

01964
11



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

ESTUDIO EXPLORATORIO - DESCRIPTIVO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA,
EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA APARENTEMENTE SANA, DEL INSTITUTO
EN CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA GENERAL
EXPERIMENTAL

PRESENTA

SANTAMARIA SUAREZ SERGIO

DIRECTOR DE TESIS

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

MÉXICO D. F. 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

COMITE DE TESIS:

Mtro. Fernando Vázquez Pineda

Mtro. Gustavo Bachá Méndez

Dr. José Méndez Venegas

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo reconocido.

NOMBRE: Sergio Santamaría

Swarez

FECHA: 24 OCTUBRE 2003

FIRMA: [Firma]

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) específicamente a la facultad de psicología, por albergarme en el programa de maestría en psicología general experimental con énfasis en salud.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por su apoyo económico en el periodo de 1995 a 1998, lo que me permitió cursar los créditos del programa, cubrir los requisitos académicos y la elaboración de este trabajo.

A la Secretaría de Salud SSA, en especial al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAME) de Santamaría la Rivera, que proporcionó diversos escenarios, para complementar con práctica el conocimiento teórico.

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) y al Instituto en Ciencias de la Salud (ICSA) lugar donde se realizó este trabajo, y al área académica de Psicología, donde actualmente laboro.

A la Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla, donde trabajo como perito, y donde me han brindado el apoyo necesario en tiempo para la realización de este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas por asesorar este trabajo y por su constante disposición al mismo.

Al Mtro. Gustavo Bacha Méndez, por su labor de tutoría y por su apoyo, siempre enérgico.

A la Mtra. Aída Rodríguez, por su cariño y confianza.

A mis compañeros Memo, Pilar y con toda mi gratitud a Leticia María (mi amiga Ety de hoy y toda la vida) quienes se encargaron de hacerme un poco menos poblano y un poco más chilango.

A la familia Suárez Avendaño, en especial a la tía Tere, por cobijarme en su hogar, como un integrante de su familia.

A Don Esteban por ser un verdadero amigo y compañero en la escuela de la vida.

A la Dra. Elia Cristina Quiterio Montiel, Directora de servicios periciales, a la Dra. María del Carmen Castaneira jefe del departamento de Criminalística, y al Dr. Nahum Juárez Meza, coordinador de peritos en la Zona Norte – Huauchinango, todos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla, quienes desde su puesto de trabajo, han tenido la sensibilidad laboral y la madurez profesional para brindar de forma solidaria su apoyo inteligente.

A mis compañeros de trabajo, Jíkara, Esco - Bar, Barranco 057, mi hijo - Boss, Sra. Vero, Yess, Sam y Víctor Ortiz quienes no han dejado de recordarme...



DEDICATORIAS

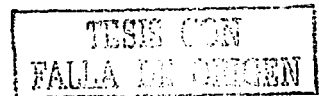
En general, a quien tenga afán de superarse, a quien se atreva a dejar la seguridad inmediata para apostarle a la vida, en un camino donde no es fácil ver el final.

En particular, a toda mi familia, que de diversas formas me acompañaron en este proceso compartiendo razón y corazón; a ellos que de diversas maneras siempre han exigido un esfuerzo continuo y quienes saben que perdí mucho de mi... para ganar un poco más de saber, en especial a la Abuela, al Bito, a Lanc, a Chochu, a Cheto, a Cabeza, a Gemes y a Jandis.

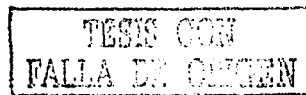
TESIS C
FALLA DE ORIGEN

INDICE

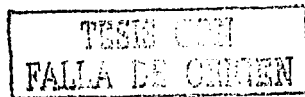
RESUMEN	9
EPÍGRAFE	11
INTRODUCCIÓN	12
MARCO TEORICO	
CAPITULO I. STRESS – ADAPTACIÓN – SALUD	
1.1 SEMANTICA DEL STRESS	15
1.2 NATURALEZA DEL STRESS	17
1.3 FISIOLÓGÍA DEL STRESS	21
1.4 SINDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL	28
1.4.1 FASE DE ALARMA – AGUDA	33
1.4.2 FASE DE RESISTENCIA – CRÓNICA	34
1.4.3 FASE DE AGOTAMIENTO – ROMPIMIENTO	34
1.5 ESTUDIOS EXPERIMENTALES	38
1.6 PERSPECTIVA ECOLÓGICA	42
CAPITULO II. SALUD – ENFERMEDAD	
2.1 BREVIARIO DE POLÍTICAS DE SALUD	44
2.2 DEFINICIONES DE SALUD	45
2.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	48
2.3.1 PERIODO DE GENESIS PREPATOGENICO	48
2.3.2 PERIODO DE EVOLUCION O PATOGENICO	49
2.4 NIVELES DE PREVENCIÓN	50
2.4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	50
2.4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA	52
2.4.3 PREVENCIÓN TERCARIA	53
CAPITULO III. EPIDEMIOLOGIA	
3.1 DEFINICIÓN	54
3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS	55
3.3 METODO EPIDEMIOLOGICO	57
3.4 EXPRESIONES DE USO FRECUENTE EN EPIDEMIOLOGIA	58



