, Ford y Vartiainen (1992; cit. en Kato y Mann, 1996) encontraron que las conductas positivas de salud, como la reducción de ingesta de colesterol y el no fumar, decrementaron la mortalidad por enfermedades del corazón, más que las intervenciones terapéuticas (prehospitalización, resucitación y las cirugías).

Por otra parte, la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, también está ligada a diversos trastornos orgánicos, psicológicos y sociales. Las bebidas alcohólicas cumplen un papel importante, por ejemplo, en la cultura mexicana se utilizan con fines terapéuticos,

alimenticios, como fuente de calorías, con fines de cohesión, integración y estructuración social, como mecanismo de control, adaptación a situaciones de cambio o reemplazo de sociabilidad (Di Pardo, 1993; cit. en Becoña et al.). De esta forma, son más susceptibles al alcoholismo las personas inseguras, con alteraciones de la personalidad y ansiosas (Vargas y Palacios, 1993). En este punto, es importante mencionar, que lo anterior, está ligado a las habilidades sociales, ya que si un individuo posee los recursos para adaptarse a una situación, iniciar una conversación, etc., no tendrá que recurrir a las bebidas alcohólicas para desenvolverse en un determinado ambiente.

Al ingerir estas bebidas moderadamente, se previene entre otras las siguientes problemáticas: dificultades familiares y laborales; gastritis y cirrosis hepática .

En cuanto a las drogas ilegales, existen diversos tipos, entre las cuales destacan: los alucinógenos, las anfetaminas, ansiolíticos e inhalantes, éstas sustancias producen trastornos psicológicos y físicos, por lo que es recomendable el no consumo; de lo contrario se pueden originar severos daños al organismo, problemas interpersonales, económicos y, en ocasiones legales.

#### *3.3.2.4 Ejercicio Físico*

La actividad física es definida como "un movimiento rítmico que eleva la frecuencia cardíaca por encima de los niveles de reposo e implica el uso coordinado de varios grupos musculares" (López, et al. 2001, p. 307) y se ha reconocido que ésta tiene un efecto positivo en la salud de los individuos.

La práctica de ejercicio regular ayuda a mantener un buen estado del sistema cardiovascular, equilibrio del peso corporal, fortalece huesos y demora la degeneración de los músculos, disminuye la ansiedad, reanima en la depresión, mejora el autoconcepto, aumenta la producción de beta endorfinas (los narcóticos naturales) y reduce el estrés (Falco, 1993 y Becoña et al.).

Existen diversos tipos de ejercicios, entre los cuales destacan los de calentamiento (gimnasia calisténica o yoga), de fortalecimiento muscular (levantamiento de pesas) y cardiovascular (aeróbico); el más estudiado es el ejercicio aeróbico (carrera, natación, fútbol y baloncesto), de lo cual se ha concluido que mejora el funcionamiento fisiológico, se observa que aumenta el colesterol HDL, se reduce el colesterol, el nivel de azúcar en la sangre y la presión sanguínea y, apoya el crecimiento físico (Vargas y Palacios, 1993; Myss y Shealy, 1998).

Considerando lo anterior, se puede recomendar que el ejercicio físico en cualquiera de sus clasificaciones, debe adoptarse como un hábito y realizarse por lo menos tres veces por semana, dependiendo de las características físicas de la persona (edad, peso corporal, nivel de salud, etc.).

### *3.3.2.5 Examen Médico Periódico*

La finalidad de estas revisiones es prevenir o descubrir la enfermedad en forma temprana, antes de producir síntomas (Vargas y Palacios, 1993). Que incluye visitas por lo menos anuales, al médico general, al dentista, al ginecólogo u otro especialista; no es necesario presentar algún síntoma para realizar estos chequeos.

Los exámenes médicos, pueden realizarse también con el objetivo de confirmar el buen estado de salud que se posea; sin embargo, en su mayoría, las personas esperan a la aparición de un síntoma para acudir con el médico o especialista; por ello es necesario tener conciencia del valor de la salud y mantenerlo.

### *3.3.2.6 Conductas Sexuales Responsables (Salud Reproductiva)*

La salud reproductiva es definida como:

El estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; la salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de la parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. ( Programa de Salud y Planificación familiar, 1995; cit. en Arango y Lozano, 1997, p. 6)

De lo anterior, se puede decir, que los hábitos o conductas saludables relacionados con la sexualidad, no solo incluyen la utilización de métodos anticonceptivos (condón, pastillas vaginales, diafragma, dispositivo intrauterino, pastillas orales e inyecciones), sino también, la toma de decisiones en cuanto a la edad en la cual iniciar la vida sexual, en cuanto a la elección de pareja; el sentimiento de bienestar al tener este tipo de vivencia, así como el respeto por los demás.

De manera general, Vargas y Palacios (1993) proponen los siguientes hábitos o conductas sexuales saludables:

- Tener relaciones sexuales con una sola pareja.
- Evitar coito con sexoservidores.
- Utilizar condón, en cada relación sexual.
- En adolescentes se recomienda la abstinencia.

Al llevar a cabo lo anterior, se previenen problemas como: enfermedades de transmisión sexual (SIDA, gonorrea, sífilis, gonorrea, papilomavirus humano) displacias cervicales, carcinoma cérvico-uterino, embarazos no deseados, muerte por la realización de abortos ilegales, etc.



### 3.3.2.7 Comportamientos de seguridad

Los accidentes y violencias han mostrado una tendencia ascendente en las últimas décadas, esto se debe principalmente a que las personas no contemplan la posibilidad de un acontecimiento desagradable (accidentes automovilísticos, envenenamiento, incendios, etc.) por lo que omiten conductas para prevenirlo.

Por consiguiente, la mayoría de los accidentes pueden evitarse Becoña et al. refieren que esto se logra adoptando cuatro medidas de prevención: 1) eliminar los agentes físicos (por ejemplo, armas de fuego); 2) reducir la cantidad del agente (p. Ej. velocidad de los vehículos); 3) evitar la liberación del agente (dispositivos de seguridad de los vehículos) y, 4) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos. Vargas y Palacios (1993) mencionan que los comportamientos de seguridad básicos son:

Para la prevención de accidentes de tránsito:

- No tomar alcohol antes de manejar.
- No ingerir tranquilizantes ni drogas.
- No rebasar la velocidad permitida.
- Tener mayor precaución en piso mojado.
- Evitar manejar cansado o con sueño.
- Detenerse en lluvia intensa.
- Prender las luces durante la lluvia.
- Precaución en días de descanso.
- Utilizar el cinturón de seguridad.
- Mantener distancia con el automóvil de adelante.
- Conservar el vehículo en óptimas condiciones.

**Para prevenir accidentes en el trabajo:**

- **Mantener el equipo de trabajo en óptimas condiciones.**
- **Utilizar equipo de protección (guantes, botas, casco, etc.).**
- **Seguir las normas de seguridad industrial.**
- **Capacitar al personal o asistir periódicamente a capacitación.**

**De esta forma, los anteriores hábitos o conductas son fundamentales para mantener un estado saludable, se pueden percibir como excesivos, pero si las personas llevarán a cabo por lo menos cinco de los antes mencionados su salud mejoraría enormemente.**

## CAPÍTULO IV

### PROPUESTAS PARA EL FOMENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS HÁBITOS O CONDUCTAS DE SALUD Y FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO

Actualmente, se ha considerado la necesidad de recurrir a nuevas estrategias para solucionar los problemas de salud, una de éstas es la promoción o fomento de salud. con la que se pretende reducir el número de personas que asisten a los centros de atención sanitaria, lo que repercutiría en un decremento en gastos hospitalarios. Sin embargo, son pocos los países en los que se ha dado importancia a esto, y en los que se considera un elemento importante los programas son elaborados y aplicados por el equipo médico. Por consiguiente, el reto que tiene la Psicología en este campo es demostrar que puede promover cambios de conducta y, con ello, reducir la morbilidad y mortalidad.

La promoción de la salud tomó auge a partir del documento elaborado en 1974 por el Gobierno de Canadá titulado oficialmente "A New Perspective on the Health of Canadians", en donde se enfatizó la promoción de salud como medio para enfrentar problemas que aparecían en la población de ese país, posteriormente en 1986 en una reunión realizada en Ottawa, la OMS definió a la promoción de salud como:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino

como la fuente de riqueza de la vida cotidiana(...). Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud. (OMS, 1986; cit. en Morales, 1999, p. 143)

De esta forma se han implementado programas en los distintos países que tienen el objetivo de promover o fomentar la salud, sin embargo, su efectividad va a depender de su política sanitaria y del nivel de desarrollo económico. El objetivo de este capítulo radica en describir algunas propuestas de promoción de salud y señalar la función del psicólogo en esta área.

#### **4.1 Propuestas para el Fomento y Mantenimiento de los Hábitos de Salud**

En la literatura se citan varios programas de salud, pero, en su mayoría están dirigidos al cambio conductual, es decir, a personas que mantienen un hábito inadecuado y desean modificarlo, ejemplos de éstos son: el "Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFT), "The Community Intervention Trial for Smoking Cessation" (COMMIT) y el "The American Stop Smoking Intervention trial for Cancer Prevention" (ASSIST) orientados básicamente a prevenir enfermedades cardíacas y cáncer, ayudando a la gente a dejar de fumar (Becoña et al.) y el programa de Alcohólicos Anónimos (AA), entre otros.

Sin embargo, es importante tener presente a las personas que gozan de cierto nivel de salud y que corren el riesgo de perderlo, por ello, a continuación se describirán brevemente algunos programas o técnicas dirigidos a promover o mantener un estado saludable.

#### *4.1.1 Modificación de Conducta*

En la década de los setenta, la Modificación de Conducta comienza a utilizarse en la salud y el bienestar en general de las personas, de manera que, en combinación con las técnicas cognitivas (Meichenbaum, 1977, Meichenbaum, y Genest, 1980; cit. en DiMatteo, 1991) son una alternativa para desarrollar el aprendizaje de conductas habituales favorecedoras de salud, tales como el ejercicio físico, el control diabético, la limpieza regular de los dientes, la asistencia al dentista, los reconocimientos periódicos, etc. Sobre esta línea, las técnicas que se utilizan principalmente para este propósito son:

- El Condicionamiento Clásico, que se basa en la asociación de estímulos, que se utiliza para modificar ciertos hábitos como fumar o beber en exceso.
- El Condicionamiento Operante: que pone énfasis en las consecuencias que siguen a una conducta determinada, las técnicas basadas en este pueden ser utilizadas tanto en la adquisición, mantenimiento y modificación de hábitos.
- El Aprendizaje Observacional: los hábitos de salud están fuertemente influenciados por la conducta que se observa de los demás, si se recurre a modelos significativos realizando un hábito saludable y del cual obtienen una recompensa satisfactoria, se puede facilitar el mantenimiento y adquisición de ciertos hábitos.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales: que tiene el objetivo de fortalecer las conductas positivas de salud, enseñando a las personas cuáles son sus déficits y entrenándolas en las habilidades necesarias para solventarlos o para afrontar la presión social que promueve la realización de ciertas conductas riesgosas.
- Las técnicas de Autocontrol: que tienen el objetivo de internalizar y mantener los hábitos a lo largo de la vida, estas técnicas incluyen la autoobservación, autoevaluación, autoinstrucción y autoreforzamiento.
- La terapia Cognitiva de Beck: enseña a las personas habilidades que puedan utilizar cuando se presenta una situación amenazante, evitando un análisis irracional de la misma (Beck, 1984; cit. en Buceta y Bueno, 1993).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Los Programas de Resolución de Problemas: sirven para la aplicación de un método sistemático para la solución de problemas reales que pueden presentarse en el medio cotidiano (Buceta y Bueno, 1993).
- Las técnicas de Relajación: utilizadas para la elicitación de una respuesta incompatible a la ansiedad.
- Terapia Racional Emotiva de Ellis (TRE): los pensamientos y las expectativas de las propias habilidades juegan un papel importante, por ejemplo cuando una persona se ha propuesto dejar de comer algunos postres y recae, ésta puede pensar cosas como: "ya veo...en realidad no tengo control sobre mi conducta, estoy condenado a comer y vivir así siempre", estos pensamientos negativos pueden ocasionar sentimientos de desesperación y frustración y hacer que la persona desista de su objetivo, por lo tanto, la TRE ayuda al individuo a evaluar la veracidad de sus pensamientos y a llevar a cabo otros más objetivos y funcionales.

Si un individuo posee o aprende a aplicar algunas de las anteriores técnicas es posible que desarrolle conductas que afecten favorablemente a su salud en general. Para esto se cuenta con programas tanto a nivel grupal como individual.

#### *4.1.2 Campañas Publicitarias*

La publicidad es otro recurso frecuentemente utilizado por los gobiernos e instituciones para fomentar la salud; utilizando la persuasión que es una forma de influencia social en la cual una persona usa una apelación verbal para cambiar las creencias y actitudes de otra (Stang y Wrightsman, 1981; cit. en DiMatteo, 1991).

Para que las campañas logren impactar positivamente a la población DiMatteo (1991) y Amigo et al. exponen que deben cubrir cinco aspectos: 1) la atención de la audiencia, 2) comprensión del mensaje, 3) aceptación del valor de las propuestas planteadas, 4) la retención de éstas y, 5) la ejecución de tales conductas saludables. Sobre esta línea, se ha implementado una estrategia para lograr un cambio significativo en los

hábitos negativos, que es la apelación al miedo, este tipo de mensajes debe convencer que las practicas negativas como fumar o ingerir sustancias tóxicas llevan a resultados desfavorables para la salud, así mismo, estos mensajes deben describir las formas de evitarlas y persuadir a la gente que es capaz de realizar los comportamientos sugeridos; sin embargo, algunos autores (Dimatteo, 1991) han encontrado que el utilizar el miedo puede ser inconveniente, ya que puede incrementar la angustia en las personas, disminuyendo la probabilidad de ejecutar una conducta saludable. De esta forma, Las campañas pueden utilizarse como un primer paso en el fomento de la salud.

#### ***4.1.3 Programas Aplicados en México***

En nuestro país existen diversos programas que tienen el propósito de fomentar la salud en general, a continuación se describen brevemente algunos de ellos.

El Programa Nacional de Población, en el período 1995-2000, creo un programa llamado "Actividades de Información, Educación y Comunicación" (IEC) cuyo propósito es: establecer lineamientos que permitan contribuir a que la población esté mejor informada sobre los servicios de salud reproductiva y planificación familiar y que los trabajadores estén mejor capacitados para comprender las características y necesidades de las(os) usuarias (os) (Arango y Lozano, 1997). Para difundir la información el IEC utiliza los medios de comunicación: masivos (televisión, radio, periódicos, etc.), tradicionales (festivales, ferias, teatro, danza, títeres y días de mercado), grupales ( sesiones de información y educación para distintas edades), interpersonales ( orientación y consejería a las [os] usuarias [os] de los servicios de planificación familiar, a través de los proveedores de servicios) y, el apoyo didáctico ( materiales audiovisuales e impresos como: carteles, folletos, rotafolios y volantes).

Los temas abordados por el IEC son:

- Planificación familiar
- Riesgo preconcepcional
- Salud Materna.

- Lactancia materna.
- Salud perinatal e infantil.
- Salud reproductiva de la población adolescente.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Esterilidad e infertilidad.
- Cáncer cervicouterino y mamario.
- Climaterio y menopausia

Los espacios para sus actividades, se ubican dentro de los establecimientos de atención a la salud; se llevan a cabo visitas domiciliarias y consultas (Arango y Lozano, 1997). Este proyecto está enfocado a la salud reproductiva de la población.

Continuando con otra propuesta, la Dirección General de Promoción de la Salud, que es la Unidad Técnico Normativa, dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, en México (se encarga de normar, planear, coordinar, supervisar, evaluar y asesorar las acciones para promover la salud de la población en las entidades federativas), ha desarrollado un proyecto de promoción de la salud, que tiene como objetivo general:

Fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo; coadyuvando de esta manera en el desarrollo de los programas y acciones sustantivas (Secretaría de Salud [SSA], 2001).



Para cumplir con el anterior objetivo la SSA recurre a la Educación para la Salud, la participación social, la capacitación, coordinación y concertación. Proponiendo los siguientes programas:

#### Salud Familiar:

Cuyo objetivo es sensibilizar a las familias para que se responsabilicen del cuidado de su salud, ejerzan un mejor control sobre ella, desarrollen estilos de vida saludables y no solamente eviten enfermedades, sino que logren un real beneficio de la salud. Éste a su vez está compuesto de los siguientes subprogramas:

- La Salud Empieza en Casa: que pretende propiciar la participación familiar en el autocuidado de la salud, tomando como eje principal a la ama de casa, a la que se capacita en temas como: higiene, medio ambiente, embarazo, lactancia materna, crecimiento, desarrollo infantil, prevención y atención de enfermedades.
- Orientación Alimentaria y Nutricional: que tiene como objetivo, el mejoramiento de los hábitos alimenticios de la población, mediante la capacitación de los recursos humanos institucionales y no institucionales, tomando en consideración la cultura alimentaria, los estilos de vida actuales, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos.
- Mujer Salud y Desarrollo: tiene como propósito contribuir a mejorar la salud de la mujer a lo largo de su ciclo de vida, por medio de la capacitación de 20 temas referentes a riesgos maternos, género, violencia intrafamiliar, sexualidad. SIDA, diabetes, cáncer cérvico úterino, entre otros.

#### Salud Integral del Escolar:

El objetivo de este plan es contribuir a la promoción y el cuidado de la salud de los escolares para su mejor desarrollo físico, mental y social, con la participación de docentes,

padres de familia y sociedad en general. La Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública están llevando a cabo en toda la República Mexicana este Programa de Salud Integral del Escolar y además, colabora en la revisión permanente de los contenidos de salud en los libros de texto para alumnos y maestros de educación básica

#### Salud Integral del Adolescente:

El Programa tiene el propósito de coadyuvar al fomento de una cultura de la salud, que permita a los y las adolescentes adquirir información y desarrollar conocimientos, valores, hábitos, actitudes y habilidades para tomar decisiones acertadas sobre el autocuidado de su salud y que sean capaces de promoverla en sus medios familiar, escolar y comunitario. Éste se compone de tres subprogramas:

- **Adolescentes Escolarizados:** que está orientado al desarrollo de acciones de educación para la salud y detección de factores de riesgo, así como a mejorar su ambiente físico y social en la escuela; se enfoca en temas como: salud reproductiva, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, nutrición, enfermedades de la piel, salud bucal, higiene personal, problemas posturales, de agudeza visual y auditiva. Sus destinatarios son principalmente los alumnos de 5to y 6to grado de primaria, así como aquellos que cursan la secundaria.
- **Formación de Promotores Adolescentes:** Los destinatarios de este subprograma son los adolescentes de secundaria y preparatoria, al igual que jóvenes que han abandonado la escuela. Se pretende hacer llegar información básica y elemental sobre temas que se relacionan con su crecimiento y desarrollo con el objeto de promover la toma de decisiones, por medio de sus pares.
- **Educación no Formal para Grupos Específicos:** que tiene el objetivo de fomentar hábitos, conductas, actitudes y habilidades para promover estilos de vida saludables.

## Salud Municipal

Su objetivo, consiste en contribuir a mejorar los niveles de salud de la población en el municipio, mediante la realización de proyectos definidos, ejecutados y evaluados con la participación de los habitantes, los sectores y las autoridades locales. Los subprogramas que lo componen son los siguientes:

- **Municipios Saludables.** Con esta propuesta se busca informar y motivar a los presidentes municipales de que ubiquen a la salud como la más alta prioridad de su agenda política y de gobierno. Asimismo, se pretende incorporar, en la realización comunitaria de proyectos de salud, a la mayor parte de los municipios del país, capacitando al total del personal de salud que labora en éstos.
- **Red Mexicana de Municipios Saludables:** La Red Mexicana de Municipios por la Salud es una agrupación de presidentes municipales cuyo objetivo es el intercambio de experiencias entre sus miembros, así como la búsqueda de apoyos para el mejor desempeño de sus planes y programas de salud y bienestar. Tiene como principio básico la libre adhesión y la participación voluntaria ( SSA, 2001 ).

## PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD ( PROESA)

El objetivo principal de este componente es el diseño, producción y difusión de materiales y medios educativos que contribuyan al logro de las metas planteadas en materia de promoción de la salud. Sin embargo en este programa no se especifica que profesionales están implicados en la elaboración de los objetivos y actividades.

De esta forma, se puede observar que a nivel gubernamental se toman en cuenta las diversas variables que influyen en la salud del individuo, sin embargo es necesario evaluar si los anteriores programas están adaptados a los diversos contextos y comunidades que existen en nuestro país y si se observan resultados favorables en el nivel de bienestar en la población.

Por otra parte, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a partir de 1990 comenzaron la promoción de la salud mediante las escuelas, como una estrategia diseñada para mejorar la salud de los estudiantes, del personal docente, de los padres de familia y de los miembros de la comunidad (SSA, 2001). El movimiento "Escuelas Promotoras de la Salud" se inició en México a partir de 1996, a la vez que se organizó la "Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud" (RLEPS) iniciativa que ha sido aceptada en diversos países como: Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Perú, Brasil, Venezuela, Bolivia, Colombia, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala, Belice, México, Cuba y República Dominicana. Esta Red tiene los siguientes objetivos:

- Establecer entre los sectores educativo y de salud acuerdos y planes conjuntos.
- Elaborar en cada escuela un diagnóstico de salud, así como establecer y desarrollar proyectos con acciones educativas, de detección, atención de riesgos y problemas de salud, de promoción y cuidado del ambiente escolar y de participación social.
- Fortalecer la interrelación entre la escuela, la comunidad y las autoridades locales.
- Mejorar la educación y la salud.
- Establecer estrategias para la revisión permanente de los programas de estudio de la educación básica.
- Apoyar estrategias de capacitación y elaboración de materiales.

Lo anterior tendría que reflejarse en la salud observada en los escolares, en nuestro país no se ha determinado con exactitud si estos programas son funcionales.

Finalmente, existen instituciones no gubernamentales, en donde se imparten talleres que tienen el objetivo de fomentar aspectos como: proyecto de vida, habilidades sociales, sexualidad, autoestima, etc; tal es el caso del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), organización mexicana, no lucrativa, que investiga, diseña y desarrolla programas educativos desde la temprana infancia hasta la edad adulta, para asesorar a las instituciones públicas y privadas que estén en contacto con los grupos más

marginados de la población. Su objetivo es promover los derechos, dar la formación necesaria para la adquisición de conocimientos y habilidades para la toma de decisiones autónomas e informadas sobre salud. A través de talleres, favorecen el desarrollo de habilidades para la vida, como, análisis de los valores, comunicación asertiva, toma de decisiones y la planeación de objetivos a futuro; con lo cual los individuos cuentan con herramientas específicas para planear y vivir su vida con mayor bienestar (IMIFAP, 2001). Para ello, IMIFAP cuenta con un equipo de profesionales de las ciencias sociales.

Los talleres que imparte son:

- Sexualidad y SIDA (Planeando tu vida)
- Violencia intrafamiliar
- Habilidades para la vida (yo quiero, yo puedo)
- Prevención de las adicciones
- Ser padres y ser madres (Aprendiendo a ser papá y mamá, deja volar a tu adolescente)
- formación cívica y ética
- Desarrollo integral comunitario ( Si yo estoy bien mi familia también).

#### ***4.1.4 Proyectos de Investigación***

Como se expuso anteriormente, en las Universidades tanto públicas como privadas se observa un incremento en el interés por desarrollar investigaciones relacionadas con la salud, por ejemplo, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM) se lleva a cabo el proyecto de investigación “ Psicología de la Salud; Comportamientos Relacionadas a la Salud-Enfermedad, Papel del Psicólogo” ( del cual el presente trabajo forma parte); que tiene como objetivo inicialmente enfocarse en la detección de las condiciones, posibilidades y necesidades actuales de la población y de la PS en México, con el fin de presentar un panorama general que pueda ser útil para el planteamiento futuro de programas de prevención e intervención en la población mexicana, teniendo como metas las siguientes:

- Detectar los recursos materiales y humanos en el Sector Salud que estén relacionados a la salud psicológica de la población.
- Determinar las necesidades y problemas reales en cuanto al requerimiento del servicio psicológico de la población a la que se otorga el servicio en los diversos niveles.
- Determinar cuales son las condiciones que modulan el comportamiento de la población, con el fin de detectar las conductas específicas que conllevan a problemas de salud.
- Determinar las características del servicio psicológico que actualmente es otorgado en esta ámbito.
- Plantear un programa de trabajo tentativo que se apoye en los datos obtenidos en los puntos anteriores y considerando los niveles primario, secundario y terciario.

Así mismo, en la Universidad Iberoamericana, se lleva a cabo un programa de investigación llamado "Transformación y Cambio, Salud Integral y Calidad de Vida", Lafarga (1996) expone las características del mismo:

Propósitos:

- Identificar los factores de maduración y crecimiento de las personas en cada una de las etapas de desarrollo.
- Redescubrir y formular las condiciones ambientales necesarias para el cambio en la dirección del crecimiento armónico de las personas, los grupos y las organizaciones.
- Reexaminar los fundamentos teóricos de los procesos de transformación y desarrollo individual y social del individuo, en sus diferentes etapas e ideologías.
- Diseñar estrategias para facilitar, estimular e impulsar el aprovechamiento de los recursos humanos en la familia, la escuela y el trabajo, en las relaciones interpersonales y en las interacciones sociales, en la búsqueda de la salud, el desarrollo, el bienestar social y una mejor calidad de vida.

Dicho programa cuenta con las siguientes líneas de investigación, cada una con distintas vertientes:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Análisis de los elementos de cambio en los diferentes procesos psicoterapéuticos y de orientación, tanto individuales como grupales enfocados al impulso de la salud y el desarrollo de las personas y sus comunidades.
- Estudio de las condiciones que favorecen el aprendizaje significativo en los procesos educativos.
- Identificación de los factores de productividad relacionados con el desarrollo del personal en las empresas y otras organizaciones o grupos laborales.
- Exploración del crecimiento y desarrollo personal en los diferentes grupos, etnias y organizaciones que conforman la sociedad mexicana, así como las manifestaciones de estas pautas en la cultura nacional.

#### 4.2 Función del psicólogo

En este apartado se revisa, la función que podría tener el psicólogo en ésta área, se hace hincapié en que esto dependerá de las autoridades y del desarrollo que ha tenido la PS en cada país.

De acuerdo a lo observado por Gliemann (1996) el psicólogo debe ejercer sus funciones en los tres niveles de atención, principalmente el primer nivel en donde se encuentra la promoción de la salud. Las acciones de promoción deben tener carácter multisectorial (no exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (no exclusivas de la medicina). Las acciones promocionales deben apoyarse en conceptos psicológicos como: hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales y familiares. Esto con el fin de intervenir no solo a nivel físico.

Para llevar a cabo lo anterior el psicólogo en conjunción con otros profesionistas (médico, trabajador social, sociólogo, etc.) puede realizar las siguientes actividades:

- Determinar modelos de salud.
- Fomentar estilos de vida sanos.
- Establecer estrategias de comunicación social.

- **Desarrollar técnicas de trabajo conjunto.**

Otro punto de vista es el de Morales (1999) quien menciona que las funciones del psicólogo en el fomento y promoción de la salud se pueden dividir en dos grupos: directamente con el individuo y en la organización de programas y capacitación de facilitadores. Dentro del primer grupo Morales incluye la aplicación de programas a diversos grupos, con el objetivo de fomentar hábitos o conductas saludables y la consejería a parejas, adolescentes y adultos. Con respecto al segundo grupo, incluye la organización, planificación de programas de salud, planeación de programas de promoción dirigidos a distintos grupos de la población, formulación de políticas de salud y la capacitación de recursos humanos (maestros, enfermeras, médicos, trabajadores sociales, etc.).

Así mismo, éste autor elabora una división de acuerdo al ciclo vital del ser humano, en donde menciona los riesgos que pueden presentarse en cada etapa y las acciones que puede realizar el Psicólogo para mantener la salud o prevenir la aparición de enfermedades, a continuación se presenta un breve resumen de su propuesta:

#### Acciones para fomentar y mantener la salud reproductiva:

- Trabajo con grupos de adolescentes para fomentar comportamientos preventivos de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, elaboración de programas dirigidos a jóvenes en riesgo, y capacitación de facilitadores para aplicar los mismos.
- Diseño de intervenciones para favorecer comportamientos que propicien la mejor evolución del embarazo.
- Organización de acciones educativas y de profilaxis del parto, identificación de mujeres y parejas con dificultades y realización de trabajo, incluso de nivel clínico.
- Diseño de acciones grupales e individuales para la transmisión de información acerca de las necesidades físicas y emocionales del niño en el primer año de vida.
- Identificación de niños con dificultades en su desarrollo en el primer año de vida y el establecimiento de programas individualizados de ayuda.
- Organización de programas para estimular el comportamiento de lactancia materna.



#### Acciones para fomentar la salud de los niños:

- Diseño y aplicación de programas para mejorar los estilos de crianza.
- Identificación de familias disfuncionales y atención
- Identificación de las practicas frecuentes de la población en relación con la prevención de la enfermedad en la infancia, elaboración de programas dirigidos a dar información sobre este tema y capacitación del equipo de trabajo para impartir esta ayuda.
- Organización de horarios de consulta que permita el acceso de los padres y maestros, y en los que pueda brindarse orientación, psicológica a los problemas de los niños.

#### Acciones realizadas para fomentar la salud del adolescente.

- Realización de estudios y observaciones dirigidas a identificar la frecuencia de comportamientos nocivos para la salud, elaborar estrategias para abordarlos a nivel escolar y grupos de comunidad.
- Asesoramiento y capacitación de maestros y miembros del equipo de atención primaria acerca de los problemas psicológicos de los adolescentes.
- Organización de servicios de consulta, orientación psicológica de fácil acceso a los adolescentes.

#### Acciones para fomentar la salud del adulto mayor:

- Realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud frecuentes en los adultos, diseño de estrategias para abordarlos con intervención a nivel individual, familiar y de comunidad.
- Organización de formas de trabajo, preferentemente coordinadas con los demás miembros del equipo de salud, para la disminución de los riesgos de accidentes, especialmente laborales y viales.
- Realización de trabajo con grupos de la comunidad en relación con los "estilos de vida" para la salud, selección y adiestramiento de facilitadores.

- Asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de atención primaria en relación con los aspectos psicológicos de los problemas de salud de los adultos.

Acciones para fomentar la salud de los adultos mayores (tercera edad):

- Realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos para la salud frecuentes en los adultos mayores de la tercer edad.
- Organización de grupos de apoyo.
- Capacitación del personal que tiene contacto directo con esta población.

Para que el psicólogo pueda realizar las anteriores funciones sería conveniente que:

- Las autoridades comprendan los beneficios que pueden obtener en sus proyectos con la integración de los aportes de la psicología y que creen las condiciones para abrir espacio a los psicólogos.
- Que existan psicólogos con la competencia profesional apropiada para llevar a cabo estas tareas (deberán tener conocimientos de distintas disciplinas como: epidemiología, organización de servicios de salud, estadísticas de salud, comunicación entre otras).

Finalmente, un elemento importante en la promoción es la Educación para la Salud, que tiene como objetivo desarrollar hábitos y costumbres en la gente, modificar pautas de comportamientos, promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en contra de su salud. En éste ámbito el psicólogo también juega un papel importante. Igualmente el psicólogo puede desempeñar un papel importante en este ámbito, Falco (1993) menciona las actividades que podría realizar este profesional son:

- Analizar e interpretar la naturaleza de las conductas que intervienen en la salud-enfermedad
- Establecer estrategias apropiadas de intervención en la modificación de conductas no saludables.

- Formar parte del equipo interdisciplinario que elabora los programas, haciéndose cargo del área de conductas e intervenciones de cambio; y así desde una visión integralista del hombre como ser bio-psico-social lograr mejores resultados.
- Participar en programas de investigación científica.
- Asesorar en técnicas de motivación.
- Capacitar en técnicas educativas eficaces

De esta forma con la tecnología que dispone en estos momentos la Psicología es posible promover hábitos o conductas saludables o bien modificar aquellas que perjudiquen la salud, pero actualmente y principalmente en nuestro país se ha encontrado con varias barreras como: el predominio del modelo biomédico, los intereses económicos en el campo de salud, imposibilidad de aplicar los programas a toda la población, etc. Lo anterior es un reto para la Psicología de la Salud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO V

### MÉTODO

#### 5.1 Objetivo General

Describir los hábitos saludables de la población que vive en la zona metropolitana; determinar su relación con el género y salud total (percepción de salud). Así como establecer la función del psicólogo en el fomento y mantenimiento de éstos hábitos.

#### 5.2 Objetivos Específicos

- 1- Describir la evolución del concepto de salud y analizar las distintas definiciones actuales.
- 2- Detectar el desarrollo de la Psicología de la Salud y su vinculación con otras disciplinas.
- 3- Identificar si en el ámbito de la salud el psicólogo tiene una función importante y si existe cuál(es) es (son) y como la (s) desarrolla.
- 4- Explicar los factores que determinan la adquisición y mantenimiento de los hábitos de salud y describir los principales hábitos para mantener una salud física, psicológica y social.
- 5- Describir propuestas dirigidas a la promoción de salud.
- 6- Describir la función del psicólogo en dicha área.
- 7- Describir las características generales de la población en cuanto a sexo, edad, escolaridad y percepción de salud.
- 8- Describir si existe relación significativa entre el género, percepción de salud y cada hábito o conducta saludable.

### 5.3 Hipótesis

Debido a que la investigación que se llevó a cabo es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, no se formuló una hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable independiente (sexo y percepción e salud) para identificar las variables dependientes (hábitos de salud).

### 5.4 Sujetos

Se tomó una muestra no probabilística. Se utilizó una muestra de 985 sujetos. La edad establecida como criterio fue de 17 a 77 años, para ambos sexos.

La población estuvo conformada por:

- Usuarios del Sistema Salud : pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1º. De Octubre, y Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar , sexo o nivel socioeconómico.
- Familias: conformadas por padre, madre e hijos.
- En Instituciones (sector salud): Prestadores de servicio, enfermeras, técnicos, etc. Administradores y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

### 5.5 Escenario

- Sector Salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados.
- Comunidades: Sociedad de Colonos del Frac. Bosques de Aragón S.C. y Sociedad de Colonos Lindavista S.C.

- Familias: se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Escuela primaria "Thomas Alva Edison" A.C., Secundaria "Colegio Cultural México" A.C y Escuela Nacional Preparatoria Núm. 3 "Justo Sierra" UNAM.
- Instituciones: Profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

### 5.6 Definición de Variables

Se determinó la relación que existe entre las variables independientes, con cada reactivo que evalúa los distintos hábitos o conductas saludables (variable dependiente) que se describieron en el marco teórico.

V.I: Sexo y percepción de salud .

V.D: Hábitos o conductas saludables

### 5.7 Materiales e Instrumentos

#### *Materiales:*

- 985 formatos de los Instrumentos "Funcionamiento Psicosocial" y "Funcionamiento de la Salud" (Ramírez y Cortés, 2000)
- Bolígrafos.

#### *Instrumento:*

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000) ( Ver Anexo 1 ):

- "Funcionamiento de la Salud (FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos
- "Funcionamiento Psicosocial" (FP) , que consta de 4 subescalas con un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento, 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 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. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

Para esta investigación se utilizaron los siguientes reactivos de cada escala (Ver Anexo 2):

#### Instrumento "Funcionamiento de la Salud "

Escala	Reactivos
Hábitos de Salud	17,18,23,24,25,27,30,31,32, 37 y 38
Historia de salud	40
Uso del sector salud	43
Creencias y Actitudes de salud	60, 62, 47, 55 y 68

#### Instrumento "Funcionamiento Psicosocial"

Escala	Reactivos
Estrés de Vida	18
Afrontamiento	19, 20, 21, 22 y 24
Apoyo social	28 y 30
Salud Psicológica	42, 44, 45, 51, 55 y 58

La selección de reactivos se realizó tomando como base las conductas consideradas en el marco teórico.

## **5.8 Procedimiento**

### ***Diseño de Investigación:***

La investigación fue no experimental y se realizó un análisis no paramétrico de los datos.

### ***Fases:***

- I- **Aplicación del Instrumento:** Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento Institucional y personal de cada individuo. En algunos casos (hospitales públicos) se administró grupalmente ya que algunas salas de espera se encontraban hasta 25 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo 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.
- II- **Captura de datos:** Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
- III- **Análisis de datos:** se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (  $\chi^2$  cuadrada y coeficiente de pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD). Los resultados se dividieron en cuatro apartados:
  - Análisis general de la población
  - Hábitos para conservar la salud psicológica y social
  - Hábitos para conservar la salud física



FALTA  
PAGINA

96|

## CAPÍTULO VI ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis no paramétrico, en el cual se utilizó la prueba ji cuadrada y el coeficiente de contingencia de Pearson para determinar la relación entre variables categóricas; tomando como nivel de significancia .05.

De cada instrumento (FS y FP) se seleccionaron los reactivos relacionados con los hábitos o conductas saludables mencionados en el marco teórico, los cuales se relacionaron con las variables sexo y salud total (percepción de salud con respecto a otras personas).

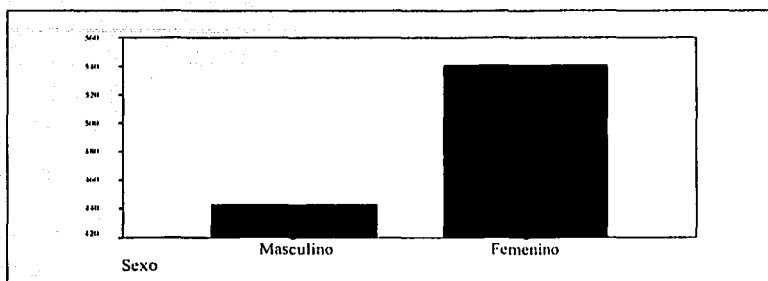
Los resultados se representan en tablas de contingencia con tabulación cruzada, ya que cada una contiene dos variables y su vez cada variable está dividida en más de tres categorías (opciones de respuesta). A sí mismo, cuando la correlación resulta significativa se presenta la gráfica correspondiente para mostrar claramente las diferencias en la frecuencia.

### 6.1 Análisis General de la Población

Para iniciar, es conveniente realizar una descripción de las principales características de la muestra N=985.

#### Sexo

Con respecto al sexo, se obtuvo que el 44% de la población (n = 442) es del sexo masculino y el 55% (n = 543) del sexo femenino (Ver figura y tabla 1). La población de mujeres es mayor que la de hombres.



**Figura 1.** Muestra la frecuencia en la población con respecto al género.

**Tabla 1.**

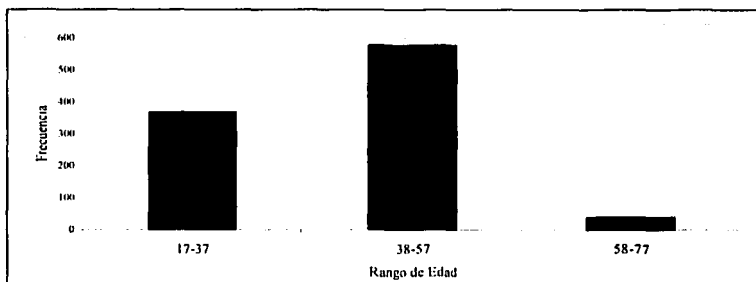
Sexo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	442	44.9	44.9	44.9
	Femenino	543	55.1	55.1	100.0
	Total	985	100.0	100.0	

**Nota.** Representa los porcentajes y frecuencia de la población con respecto al género.

### Edad

La edad de los integrantes de la población fluctúa entre 17 y 77 años, para obtener su descripción se establecieron tres grupos: edad 1) 17-37, 2) 38-57 y, 3) 58-77.

De esta forma, se observa que el 59% de la población ( $n = 578$ ), pertenece al segundo grupo, entre los 38 y 57 años de edad. El 37% de la población ( $n = 368$ ) se ubica en la primer edad y el 4% ( $n = 39$ ) en la tercera edad (ver figura y tabla 2).



**Figura 2.** Muestra la frecuencia de cada rango de edad.

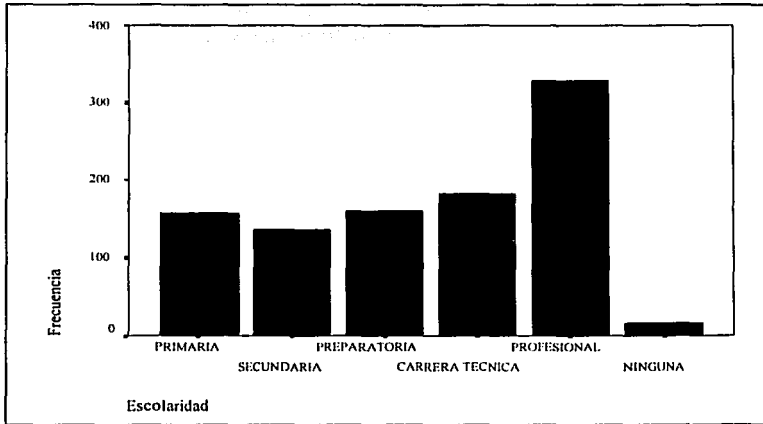
**Tabla 2.**

Edad		
Edad (rango)	Frecuencia	Porcentaje
17-37	368	37 %
38-57	578	59 %
58-77	39	4 %
Total	985	100%

**Nota.** Muestra la frecuencia y los porcentajes por cada grupo de edad.

### Escolaridad

En cuanto al nivel académico se encontró que el 35.5% ( $n = 330$ ) de la población cuenta con grado de licenciatura y sólo el 16% ( $n = 158$ ) reporta no tener escolaridad (ver figura y tabla 3).



**Figura 3.** Muestra el grado de escolaridad de la población.

**Tabla 3.**

Escolaridad			
		Frequency	Percent
Valid	PRIMARIA	158	16.0
	SECUNDARIA	136	13.8
	PREPARATORIA	161	16.3
	CARRERA TECNICA	183	18.6
	PROFESIONAL	330	33.5
	NINGUNA	17	1.7
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje del grado académico de la población.

Se encontraron diferencias significativas ( $\text{sig.} = .000$ ) entre el nivel de escolaridad y el género. Más mujeres han estudiado la primaria y carrera técnica que los hombres; sin embargo, son más las mujeres que reportan no tener ningún grado académico con respecto a los hombres (ver figura y tabla 4).

Tabla 4.

		SEXO/ ESCOLARIDAD						
Count		ESCOLARIDAD						
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	CARRERA TECNICA	PROFESIONAL	NINGUNA	Total
Sexo	Masculino	54	62	91	66	165	4	442
	Femenino	101	74	72	118	165	13	543
Total		155	136	163	184	330	17	985

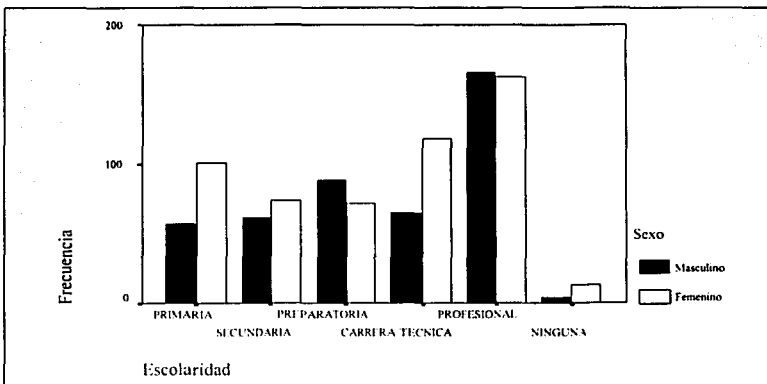
  

	Valor	df.	Sig.
Pearson Chi-Square	25.744	5	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.160	.000

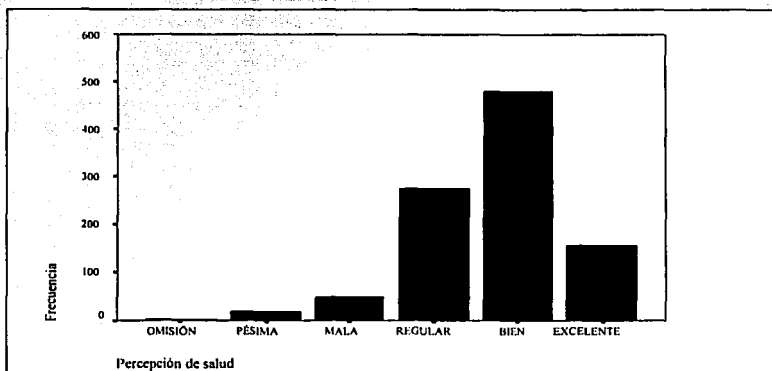
**Nota.** Representa los puntajes obtenidos de ji cuadrada para determinar las diferencias entre el nivel de escolaridad y género.



**Figura 4.** Representa las diferencias entre escolaridad y género.

### Percepción de Salud con Respecto a otras Personas

En cuanto al estado de salud percibido el 48 % ( $n = 480$ ) de la población reportó buena salud, mientras que el 1.9 % ( $n = 19$ ) refirió pésima salud (ver figura y tabla 5).



**Figura 5.** Muestra la frecuencia de la percepción de Salud de la población.

**Tabla 5.**

		Frequency	Percent
Valid		3	3.0
	PÉSIMA	19	1.9
	MALA	50	5.1
	REGULAR	277	28.1
	BIEN	480	48.7
	EXCELENTE	156	15.8
Total		985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentaje de la percepción de salud.

Una vez descrito las principales características de la población a continuación se muestran los resultados obtenidos en las pruebas ji cuadrada y coeficiente de pearson al relacionar las variables sexo y percepción de salud (VI), con cada reactivo seleccionado.

## 6.2 Hábitos para Mantener la Salud Psicológica y Social

### Actividades Recreativas y Reposo

Para analizar este hábito se utilizaron ambos instrumentos (FS y FP), empleándose el reactivo 24 de FS y el reactivo 44 de FP. Sólo se tomó en cuenta la variable "reposo" ya que no se encontró un reactivo que evaluará "actividades recreativas".

#### Reactivos:

##### *1- Dormir por lo menos siete horas diarias (24, FS)*

En primer lugar se determinó la frecuencia de respuesta en la población. Se observa que 362 personas que equivale al 36 % reportaron dormir al menos siete horas. 208 a menudo, que corresponde al 21% y, 65 personas nunca duermen al menos siete horas, es decir el 6.6 % del total de la muestra (ver tabla y figura 6).

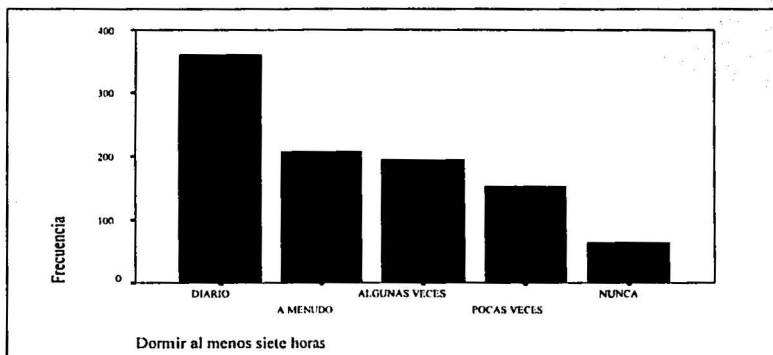


Tabla 6.

Dormir al menos siete horas			
		Frecuencia	Percent
Valid	DIARIO	362	36.8
	A MENUDO	208	21.1
	ALGUNAS VECES	195	19.8
	POCAS VECES	154	15.6
	NUNCA	65	6.6
	Total	984	99.9
Missing	System	1	.1
Total		985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia de respuesta en cuanto al hábito de dormir por lo menos siete horas diarias.

<sup>a</sup> Una persona no contestó el reactivo.



**Figura 6.** Muestra la frecuencia del dormir al menos siete horas diarias (24, FS).

Al relacionar el género con el hábito de dormir, no se encontraron diferencias significativas ( $\text{sig.} = .502$ ), es decir, se puede argumentar que el género no está relacionado con el dormir por lo menos siete horas (ver tabla 7).

Tabla 7.

Count		Dormir al menos siete horas					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	157	95	81	74	34	441
	Femenino	205	113	114	80	31	543
Total		362	208	195	154	65	984

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	3.342	4	.502

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.058	.502

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos de la ji cuadrada para determinar la relación entre sexo y el hábito dormir al menos siete horas (24, FS).

Al determinar la relación de la percepción de salud con el dormir al menos siete horas, se encontraron diferencias significativas ( $\text{sig.} = .023$ ), por lo que el dormir tiene influencia sobre la percepción del nivel de salud y viceversa. 179 personas reportaron tener buena salud a la vez que duermen diariamente por lo menos siete horas, así mismo 70 con excelente salud duermen diariamente por lo menos siete horas. Sin embargo la frecuencia en cuanto a pésima salud es mínima, 13 personas perciben una pésima salud de las cuales 11 duermen diario por lo menos siete horas y 2 nunca lo hacen (ver tabla y figura 8).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8.

		Dormir al menos siete horas					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Percepcion de salud, con respecto a otras personas	0 <sup>a</sup>	1	2				3
	PESIMA	11		3	1	2	9
	MALA	9	14	12	7	8	50
	REGULAR	92	66	52	51	15	276
	BIEN	179	90	104	76	31	480
	EXCELENTE	70	34	24	19	9	156
Total		362	208	195	154	65	984

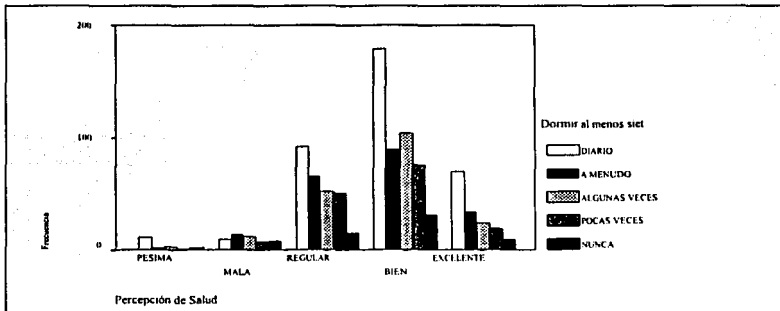
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	34.469	20	.023

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.184	.023

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada que determina la relación entre la percepción de salud (40, FS) y el dormir al menos siete horas (24, FS).

ª Tres personas omitieron el reactivo 40, FS.



**Figura 8.** Muestra la frecuencia del hábito de dormir al menos siete horas (24, FS) con respecto a la percepción de salud (40, FS)

2- *Que tan fatigado se ha sentido (44, FP).*

El siguiente reactivo que se tomo en cuenta para evaluar esta área (reposo) fue el grado de fatiga percibido. Se obtuvo que la mayoría de la población reportó experimentar entre poca y regular fatiga ( $n = 502$ ) que equivale al 50.9 %, mientras que el 13% ( $n = 128$ ) percibe mucha fatiga y el 16.2% ( $n = 160$ ) muy poca (ver figura y tabla 9).

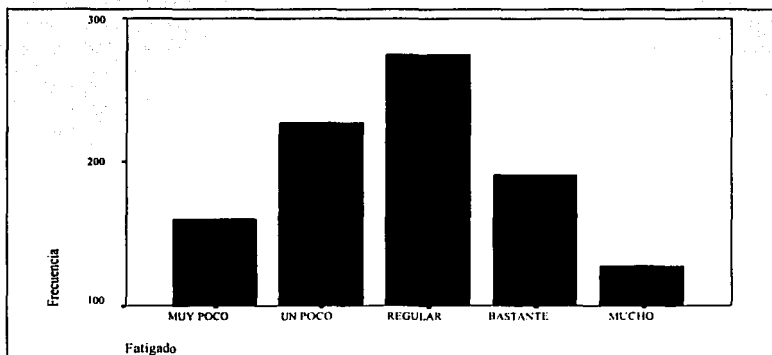


Figura 9. Muestra la frecuencia del grado de fatiga percibido (44,FP)

Tabla 9.

Fatigado		Frequency	Percent
Valid	MUY POCO	160	16.2
	UN POCO	227	23.0
	REGULAR	275	27.9
	BASTANTE	191	19.4
	MUCHO	128	13.0
	Total	981	99.6
Missing	System	4	.4
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje del grado de fatiga (44.FS).

<sup>a</sup> Cuatro personas no contestaron el reactivo.

Al aplicar la prueba ji cuadrada, para establecer la relación entre el género y el grado de fatiga percibido, se obtuvo una sig. = .001, lo cual parece indicar que el género está relacionado con el nivel de fatiga. En la tabla 10 se observa que de las 128 personas que reportaron tener mucha fatiga, 46 son hombres y 82 son mujeres, de forma semejante, los que reportaron experimentar bastante fatiga ( $n = 191$ ) 70 son del sexo masculino y 121 del femenino. Se puede argumentar, que las mujeres experimentan mayor nivel de fatiga que los hombres (ver figura 10).

Tabla 10.

		Fatigado					Total	
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
Sexo	Masculino	Count	89	108	129	70	46	442
		% within Fatigado	55.6%	47.6%	46.9%	36.6%	35.9%	45.1%
	Femenino	Count	71	119	146	121	82	559
		% within Fatigado	44.4%	52.4%	53.1%	63.4%	64.1%	54.9%
Total		Count	160	227	275	191	128	981
		% within Fatigado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	134	.001

		Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square		17.936	4	.001

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre grado de fatiga (44,FS) y género.

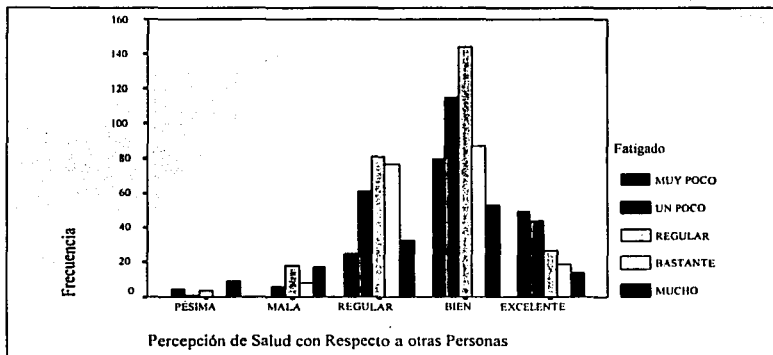


Chi-Square Tests			
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	123.812	20	.000

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.335	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre la percepción de salud (40, FS) y el grado de fatiga (44, FP).



**Figura 11.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al grado de fatiga percibido (44, FP).

### Relaciones Interpersonales

Para determinar las características de las relaciones interpersonales en la muestra, se utilizaron ambos instrumentos (FP y FS), de los cuales se seleccionaron los siguientes reactivos: de FP (28, 30 y 31) y de FS (31).

Reactivos:

- 1- El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos? (28, FP)

En la población general, el apoyo percibido por parte de familiares y amigos fue el siguiente: el 31 % ( $n = 311$ ) reportó bastante apoyo; el 25 % ( $n = 246$ ) refiere haber experimentado regular y, el contrario el 8.7 % ( $n = 86$ ) no percibió ningún apoyo (ver tabla y figura 12).