3.5 OBJETIVOS DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.....	60
3.6 USOS DE LA EPIDEMIOLOGIA.....	61
3.7 MODELOS DE SALUD - ENFERMEDAD.....	61
3.7.1. MODELO CLINICO.....	62
3.7.2. MODELO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO.....	62
3.7.3. MODELO BIO - PSICO- SOCIAL.....	62
3.7.4. MODELO SOCIAL.....	65
3.7.5. MODELO COGNITIVO - CONDUCTUAL.....	65
3.7.6. MODELO DE PSICOLOGÍA EN LA SALUD.....	66
3.7 CONCEPTOS MEDIADORES DE SALUD - ENFERMEDAD.....	70
3.7.1. LO PSICOSOMÁTICO.....	73
3.7.2. EL DESGASTE EMOCIONAL.....	73
3.7.3. LA CALIDAD DE VIDA.....	74
3.7.4. EL BIENESTAR.....	75
3.7.5. LA ADAPTACIÓN.....	77
3.7.6. EL ESTILO DE VIDA.....	78
3.7.7. CONDICIONES DE VIDA.....	78
3.7.8. FACTOR DE RIESGO.....	79
 METODOLOGIA	
4.1 JUSTIFICACIÓN.....	81
4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	89
4.3 OBJETIVOS.....	89
4.4 HIPOTESIS.....	89
4.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	90
4.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	90
4.7 VARIABLES.....	90
4.8 POBLACION.....	91
4.9 INSTRUMENTO.....	92
4.10 PROCEDIMIENTO.....	94
 CAPITULO V RESULTADOS	
5.1 TABLAS DE RESULTADOS POR PREGUNTA.....	96



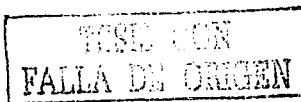
5.2 TABLAS DE RESULTADOS POR CATEGORÍA.....	152
COMENTARIOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	165
REFERENCIAS.....	181
ANEXO 1) CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA DHL – B.....	192



RESUMEN

El presente trabajo está enmarcado dentro de las Ciencias de la Salud, el estudio es exploratorio y descriptivo, de diseño transversal, da prioridad a la prevención por sobre la curación, estudia a población universitaria aparentemente sana, conformada por 616 sujetos, estudiantes de cinco áreas académicas (Medicina, Odontología, Farmacia, Nutrición y Psicología) que conforman el Instituto en Ciencias de la Salud (ICSA) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

El instrumento que se utilizó, fue elaborado por Moos, Rudolf H, Cronkite, Ruth, Billings, Andrew G y Finnes, Jhon W (1984). Se trata de la escala de salud y vida cotidiana DHL - B, misma que los autores recomiendan para investigaciones interesadas en el proceso de adaptación, fue traducida y adaptada a población mexicana por Ayala y Aduna (1984) mediante este instrumento se detectó: I) datos sociodemográficos, II) funcionamiento social - empleo, III) Salud física en los últimos 12 meses, IV) eventos estresantes ocurridos en los últimos 12 meses, V) datos relacionados con familiares y amigos, VI) temas de discusiones familiares, VII - datos acerca de su hogar, VIII - datos acerca de la salud de sus hijos. Se obtuvieron las frecuencias de 262 preguntas, los resultados son presentados en tablas por pregunta y por categoría para realizar un diagnóstico de la salud de la población. Tanto los resultados como las conclusiones son extensas, por lo que se recomienda su revisión en el cuerpo de este trabajo, por el momento se enuncian las principales conclusiones que dan respuesta a los objetivos planteados: respecto al diagnóstico epidemiológico se obtuvo una prevalencia de enfermedad de 1.8% de la población total, por lo que el riesgo de enfermar resulta mínimo e insignificante, también se tomaron en cuenta los resultados de síntomas físicos 34.0% y el de malestares 38.0%, con base en ellos se determinó que la población se ubica dentro del horizonte clínico, en el periodo de patogénesis temprana o periodo preclínico (Leavell, Klarck 1965) también se ubica a la población en la fase de alarma o alerta, enunciada por Selye (1946) en el síndrome de adaptación



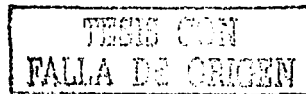
general. Por último se sugieren estrategias de prevención primaria, en donde los esfuerzos de los profesionales de la salud, deben estar enfocados a conservar la salud y