Tabla 12.

Apoyo Emocional			
		Frequency	Percent
Valid	NINGUNO	86	8.7
	UN POCO	95	9.6
	REGULAR	242	24.6
	BASTANTE	311	31.6
	MUCHO	246	25.0
	Total	980	99.5
Missing	System <sup>a</sup>	5	.5
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes del apoyo emocional percibido (28,FS) por el total de la muestra.

<sup>a</sup> Cinco personas no contestaron el reactivo.

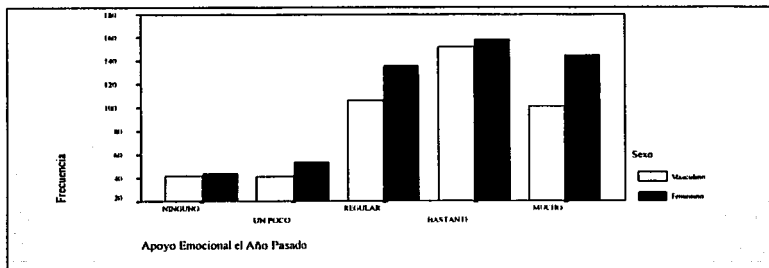


Figura 12. Representa la frecuencia del apoyo emocional percibido (28,FP).



Al aplicar la prueba de ji cuadrada, para determinar la relación entre género y apoyo emocional percibido el año pasado (28, FP), se obtuvo una sig. = .379, lo cual indica que no existe relación entre el sexo y el nivel de apoyo emocional percibido. (ver tabla 13).

**Tabla 13.**

		AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL					Total	
		NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
Sexo	Masculino	Count	42	41	106	152	101	442
		% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL	48.8%	43.2%	43.8%	48.9%	41.1%	45.1%
	Femenino	Count	44	54	136	159	145	538
		% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL	51.2%	56.8%	56.2%	51.1%	58.9%	54.9%
Total		Count	86	95	242	311	246	980
		% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	4.208	4	.379

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.061	.379

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre género y apoyo emocional percibido el año pasado (28, FP).

Al aplicar la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre la percepción de salud con respecto a otras personas (40, FP) y el apoyo emocional (28, FS) se obtuvo una sig. = .002, lo que indica que el apoyo emocional está relacionado con la percepción de salud de los individuos, por ejemplo, del total ( $n = 311$ ) que refirió bastante apoyo, el 53.1% se percibe con buena salud y, de forma semejante, los sujetos que respondieron la opción "mucho" ( $n = 246$ ), el 45.1% reportó buen estado de salud (ver tabla y figura 14).

Tabla 14.

## Percepción de Salud / Apoyo Emocional

SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL					Total
			NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PESIMA	Count	2	1	3	3	8	1	19
	% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL		2.1%	3.2%	1.2%	2.6%	1.2%	1.4%
MALA	Count	3	5	13	15	14	50	
	% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL		3.5%	5.1%	5.4%	4.8%	5.7%	5.1%
REGULAR	Count	26	24	72	85	70	277	
	% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL		10.2%	25.3%	29.8%	27.3%	28.5%	25.3%
BIEN	Count	48	50	116	149	114	477	
	% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL		55.8%	52.6%	47.9%	47.9%	46.3%	46.7%
EXCELENTE	Count	6	13	36	54	45	154	
	% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL		7.0%	13.7%	14.9%	17.4%	18.3%	15.2%
Total	Count	86	95	242	311	246	980	
	% within AÑO PASADO APOYO EMOCIONAL		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

Pearson Chi-Square	Valor	df	Sig.
	17.961	20	.500

Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	valor	Sig.
		.134	.590

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre percepción de salud (40, FS) y apoyo emocional experimentado el año pasado (28, FP).

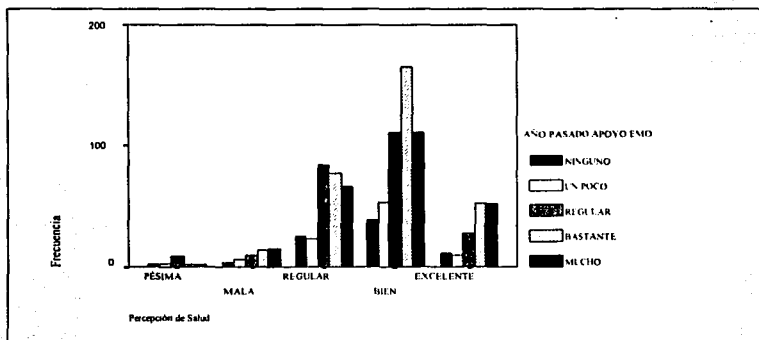


Figura 14. Muestra la relación entre la percepción de salud y el reactivo 28, FP.

## 2- ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?(30,FP)

Este fue el segundo reactivo seleccionado para describir esta área (Rel. Interpersonales) que evalúa el grado de satisfacción por el apoyo emocional obtenido, a continuación se determina si existe alguna relación entre este reactivo, el sexo y percepción de salud. A nivel general, el 31 % de la población ( $n = 313$ ) reporta estar bastante satisfecha con el apoyo emocional recibido, de forma semejante el 29 % ( $n = 289$ ) refiere estar muy satisfecha con el apoyo y sólo el 7.4 % ( $n = 73$ ) perciben no estar satisfecho con lo anterior (ver tabla y figura 15).

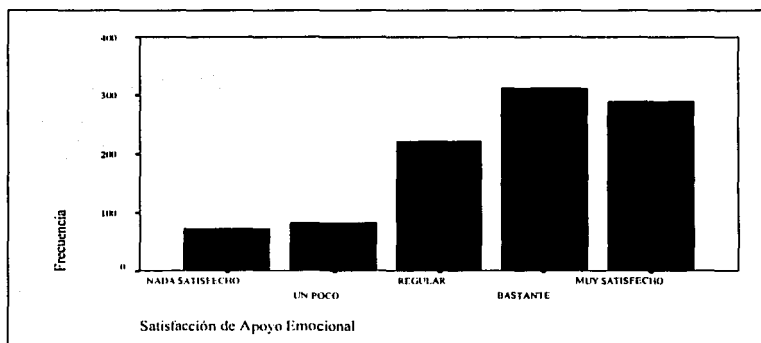
**Tabla 15.**

**Satisfacción de apoyo emocional**

		Frequency	Percent
Valid	NADA SATISFECHO	73	7.4
	UN POCO	83	8.4
	REGULAR	222	22.5
	BASTANTE	313	31.8
	MUY SATISFECHO	289	29.3
Total		980	99.5
Missing	System	5	5
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y los porcentajes de la satisfacción del apoyo emocional (30, FS).

<sup>a</sup> Cinco sujetos no respondieron el reactivo



**Figura 15.** Muestra la frecuencia de la satisfacción de apoyo emocional (30,FP).

Al determinar la relación entre el género y la satisfacción del apoyo emocional, la prueba ji cuadrada obtuvo una  $\text{sig.} = .890$ ; lo cual indica que no hay relación entre el género y la satisfacción del apoyo; es decir, la frecuencia de respuesta tanto de hombres como de mujeres es muy semejante (ver tabla 16).

Tabla 16.

		SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL					Total
		NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
Sexo	Masculino	Count	33	39	103	144	223
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	45.2%	47.0%	46.4%	46.0%	45.1%
	Femenino	Count	40	44	119	169	372
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	54.8%	53.0%	53.6%	54.0%	54.9%
Total		Count	73	83	222	313	680
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	1.127	4	.890

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.034	.890

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada. Para determinar la relación entre el género y la satisfacción del apoyo emocional recibido (30, FP).

En la aplicación de la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre percepción de salud y grado de satisfacción del apoyo emocional (30, FP) se alcanzó una  $\text{sig.} = .000$ , lo que demuestra que hay diferencias significativas en la frecuencia de respuesta en ambas variables. por lo que el grado de satisfacción del apoyo emocional está relacionado estadísticamente con la percepción de salud, se puede observar que del total de personas que respondieron estar bastante satisfechos ( $n = 313$ ), el 54.3 % ( $n = 170$ ) percibe un buen estado saludable y, similarmente los que eligieron la opción "muy satisfecho" ( $n = 289$ ), el 47.8% ( $n = 138$ ) tiene buena salud y el 23.9 % ( $n = 69$ ) percibe un excelente estado de salud (ver tabla y figura 17).

Tabla 17.

Percepción de Salud /Satisfacción de Apoyo Emocional								
			SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL					Total
			NADA SATISFEC HO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFEC HO	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count			2	1		3
		Count	3	1	9	4	2	19
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	4.1%	1.2%	4.1%	1.3%	7%	1.9%
	MALA	Count	7	5	10	13	14	49
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	9.6%	6.0%	4.5%	4.2%	4.8%	5.0%
		Count	19	10	75	86	66	276
	REGULAR	Count	26	36	33	27	22	282
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	26.0%	36.1%	33.8%	27.5%	22.8%	28.2%
		Count	33	41	97	170	138	479
	BIEN	Count	45	49	43	54	47	238
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	45.2%	49.4%	43.7%	54.3%	47.8%	48.9%
		Count	11	6	29	39	69	154
EXCELENTE	Count	15	7	13	12	23	70	
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	15.1%	7.2%	13.1%	12.5%	23.9%	15.7%	
	Count	73	83	222	313	289	980	
Total		Count	73	83	222	313	289	980
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests			
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	47.917	20	.000

Nominal by Nominal Contingency Coefficient			
	Valor	Sig.	
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.216	.000	

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para establecer la relación entre percepción de salud (40, FS) y satisfacción de apoyo emocional (30, FP).

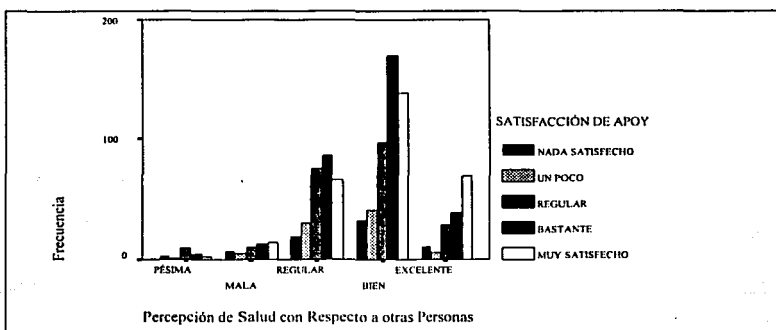


Figura 17. Muestra la relación entre la percepción de salud y el reactivo 30,FP.

3- El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba? (31, FP)

En cuanto a la ayuda familiar, se puede observar que el 28% de la población (n =278) obtuvo regularmente ayuda de familiares y amigos el año pasado; el 23 % (n = 227), reportaron bastante ayuda y, el 16 % (n = 158) muy poca (ver tabla y figura 18).

Tabla 18.

		Ayuda familiares	
		Frecuency	Percent
Valid	MUY POCO	158	16.0
	UN POCO	172	17.5
	REGULAR	278	28.2
	BASTANTE	227	23.0
	MUY A MENUDO	145	14.7
	Total	980	99.5
Missing	System	5	.5
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje de la ayuda de familiares y amigos el año pasado (31, FP).

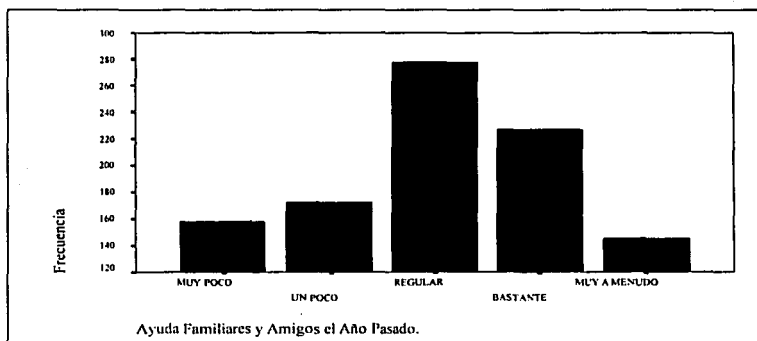


Figura 18. Muestra la frecuencia de ayuda de familiares y amigos el año pasado (31, FP)

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación del género con la ayuda de familiares y amigos se obtuvo una sig. = .034; por lo que existen diferencias significativas en cuanto al sexo. Lo anterior es válido para la opción de respuesta "muy a menudo", ya que 145 personas respondieron de ésta forma, de las cuales 53 son del sexo masculino y 92 del femenino, se puede mencionar que las mujeres reciben relativamente mayor apoyo que los hombres; sin embargo en las demás categorías de respuesta la frecuencia es muy semejante (Ver tabla y figura 19)

Tabla 19.

Ayuda familiar /Sexo					
			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	MUY POCO	Count	78	80	158
		% within Sexo	17.6%	14.9%	16.1%
	UN POCO	Count	83	89	172
		% within Sexo	18.8%	16.5%	17.6%
	REGULAR	Count	137	141	278
		% within Sexo	31.0%	26.2%	28.4%
	BASTANTE	Count	91	136	227
		% within Sexo	20.6%	25.3%	23.2%
	MUY A MENUDO	Count	53	92	145
		% within Sexo	12.0%	17.1%	14.8%
	Total	Count	442	538	980
		% within Sexo	100.0%	100.0%	100.0%

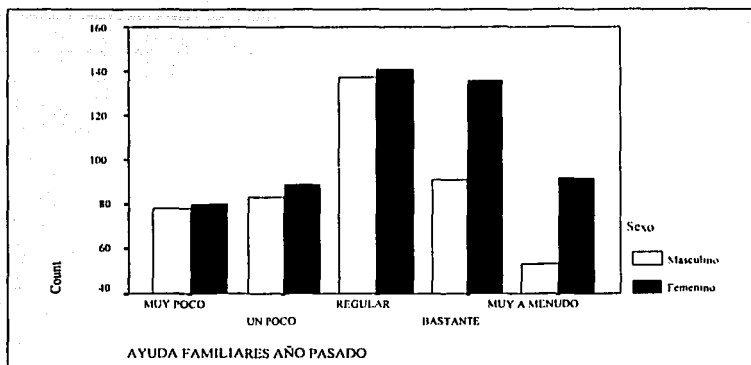
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	10.398	4	.034

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.102	.034

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para obtener la relación entre el género y la ayuda de familiares y amigos el año pasado (31, FP).



**Figura 19.** Muestra la frecuencia de la ayuda de familiares y amigos el año pasado (31, FP) con respecto al género.

Al relacionar este reactivo (31, FP) con percepción de salud (40, FS), la ji cuadrada proporcionó una sig. = .025, lo que indica que existen diferencias significativas en la frecuencia de respuesta, es decir, la ayuda de familiares y amigos está relacionada con la percepción de salud y viceversa; por ejemplo, 278 personas indicaron tener apoyo regular de familiares y amigos de los cuales el 45.7% refirió buena percepción de salud con respecto a otras personas, así mismo, 227 individuos señalaron tener bastante apoyo de familiares y amigos, de éstos el 49.8% percibe tener buena salud (ver tabla y figura 20).



Tabla 20.

		AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO					Total	
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A ABUNDO		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	3				3	
		PESIMA	Count	5	5	6	3	19
			% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	3.2%	2.9%	2.2%	1.3%	1.9%
	MALA	Count	4	9	19	10	8	50
			% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	2.5%	5.2%	6.8%	4.4%	5.5%
	REGULAR	Count	48	46	72	65	46	277
			% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	30.4%	26.7%	25.9%	28.6%	31.7%
	BIEN	Count	73	91	127	113	70	477
			% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	46.2%	54.7%	45.7%	49.8%	48.3%
	EXCELENTE	Count	25	18	54	36	21	154
			% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	15.8%	10.5%	19.4%	15.9%	14.5%
	Total		Count	158	172	278	227	980
		% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

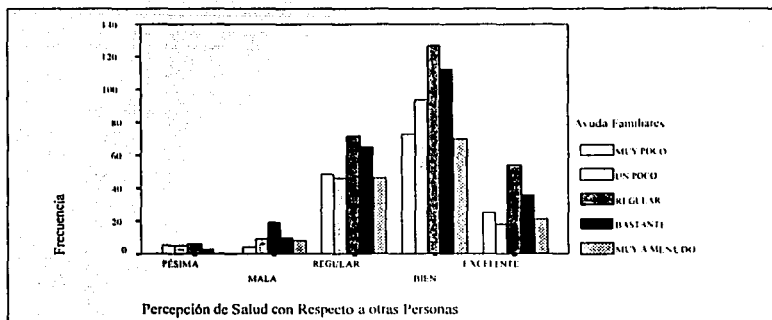
Chi-Square Tests

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	34.137	20	.025

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.183	.025

**Nota.** Representa los datos obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre la percepción de salud y el reactivo 31, FP.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Fig. 20** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la ayuda de familiares y amigos el año pasado (31, FP).

#### 4- *Platicar con los amigos sobre salud (31, FS)*

Al determinar la descripción de este reactivo se obtuvo que el 35.7% de la población ( $n = 352$ ), algunas veces platica con sus amigos sobre salud; por otra parte, sólo el 1.8 % ( $n = 18$ ) lo hace diariamente y el 22.3% ( $n = 220$ ) nunca realiza la anterior conducta (ver tabla y figura 21).

**Tabla 21.**

Platicar con amigos sobre salud			
		Frecuency	Percent
Valid	0	1	.1
	DIARIO	18	1.8
	A MENUDO	97	9.8
	ALGUNAS VECES	352	35.7
	POCAS VECES	297	30.2
	NUNCA	220	22.3
Total		985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentajes de platicar con los amigos sobre salud (31, FP)



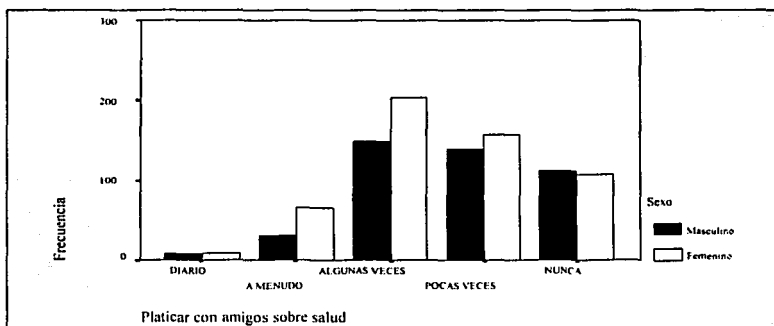
Chi-Square Tests			
	valor	df	Sig.
Chi-Square	12.828	5	.025

	valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.113	.025

Nota. Representa los puntajes y significancia obtenida en la prueba ji cuadrada, para establecer la relación entre el género y platicar con los amigos sobre salud (31, FS).

\* Una persona omitió el reactivo 31, FS.



**Figura 22.** Muestra la frecuencia de platicar con los amigos temas de salud (31, FS) en relación al género.

Al establecer la relación entre la percepción de Salud con respecto a otras personas (40, FS) y el platicar con amigos acerca de salud (31, FS), la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000. lo cual indica que existen diferencias entre el platicar con amigos acerca de salud y su percepción de salud. 352 personas indicaron que platican algunas veces con amigos acerca de salud, de los cuales el 44.6 % percibe una buena salud con respecto a los demás; por otro lado, 97 personas refirieron platicar a menudo, de las cuales el 48.5% percibe buena salud; sin embargo 297 respondieron que pocas veces platican sobre salud, y el 54 % de éstos perciben un buen nivel de salud, así mismo 220 indicaron nunca platicar sobre salud de los cuales el 47% reporta buena salud (ver tabla y figura 23).

Tabla 23.

Percepción de salud / Platicar con amigos sobre salud									
		Platicar con amigos sobre salud					Total		
		n	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA	
SALUD CON OTRAS PERSONA	PESESIMA	% within Platicar c amigos sobre salud			5	2	2	10	19
						6%	7%	4.5%	1.9%
	MALA	% within Platicar c amigos sobre salud		2	6	24	9	9	50
				11.1%	6.2%	6.8%	3.0%	4.1%	5.1%
	REGULAR	% within Platicar c amigos sobre salud		4	24	113	91	45	277
				22.2%	24.7%	32.1%	30.6%	20.5%	28.1%
	BIEN	% within Platicar c amigos sobre salud		9	47	157	162	105	480
				50.0%	48.5%	44.6%	54.5%	47.7%	48.7%
	EXCELENT	% within Platicar c amigos sobre salud		3	15	56	31	51	156
				16.7%	15.5%	15.9%	10.4%	23.2%	15.8%
Total			1	18	97	352	297	220	985
		% within Platicar c amigos sobre salud	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

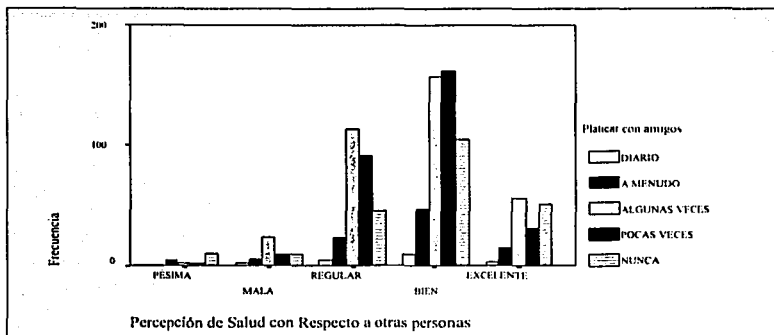
Chi-Square Tests

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	380.638	25	.000

	valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.528	.000

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para establecer la relación entre platicar con los amigos sobre salud (31, FS) y la percepción de salud con respecto a otras personas.



**Figura 23.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a platicar con amigos sobre salud (31, FS).

### Proyecto de Vida

Para este hábito se utilizó el instrumento FP y los reactivos: 42 y 45 , a continuación se muestra el análisis de éstos, relacionados con las variables: Sexo y percepción de salud con respecto a otros.

#### *1- ¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales? (42, FP)*

A nivel general, se encontraron las siguientes características en la población en cuanto a lo cerca que han estado de sus ideales (42, FP):

Se observa que el 37.1% de la población ( $n = 365$ ), ha estado medianamente cerca de lograr sus ideales; el 27.4 % ( $n = 270$ ), se ha encontrado bastante cerca de lograr sus objetivos y, por el contrario el 11.3% de la muestra refiere haber estado muy poco cerca de sus ideales. La tendencia es ha estar medianamente cerca de las metas (ver tabla y figura 24).

Tabla 24.

Cerca de ideales			
		Frequency	Percent
Valid	MUY POCO	111	11.3
	UN POCO	126	12.8
	REGULAR	365	37.1
	BASTANTE	270	27.4
	MUCHO	107	10.9
	Total		981
Missing	System	4	.4
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la respuesta a ¿qué tan cerca ha estado de sus ideales (42,FP).

<sup>a</sup> Cuatro personas omitieron el reactivo.

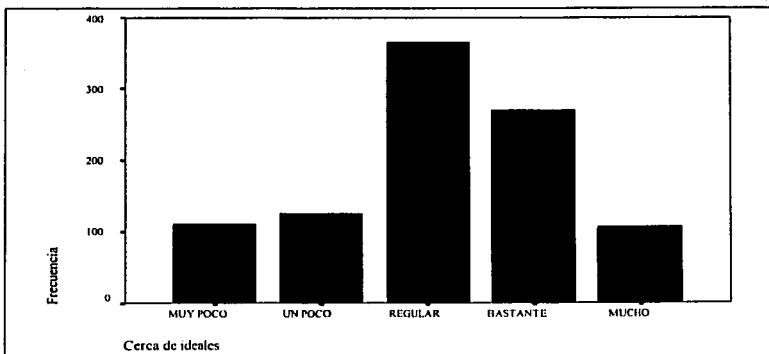


Figura 24. Muestra la frecuencia de la respuesta a ¿qué tan cerca ha estado de sus ideales? (42,FP).

Al relacionar la variable sexo con el grado de cercanía a los ideales, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .409, lo que muestra que no hay relación entre ambas variables (ver tabla 25).

Tabla 25.

		Cerca de ideales					Total	
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
Sexo	Masculino	Count	43	61	172	124	41	442
		% within Cerca de ideales	38.7%	48.4%	47.1%	45.0%	38.3%	45.1%
	Femenino	Count	68	65	193	146	66	539
		% within Cerca de ideales	61.3%	51.6%	52.9%	54.1%	61.7%	54.9%
Total		Count	111	126	365	270	107	981
		% within Cerca de ideales	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	5.058	5	.409

	Value	Approv. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.072	.409

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre el género y el grado de cercanía con los ideales (42, FP).

Al aplicar la prueba ji cuadrada para establecer la relación entre la percepción de salud con el grado de cercanía a los ideales, se obtuvo una sig. = .000, por lo que se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de respuesta en ambas variables. es decir están relacionadas, se puede observar que del total de personas que respondieron estar regularmente cerca de sus ideales ( $n = 365$ ), el 58.4 % ( $n = 200$ ) perciben buena salud y, el 27.7 % ( $n = 101$ ) un regular estado de salud; de forma semejante los que eligieron la opción "bastante" ( $n = 270$ ), el 51.5 % ( $n = 139$ ) tiene buena salud. (ver tabla y figura 26).



Tabla 26.

			Cerca de ideales					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count	3	2	7	1	2	15
		% within Cerca de ideales	2.7%	1.6%	1.1%	.7%	4.7%	1.9%
	MALA	Count	14	10	13	8	3	49
		% within Cerca de ideales	12.6%	7.9%	1.6%	3.0%	2.8%	5.6%
	REGULAR	Count	37	42	101	69	27	277
		% within Cerca de ideales	31.1%	33.1%	27.7%	25.6%	28.7%	28.7%
	BIEN	Count	47	53	200	139	40	479
		% within Cerca de ideales	42.1%	42.1%	54.8%	51.5%	37.4%	48.8%
	EXCELENTE	Count	10	19	44	51	30	154
		% within Cerca de ideales	9.0%	15.1%	12.1%	18.9%	28.0%	15.7%
	Total	Count	111	126	365	270	107	981
		% within Cerca de ideales	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

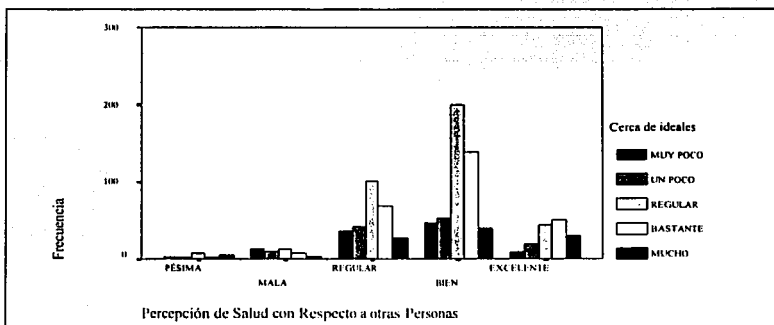
Chi-Square Tests

	Value	df	Sig.
Pearson Chi-Square	76.315	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.269	.000

**Nota.** Representa los resultados de la prueba ji cuadrada para establecer diferencias entre la percepción de salud y el reactivo 42, FP.

ª Cuatro personas omitieron el reactivo 42, FP.



**Figura 26.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al reactivo 42, FP

2- ¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida? (45, FP)

Este es el segundo reactivo considerado para describir el área de proyecto de vida. Referente a la población en general se obtuvo que el 63.2 % ( $n = 622$ ) de la población refiere estar entre medianamente y bastante satisfecho con su vida; el 23.5 % ( $n = 231$ ) reporta estar muy satisfecho y, el 5% ( $n = 53$ ) se encuentra muy poco satisfecho con su vida (ver tabla y figura 27).

Tabla 27.

Satisfecho con la vida			
		Frecuency	Percent
Valid		4	.4
	MUY POCO	49	5.0
	UN POCO	75	7.6
	REGULAR	301	30.6
	BASTANTE	321	32.6
	MUCHO	231	23.5
	Total	981	99.6
Missing	System	4	.4
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes del grado de satisfacción con la vida (45, FP) de la población total.

<sup>a</sup> Cuatro reactivos omitidos.

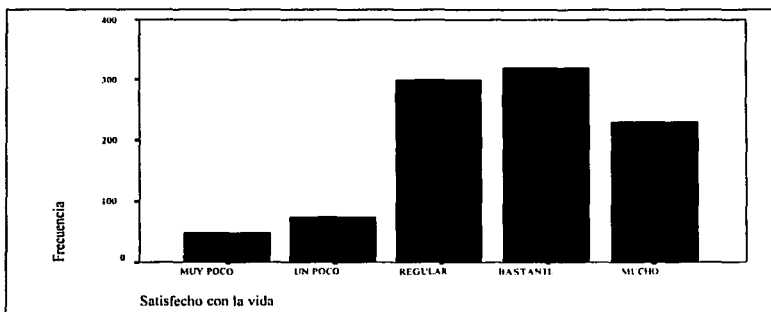


Figura 27. Muestra la frecuencia de el grado de satisfacción con la vida (45, FP) de la población total.

Al relacionar las variables sexo y satisfacción con la vida, la prueba ji cuadrada arrojó una sig. = .594, lo que representa escasas diferencias significativas entre la frecuencia de respuestas de ambas variables. El género no está relacionado estadísticamente con la satisfacción de vida (ver tabla 28).

**Tabla 28.**

Sexo / Satisfecho con la vida								
			Satisfecho con la vida					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Sexo	Masculino	Count	22	31	127	152	107	442
		% within Satisfecho con la vida	44.9%	41.3%	42.2%	47.4%	46.3%	45.1%
	Femenino	Count	27	44	174	169	124	539
		% within Satisfecho con la vida	55.1%	58.7%	57.8%	52.6%	53.7%	54.9%
Total		Count	49	75	301	321	231	981
		% within Satisfecho con la vida	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	3.699	5	.594

	Valor	Sig.
Nominal by Nom Contingency Coefficient	.061	.594

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre el género y la satisfacción de vida (45, FP).

Por otro lado, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, al relacionar la percepción de salud con el grado de satisfacción con la vida; lo que demuestra que existen diferencias significativas en la frecuencia de respuesta (ver tabla y figura 29).

Tabla 29.

			Satisfecho con la vida					Total	
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count			2	1		3	
		Count		4		9	2	4	19
		% within Satisfecho con la vida	8.2%		1.0%	6%	1.7%	1.6%	
	MALA	Count	1	2	9	19	10	8	49
		Count		4	12	6	3	3	51
		% within Satisfecho con la vida	4.1%	12.0%	6.3%	3.1%	3.5%	5.1%	
	REGULAR	Count	3	14	30	102	74	84	277
		Count		28	40	33	23	23	282
		% within Satisfecho con la vida	28.6%	40.0%	33.9%	23.1%	23.4%	28.2%	
	BIEN	Count		17	32	146	171	113	479
		Count		34	42	48	53	48	488
		% within Satisfecho con la vida	34.7%	42.7%	48.5%	53.3%	48.9%	48.8%	
EXCELENTE	Count		12	4	23	6	52	154	
	Count		24	5	7	19	22	57	
	% within Satisfecho con la vida	24.5%	5.3%	7.6%	19.6%	22.5%	15.7%		
Total	Count	4	49	75	301	321	231	981	
	% within Satisfecho con la vida		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	85.009	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.282	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al relacionar las variables percepción de salud y satisfacción con la vida (45, FP).

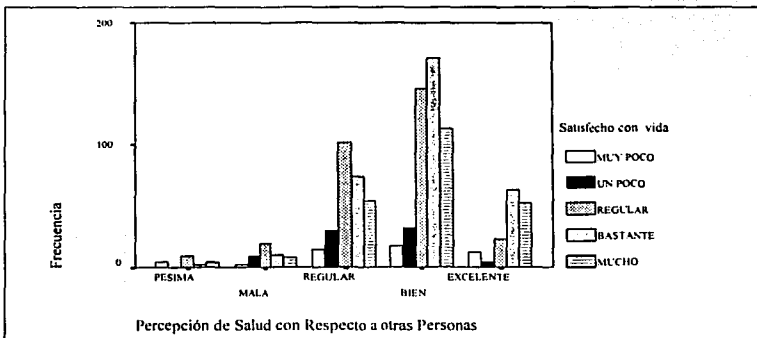


Figura 29. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la satisfacción con la vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Afrontamiento al Estrés

El siguiente hábito saludable a evaluar es el afrontamiento al estrés, se eligieron reactivos que midieran conductas relacionadas con el afrontamiento positivo. Se utilizaron los reactivos 18, 20, 21 y 22 del instrumento FP.

#### Reactivos:

##### 1- *¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo? (18, FP)*

Este reactivo determina el grado de estrés experimentado, en donde a nivel general se observa lo siguiente: el 41.6 % ( $n = 410$ ), refiere haber experimentado regular estrés el año pasado, mientras que el 34.6% ( $n = 340$ ), sintió entre bastante y mucho estrés (ver tabla y figura 30).

Tabla 30.

Tensión o Estrés			
		Frequency	Percent
Valid	NADA	41	4.2
	UN POCO	187	19.0
	REGULAR	410	41.6
	BASTANTE	231	23.5
	MUCHO	109	11.1
	Total	980	99.5
Missing	System	5	.5
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje de el nivel de estrés experimentado el año pasado (18, FP).

\* Cinco personas omitieron el reactivo.



	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.720	5	.002

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.137	.002

b.

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre el género y el grado de estrés o tensión experimentado el año pasado (18, FP).

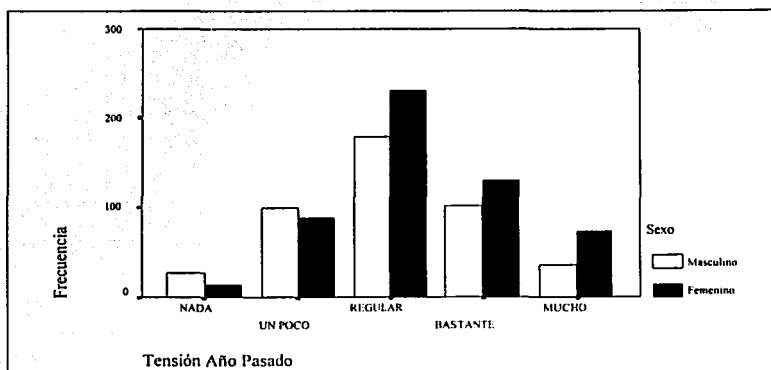


Figura 31. Muestra la frecuencia de la tensión experimentada el año pasado (18, FP) en relación al género.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para relacionar la percepción de salud con el grado de estrés percibido el año pasado, se obtuvo una sig. = .000, por lo que ambas variables estadísticamente están relacionadas (ver tabla y figura 32).

Tabla 32.

Percepción de Salud/ Tensión Año Pasado								
Count		TENSION AÑO PASADO						Total
		NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	12	
SALUD CON OTRAS PERSONAS				3				3
	PESIMA	2	2	5	6	4		19
	MALA		5	13	12	18		48
	REGULAR	8	50	114	78	27		277
	BIEN	21	77	219	115	44	2	478
EXCELENTE	10	53	56	20	16		155	
Total		41	187	410	231	109	2	980

	Value	df	Sig.
Pearson Chi-Square	87.757	25	.000

	Value	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.287	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre la percepción de salud y el grado de estrés percibido el año pasado (18. FP) por la población.

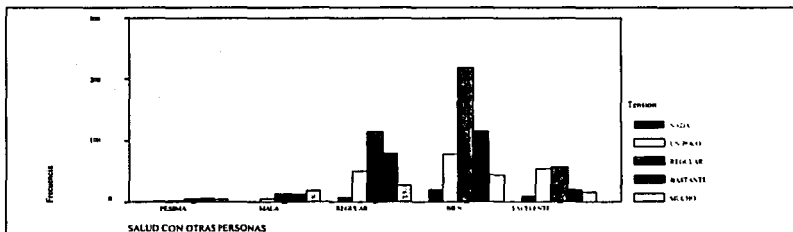


Figura 32. Muestra la relación entre la percepción de salud y el grado de tensión.

## 2- Mantengo la Calma (20, FP)

A continuación se evaluarán los reactivos relacionados con el afrontamiento positivo al estrés. El primer reactivo elegido para tal propósito es el referente a mantener la calma durante una experiencia estresante; de esto se observa que la población responde de la siguiente forma: el 36.1% ( $n = 355$ ) mantiene la calma en la mayoría de los eventos

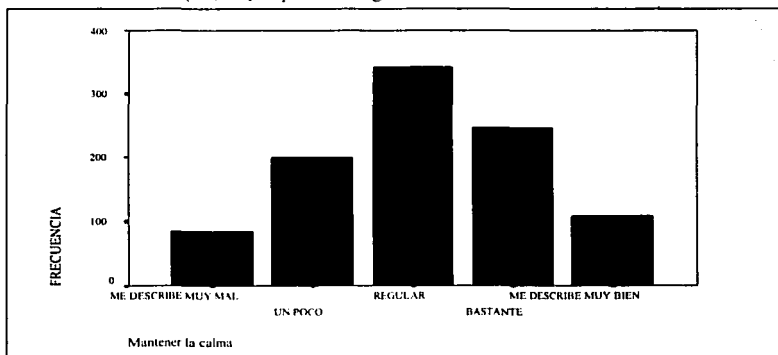


estresantes; el 34.1 % ( $n = 342$ ) lo hacen regularmente y, solo el 8.5 % ( $n = 84$ ) nunca mantienen la calma (ver tabla y figura 33).

**Tabla 33.**

Mantener la calma		Frequency	Percent
Valid	ME DESCRIBE MUY MAL.	84	8.5
	UN POCO	200	20.3
	REGULAR	342	34.7
	BASTANTE	246	25.0
	ME DESCRIBE MUY BIEN	109	11.1
	Total	981	99.6
Missing	System	4	4
	Total	985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentajes de las veces que mantienen la calma en una situación estresante (20, FP) la población general.



**Figura 33.** Muestra la frecuencia en que mantienen la calma en una situación estresante (20, FP) la población general.

Al establecer la relación entre el género y mantener la calma en una situación estresante, la prueba ji cuadrada determinó una sig. = .012, lo que implica que existen diferencias significativas en la frecuencia de las respuestas a estas variables; por lo que hay una relación entre el género y el mantener la calma. 342 personas indicaron mantener la

calma regularmente, de las cuales el 45 % ( $n = 154$ ) son hombres y el 55% ( $n = 188$ ) mujeres; 200 individuos mantienen la calma muy pocas veces, de los cuales el 37.5% ( $n = 75$ ) son del sexo masculino y el 62.5 % ( $n = 125$ ) del femenino y. 84 personas nunca mantienen la calma, siendo el 63.1% ( $n = 84$ ) mujeres y el 36.9% ( $n = 31$ ) hombres, por lo tanto se puede argumentar que los hombres mantienen la calma más que las mujeres (ver tabla y figura 34).

**Tabla 34.**

		Sexo / Mantener la calma					
		Mantener la calma					
Sexo		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	Total
Masculino	Count	31	75	154	127	56	443
	% within Mantener la calma	36.9%	37.5%	45.0%	51.6%	51.4%	45.2%
Femenino	Count	53	125	188	119	53	538
	% within Mantener la calma	63.1%	62.5%	55.0%	48.4%	48.6%	54.8%
Total	Count	84	200	342	246	109	981
	% within Mantener la calma	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

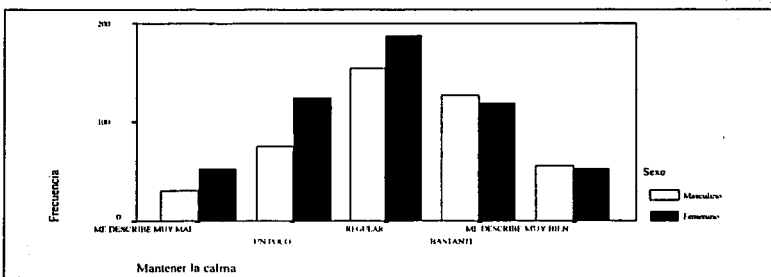
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	12.906	4	.012

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.114	.012

**Nota.** Representa la significancia obtenida en la prueba ji cuadrada para establecer la relación entre el género y mantener la calma en una situación estresante (20, FP)



**Figura 34.** Muestra la frecuencia del reactivo 20 FP (mantener la calma) con respecto al género.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre la percepción de salud con respecto a otras personas y el mantener la calma en una situación estresante, se obtuvo una sig. = .000, lo cual implica que ambas variables están relacionadas estadísticamente (ver tabla y figura 35).

Tabla 35

		Percepción de Salud / Mantener la Calma						Total
		Mantener la calma						
SALUD CON OTRAS PERSONAS		Count	ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTAN TE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
			PESIMA	5	5	7	2	
	% within Mantener la calma	6.0%	2.5%	2.0%	8%			1.5%
	MALA	6	11	15	12	4		48
	% within Mantener la calma	7.1%	5.5%	4.4%	4.9%	3.7%		4.5%
	REGULAR	22	56	123	50	26		277
	% within Mantener la calma	26.2%	28.0%	36.0%	20.3%	23.9%		28.2%
	BIEN	42	101	156	135	45		479
	% within Mantener la calma	50.0%	50.5%	45.6%	54.9%	41.3%		48.4%
	EXCELENTE	9	27	40	47	32		155
	% within Mantener la calma	10.7%	13.5%	11.7%	19.1%	29.4%		15.4%
Total	Count	84	200	342	246	109		981
	% within Mantener la calma	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%

Chi-Square Tests			
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	60.152	20	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.240	.000

Nota. Representa la significancia obtenida en la prueba ji cuadrada, al relacionar las variables percepción de salud (40, FS) y mantener la calma (20, FP).

### 3- Procuro Controlar la situación (21, FP)

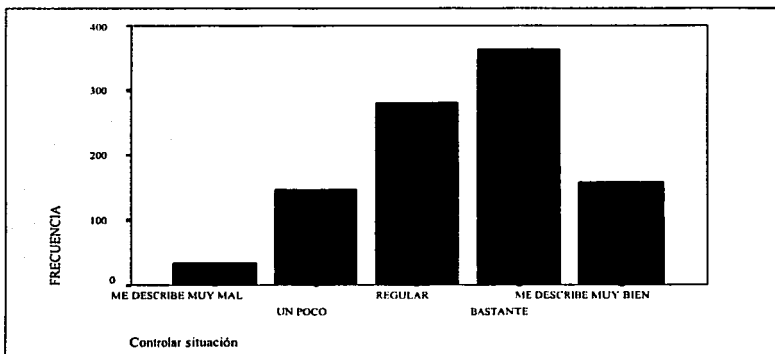
En este reactivo se observa la tendencia a controlar una situación estresante. Para iniciar e nivel general se muestra que la población tiende a controlar las situaciones estresante de manera regular y bastante, que implica el 65.3 % ( $n = 643$ ) del total; el 16 % ( $n = 158$ ) siempre controla la situación y el 3.5 % ( $n = 34$ ) nunca lo hace (ver tabla y figura 36).

Tabla 36.

Controlar situación			
		Frequency	Percent
Valid	ME DESCRIBE MUY MAL	34	3.5
	UN POCO	146	14.8
	REGULAR	280	28.4
	BASTANTE	363	36.9
	ME DESCRIBE MUY BIEN	158	16.0
	Total	981	99.6
Missing	System <sup>a</sup>	4	.4
Total		985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentaje de al reactivo "controlar la situación" (21, FP) de la población en general.

<sup>a</sup> Cuatro individuos omitieron el reactivo.



**Figura 36.** Muestra la frecuencia del reactivo 21 FP (controlar la situación) de la población.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre el género y controlar una situación estresante, se obtuvo una sig. = .006, por lo que puede argumentarse que existe relación entre el género y grado de control. Referente a tener bastante control sobre la situación no se observan diferencias significativas, en este reactivo hay una frecuencia de 363 individuos, de los cuales el 50.1 % ( $n = 182$ ) son mujeres y el 49 % ( $n = 181$ ) son hombres; sin embargo, 146 personas refirieron tener poco

control, de éstas el 66.4% ( $n = 97$ ) son del sexo femenino y el 33.6% ( $n = 49$ ) del masculino y, 34 sujetos nunca controlan la situación, de los cuales el 67.6% ( $n = 34$ ) son mujeres y el 32.4% ( $n = 11$ ) son hombres. Con base en lo anterior, se puede concluir que las mujeres tienen relativamente menos control que los hombres (ver tabla y figura 37).

Tabla 37.

		Sexo / Controlar situación					Total
		Controlar situación					
Sexo	Masculino	Count	ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN
				11	49	124	181
		% within Controlar situación	32.4%	33.6%	44.3%	49.4%	45.2%
Femenino	Count	23	97	156	182	80	518
	% within Controlar situación	67.6%	66.4%	55.7%	50.1%	50.6%	54.8%
Total	Count	34	146	280	363	158	981
	% within Controlar situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	14.639	4	.006

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.121	.006

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre el género y controlar una situación estresante (21, FP).

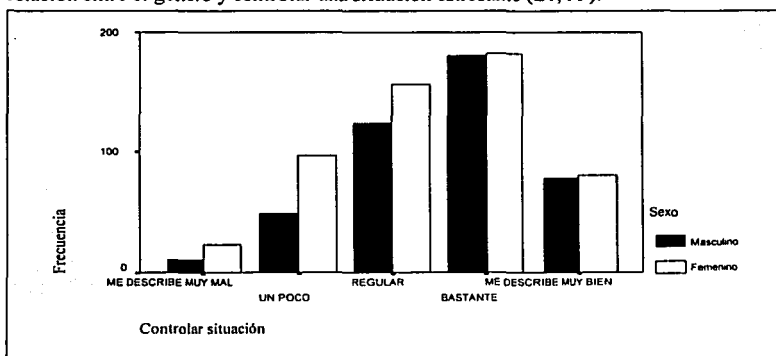


Figura 37. Muestra la frecuencia del grado de control (21, FP) con respecto al género.

Al relacionar la percepción de salud con respecto a otras personas y el controlar una situación estresante (21, FP) la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, lo que indica que ambas variables están relacionadas estadísticamente. 363 individuos refirieron controlar bastante la situación, de los cuales el 54.8 % (n = 199), perciben un buen estado de salud y el 28.7 % (n = 104) regular; de forma similar 158 sujetos indicaron controlar siempre la situación, de los cuales el 38.6 % (n = 61) perciben buena salud y el 29.1 % (n = 46) excelente salud; se puede concluir que controlar una situación puede influir positivamente en la percepción de salud (ver tabla y figura 38).

Tabla 38.

			Controlar situación					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PÉSIMA	Count				1	2	3
		Count	6	2	5	3	3	19
		% within Controlar situación	17.6%	1.4%	1.8%	8%	1.9%	1.9%
	MALA	Count	2	12	14	7	13	48
		% within Controlar situación	5.9%	8.2%	5.0%	1.9%	8.2%	4.9%
	REGULAR	Count	8	38	94	104	33	277
		% within Controlar situación	23.5%	26.0%	33.6%	28.7%	20.9%	28.2%
	BIEN	Count	12	76	131	199	61	479
		% within Controlar situación	35.3%	52.1%	46.8%	54.8%	38.6%	48.8%
	EXCELENTE	Count	6	18	36	49	46	155
		% within Controlar situación	17.6%	12.3%	12.9%	13.5%	29.1%	15.8%
	Total	Count	34	146	280	363	158	941
% within Controlar situación		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	101.508	20	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.306	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre la percepción de salud y el controla una situación estresante (21, FP).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

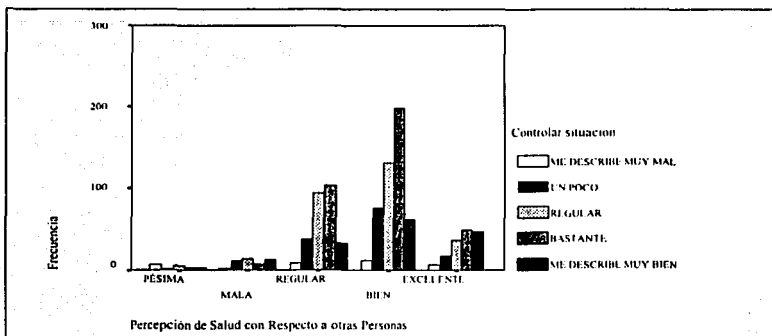


Figura 38. Muestra la frecuencia de la relación entre la percepción de salud con respecto a otras personas y el controlar una situación estresante (21, FP).

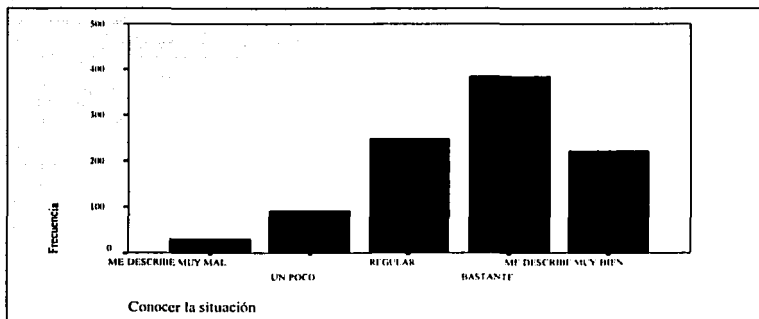
#### 4- Trato de conocer mejor la situación (22,FP)

El reactivo 22 FP se refiere a la alternativa de buscar información de la situación estresante que se está experimentando. En la población en general se encontró que, el 39.2% ( $n = 386$ ) refiere que frecuentemente trata de conocer mejor una situación estresante, el 22.6 % ( $n = 223$ ), lo lleva a cabo siempre, es decir, es una característica que los describe muy bien en la forma de afrontar una circunstancia estresante y, el 3% ( $n = 30$ ) nunca lo hace (ver tabla y figura 39).

Tabla 39.

		Conocer la situación	
Valid		Frequency	Percent
	ME DESCRIBE MUY MAL	30	3.0
	UN POCO	92	9.1
	REGULAR	250	25.4
	BASTANTE	386	39.2
	ME DESCRIBE MUY BIEN	223	22.6
	Total	981	99.6
Missing	System	4	4
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes obtenidos en el reactivo 22 FP.



**Figura 39.** Muestra la frecuencia del reactivo " Trato de conocer mejor la situación " (22, FP).

Al determinar la relación entre el conocer mejor la situación y el género, la prueba ji cuadrada arrojó una sig. = .071, lo que indica que no existen diferencias significativas, por lo que ambas variables no están relacionadas estadísticamente (ver tabla 40).

**Tabla 40.**

Sexo Conocer la situación							
		Conocer la situación					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
Sexo	Masculino	Count	15	36	97	184	443
		% within Conocer la situación	50 0%	39 1%	38 8%	47 7%	45 2%
	Femenino	Count	15	36	153	202	538
		% within Conocer la situación	50 0%	60 9%	61 2%	52 3%	54 8%
Total		Count	30	92	250	386	981
		% within Conocer la situación	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	8 617	4	.071

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.093	.071

**Nota.** Representa los resultados de la prueba ji cuadrada, al relacionar el género con el reactivo "Trato de conoce mejor la situación " (22, FP).



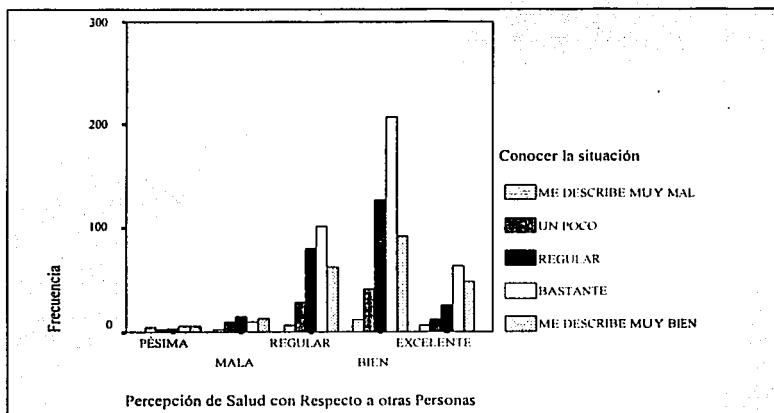


	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	56.113	20	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.213	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al relacionar la percepción de salud con el reactivo 22, FP.



**Figura 42.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al conocer la situación (22, FP).

### Habilidades Sociales y Manejo de la Emociones

Este es el último hábito saludable dentro del área de salud psicológica y social, para determinar las características de la población con respecto a sus habilidades sociales y manejo de las emociones se tomaron los reactivos 24, 51, 55 y 58 del instrumento FP. De manera semejante se aplicó la prueba ji cuadrada para relacionar cada reactivo con las variables: sexo y percepción de salud

1- *Trato de solucionar mis problemas (24, FP)*

Una habilidad fundamental dentro de éste apartado es la resolución de dificultades cotidianas, con respecto a esto se observó lo siguiente en la población: 42.7 % ( $n = 421$ ) refiere que frecuentemente trata de solucionar sus problemas, el 36 % ( $n = 355$ ) lo hace siempre y por el contrario el 1.6 % ( $n = 16$ ) nunca o pocas veces trata de dar solución a las dificultades que se presentan día con día (ver tabla y figura 43).

Tabla 43.

Solucionar problemas			
		Frequency	Percent
Valid	ME DESCRIBE MUY MAL	16	1.6
	UN POCO	44	4.5
	REGULAR	145	14.7
	BASTANTE	421	42.7
	ME DESCRIBE MUY BIEN	355	36.0
	Total	981	99.6
Missing	System	4	.4
Total		985	100.0

Nota. Muestra la frecuencia de la población con respecto a la solución de problemas (24, FP).

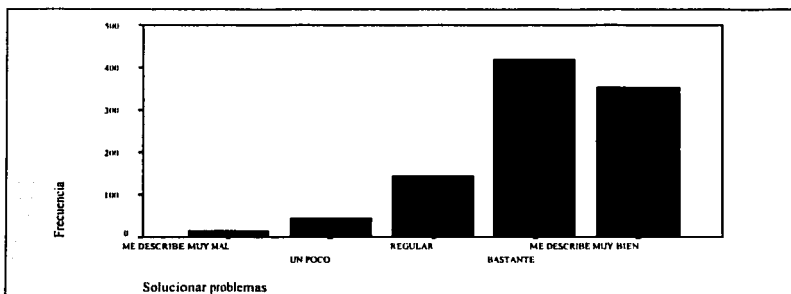


Figura 43. Muestra la frecuencia de la población con respecto a la resolución de problemas (24, FP).

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre el género y la resolución de problemas (24, FP), se obtuvo una sig. = .075, por lo que puede argumentarse que ambas variables no están relacionadas estadísticamente (ver tabla 44).

Tabla 44.

Sexo / Solucionar problemas							
		Solucionar problemas					
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTAN TE	ME DESCRIBE MUY BIEN	Total
Sexo	Masculino	Count	9	17	62	175	443
		% within Solucionar problemas	56.3%	38.6%	42.8%	41.6%	50.7%
	Femenino	Count	7	27	83	246	538
		% within Solucionar problemas	43.8%	61.4%	57.2%	58.4%	49.3%
Total		Count	16	44	145	421	981
		% within Solucionar problemas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	8.488	4	.075

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.093	.075

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al relacionar el género con la resolución de problemas (24, FP).

Al relacionar la percepción de salud con respecto a otras personas y la resolución de problemas se encontró una sig. = .000, esto indica que ambas variables están relacionadas, por ejemplo, el 48.8 % ( $n = 480$ ) de la población refirió tener buena salud, de los cuales el 46.6 % ( $n = 224$ ) frecuentemente trata de resolver sus problemas, y el 34.3 % ( $n = 165$ ) siempre procura esta alternativa, de manera semejante el 15.8 % ( $n = 155$ ) se percibe con excelente estado de salud, de los cuales el 53.5 % ( $n = 83$ ) siempre procura resolver sus problemas y el 33.5 % ( $n = 52$ ) lo hace frecuentemente (bastante). De esta forma se puede concluir que una buena percepción de salud influye positivamente en el grado de resolución de problemas (ver tabla y figura 45).

Tabla 45

		Solucionar problemas					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count	4		1	10	3
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	21.1%		5.3%	52.6%	21.1%
	MALA	Count		5	13	14	16
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		10.4%	27.1%	29.2%	33.3%
	REGULAR	Count		16	56	121	84
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		5.8%	20.2%	43.7%	30.3%
	BIEN	Count	9	15	66	221	165
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	1.9%	3.1%	13.8%	46.8%	34.4%
	EXCELENTE	Count	3	8	9	52	83
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	1.9%	5.2%	5.8%	33.5%	53.5%
	Total	Count	16	44	145	421	355
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	1.6%	4.5%	14.8%	42.9%	36.2%

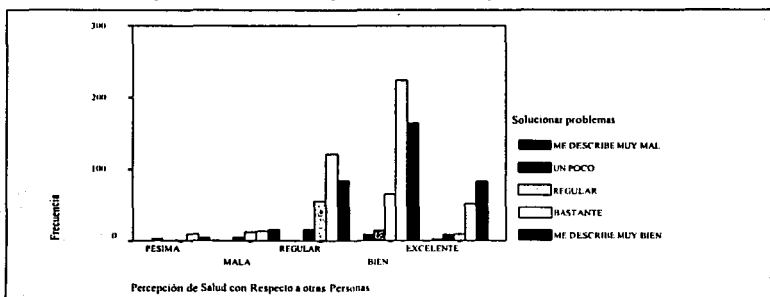
  

Chi-Square Tests			
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	107.595	20	.000

Nominal by Nominal Contingency Coefficient			
	valor	Sig.	
	.314	.000	

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, donde se observa la relación entre la percepción de salud y la resolución de problemas (24, FP).



**Figura 45.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la resolución de problemas (24, FP).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2- ¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal? (51, FP)

El segundo reactivo mide la frecuencia del sentirse culpable después de obtener resultados desafortunados en alguna circunstancia. Con respecto a lo anterior el 25.3 % ( $n = 249$ ) de la población refirió sentirse poco culpable, el 23.6 % ( $n = 232$ ) se siente de esta forma regularmente, el 22.6 % ( $n = 223$ ) presenta muy poca culpabilidad y, por otro lado, el 10.9 % ( $n = 107$ ) reportó sentir mucha culpabilidad (ver tabla y figura 46).

Tabla 46.

Sentirse culpable			
		Frecuency	Percent
Valid		3	.3
	MUY POCO	223	22.6
	UN POCO	249	25.3
	REGULAR	232	23.6
	BASTANTE	167	17.0
	MUCHO	107	10.9
Total		981	99.6
Missing	System	4	.4
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia del grado de culpabilidad percibido (51, FP) en la población total.

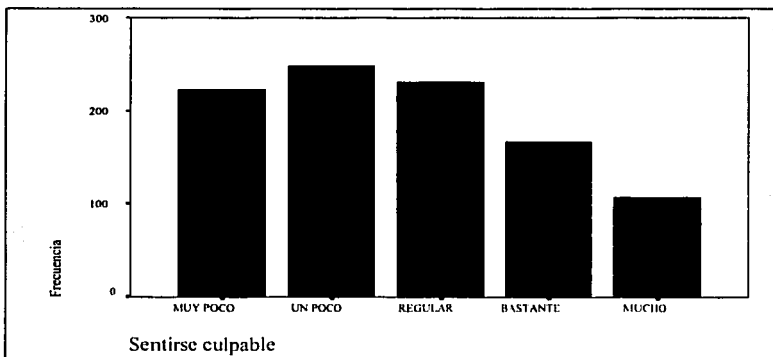


Figura 46. Muestra la frecuencia del grado de culpabilidad en la población (24, FP).

Al relacionar el género con el grado de culpabilidad experimentado, la prueba ji cuadrada reportó una sig. = .265, por lo que ambas variables no están relacionadas estadísticamente (ver tabla 47).

Tabla 47.

Sexo / Sentirse culpable									
		Sentirse culpable					Total		
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO	
Sexo	Masculino	Count	1	103	109	104	86	39	442
	% within Sexo		23.3%	24.7%	23.5%	19.5%	8.8%	100.0%	
	Femenino	Count	2	120	140	128	81	68	539
	% within Sexo		22.3%	26.0%	23.7%	15.0%	12.6%	100.0%	
Total	Count	3	223	249	232	167	107	981	
% within Sexo			22.7%	25.4%	23.6%	17.0%	10.9%	100.0%	

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	6.453	5	.265

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.081	.265

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al determinar la relación entre el género y el grado de culpabilidad (24, FP).

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre la percepción de salud y el grado de culpabilidad (51, FP) se obtuvo una sig. = .000, lo que demuestra que la percepción de salud puede influir en la culpabilidad experimentada, por ejemplo, el 58.6% ( $n = 479$ ) refirió tener un buen estado de salud, de los cuales el 26.7% ( $n = 128$ ) se siente poco culpable cuando algo sale mal y, el 22.8% ( $n = 109$ ) se siente muy poco culpable. El 15.8% ( $n = 154$ ) percibe un excelente estado de salud, de los cuales el 31.8% ( $n = 49$ ) siente muy poca culpabilidad y el 25.3% ( $n = 39$ ) solo un poco (ver tabla y figura 48).

Tabla 48.

			Sentirse culpable					Total	
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count	1	2	2	4	5	3	
		Count	7	2	1	4	5	19	
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	36.8%	10.5%	5.3%	21.1%	26.3%	100.0%	
	MALA	Count	1	5	4	12	12	49	
		Count		10.2%	8.2%	24.5%	30.6%	100.0%	
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS							
	REGULAR	Count		52	76	79	43	277	
		Count		18.8%	27.4%	28.5%	15.5%	9.7%	100.0%
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS							
	BIEN	Count		169	128	113	84	479	
		Count		22.8%	26.7%	23.6%	17.5%	9.4%	100.0%
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS							
ENCELENTE	Count	2	49	39	25	21	154		
	Count		31.8%	25.3%	16.2%	13.6%	11.7%	100.0%	
	% within SALUD CON OTRAS PERSONAS								
Total	Count	3	223	249	232	167	107	981	
	% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		22.7%	25.4%	23.6%	17.0%	10.9%	100.0%	

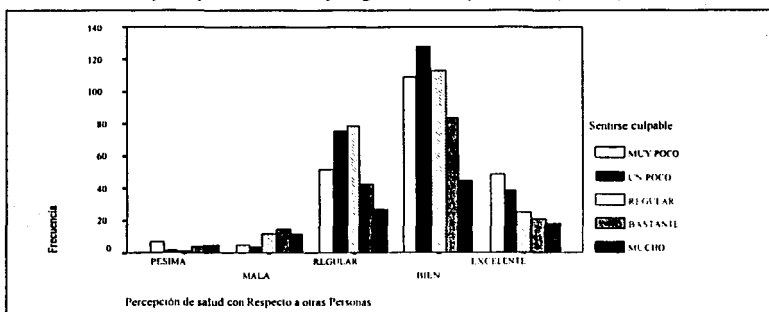
  

Chi-Square Tests			
	valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	66.910	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.253	.000

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada en donde se observa la relación entre la percepción de salud y el grado de culpabilidad (51, FP).



**Figura 48.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al grado de culpabilidad (51, FP).



3- ¿Su ánimo ha sido feliz y positivo? (55,FP)

En cuanto al estado de ánimo positivo, se observó lo siguiente en la población general: el 33.7 % ( $n = 332$ ) refirió experimentar regularmente un estado de ánimo feliz y positivo, el 27.6 % ( $n = 272$ ) lo ha experimentado bastante y el 20.4 % ( $n = 201$ ) se ha sentido muy feliz y positivo ( ver tabla y figura 49).

Tabla 49.

Ánimo feliz		
Valid	Frequency	Percent
	6	6
	MUY POCO	7.1
	UN POCO	10.2
	REGULAR	33.7
	BASTANTE	27.6
	MUCHO	20.4
	Total	99.6
Missing	System	.4
Total		100.0

Nota. Representa la frecuencia de la respuesta al reactivo ¿Su ánimo ha sido feliz y positivo? (55, FP)

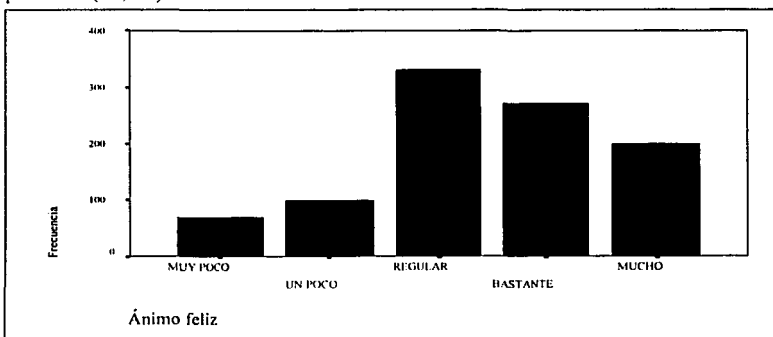


Figura 49. Muestra la frecuencia del estado de ánimo feliz y positivo de la población en general (55, FP).

Al determinar la relación entre el género y el estado de ánimo feliz, no se encontraron diferencias significativas (sig. = .102), por lo que ambas variables no están relacionadas estadísticamente (ver tabla 50)

**Tabla 50.**

		Sexo Ánimo feliz						Total
		Ánimo feliz						
Sexo	Masculino	Count	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
			2	25	35	152	128	
		% within Sexo	5.7%	7.9%	34.4%	29.0%	22.6%	100.0%
Femenino	Count	4	45	65	180	141	101	539
	% within Sexo		8.3%	12.1%	33.4%	26.7%	18.7%	100.0%
Total	Count	6	70	100	332	272	201	981
	% within Sexo		7.1%	10.2%	33.8%	27.7%	20.5%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	9.187	5	.102

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.096	.102

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, en donde se observa la relación entre el género y el estado de ánimo feliz y positivo (55, FP).

En cuanto a la percepción salud, se obtuvo una sig. = .000, por lo que la percepción de salud puede influir en el estado de ánimo, analizando la tabla 51, se observa que del 48.7% que percibe un buen estado de salud, el 33.8% ( $n = 162$ ) experimenta regularmente un estado de ánimo positivo y feliz, el 30.7% ( $n = 147$ ) lo experimenta bastante y el 19.2% ( $n = 92$ ) respondió sentirse muy positivo y feliz; de manera semejante, el 15.8% percibe un excelente estado saludable; de éste el 38.3% ( $n = 59$ ) se siente muy positivo y el 28.6% ( $n = 44$ ) lo vivencia bastante (ver tabla y figura 51).

Tabla 51.

		Percepción de Salud/ Ánimo feliz						Total
		Ánimo feliz						
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count				2	1	3
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		3		9	4	19
	MALA	Count		8	15	12	9	49
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		16.3%	30.6%	24.5%	18.4%	10.2%
	REGULAR	Count		16	33	119	67	227
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		5.8%	11.9%	43.0%	24.2%	15.2%
	BIEN	Count	3	30	45	162	147	479
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		6.3%	9.4%	33.8%	30.7%	19.2%
	EXCELENTE	Count	3	13	7	28	44	154
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		8.4%	4.5%	18.2%	28.0%	38.3%
	Total	Count	6	70	100	332	272	981
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		7.1%	10.2%	33.8%	27.7%	20.5%

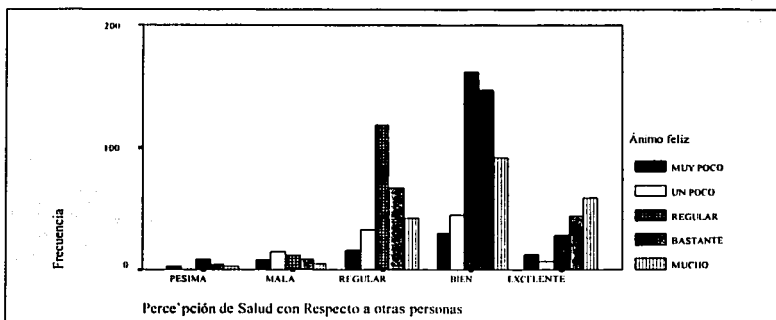
  

Chi-Square Tests			
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	101.791	25	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.307	.000

**Nota.** Simboliza lo resultados de la prueba ji cuadrada, al relacionar la percepción de salud con el estado de ánimo feliz y positivo ( 55, FP).



**Figura 51.** Muestra la relación entre la percepción de salud y el estado de ánimo feliz y positivo (55, FP).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

4- ¿Fácilmente aleja los miedos de su mente? (58, FP)

El reactivo 58, FP, es el último considerado dentro del área “habilidades sociales y manejo de las emociones”, se determinó que tanto la población aleja pensamientos que desencadenan miedo. A nivel general se encontró que, el 31.4 % ( $n = 309$ ) de la población regularmente aleja los miedos de su mente, el 23.7 % ( $n = 233$ ) lo hace bastante y el 18.6 % ( $n = 183$ ) refirió realizar lo anterior muy seguido (“mucho”) (ver tabla y figura 52).

Tabla 52.

Alejar miedos de la mente			Frequency	Percent
Valid			2	2
		MUY POCO	113	11.5
		UN POCO	141	14.3
		REGULAR	309	31.4
		BASTANTE	233	23.7
		MUCHO	183	18.6
	Total	981	99.6	
Missing	System	4	.4	
Total		985	100.0	

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes del reactivo “¿fácilmente aleja los miedos de su mente?” (58, FP).

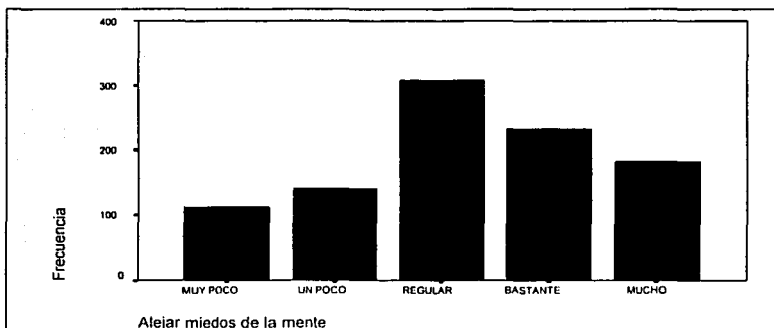


Figura 52. Muestra la frecuencia de la respuesta al reactivo “¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?” (58, FP).

En cuanto a la relación entre el género y alejar con facilidad los miedos, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, lo que indica que ambas variables tienen una relación significativa; se puede observar que el 55.1% ( $n = 359$ ) de la población son mujeres, de las cuales el 34.3% ( $n = 185$ ) refirió alejar los miedos regularmente, el 23.4% ( $n = 126$ ), lo hace bastante, el 13.4% ( $n = 72$ ) muy seguido ("mucho") y, el 14.1% ( $n = 76$ ) muy pocas veces consigue alejar estos pensamientos de su mente; por otra parte, los hombres son el 44.9% ( $n = 442$ ) de la población, de éstos el 28.1% ( $n = 124$ ) regularmente aleja miedos de su mente, el 24.2% ( $n = 107$ ) lo hace bastante, el 25.1% ( $n = 111$ ) muy seguido ("mucho") y, el 8.4% ( $n = 37$ ) lo logra muy pocas veces. Se observan diferencias en los reactivos "muy poco" y "regular" en dónde las mujeres consiguen un puntaje más alto, sin embargo en el reactivo "mucho" son los hombres los que obtienen un puntaje más alto, por lo que puede concluirse que los hombres alejan relativamente más los miedos que las mujeres (ver tabla y figura 53).

Tabla 53.

		Alejar miedos de la mente					Total		
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO			
Sexo	Masculino	Count	37	63	124	107	111	442	
		% within Sexo	8.4%	14.3%	28.1%	24.2%	25.1%	100.0%	
	Femenino	Count	2	76	78	185	126	72	539
		% within Sexo	14.1%	14.5%	34.3%	23.4%	13.4%	100.0%	
Total		Count	2	113	141	309	233	183	981
		% within Sexo	11.5%	14.4%	31.5%	23.8%	18.7%	100.0%	

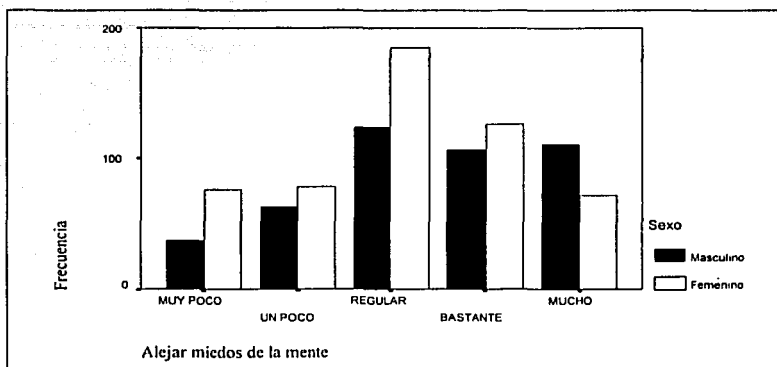
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	29.658	5	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.171	.000

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, el determinar la relación del género con el alejar fácilmente los miedos de la mente (58, FP).



**Figura 53.** Muestra la frecuencia del reactivo 58, FP con respecto al género.

Al relacionar la percepción de salud con respecto a otras personas y el alejar los miedos con facilidad, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, lo que demuestra que ambas variables están relacionadas estadísticamente, se observa que el 48.7 % refirió tener un buen estado de salud, de los cuales el 30.7 % ( $n = 147$ ) aleja los miedos regularmente, el 27.8 % ( $n = 133$ ) lo hace bastante, el 18.4 % ( $n = 88$ ) lo logra muy seguido ("mucho") y, el 7.9 % ( $n = 38$ ) muy pocas veces. Por otro lado, el 15.8 % ( $n = 156$ ) de la población percibe un excelente estado saludable, de los cuales el 28.6 % ( $n = 44$ ) muy seguido consigue alejar los miedos de su mente, el 22.7 % ( $n = 35$ ), lo logra bastante y el 22.1% regularmente ( $n = 34$ ). Se puede argumentar que los individuos que reporten tener buena salud, logran más seguido alejar los miedos de su mente ( ver tabla y figura 54).

Tabla 54.

		Alejar miedos de la mente						
		Alejar miedos de la mente						
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	HASTANTE	MUCHO	Total	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0						3	
	PÉSIMA	Count	9	1	2		5	19
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	47.4%	5.3%	21.1%		26.3%	100.0%
	MALA	Count	13	6	22	4	4	49
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	26.5%	12.2%	44.9%	8.2%	8.2%	100.0%
	REGULAR	Count	32	42	100	61	42	277
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	11.6%	15.2%	36.1%	22.0%	15.2%	100.0%
	BIEN	Count	38	73	147	133	88	479
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	7.9%	15.2%	30.7%	27.8%	18.4%	100.0%
	EXCELENTE	Count	2	21	18	14	44	154
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	13.6%	11.7%	22.1%	22.7%	28.6%	100.0%
	Total	Count	2	113	141	309	233	981
% within SALUD CON OTRAS PERSONAS		11.5%	14.4%	31.5%	23.8%	18.7%	100.0%	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Sig.
Pearson Chi-Square	89.797	25	.000

		Valor	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.290	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada al relacionar la percepción de salud con el reactivo 58, FP.

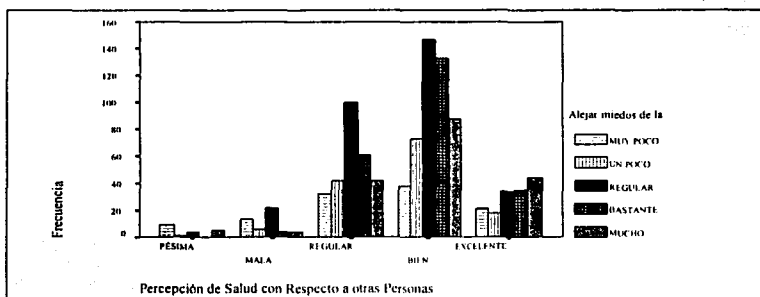


Figura 54. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al reactivo 58, FP.

### 6.3 Hábitos para Conservar la Salud Física:

A continuación se muestra los resultados obtenidos en cuanto a los hábitos de salud física, cada hábito se correlaciona con las variables: Sexo y Percepción de salud. Así mismo se muestra la frecuencia de toda la población.

#### Hábitos alimenticios

Para evaluar este hábito o conducta saludable se utilizaron los reactivos 23,25 y 27 del instrumento FS.

#### *1- Desayunar sustanciosamente (23, FS)*

En cuanto al hábito de desayunar sustanciosamente se observo en la población general que el 28.6 % ( $n = 283$ ) lo hace algunas veces, el 23.5 % ( $n = 232$ ) pocas veces, el 20.3 % ( $n = 201$ ) a menudo y el 18.2 % ( $n = 180$ ) diariamente. Solo el 8.9 % ( $n = 88$ ) nunca desayuna sustanciosamente (ver tabla y figura 55).

**Tabla 55.**

Desayunar sustanciosamente			
		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	180	18.2
	A MENUDO	201	20.3
	ALGUNAS VECES	282	28.6
	POCAS VECES	232	23.5
	NUNCA	88	8.9
	Total	983	99.8
Missing	System	2	.2
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia de desayunar sustanciosamente en la población general (23, FS).





**Figura 55.** Muestra la frecuencia de desayunar sustanciosamente en la población general (23, FS).

Al establecer la relación entre el género y desayunar sustanciosamente, la prueba ji cuadrada arrojó una sig. = .164, por lo que puede argumentarse que ambas variables no están relacionadas estadísticamente (ver tabla 56)

**Tabla 56.**

		Desayunar sustanciosamente					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	Count 81	96	134	102	29	462
	% within Desayunar sustanciosamente	45.3%	48.0%	47.5%	44.2%	31.8%	45.0%
	Femenino	Count 98	104	150	129	60	561
	% within Desayunar sustanciosamente	54.7%	52.0%	52.5%	55.8%	68.2%	55.0%
Total		Count 179	200	284	231	89	983
		% within Desayunar sustanciosamente	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	7.864	5	.164

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.089	.164

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al relacionar el desayunar sustanciosamente (23, FS) con el género.

Por otra parte, la percepción de salud y el hábito de desayunar sustanciosamente, están relacionadas ya que se obtuvo una sig. = .000 en la prueba ji cuadrada, de esta forma se puede observar que el 28.6 % ( $n = 282$ ) de la población desayuna sustanciosamente algunas veces, de los cuales el 55 % ( $n = 155$ ) reporta un buen estado de salud, el 20.3 % desayuna a menudo, de los cuales el 49.5 % ( $n = 99$ ) se percibe con buena salud y, el 18.2% ( $n = 180$ ) practica el citado hábito diariamente, de éstos el 42.5 % ( $n = 76$ ) reportó buena salud (ver tabla y figura 57).

Tabla 57.

			Desayunar sustanciosamente					Total	
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count	4					3	
		% within Desayunar sustanciosamente	1.7%					2%	
		Count	5	1	3	4	5	18	
	MALA	% within Desayunar sustanciosamente	2.8%	5%	1.1%	1.7%	5.7%	1.8%	
		Count	1	15	2	16	11	6	50
		% within Desayunar sustanciosamente	8.4%	5%	5.7%	4.8%	6.8%	5.1%	
	REGULAR	Count	47	60	79	65	25	276	
		% within Desayunar sustanciosamente	26.3%	30.0%	28.0%	28.1%	28.4%	28.1%	
		Count	76	99	155	107	41	480	
	BIEN	% within Desayunar sustanciosamente	42.5%	49.5%	55.0%	46.3%	46.6%	48.1%	
		Count	31	39	29	41	11	156	
		% within Desayunar sustanciosamente	18.4%	19.5%	10.3%	19.0%	12.5%	15.9%	
	EXCELENTE	Count	3	180	201	282	211	88	983
		% within Desayunar sustanciosamente	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		Count	3	180	201	282	211	88	983
	Total			180	201	282	211	88	983
				100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

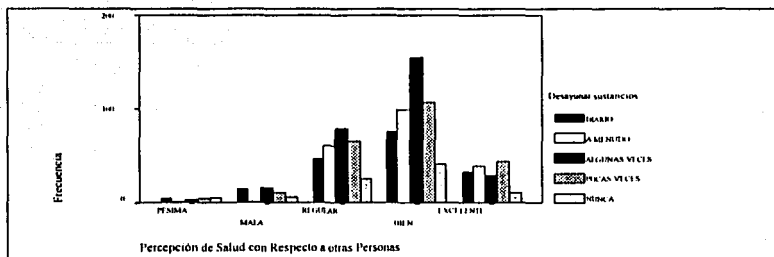
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	58.076	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.236	.000

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada al determinar la relación entre la percepción de salud con respecto a otras personas y el hábito de desayunar sustanciosamente (23, FS).



**Figura 57.** Muestra la relación entre la percepción de salud y el desayunar sustanciosamente (23 ,FS).

## 2- Ingerir alimentos nutritivos (25, FS)

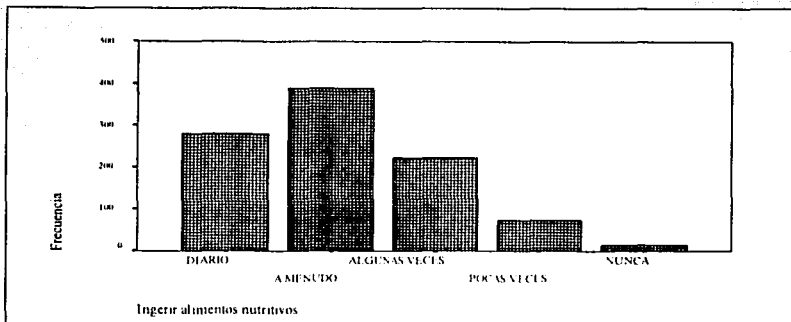
El reactivo 25, FS, es el segundo que se tomó en cuenta para describir cómo son los hábitos alimenticios de la población, encontrándose a nivel general que el 39.5 % ( $n = 389$ ) ingiere alimentos nutritivos a menudo, el 28.5 % ( $n = 281$ ) lo hace diariamente y el 22.7 % ( $n = 224$ ) algunas veces, de esta forma se puede argumentar que la población tiene adecuados hábitos alimenticios (ver tabla y figura 58).

**Tabla 58.**

Ingerir alimentos nutritivos		Frequency	Percent
Valid	0 <sup>a</sup>	3	.3
	DIARIO	281	28.5
	A MENUDO	389	39.5
	ALGUNAS VECES	224	22.7
	POCAS VECES	74	7.5
	NUNCA	14	1.4
Total		985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentajes de la respuesta al reactivo "Ingerir alimentos nutritivos "(25, FS).

<sup>a</sup> Tres individuos omitieron el reactivo.



**Figura 58.** Muestra la frecuencia de que tan seguido ingiere alimentos nutritivos la población general.

Al relacionar el género y el hábito de comer alimentos nutritivos se encontró una sig. = .011, lo que indica que se encontraron diferencias significativas en la respuesta de hombres y mujeres. Con respecto a esto se observa que del 39.5% de la población que refiere ingerir alimentos nutritivos a menudo el 58.1 % ( $n = 226$ ) son del sexo femenino y el 41.9 % ( $n = 163$ ) del masculino; de forma semejante el 28.5 % reportó realizar este hábito diariamente de éste el 59.8 % ( $n = 168$ ) son mujeres y el 40.2 % ( $n = 113$ ) son hombres y, el 7.5 % pocas veces ingiere alimentos nutritivos de éste el 52.7 % ( $n = 39$ ) son hombre y el 47.3% ( $n = 35$ ) mujeres. Se puede concluir que las mujeres son más propensas a realizar este hábito saludable que los hombres (ver tabla y figura 59).

Tabla 59.

		Ingerir alimentos nutritivos					Total		
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA			
Sexo	Masculino	Count	3	113	163	118	39	6	442
		% within Ingerir alimentos nutritivos		40.2%	41.9%	52.7%	52.7%	42.9%	44.9%
	Femenino	Count		168	226	106	35	8	543
		% within Ingerir alimentos nutritivos		59.8%	58.1%	47.3%	47.3%	57.1%	55.1%
Total		Count	3	281	389	224	74	14	985
		% within Ingerir alimentos nutritivos		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

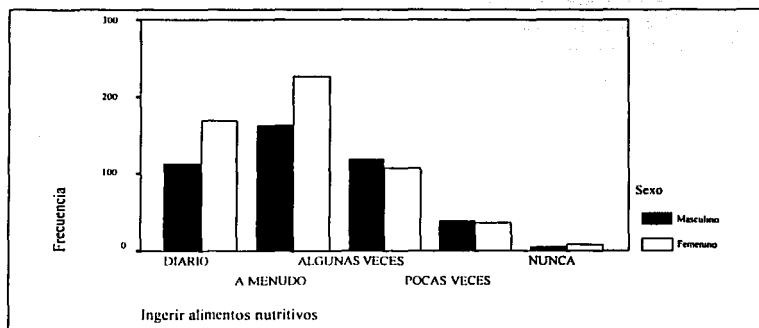
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	14.913	5	.011

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.122	.011

**Nota.** Simboliza los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada en donde se observan las diferencias en la frecuencia de respuesta en hombre y mujeres en cuanto al hábito de ingerir alimentos nutritivos (25, FS).



**Figura 59.** Muestra la frecuencia del hábito ingerir alimentos nutritivos (25, FS) con respecto al género.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar las diferencias en la frecuencia de respuesta en percepción de salud e ingerir alimentos nutritivos, se halló una sig. = .000, lo cual demuestra que se encontraron diferencias significativas, por lo que ambas variables están relacionadas estadísticamente. De esta forma, se observa que el 39.5% de la población a menudo ingiere alimentos nutritivos, de éste el 50.4 % (n = 196) percibe buena salud y el 30.1% (n = 117) regular; por otra parte, el 28.5 % lleva a cabo este hábito o conducta saludable diariamente, de éste el 45.2% (n = 127) percibe un buen estado saludable y el 25.3% (n = 71) tiene excelente salud. Se puede argumentar que el hábito de comer alimentos nutritivos puede influir positivamente en la percepción de salud del individuo (ver tabla y figura 60).

Tabla 60.

		Percepción de Salud / Ingerir alimentos nutritivos					Total		
		Ingerir alimentos nutritivos							
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count	1		2			3	
		% within Ingerir alimentos nutritivo	4%		9%			3%	
		Count	8	4	4	2	1	19	
		% within Ingerir alimentos nutritivo	2.8%	1.0%	1.8%	2.7%	7.1%	1.5%	
		Count	1	9	20	13	5	2	50
		% within Ingerir alimentos nutritivo	3.2%	5.1%	5.8%	5.8%	6.8%	14.3%	5.1%
	MALA	Count	2	65	117	51	34	8	277
		% within Ingerir alimentos nutritivo	23.1%	30.1%	22.8%	45.9%	57.1%	28.1%	
	REGULAR	Count	127	196	128	26	3	480	
		% within Ingerir alimentos nutritivo	45.2%	50.4%	57.1%	35.1%	21.4%	48.7%	
	BIEN	Count	71	52	26	7		156	
		% within Ingerir alimentos nutritivo	25.3%	13.4%	11.6%	9.5%		15.1%	
EXCELENTE	Count	3	281	389	224	74	985		
	% within Ingerir alimentos nutritivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
Total		Count	3	281	389	224	74	985	
		% within Ingerir alimentos nutritivo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

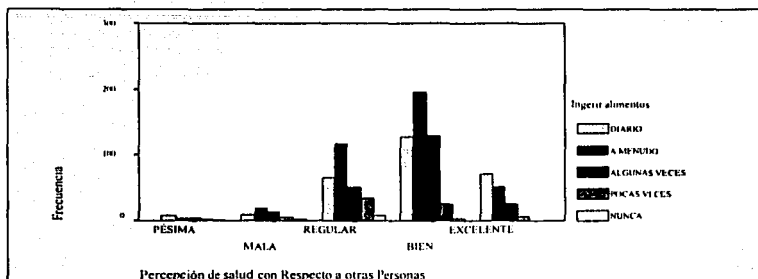
  

	Valor	df	Valor
Pearson Chi-Square	73.267	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.263	.000

Nota. Representa los resultados de la prueba ji cuadrada, al determinar la relación entre la percepción de salud y el hábito de ingerir alimentos nutritivos (25, FS).



**Figura 60.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de ingerir alimentos nutritivos (25, FS).

### 3- Ingerir vitaminas (27, FS)

El ingerir vitaminas es el último reactivo considerado dentro de los hábitos alimenticios, en la población general se encontró lo siguiente: el 28.4 % ( $n = 280$ ) del total de la muestra algunas veces ingiere vitaminas, el 25.6% ( $n = 252$ ) pocas veces y, el 24.7 % ( $n = 243$ ) nunca realiza esta conducta (ver tabla y figura 61).

**Tabla 61.**

Ingerir vitaminas			
		Frequency	Percent
Valid	0 <sup>a</sup>	2	.2
	DIARIO	69	7.0
	A MENUDO	139	14.1
	ALGUNAS VECES	280	28.4
	POCAS VECES	252	25.6
	NUNCA	243	24.7
	Total	985	100.0

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentajes del hábito de ingerir vitaminas (27, FS) en la población general.

<sup>a</sup> Dos personas omitieron el reactivo



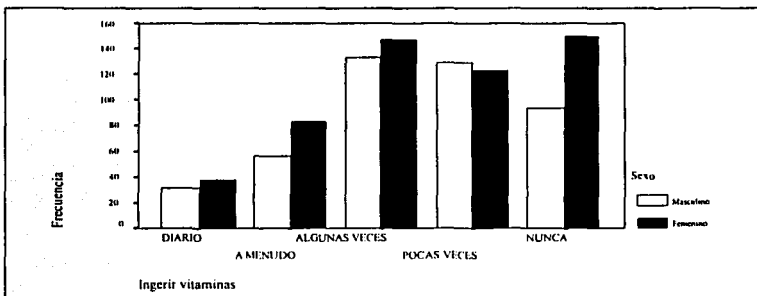


Chi-Square Tests			
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	11.937	5	.036

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.109	.036

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al relacionar el género con el hábito de ingerir vitaminas (27, FS).



**Figura 62.** Muestra la frecuencia del hábito de ingerir vitaminas con respecto al género.

Al establecer las diferencias en la frecuencia de respuesta de percepción de salud y el hábito saludable de ingerir vitaminas, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, lo que demuestra que se encontraron diferencias significativas, por lo que ambas variables están relacionadas. Se advierte que del 28.4 % que refirió ingerir vitaminas regularmente, el 53.9% ( $n = 151$ ) se percibe con buena salud, el 25.7% ( $n = 72$ ) refirió regular salud y el 12.5% ( $n = 35$ ) excelente estado saludable; por otra parte, el 14.1% a menudo ingiere vitaminas, del cual el 48.9% ( $n = 68$ ) tiene buena salud y el 15.1% ( $n = 21$ ) excelente (ver tabla y figura 63).

Tabla 63.

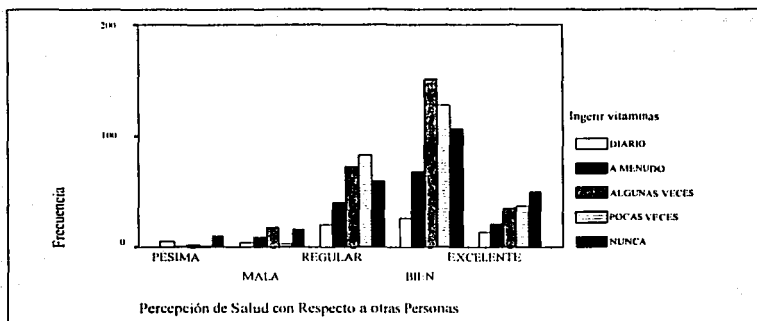
		Percepción de Salud / Ingerir vitaminas						Total
		Ingerir vitaminas					Total	
SALUD CON OTRAS PERSONAS		Count	DIARIO	A MENUDO	ALGUNA VECES	POCAS VECES		NUNCA
						1		2
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	33.3%		66.7%			100.0%
		% within Ingerir vitaminas	1.4%		7%			1%
	PEISIMA	Count	5	1	2	1	10	19
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	26.3%	5.3%	10.5%	5.3%	52.6%	100.0%
		% within Ingerir vitaminas	7.2%	7%	7%	4%	41%	19%
	MALA	Count	4	9	18	3	16	50
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	8.0%	18.0%	36.0%	6.0%	32.0%	100.0%
		% within Ingerir vitaminas	5.8%	6.5%	6.4%	1.2%	6.6%	5.1%
	REGULAR	Count	2	20	40	72	83	217
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	7.2%	14.4%	26.0%	30.0%	31.7%	100.0%
		% within Ingerir vitaminas	29.0%	28.8%	25.7%	32.9%	24.7%	28.1%
	BIEN	Count	26	68	151	128	107	480
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	5.4%	14.2%	31.5%	26.7%	22.3%	100.0%
		% within Ingerir vitaminas	37.7%	48.9%	53.9%	50.8%	44.0%	48.7%
	EXCELENT E	Count	13	21	35	37	50	156
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	8.3%	13.5%	22.4%	23.7%	32.1%	100.0%
		% within Ingerir vitaminas	18.8%	15.1%	12.5%	14.7%	20.6%	15.8%
	Total	Count	2	69	139	280	252	985
		% within SALUD CON OTRAS PERSONAS	7.0%	14.1%	28.4%	25.6%	24.7%	100.0%
		% within Ingerir vitaminas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Valor	dF	Sig.
Pearson Chi-Square	58.533	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.237	.000

Nota. Representa los resultados de la prueba ji cuadrada al determinar la relación entre la percepción de salud y el hábito de ingerir vitaminas ( 27, FS).



**Figura 63.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de ingerir vitaminas (27, FS).

### Higiene Personal

Para evaluar este hábito o conducta saludable, se tomó en cuenta el único reactivo destinado a medir algún aspecto relacionado con la higiene, éste es el 37 del instrumento FS. De forma similar se aplicará la prueba ji cuadrada para relacionar este reactivo con el sexo y la percepción de salud.

#### *1- ¿Usar el hilo dental? (37, FS)*

En cuanto al uso del hilo dental la población en general reportó que el 51.8% ( $n = 510$ ) nunca utiliza el hilo dental, el 15.9% ( $n = 157$ ) pocas veces y, solo el 6.1% ( $n = 60$ ) lo hace diariamente. Se concluye que la población no lleva a cabo esta hábito saludable (ver tabla y figura 64).

Tabla 64.

Usar hilo dental			
Valid		Frequency	Percent
	DIARIO	60	6.1
	A MENUDO	102	10.4
	ALGUNAS VECES	156	15.8
	POCAS VECES	157	15.9
	NUNCA	510	51.8
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes del hábito de utilizar el hilo dental (37, FS).

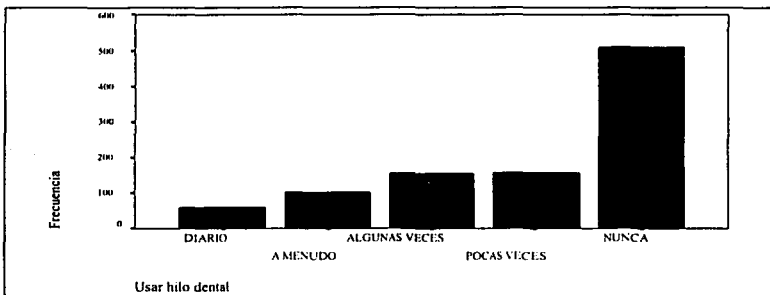


Figura 64. Muestra la frecuencia del hábito de utilizar el hilo dental (37, FS).

Al determinar la relación entre el género y el hábito de usar el hilo dental, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .106, por lo que ambas variables no se relacionan estadísticamente (ver tabla 65).

Tabla 65.

Sexo * Usar hilo dental Crosstabulation								
		Usar hilo dental					Total	
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
Sexo	Masculino	Count	27	38	62	82	233	442
		% within Usar hilo dental	45.0%	37.3%	39.7%	52.2%	45.7%	44.9%
	Femenino	Count	33	64	94	75	277	543
		% within Usar hilo dental	55.0%	62.7%	60.3%	47.8%	54.3%	55.1%
Total		Count	60	102	156	157	510	985
		% within Usar hilo dental	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	7.624	4	.106
	Valor	Sig.	
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.088	.106	

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, al relacionar el género con el hábito de utilizar el hilo dental (37, FS).

Al determinar la relación entre la percepción de salud y el uso del hilo dental, se encontró una sig. .014, lo cual indica que ambas variables están relacionadas estadísticamente (ver tabla y figura 66).

**Tabla 66.**

		Percepción de salud / Usar hilo dental					Total	
		Usar hilo dental						
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PÉSIMA	Count	1	3	1	1	2	3
		% within Usar hilo dental		2.9%	6%	6%	2.7%	1.9%
		Count	1	9	4	6	30	50
	MALA	% within Usar hilo dental	1.7%	8.8%	2.6%	3.8%	5.9%	5.1%
		Count	10	18	57	51	141	277
		% within Usar hilo dental	16.7%	17.6%	36.5%	32.5%	27.6%	28.1%
	BIEN	Count	34	52	72	80	242	480
		% within Usar hilo dental	56.7%	51.0%	46.2%	51.0%	47.5%	48.7%
		Count	14	20	22	19	81	156
	EXCELENTE	% within Usar hilo dental	23.3%	19.6%	14.1%	12.1%	15.9%	15.8%
		Count	60	102	156	157	510	985
		% within Usar hilo dental	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	36.444	20	.014
	Valor	Sig.	
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.189	.014	

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre la percepción de salud y el hábito de usar el hilo dental (37, FS).

## No Consumo de Drogas

El hábito saludable de no consumir drogas solo está evaluado por el reactivo 17 del instrumento FS, de esta forma solo se determinó las características de la población en cuanto a un tipo de droga legal. Se llevó a cabo el procedimiento antes mencionado.

### 1- ¿Beber algún líquido sin cafeína? (17,FS)

Con respecto a esta conducta se observó que el 28.4% ( $n = 280$ ) bebe algún líquido sin cafeína diariamente, el 18.2% ( $n = 179$ ) a menudo y, el 14.7 % ( $n = 145$ ) nunca (ver tabla y figura 67).

Tabla 67.

Beber sin cafeína			
Valid		Frequency	Percent
	0	4	.4
	DIARIO <sup>a</sup>	280	28.4
	A MENUDO	179	18.2
	ALGUNAS VECES	225	22.8
	POCAS VECES	152	15.4
	NUNCA	145	14.7
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia de la respuesta al reactivo “¿beber algún líquido sin cafeína?” (17, FS).

<sup>a</sup> Cuatro personas omitieron el reactivo

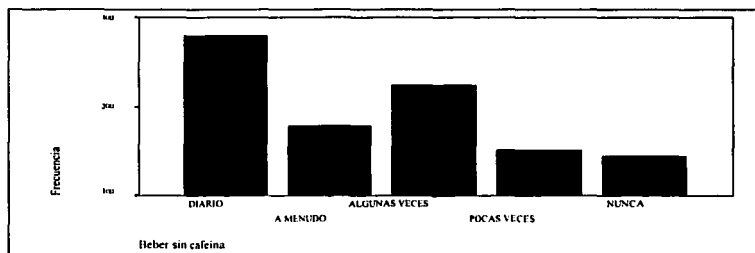


Figura 67. Muestra la frecuencia del hábito de beber algún líquido sin cafeína diariamente (17, FS).

Al determinar la relación entre el género y el beber algún líquido sin cafeína, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .009, lo que indica que ambas variables están relacionadas estadísticamente. De esta forma se observa que el 14.7 % nunca realiza la anterior conducta, de éste el 62.1% ( $n = 90$ ) son mujeres y el 37.9% ( $n = 55$ ) son hombres, por otra parte, el 15.4 % lo lleva a cabo pocas veces del cual el 58.6% ( $n = 89$ ) son del sexo femenino y el 41.1 % ( $n = 63$ ) del sexo masculino (ver tabla y figura 68).

Tabla 68.

			Beber sin cafeína					Total	
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
Sexo	Masculino	Count	1	119	102	102	63	55	442
		% within Beber sin cafe		42.5%	57.0%	45.3%	41.4%	37.9%	44.9%
	Femenino	Count	3	161	77	123	89	90	543
		% within Beber sin cafe		57.5%	43.0%	54.7%	58.6%	62.1%	55.1%
Total		Count	4	280	179	225	152	145	985
		% within Beber sin cafe		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	15.453	5	.009

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.124	.009

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre el género y el beber algún líquido sin cafeína (17, FS).

En cuanto a la relación entre la percepción de salud y la conducta de beber algún líquido sin cafeína la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .001, lo que indica que este hábito o conducta puede influir en la percepción de salud del individuo. Se observa por ejemplo, que de las persona que llevan a cabo lo anterior, el 45.4 % ( $n = 127$ ) reportó buena salud y el 24.6 % ( $n = 69$ ) un excelente estado saludable (ver tabla y figura 69).

Tabla 69.

		Beber sin cafeína					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count				1	3
		% within Beber sin cafeína				4%	1%
	PESIMA	Count	7	3	2	2	19
		% within Beber sin cafeína	2.5%	1.1%	0%	1.3%	1.0%
	MALA	Count	15	12	11	3	40
		% within Beber sin cafeína	5.4%	6.7%	4.9%	2.0%	5.1%
	REGULAR	Count	62	55	77	47	241
		% within Beber sin cafeína	22.1%	30.7%	34.2%	30.9%	24.1%
	BIEN	Count	127	82	110	88	407
		% within Beber sin cafeína	45.5%	45.8%	48.0%	47.0%	48.7%
EXCELENTE	Count	69	37	21	12	139	
	% within Beber sin cafeína	24.6%	15.1%	10.7%	7.9%	15.3%	
Total	Count	4	280	179	225	152	883
	% within Beber sin cafeína	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Pearson Chi-Square	Valor	df	Sig.
	52.554	25	.001

Normal by Normal Contingency Coefficient	Valor	Sig.
	.225	.001

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre la percepción de salud y la conducta de beber algún líquido sin cafeína (17, FS).

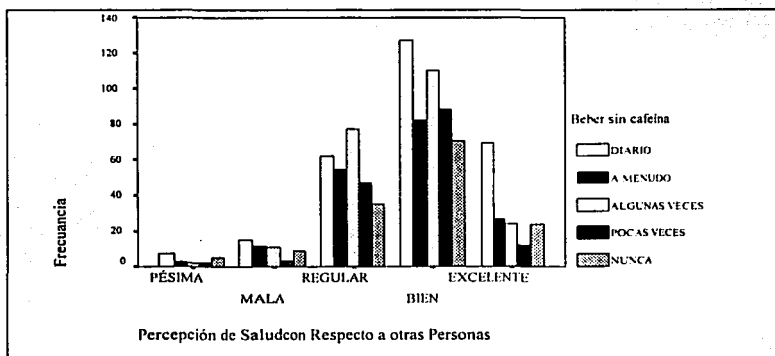


Figura 69. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al reactivo 17, FS.



### Ejercicio Físico

El siguiente hábito o conducta saludable es el realizar ejercicio físico, para determinar las características de la población en cuanto a esta área se utilizaron los reactivos 18 y 32 del instrumento FS.

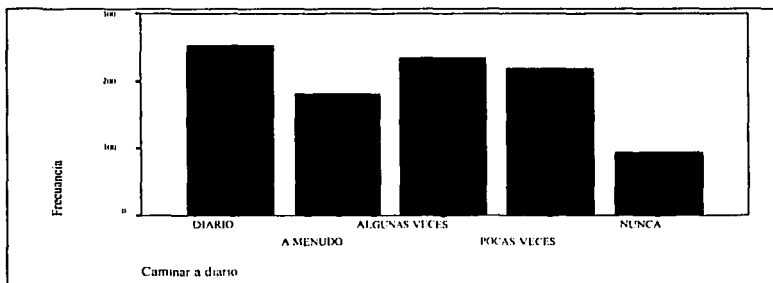
#### 1- ¿Caminar a diario con fuerza y energía? (18, FS)

A nivel general se observó en la población lo siguiente: el 27.7 % ( $n = 253$ ) realiza esta actividad diariamente, el 23.9 % ( $n = 235$ ) algunas veces, el 22.2% ( $n = 219$ ) pocas veces y, el 9.5 % ( $n = 94$ ) nunca (ver tabla y figura 70)

Tabla 70.

Caminar a diario			
		Frequency	Percent
Valid	0	2	2
	DIARIO	253	25.7
	A MENUDO	182	18.5
	ALGUNAS VECES	235	23.9
	POCAS VECES	219	22.2
	NUNCA	94	9.5
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y los porcentajes de la actividad de caminar diariamente (18, FS) en la población general.



**Figura 70.** Muestra la frecuencia del hábito de caminar diariamente (18, FS) en la población.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar las diferencias en la frecuencia de respuesta entre el género y este hábito saludable se obtuvo una sig. = .000, lo que demuestra que ambas variables están relacionadas. Se observa por ejemplo, que en la opción de respuesta "diario" los hombres obtienen una frecuencia más alta que las mujeres y en las opciones "pocas veces" y "nunca" las mujeres obtienen un puntaje mayor con respecto a los hombres, sin embargo en las respuestas "a menudo" y "algunas veces", la frecuencia de respuesta es muy similar. De esta forma los hombres tienden relativamente a caminar diariamente más que las mujeres (ver tabla y figura 71).

Tabla 71.

		Sexo / Caminar						
		Caminar a						
			DIAR	A MENU	ALGU VEC	POC VEC	NUN	Tota
Sex	Mascul	Cou	14	82	99	92	23	44
		% within Caminar	57.7	45.1	42.1	42.0	24.5	44.9
	Femeni	Cou	2	10	13	12	71	54
		% within Caminar	42.3	54.9	57.9	58.0	75.5	55.1
Tota		Cou	2	25	18	23	21	94
		% within Caminar	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	35.741	5	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.187	.000

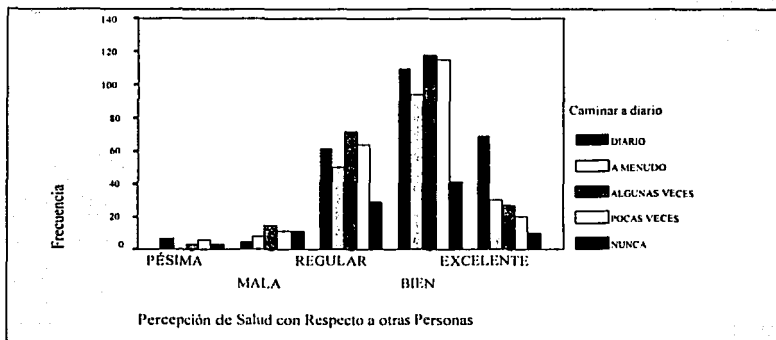
Nota. Indica los resultados de la prueba ji cuadrada al relacionar el género con el caminar diariamente (18, FS).



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	89.584	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.257	.000

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada al establecer la relación entre el caminar diariamente (18, FS) con la percepción de salud de los individuos.



**Figura 72.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la conducta de caminar a diario (18,FS).

## 2- ¿Realizar algún ejercicio con energía? (32,FS)

En cuanto al hábito o conducta saludable de realizar ejercicio con energía se encontró en la población general lo siguiente: el 26.2% ( $n = 258$ ) lo realiza algunas veces, el 25.6% ( $n = 252$ ) nunca, el 22.6% ( $n = 223$ ) pocas veces y el 10.3% ( $n = 101$ ) hace ejercicio diariamente (ver tabla y figura 73)

Tabla 73.

Realizar ejercicio			
		Frecuencia	Percent
Valid	DIARIO	101	10,3
	A MENUDO	150	15,2
	ALGUNAS VECES	258	26,2
	POCAS VECES	223	22,6
	NUNCA	252	25,6
	Total	985	100,0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes del hábito saludable hacer ejercicio con energía ( 32, FS).

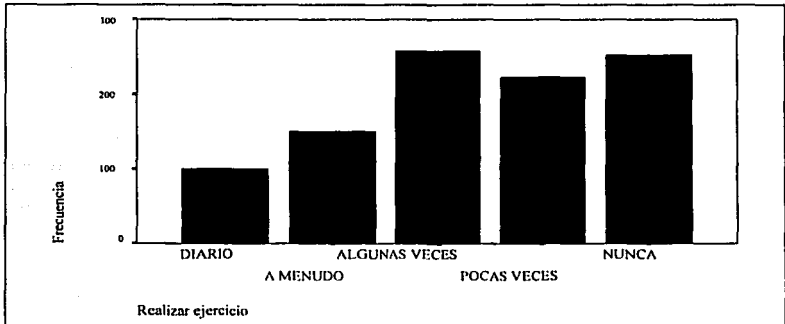


Figura 73. Muestra la frecuencia del reactivo 32, FS en la población general.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre el género y la realización de actividad física, se obtuvo una sig. = .000, por lo que estadísticamente ambas variables se relacionan, de esta forma se observa que en las opciones de respuesta "pocas veces" y "nunca" los hombres obtienen un puntaje menor con respecto a las mujeres y, en las opciones "a menudo" y "diario" son los hombres quienes obtienen un mayor porcentaje, por lo que las personas del sexo masculino tienden a realizar más actividad física que las del sexo femenino (ver tabla y figura 74).

Tabla 74.

		Realizar ejercicio						Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	45	
Sexo:	Masculino	Count 63	79	134	87	78	1	412
		% within Realizar ejercicio 62.4%	52.7%	51.9%	39.0%	31.0%	100.0%	41.9%
Femenino	Count 38	71	124	136	174			513
		% within Realizar ejercicio 37.6%	47.3%	48.1%	61.0%	69.0%		55.1%
Total		Count 101	150	258	223	252	1	945
		% within Realizar ejercicio 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	45.462	5	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.210	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre la actividad física (32, FS) y el género.

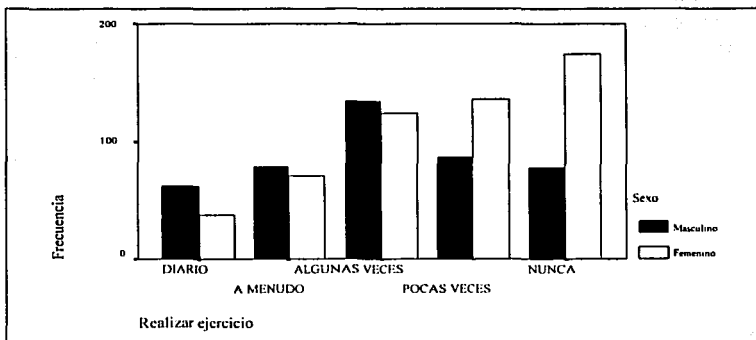


Figura 74. Muestra la frecuencia de la actividad física (32, FS) con respecto al género.

La percepción de salud y la actividad física están relacionadas estadísticamente ya que la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, de esta forma se observa que del total que refiere realizar esta actividad diariamente el 41.6% ( $n = 42$ ) perciben un buen estado de

salud y el 34.7% ( $n = 35$ ) un excelente estado saludable; los que la realizan a menudo ( $n = 150$ ) el 56.5% ( $n = 84$ ) tienen buena salud y el 21.3% ( $n = 32$ ) excelente. En las anteriores opciones de respuesta se observa que la actividad física influye positivamente en la percepción de salud, sin embargo en las opciones "pocas veces" y "nunca" la frecuencia es alta y los individuos que se respondieron de esta forma también se perciben con buena salud (ver tabla y figura 75).

Tabla 75.

		Realizar ejercicio					Total	
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
SALUD CON OTRAS PERSONAS	PESIMA	Count		2			1	3
		Count		2	4	3	10	19
		% within Realizar ejercicio		1.3%	1.6%	1.3%	4.0%	1.9%
	MALA	Count	2	1	15	15	17	50
		% within Realizar ejercicio	2.0%	7%	5.8%	6.7%	6.7%	5.1%
	REGULAR	Count	22	29	74	66	86	277
		% within Realizar ejercicio	21.8%	19.3%	28.7%	29.6%	34.1%	28.1%
	BIEN	Count	42	84	131	111	112	480
		% within Realizar ejercicio	41.6%	56.0%	50.8%	49.8%	44.4%	48.7%
	EXCELENTE	Count	35	32	34	28	26	156
		% within Realizar ejercicio	34.7%	21.3%	13.2%	12.6%	10.3%	15.8%
	Total		Count	101	150	258	223	252
		% within Realizar ejercicio	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

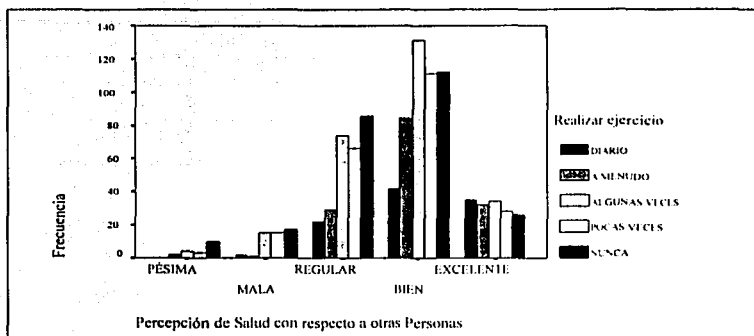
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	76.980	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.269	.000

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada el determinar la relación entre la percepción de salud y la actividad física (32, FS).



**Figura 75.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la actividad física (32, FS).

### Examen Médico Periódico

Para determinar las características de la población en cuanto a la realización de exámenes médicos periódicos, se utilizaron los reactivos 30 y 43 del instrumento FS.

#### *1- Medir su colesterol (30, FS)*

En cuanto a la medición del colesterol, la población general reportó lo siguiente: el 59.3 % del total ( $n = 584$ ) nunca se realiza este análisis, el 17.4 % ( $n = 171$ ) pocas veces, el 15.3 % ( $n = 151$ ) algunas ocasiones y, el 2.7 % ( $n = 27$ ) lo hace diariamente (ver tabla y figura 76).



Tabla 76.

Medir colesterol			
		Frequency	Percent
Valid		1	.1
	DIARIO	27	2.7
	A MENUDO	51	5.2
	ALGUNAS VECES	151	15.3
	POCAS VECES	171	17.4
	NUNCA	584	59.3
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la conducta de medir el colesterol (30, FS) en la población general.

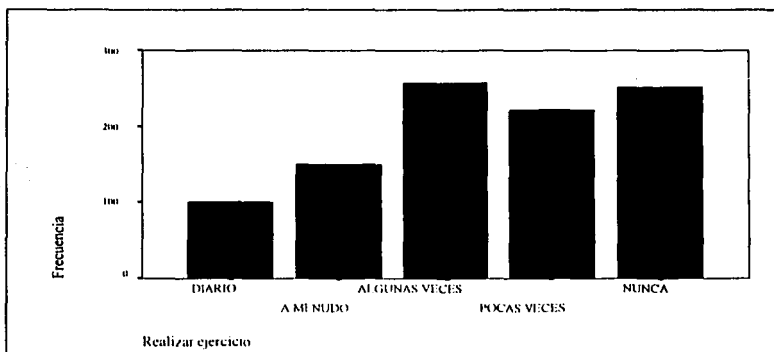


Figura 76. Muestra la frecuencia de la respuesta al reactivo 30 ,FS.

Al aplicar la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre el género y la medición del colesterol se obtuvo una sig. = .077, por lo que ambas variables no están relacionadas estadísticamente (ver tabla 77).

Tabla 77.

Sexo / Medir colesterol								
Sexo	Masculino	Count	Medir colesterol					Total
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
		Count	11	18	56	88	269	442
		% within Medir colesterol	40.7%	35.3%	37.1%	51.5%	46.1%	41.0%
	Femenino	Count	1	16	33	95	83	315
		% within Medir colesterol	59.3%	64.7%	62.9%	48.5%	53.9%	55.1%
Total		Count	1	27	51	151	171	584
		% within Medir colesterol	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	9.928	5	.077

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.100	.077

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para establecer la relación entre el género y la medición del colesterol (30, FS).

De forma semejante, la percepción de salud no está relacionada con la conducta de medir el colesterol, ya que se obtuvo una sig. = .077 en la prueba ji cuadrada (ver tabla 78).

Tabla 78.

Percepción de Salud / Medir colesterol									
SALUD CON OTRAS PERSONAS		Count	Medir colesterol					Total	
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
	PESIMA	Count	1			2		2	3
		% within Medir colesterol				1.3%		2.9%	1.9%
	MALA	Count	4	1	9	5	31	50	50
		% within Medir colesterol	14.8%	2.0%	6.0%	2.9%	5.3%	5.1%	5.1%
	REGULAR	Count	6	20	49	51	151	277	277
		% within Medir colesterol	22.2%	39.2%	32.5%	29.8%	25.6%	28.1%	28.1%
	BUEN	Count	13	23	73	91	280	480	480
		% within Medir colesterol	48.1%	45.1%	48.3%	53.2%	47.9%	48.7%	48.7%
	EXCELENTE	Count	4	7	18	24	103	156	156
		% within Medir colesterol	14.8%	13.7%	11.9%	14.0%	17.6%	15.8%	15.8%
Total		Count	1	27	51	151	171	584	685
		% within Medir colesterol	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	9.928	5	.077

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.100	.077

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, el determinar la relación entre la percepción de salud y la medición del colesterol (30, FS).

2- ¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo) (43, FS)

En cuanto a la frecuencia de la asistencia al consultorio médico la población reportó que el 27.7 % ( $n = 273$ ) asistió al consultorio al menos dos veces el año pasado, el 20.7 % (= 204) lo hizo una vez, el 19.5 % ( $n = 192$ ) de tres a cinco, el 13.6 % ( $n = 134$ ) más de seis ocasiones y el 18.2 % ( $n = 179$ ) nunca (ver tabla y figura 79).

Tabla 79.

CONSULTORIO			
Valid		Frequency	Percent
		2	.2
	0	179	18.2
	1	204	20.7
	2	273	27.7
	3-5	192	19.5
	6 O MAS	134	13.6
		1	.1
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia de asistencia al consultorio médico el año pasado (43, FS) de la población general.

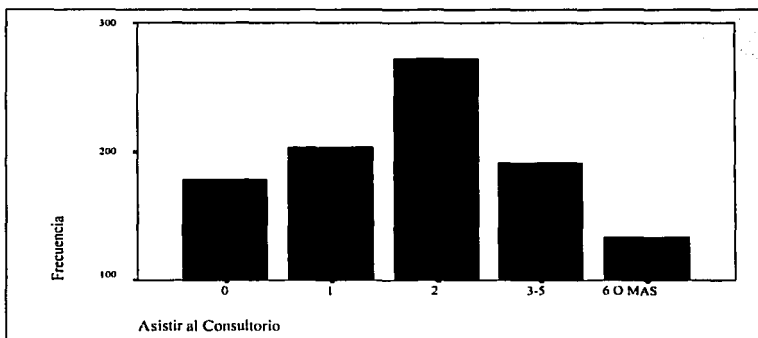


Figura 79. Muestra la frecuencia de la asistencia al consultorio médico (43, FS) de la población general.

Al precisar la relación entre el género y la asistencia al consultorio médico, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, por lo que se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de respuesta en ambos sexos, de esta forma se observa que, de las personas que acudieron al médico 6 o más veces ( $n = 134$ ) el 76.1 % ( $n = 102$ ) son mujeres y el 23.9 % ( $n = 32$ ) hombres; los que asistieron de tres a cinco ocasiones el 57.8 % ( $n = 192$ ) son del sexo femenino y el 42.2 % ( $n = 81$ ) del masculino y, de los que nunca acudieron al médico el 41.9 % ( $n = 75$ ) son mujeres y el 58.1 % ( $n = 104$ ) hombres. De esta forma puede concluirse que las mujeres tienden a consultar más número de veces al médico que los hombres (ver tabla y figura 80).

Tabla 80.

		Sexo / CONSULTORIO								
		CONSULTORIO								
		0	1	2	3-5	6 O MAS	Total			
Sexo	Masculino	Count	2	104	100	123	81	32	442	
	% within CONSULTORIO		58.1%	49.0%	45.1%	42.2%	23.9%		44.9%	
	Femenino	Count		75	104	150	111	102	1	543
	% within CONSULTORIO			41.9%	51.0%	54.9%	57.8%	76.1%		55.1%
Total	Count		2	179	204	273	192	134	1	985
	% within CONSULTORIO			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	41.785	6	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.202	.000

**Nota.** Indica los resultados de la prueba ji cuadrada al determinar la relación entre la frecuencia de asistencia al médico y el género (43, FS).

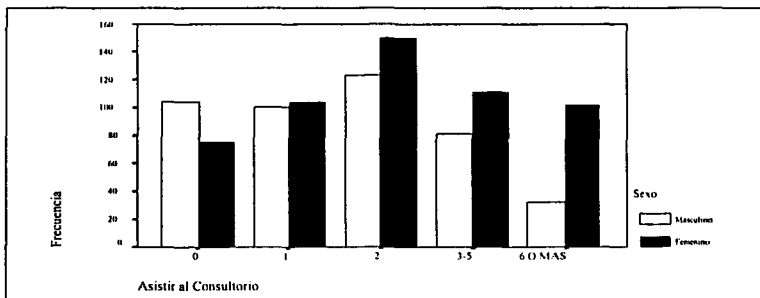


Figura 80. Muestra la frecuencia del reactivo 43, FS con respecto al género.

En cuanto a la relación entre la asistencia al consultorio médico y la percepción de salud, la prueba ji cuadrada determinó una sig. = .000, por lo que ambas variables están relacionadas estadísticamente (ver tabla y figura 81).

Tabla 81.

		Percepción de Salud / CONSULTORIO						Total
		CONSULTORIO						
SALUD CON OTRAS PERSONAS		Count	0	1	2	3-5	6 O MAS	
		PESTIMA	Count					2
% within CONSULTORIO						100%	7%	1%
Count	7		1	1				9
% within CONSULTORIO	3.9%		5%	4%	5%	6.7%		1.9%
Count	2		5	12	19	12		50
% within CONSULTORIO	1.1%		2.5%	4.4%	9.9%	9.0%		5.1%
REGULAR	Count	1	25	57	81	66		277
	% within CONSULTORIO	14.0%	27.0%	29.7%	34.4%	34.3%		28.1%
BIEN	Count	1	102	107	132	85		480
	% within CONSULTORIO	57.0%	52.5%	48.4%	41.3%	19.6%		48.7%
EXCELENTE	Count		43	34	47	19		156
	% within CONSULTORIO		24.0%	16.7%	17.3%	9.9%	9.7%	15.8%
Total	Count	2	179	204	273	192	134	1485
	% within CONSULTORIO		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	97.267	30	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.300	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada al relacionar la asistencia el médico (43, FS) con la percepción de salud.

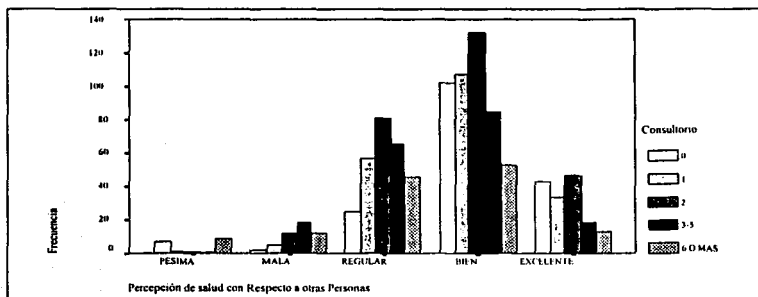


Figura 81. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la asistencia al consultorio médico (43, FS).

### Conductas Sexuales Responsables (Salud Reproductiva)

Por lo que respecta a las conductas saludables referentes a la sexualidad no se evalúan en ninguno de los instrumentos, por lo que no se tomaron en cuenta en el presente análisis.

### Comportamientos de Seguridad

El último hábito o conducta saludable a evaluar es el relacionado con la seguridad. El único reactivo que mide lo anterior es el número 38 del instrumento FS.

#### *1- ¿Usar cinturón de seguridad? (38, FS)*

En cuanto a usar el cinturón de seguridad la población mostró lo siguiente: el 33.7 % ( $n = 332$ ) lo utilizan diariamente, el 21.9 % ( $n = 216$ ) a menudo, el 15.1 % ( $n = 149$ ) algunas veces y, el 21.3 % ( $n = 210$ ) nunca llevan a cabo esta medida de seguridad (ver tabla y figura 82).

**Tabla 82.**

Usar cinturón de seguridad			
		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	332	33.7
	A MENUDO	216	21.9
	ALGUNAS VECES	149	15.1
	POCAS VECES	78	7.9
	NUNCA	210	21.3
	Total	985	100.0

Nota. Indica la frecuencia y porcentajes de la conducta usar el cinturón de seguridad (38,FS).

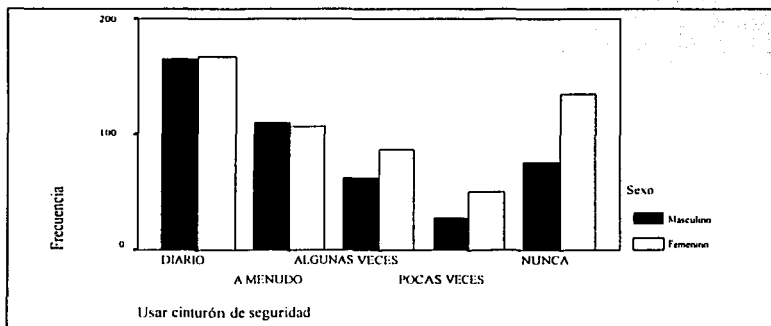


	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	15.669	4	.003

	Value	Approx Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.125	.003

**Nota.** Representa los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada al relacionar el uso del cinturón de seguridad (38, FS) con el género.



**Figura 83.** muestra la frecuencia del reactivo 38 FS, con respecto al género.

Y finalmente, al relacionar la percepción de salud con el uso del cinturón de seguridad, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, por lo que se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de respuesta (ver tabla y figura 84).



Tabla 84.

			Usar cinturón de seguridad					Total
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	1				2	3
		% within Usar cinturón de seguridad	3%				1 0%	3%
	PESIMA	Count	7	2	2	5	3	19
		% within Usar cinturón de seguridad	2 1%	9%	1 3%	6 4%	1 4%	1 9%
	MALA	Count	14	10	8	3	15	50
		% within Usar cinturón de seguridad	4 2%	4 6%	5 4%	3 8%	7 1%	5 1%
	REGULAR	Count	75	61	42	30	69	277
		% within Usar cinturón de seguridad	22 6%	28 2%	28 2%	38 5%	32 9%	28 1%
	BIEN	Count	150	120	78	35	97	480
		% within Usar cinturón de seguridad	45 2%	55 6%	52 3%	44 9%	46 2%	48 7%
	EXCELENTE	Count	85	23	19	5	24	156
		% within Usar cinturón de seguridad	25 6%	10 6%	12 8%	6 4%	11 4%	15 8%
	Total	Count	332	216	149	78	210	985
		% within Usar cinturón de seguridad	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%

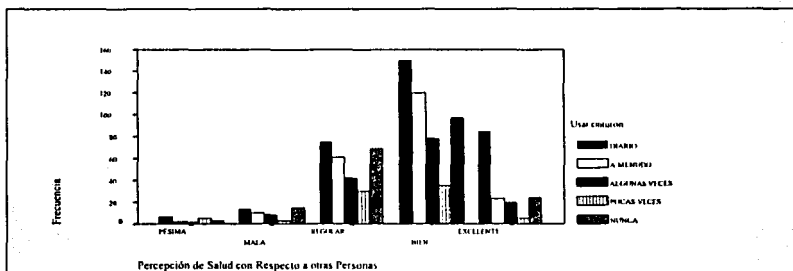
  

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	60.281	20	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.240	.000

**Nota.** Indica los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada, en donde se observa la relación entre la percepción de salud y el uso del cinturón de seguridad (38, FS).



**Figura 84.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a la conducta de usar el cinturón de seguridad (38, FS).

## CAPÍTULO VII RESULTADOS

Con base en el análisis realizado con el programa estadístico SPSS, a continuación se describen las características de la población, así como cada hábito o conducta saludable en relación al género y percepción del grado de salud, la descripción se hará haciendo mención de los resultados obtenidos en los reactivos elegidos para evaluar cada uno de los hábitos o conductas saludables, de esta forma cuando se menciona un reactivo se abrevia como se indicó en el capítulo anterior (por ejemplo 13, FP) (ver anexo 1).

### Características de la población:

La población total estuvo conformada por 985 individuos, de los cuales el 55% son del sexo femenino y el 44% del masculino. La edad de los sujetos se encuentra entre 38 a 57 ( n = 578) años y, de 17 a 37 (n = 368) años de edad (ver figuras 1 y 2).

En cuanto al nivel de escolaridad, el 33. 5% cuenta con grado de licenciatura que es la frecuencia más alta y solo el 1.7% reporta no tener grado académico, el resto de la población está distribuida de forma semejante en los niveles de primaria, secundaria, preparatoria y carrera técnica (ver tabla 3).

En lo que respecta a la relación entre género y escolaridad, se observó que la frecuencia en ambos géneros con licenciatura es muy semejante, sin embargo, en cuanto a los niveles de primaria y técnico son las mujeres quienes obtienen un puntaje alto con respecto a los hombres; por otro lado, más mujeres reportaron no tener grado académico y, en cuanto a los niveles de secundaria y preparatoria no se observaron diferencias significativas (ver tabla 4).

Para evaluar el grado de salud percibido (40, FS), se propusieron las alternativas de respuesta: "pésima", "mala", "regular", "buena" y "excelente", de las cuales las frecuencias más significativas se observaron en las opciones "regular", "buena" y "excelente". concluyéndose que la población cuenta con un nivel alto de salud (ver figura 5).

#### Hábitos para mantener la salud psicológica y social:

Para evaluar la conducta de reposo se utilizó el reactivo 24, FS (dormir al menos siete horas) que tiene como opciones de respuesta "diario", "a menudo", "algunas veces", "pocas veces" y "nunca", en dónde se observó que las frecuencias más altas se ubicaron en las respuestas "diario" y "a menudo", por lo que la tendencia de los sujetos es a dormir por lo menos 7 horas diarias, repercutiendo en su percepción de salud ya que los que reportaron excelente y buena salud llevan a cabo este hábito regularmente (ver figura 6 y tabla 8). Otro reactivo elegido para evaluar este hábito (44, FP) mide el grado de fatiga, en el que se dan cinco opciones de respuesta (un poco, muy poco, regular, bastante y mucho), encontrándose que los puntajes más elevados se ubicaron en las afirmaciones "regular" y "un poco", por lo que los individuos no perciben un alto nivel de cansancio; en cuanto a la relación con el género, las mujeres tienden a fatigarse más que los hombres y, los que perciben buena salud experimentan entre regular y muy poca fatiga por lo que el reposo influye positivamente en la salud (ver figura 9 y tablas 10, 11).

El siguiente hábito considerado en este apartado es el de mantener relaciones interpersonales estables; el primer reactivo considerado fue el 28, FP observándose que los individuos poseen un alto grado de apoyo emocional por parte de amigos y familiares, en dónde tanto hombres como mujeres experimentan entre regular y mucho apoyo; por otro lado se encontró que el apoyo emocional repercute en el estado de salud (ver tablas 12 y 14). En el reactivo 30, FP que mide la satisfacción de tal apoyo, se encontró que los individuos están muy satisfechos; tanto hombres como mujeres lo perciben de forma semejante y, se relaciona estadísticamente con el grado de salud, las frecuencias más significativas se encuentran en las opciones de respuesta "bastante satisfecho" y "muy

satisfecho" las cuales coinciden con un excelente y buen estado saludable (ver tablas 15, 16 y 17). El siguiente reactivo seleccionado para evaluar esta área (31, FP) mide la frecuencia en que familiares y amigos otorgaron algún tipo de ayuda, presentando las opciones de respuesta: "un poco", "muy poco", "regular", "bastante" y "muy a menudo", observándose que la tendencia en la población es a obtener bastante apoyo; en dónde las mujeres perciben más ayuda que los hombres y no se observó relación con la salud (ver figura 18 y tabla 19). En el reactivo 31, FS se halló que la mayor parte de la población algunas veces platica con amigos temas de salud, se observó que las mujeres llevan a cabo lo anterior con mayor frecuencia que los hombres y en cuanto a la relación con la salud, la prueba ji cuadrada obtuvo una sig. = .000, sin embargo analizando la tabla detalladamente no hay una correspondencia clara entre el estado de salud percibido y la ejecución de esta conducta (ver tabla 23).

El siguiente hábito es el proyecto de vida, para ello se utilizaron los reactivos 42 y 45 del instrumento Funcionamiento Psicosocial; el primero evalúa la cercanía con los ideales, en donde se encontró que los puntajes más significativos se ubicaron en las afirmaciones "regular" y "bastante"(ver tabla 24), por lo que la tendencia es a ejecutar conductas que lleven al cumplimiento de metas, por otro lado, no se hallaron diferencias entre géneros y, el logro de ideales repercute positivamente en el estado de salud (ver tabla 26). El segundo reactivo evalúa la satisfacción con la vida, para ello se propusieron las opciones de respuesta "muy poco", "un poco", "regular", "bastante" y "mucho". de las cuales los puntajes más altos se encontraron en las afirmaciones "regular" y "bastante" de esto se puede argumentar que los individuos están satisfechos con su vida; las respuestas fueron similares entre géneros y lo anterior influye en la percepción de salud ( ver figura 27 y tabla 29).

Continuando con el área de salud psicológica y social, una de las conductas más importantes es el afrontamiento positivo al estrés, para estudiar dicho comportamiento en la muestra se eligieron los reactivos 18, 20, 21 y 22 del instrumento Funcionamiento Psicosocial, el primero de ellos, mide el nivel de estrés, en donde se encontró que hay propensión a experimentar entre regular y poco estrés, de los cuales las mujeres están más

estresadas que los hombres, así mismo el grado de tensión se relaciona con la salud (ver tablas 30, 31 y 32). El reactivo 20 se relaciona con la conducta de mantener la calma durante un evento estresante, hallándose que los sujetos ejecutan ésta conducta, de los cuales son los hombres quienes la realizan mayor número de veces y, se relaciona positivamente con el grado de salud percibido (ver tablas 33, 34 y 35). El tercer reactivo (21) se refiere a la habilidad para controlar una situación estresante en donde las frecuencias más altas se localizaron en las afirmaciones "regular" y "bastante", siendo semejantes las respuestas entre géneros, repercutiendo positivamente en la salud (ver figura 36 y tabla 38). En cuanto a la pregunta 22 que evalúa la habilidad para recabar información de una circunstancia estresante, se determinó que los individuos procuran realizar lo anterior no observándose diferencias entre hombres y mujeres, pero sí influye positivamente en su percepción de salud (ver figura 39 y tabla 42).

Los subsecuentes hábitos son los relacionados con las habilidades sociales, en esta área se observó que en el reactivo 24, FP que mide la capacidad para resolver problemas, los individuos procuran hacerlo aunque no se tiene conocimiento de las estrategias que utilizan para este fin; no se hallaron diferencias en las respuestas entre géneros, sin embargo si repercute en el estado de salud, los que tratan de solucionar sus dificultades perciben un excelente y buen estado saludable (ver figuras 43 y 45). En lo que respecta a la culpabilidad experimentada ante los errores cometidos (reactivo 51, FP) la frecuencia más alta se ubicó en la respuesta "poca culpabilidad", no encontrándose diferencias entre hombres y mujeres, pero sí influye en el estado de salud, los que reportan un bajo grado de culpabilidad, perciben un buen estado saludable (ver tabla 48). En la pregunta 55, FP se halló que los sujetos se sienten felices y positivos repercutiendo en su estado de salud que fluctúa entre excelente y bueno (ver tabla 51). Finalmente en lo que respecta al reactivo 58, FP los sujetos reportaron alejar miedos de su mente regularmente, observándose que los hombres lo llevan a cabo más que las mujeres, y que tiene relación con el grado de salud (ver figura 53 y tabla 54).

### Hábitos para conservar la salud física:

Para evaluar los hábitos alimenticios se eligieron los reactivos 23, 25 y 27 del instrumento Funcionamiento Salud; la pregunta 23 mide la conducta de desayunar sustanciosamente, en la cual se proponen las alternativas: "diario", "a menudo", "algunas veces", "pocas veces" y "nunca", de las cuales las frecuencias más elevadas se localizaron en las afirmaciones "algunas veces" y "pocas veces" (ver tabla 55), por lo que la práctica de este hábito es irregular; no se observaron diferencias entre géneros, sin embargo el desayunar repercute en el grado de salud percibido, por ejemplo, los individuos que refieren excelente salud, desayunan sustanciosamente a menudo (ver tabla 57). En el reactivo 25 relacionado con el hábito de ingerir alimentos nutritivos, se proponen las respuestas "diario", "a menudo", "algunas veces", "pocas veces" y "nunca", en dónde las frecuencias están distribuidas de forma semejante en las opciones "algunas veces" "pocas veces" y "nunca" (ver tabla 58), por lo que la ejecución de ésta conducta no es tan elevada; se observó que las mujeres tienden más a realizarla que los hombres (ver figura 59); por otro lado, en la prueba ji cuadrada se obtuvo una sig. = .000 dicha conducta con la salud, sin embargo se observa que los individuos que reportan tener buena y excelente salud, ingieren alimentos nutritivos pocas veces (ver tabla 60), por lo que este hábito no repercute de manera significativa en la salud percibida. En la pregunta 27 concerniente a ingerir vitaminas, se percibió que la población no realiza tal hábito; no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, y en cuanto a su relación con la salud, se percibe un buen estado a pesar de no realizar esta conducta (ver tablas 61 y 63).

El siguiente hábito es la higiene, en donde solo se evaluó la conducta de utilizar el hilo dental (37, FS), del cual se observó que solo el 6.1% lo utiliza diariamente; no se encontraron diferencias en el género, ni con el estado de salud, es decir la no ejecución de la anterior conducta no afecta la percepción de salud (ver figura 64 y tabla 66).

En lo que respecta al no consumo de drogas, en el reactivo 17, FS se encontró que los individuos tienden a ingerir bebidas sin cafeína regularmente (ver tabla 67), los hombres

ejecutan con más frecuencia esta conducta que las mujeres y está relacionada con el estado de salud.

Continuando con los hábitos para mantener la salud física, las preguntas utilizadas para medir la conducta de realizar ejercicio fueron las 18 y 32 del instrumento Funcionamiento Salud, en donde se hallaron los siguientes resultados: la población camina con energía regularmente (ver figura 70), se observa una frecuencia más alta en hombres y, los que reportaron un buen estado saludable llevan a cabo tal conducta frecuentemente (ver tablas 71 y 72). Por otra parte, en el reactivo 32 solo el 10.3% de la población hace ejercicio diariamente, la frecuencia más alta se ubica la opción de respuesta "regularmente"; se observó también que los hombres tienen mayor actividad física y no hay una repercusión en el estado de salud (ver figuras 73 y 74).

Para evaluar los hábitos relacionados con la realización de exámenes médicos periódicos, se utilizaron los reactivos 30 y 43 del instrumento Funcionamiento Salud, en el primero de ellos se encontró que los individuos no miden su colesterol, no relacionándose con el género ni con la percepción de salud y, en lo que respecta al reactivo 43, se halló una tendencia a visitar al médico de una a dos veces por año, las mujeres presentan una frecuencia más alta que los hombres y no repercute en la percepción de salud (ver tabla 81).

La última conducta evaluada es la relacionada con la seguridad, eligiéndose para ello el reactivo 38, FS que se refiere a utilizar el cinturón de seguridad, determinándose que tal conducta es ejecutada por la mayoría de los individuos, siendo los hombres quienes más la llevan a cabo, y tiene una repercusión positiva en la percepción de salud (ver tablas 82, 83 y 84)

## CAPÍTULO VIII

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tomando como eje los objetivos específicos del presente trabajo se encontró que, el concepto de salud ha sido influido y modificado por factores económicos, sociales y políticos prevaletentes en cada periodo de la historia; de tal forma que al principio se tenía la idea que los dioses eran los encargados de mantenerla; después los griegos formularon la hipótesis que sostenía que la salud era el equilibrio entre fuerzas o sustancias en el cuerpo; posteriormente en la Edad Media se afirmaba que dicho estado se conseguía obedeciendo las reglas de la iglesia por lo que en ésta época hubo un estancamiento en el desarrollo de la ciencia y aparición de diversas enfermedades de indole infecciosa; concluyendo este periodo René Descartes propuso el dualismo, con el cual se establecieron las bases para el surgimiento del modelo biomédico, lográndose numerosos avances en el campo de la medicina, por ejemplo, las enfermedades provocadas por bacterias se redujeron, la mortalidad infantil disminuyó y aumentó la expectativa de vida, sin embargo, al incrementar el desarrollo tecnológico, el estilo de vida de los individuos se modificó, teniendo como resultado la transformación del patrón de enfermedad, es decir, comenzaron a manifestarse padecimientos como el cáncer, la hipertensión, el VIH entre otros. Detectando que en la actualidad hay una modificación, observándose cuando la OMS formuló un concepto en donde exponía que la salud no solo implicaba el buen funcionamiento físico, sino un completo bienestar psicológico y social, idea que en un principio fue considerada funcional, incrementándose las críticas que hacían mención de su poca objetividad y de su concepto absolutista ( Callagan, 1977: cit. en Greenc, 1988; San Martín, 1992; Sánchez, 1994 y Gómez, 1996).

De esta forma, las nuevas perspectivas incorporaron términos como: capacidad de funcionamiento, adaptación, equilibrio, entre otros. Con respecto a esto, la Psicología agregó los conceptos de conducta, actitud y creencia al campo de la salud, incursionando formalmente en dicho campo en la década de los setenta, al considerar al comportamiento

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



como factor determinante para el mantenimiento de la salud y adquisición de enfermedades, ya que los estudios reflejaban que los "nuevos males" eran causados en parte por ciertos hábitos de consumo como la ingesta de alcohol, el fumar tabaco y otras drogas; consumo excesivo de grasas, azúcares y sales. De esta forma desde una perspectiva psicológica se propone que la salud es un proceso continuo e infinito sin un límite claro con la enfermedad que está determinado por el funcionamiento orgánico y los comportamientos, influidos por las creencias, actitudes, expectativas y valores del individuo, que conforman un determinado estilo de vida; que a su vez se traduce en la experiencia subjetiva de bienestar, en el cual tanto la sociedad como el ambiente están implicados (Rosanstock, 1966; cit. en Beneit, 1994; Fishbein y Ajzen, 1980, cit. en Beneit, 1994, Ballester, 1997 y Florez, 2001). Sin embargo aunque se ha intentado exponer una definición en la que se tomen en cuenta todos los factores que la componen, ha resultado imposible formular una tesis universalmente aceptada ya que la salud es estudiada desde diversas perspectivas (sociología, antropología, fisiología, etc.), además que las diferencias culturales y sociales son muy distintas entre los países, incluso en una misma nación la cultura difiere en gran medida, lo que es saludable en un contexto no lo es en otro, por lo que es necesario en primer lugar, realizar un trabajo multidisciplinario para establecer una definición que incluya todos los factores implicados y, en segundo, proponer un concepto basado en las características económicas, políticas, educativas, religiosas y culturales de cada nación, para formular programas de promoción, prevención y atención de salud que impacten a la población, ya que actualmente muchos programas aplicados en las comunidades son copias de los elaborados en países industrializados, por lo que no se observa mejora en el estado de salud de la población.

Por otro lado, en cuanto a la información recabada de la Psicología de la Salud se encontró que uno de sus principales problemas es la delimitación de su campo de acción, ya que en ocasiones se sobrepone con disciplinas como la Medicina Conductual, por lo que una alternativa para distinguir la diferencia entre ambas es analizando sus definiciones, tomando como base las propuestas por Schwartz y Weiss (1978; cit. en Weiss, 1993) y Matarazzo (1980; cit. en Ballester, 1997), quienes exponen que la Medicina Conductual integra conocimientos médicos y conductuales para intervenir, prevenir, tratar y,

rehabilitar; mientras que la Psicología de la Salud utiliza las aportaciones de la Psicología en General, para intervenir en las áreas de: promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, mejora del sistema sanitario y formulación de políticas de salud. Con base en esto, se puede argumentar que la Psicología se enfoca en la salud positiva ya que considera como elementos fundamentales a la promoción, mantenimiento o modificación de comportamientos relacionados con ésta, por ello la presente investigación se enfocó en los hábitos positivos y en la percepción de salud de la población con el fin de identificar el concepto que tienen de ésta y las conductas que llevan a cabo para permanecer saludables. Con respecto a esto se encontró que la población en general reportó sentirse saludable, lo que tiene una relación directa con lo obtenido en las frecuencias de respuesta de los hábitos evaluados; por ejemplo en lo que respecta a las conductas para mantener la salud psicológica y social, se observó que en el hábito de reposo los individuos tienden a dormir al menos siete horas diarias, repercutiendo en una percepción saludable de ellos, por lo que refirieron un nivel bajo de cansancio, coincidiendo con lo especificado por Myss y Shealy (1998) quienes argumentan que el tener un espacio destinado al descanso y tranquilidad aumenta el bienestar físico y mental, también promueve el buen desempeño de actividades laborales y escolares e incluso puede considerarse como un comportamiento relacionado con la seguridad. Vargas y Palacios (1993) mencionan que el reposo previene accidentes automovilísticos y laborales, ya que se ha comprobado en diversos estudios que cuando una persona está agotada tiene más probabilidades de sufrir un accidente.

En cuanto a las relaciones interpersonales, los individuos que formaron parte de la muestra refirieron sentirse apoyados por su grupo social más cercano y se sienten satisfechos por ello, lo anterior se relaciona también con su percepción de salud, los puntajes encontrados en las opciones de respuestas buena y excelente salud coinciden con las respuestas de estar satisfechos y gozar de bastante apoyo afectivo; por lo que los resultados apoyan la tesis de Morales (1999) y Pérez (2001) quienes afirman que los lazos afectivos con familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo entre otros, pueden ser fuente de recursos o de ayudas prácticas e información, de modo tal que ejercen una

función de amortiguamiento ante las tensiones y de cierto modo protegen del impacto que puedan tener sobre la salud.

En lo que respecta a la diferencia entre géneros se encontró que las mujeres platican sobre temas de salud y se sienten más apoyadas por sus familiares que los hombres, esto puede deberse a la educación diferenciada que se da a las mujeres y hombres, principalmente en nuestro país. De forma semejante, en los reactivos relacionados con el proyecto de vida se observó que tiene relación positiva con el estado de salud que perciben los individuos, por ejemplo la población procura alcanzar sus ideales y se sienten satisfechos con su vida, y reportaron un buen estado de salud, por lo que los datos apoyan las afirmaciones de Feste (1993) quien expone que cuando una persona posee un proyecto de vida y trabaja con la mira puesta en determinados objetivos, mejorará su salud experimentando un sentido de control sobre los acontecimientos de su vida. Lo anterior se corroboró con las respuestas observadas en el área de afrontamiento al estrés y habilidades sociales, ya que los individuos refirieron que procuran controlar situaciones que les provocan malestar, así mismo mantienen la calma y recaban información acerca de la situación para resolver sus problemas; por lo que la ejecución de tales conductas lleva a la percepción de buena salud, con respecto a esto Cobaza (1985; cit. en Buceta y Bueno 1995) expone que el afrontamiento contiene efectos sanadores autogenerados que elevan la respuesta inmunitaria, ya que desempeña un papel mediacional entre el impacto de una situación dada y la respuesta de estrés del sujeto. Otro aspecto importante hallado en los reactivos que evaluaron las habilidades sociales y control de las emociones, es que las frecuencias más significativas se ubicaron en las respuestas de experimentar regular felicidad y estado de ánimo positivo y sentir pocos sentimientos de culpa ante errores cometidos, por lo que se puede argumentar que el estado de ánimo y el control de sentimientos de culpabilidad mejora el bienestar físico y mental de las personas, estos resultados pueden compararse con los obtenidos por Mann (2001), quien trabajó con mujeres infectadas de VIH, las cuales por algún tiempo escribieron acerca de un futuro positivo, lo que aumento la ejecución de conductas de adherencia al tratamiento y decremento en el distrés experimentado, en este estudio se observa que el ánimo positivo promovió la realización de conductas positivas, de forma semejante la población evaluada

en la presente investigación al percibir un regular estado de ánimo feliz y positivo reportan un buen estado saludable.

Por otra parte, en lo que se refiere a los hábitos para mantener la salud física, se detectó relación directa con un buen estado saludable, los hábitos alimenticios se evaluaron utilizando reactivos relacionados con las conductas de desayunar sustanciosamente, ingerir alimentos nutritivos y vitaminas, en ésta última no se halló relación significativa, ya que los individuos no creen que la ingesta de vitaminas se relacione con su salud; en cuanto a las diferencias entre géneros son las mujeres las que consumen más alimentos nutritivos y vitaminas, con respecto a los hombres, esto puede relacionarse con el grado de actividad y ocupaciones de cada género.

Para la evaluación de la higiene se tomó en cuenta el uso del hilo dental en dónde se encontró que los individuos no realizan tal conducta y tampoco tiene relación con su percepción de salud. En cuanto al hábito de ejercitarse, los individuos procuran hacerlo regularmente (caminar con energía y hacer ejercicio), sin embargo a pesar que la prueba ji cuadrada arrojó puntajes significativos al relacionar éste hábito con la salud, al analizar la tabla se puede observar que en los individuos no consideran que dicha conducta se relacione con su percepción de salud, lo mismo sucede con el hábito de visitar regularmente al médico, para las personas evaluadas esta conducta no interfiere con su percepción de salud, y finalmente en lo que respecta a los comportamientos de seguridad, se empleó el reactivo que mide la frecuencia con la que se utiliza el cinturón de seguridad, en dónde se encontró que tal hábito sí repercute en la salud de los individuos.

Se puede argumentar que los hábitos positivos sí tienen una incidencia directa en la salud, por ello es importante formular propuestas para promoverlos o para capacitar a las personas a mantener la ejecución de los mismos, en la literatura revisada en el marco teórico se halló que en México la instancia encargada de promover la salud es la SSA, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, dicha entidad propone una serie de Programas de promoción y educación los cuales tienen el objetivo de elevar la calidad de vida de la población y de llegar a todas las zonas del país, para cumplir lo anterior se

apoya en el personal médico; los programas están dirigidos a niños, familias, adolescentes, y a personas de la tercera edad, sin embargo, se presentan algunos inconvenientes, por ejemplo, no se tiene conocimiento de estudios realizados en las distintas poblaciones del país para adaptar cada programa a sus características económicas, sociales, religiosas, educativas y culturales; y tampoco se menciona la participación de otros profesionales indispensables en la elaboración y ejecución de tales planes, por ello se observa que las intervenciones del gobierno no tienen impacto en los individuos ya que los gastos destinados a la salud aumentan cada año, por lo que es necesario realizar estudios para conocer las necesidades de las personas por región y promover la participación de otros profesionales en el proceso.

Es por ello que la Psicología de la salud, incluye dentro de su definición la promoción y mantenimiento de la salud, sin embargo, principalmente en los países en vía de desarrollo aún no es clara la función del psicólogo en ésta área, en el caso específico de México, lo anterior aún no se logra (en lo relacionado a la SSA), ya que prevalece el modelo biomédico. Con respecto a esto, en la literatura revisada en detectó que las actividades del psicólogo en ésta área pueden ser analizar e interpretar las características de las conductas relacionadas con la salud; establecer estrategias apropiadas de intervención en la modificación de conductas negativas; formar parte del equipo que elabora los programas, haciéndose cargo del área emocional y conductual; participar en programas de investigación científica; asesorar al personal médico y capacitar en técnicas educativas eficaces al personal encargado de impartir los programas de educación para la salud (Falco, 1993; Buceta y Bueno, 1995 y Morales, 1999)

Finalmente, en cuanto a los puntos que deben ser considerados para una futura investigación se identificaron los siguientes:

- Los instrumentos no evalúan el área "Salud Reproductiva", por lo que es conveniente agregar una escala que evalúe las conductas relacionadas con esto.
- Es imposible englobar en un instrumento todos los hábitos positivos relacionados con las áreas física, psicológica y social, en esta investigación se consideraron las

conductas más representativas de cada una, es conveniente profundizar en el estudio de cada área con la salud.

- Cada hábito está relacionado con la percepción de salud con respecto a otras personas, no con la salud real, es decir, no se realizó un examen médico para corroborar lo anterior, un estudio posterior podría estar enfocado a evaluar el estado de salud más objetivamente y correlacionarlo con los hábitos y creencias de salud.

## REFERENCIAS

Amigo, I., Fernández, R. y Pérez, M. (1998). *Psicología de la salud* En, Manual de Psicología de la salud. Madrid. : Pirámide.

Arango, M. y Lozano, A. (1997). Bases para una estrategia de IEC en salud reproductiva: experiencias mexicanas. (folleto). México, D.F.:IMSS .

Ardila, R. (2000). *Prevención primaria en Psicología de la salud*. En: L. Oblitas y E. Becoña (Eds), Psicología de la salud. (53-65). México, D. F.: Plaza Valdes.

Ballester, R.(1997). Introducción a la Psicología de la Salud. España.: Promolibro.

Bazan, E. (1997). "*Psicología de la Salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: aplicación de la tecnología conductual*".Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Becoña, E. Vázquez, F y Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. En: E. Becoña. y L. Oblitas (Eds.), Psicología de la salud. (11-51) México, D. F.: Plaza y Valdés.

Beneit, P. (1994) *Conductas de salud*. . En: J. Latorre y P. Beneit (Eds.), Psicología de la Salud. (27-39). Argentina.: Lumen.

Blanco, G. y Feldman, M. (2000) *Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora* Salud Pública de México 42 (3), 217-225.

Buceta, J. y Bueno, A. (1993) *Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud*. En: J. Buceta (Ed), Modificación de conducta y salud (22-39) España, Madrid.: UNED.

Buela, G., Sierra, J. C y Carrboles, J. A. (1995). *Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual*. Revista Latinoamericana de Psicología, 1 (27), 25-40.

Caballo, V. E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid. : Siglo Veintiuno.

Calderon, J.E. (1999) *Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. Salud Pública de México 41 (4), 334-343.

Diccionario de la Lengua Española (1992) volumen 21 Madrid, España.: UNIGRAF.

- DiMatteo, M. (1991) Cooperating with health recommendations: what determines health – related behavior?. En: M. DiMatteo (Ed.), The Psychology of health, illness, and medical care. (83-117). California.: Brooks Cole.
- Falco, A. (1993). "*El trabajo del psicólogo en los programas de educación para la salud: una alternativa profesional*". Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Iberoamericana, D.F. México.
- Fernández, R. (1996). Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas metodológicos. En: M. Casullo (Ed.), Evaluación psicológica en el campo de la salud.(39-89). España.: Paidós.
- Feste, C. (1993) Motívese a usted mismo. En: C. Feste (Ed.), Tan sano como quieras.(56-65). México.:Limusa.
- Florez, L. (2001). Psicología de la salud (14 párrafos). Psicología (En red). Disponible en: [www.psycologia.com/biblioteca](http://www.psycologia.com/biblioteca).
- Gallar, M. (1998). La autoestima. En : M. Gallar (Ed.), Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. (175-185). España.: Paraninfo .
- Gliemann, N. B. (1996). "*Rol del psicólogo en la promoción de la salud pública*". Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Iberoamericana. D. F, México.
- Gómez, D. (1996), Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En: D. Gómez y X. Saburido (Eds.), Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica.(17-23). España.:Universidad Santiago de Compostela.
- Greene, W. (1988) . Educación para la salud. México, D. F.:Interamericana.
- Holtzman, W. (1993). La psicología y la salud por todo el mundo. En: J. Palacios y E. Lucio (Eds), Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud. (349-359). Facultad de Psicología. UNAM.
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP)  
[www.imifap.org.mx](http://www.imifap.org.mx)
- Kato, P. y Mann, T. (1996) Diversity issues in Health Psychology. En: P. Kato y T. Mann (Eds), Handbook of diversity issues in Health Psychology. (3-7). New York.: Plenum.
- Kocyba, K. (1996). La medicina y la religión entre los mayas prehispánicos. En: M. Morales (Ed.), Historia de la salud en México. (11-26). México, D.F.:INAH



- Lafarga, J. (1996). Transformaciones y cambio, salud integral y calidad de vida. Cuadernos de investigación en la división de ciencias del hombre, (folleto) México, D .F.: Universidad Iberoamericana.
- Latorre, J. (1994). Psicología de la salud: introducción y conceptos básicos. En: J. Latorre y P. Beneit (Eds.), Psicología de la Salud, (17-25). Argentina.: Lumen.
- Levi, L. (1996). Factores psicosociales en el ámbito de la salud. En: D. Gómez y X. Saburido (Eds.), Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica, (53-67). España.:Universidad Santiago de Compostela.
- López, J.C., Reyes D.S., Castillo, M. L., Dávalos I. A., González B. J. (2001) *Reproducibilidad y sensibilidad de un cuestionario de actividad física en la población mexicana*. Salud Pública de México 43 (4), 306-310.
- Lugli, R. Z. y Vivas, E. (2001) *Trastornos de alimentación y control personal de la conducta*. Salud Pública de México 1 (43), 9-16.
- Mann, T. (2001). *Effects of future writing optimism on health behaviors in HIV-infected women*. Behavioral Medicine, 1 (23), 26-33.
- Martínez, M. E. (2001, junio). Modelo biocognitivo de la salud: campos de creencias y sus códigos bioéticos (5 párrafos). Gestión Médica (En red). Disponible en: [www.gestionmedica.com](http://www.gestionmedica.com)
- Morales, F. (1999) La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales. En: F. Morales (Ed.), Introducción a la psicología de la salud, (133-191). México.:Paidós.
- Moss, R. (1989). El misterio de estar sano. En: R. Dossey., N. Cosins. y E. Rubler-Ross. (Eds), La nueva salud, (55-61). España, Barcelona.:Kairos.
- Myss, C. y Shealy, N. (1998). Permanece sano. En: C. Myss y N. Shealy (Eds.), La creación de la salud, (353-374). España.: Océano.
- Ortiz, F. (1993). Conceptos de salud en Reich y Lowen: una crítica. En: J. Palacios y E. Lucio (Eds), Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud, (349-359). Facultad de Psicología. UNAM.
- Oxford Dictionary (1990). Great Britain. : Oxford Unversity Press.
- Penzo, W. (1990). Licenciatura en psicología médica. Barcelona.:Salvat

- Pérez, R. (2001). La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano. Artículos de Psicología (En red). Disponible en: [www.psicologia.com/articulos/indice](http://www.psicologia.com/articulos/indice)
- Ramírez, M (1999). Resumen del proyecto: Psicología de la salud en México: comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx., México.
- Ramírez, M. (1996). "*Psicología pediátrica*". Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx., México.
- Roa, A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En: A. Roa (Ed.), Evaluación en Psicología clínica y de la salud. (502- 569). España.: CEPE.
- Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989) Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En: J. Urbina (Ed.), El psicólogo: formación y ejercicio. (473-481). México, D.F.: UNAM.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1996) Psicología de la salud en América Latina. México, D.F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Salinas, J. (1995). "*El psicólogo en la atención a la salud*". Tesis de maestría. Universidad nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Méx., México
- San Martín, H. (1992a). Ecología humana y salud. En: H. San Martín (Ed), Tratado general de la salud en las sociedades. (14-27). México.: Prensa Médica.
- San Martín, H. (1992b). La noción de salud y la noción de enfermedad. En: H. San Martín (Ed.), Tratado general de la salud en las sociedades. (3-13) México.: Prensa Médica.
- Sánchez, A., Ramos, E. y Marsset, P. (1994) Modelos explicativos de las conductas de salud y participación comunitaria. En: A. Sánchez., E. Ramos y P. Marsset (Eds.), La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. (37-45). Universidad de Murcia.: Selgráfica.
- Sánchez, M. (1994). Economía, cultura y salud. En: M. Sánchez (Ed.), Elementos de salud pública. (21-29). México, D. F. : Méndez Editores. S.A de C.V.
- Schneider, P. (1985). El campo de la psicología médica. En, Psicología aplicada a la práctica médica. Argentina, Buenos Aires.: Paidós.
- Secretaría de Salud (2001) Paginas consultadas: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)  
[www.municipiossaludables.gob.com.mx](http://www.municipiossaludables.gob.com.mx)

- Sheridan, C y Radmacher, S.(1992). Health Psychology, the biomedical model. USA.:Wiley.
- Simonton, C. (1989). La armonía de la salud. En: L. Dossey, , N. Colins. y E. Kübler-Ross. (Eds.), La nueva salud. (70-75). España.:Kairos.
- Somolinos, G. (1978). La práctica médica en el México anterior e la conquista. En: G. Somolinos (Ed), La Medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista. (74-97). México, D.F.:INAH
- Urbina, J y Rodríguez, G. (1993) El psicólogo en el sector salud en México. En: J. Palacios y E. Lucio (Eds), Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud. (349-359). Facultad de Psicología. UNAM.
- Vargas, A. y Palacios, V.(1993). Educación para la salud. México, D.F.:Interamericana.
- Vega, L. (2000).El concepto de salud. En, La Salud en el contexto de la nueva salud pública. (3-12). México, D.F.:Manual Moderno.
- Weiss, S. (1993). Behavioral medicine and Health psychology: opportunity and challenges. En: J. Palacios y E. Lucio (Eds), Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud. (349-359). Facultad de Psicología. UNAM
- Zúñiga M. A., Carrillo, J. G., Fos, J. Gandek, B. (1999) *Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México*. Salud Pública de México 41 (2), 110-118.

# ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

212

ANEXO I

INSTRUMENTOS “FUNCIONAMIENTO SALUD” Y  
“FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL”











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

Ninguno 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Mucho 5

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

AO AI AT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nada satisfecho 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Muy satisfecho 5

17	¿Que tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Ninguno 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Mucho 5

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

AO AI AT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nada satisfecho 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Muy satisfecho 5

20	¿Que tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>
--------------------------

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

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

AO AI AT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nada satisfecho 1 Un poco 2 Regular 3 Bastante 4 Muy satisfecho 5

33	¿Que tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>
--------------------------

IS =  =

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

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

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

IN

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las últimas dos semanas

Muy poco    Un poco    Regular    Bastante    Mucho  
 1                    2                    3                    4                    5

38.	Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5
39.	Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5
40.	Que tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5
41.	Que tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5
42.	Que tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5
43.	Que tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5
44.	Que tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5
45.	Que tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5
46.	Que tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5
47.	Que tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?	1	2	3	4	5
48.	Que tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5
49.	Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5
50.	Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5
51.	Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5
52.	Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5
53.	Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5
54.	Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5
55.	Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5
56.	Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
57.	Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5
58.	Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5

CA CU LM EE QS DC SV

<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IT =  =

*De nuevo le agradecemos su interés y cooperación*

219

## ANEXO 2

### DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS DE LOS INTRUMENTOS “FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL” Y “FUNCIONAMIENTO SALUD”

## FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD

RESPUESTA A LA ENFERMEDAD		
AA	AUTOAYUDA	4, 7, 12
AP	AYUDA PROFESIONAL	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8

HABITOS DE SALUD		
IIP	HÁBITOS POSITIVOS	17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38
IIN	HÁBITOS NEGATIVOS	15, 16, 19, 22, 29, 33, 35, 36

HISTORIA DE SALUD		
ST	SALUD TOTAL	40
SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRÓNICA	41
IE	INMEDIMIENTO ENF. CRÓNICA	42

USO DEL SECTOR SALUD		
VD	VISITA AL DOCTOR	43
TN	TRATAMIENTO HOSP.	44
TE	TRATAMIENTO ENFERMEDAD	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8

CREENCIAS Y ACTITUDES SALUD		
EA	AUTOEFICIENCIA	50, 61, 62, 64
VS	VIGILANCIA SALUD	46, 47, 53, 59, 65
VI	VALORES DE SALUD	52, 55, 63, 68
CP	CONFIANZA AL PER.	49, 56, 57, 58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51, 66, 67
HI	HIPOCONDRIA	48, 54, 60, 69

## FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

AFRONTAMIENTO		
NE	TOTAL AFRONTAMIENTO	19 A 24

APOYO SOCIAL		
TS	TOTAL APOYO SOCIAL	
AO	APOYO EMOCIONAL	28, 29, 30
AI	APOYO INFORMATIVO	25, 26, 27
AT	APOYO TANGIBLE	31, 32, 33
IN	INTERCAMBIO NEGATIVO	34, 35, 36, 37

SALUD PSICOLÓGICA		
TT	TANSIÓN TOTAL	
CA	CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO	38, 52, 55
CU	CULPABILIDAD	39, 51, 54
LM	LENTITUD MOTORA	44, 49, 57
EE	ESTADO ANSIOSO	41, 47, 50
QS	QUEJA SOMÁTICA	46, 48, 53
DC	DISTURBIO COGNITIVO	40, 43, 58
SV	SATISFACCIÓN DE VIDA	42, 45, 56, 55

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN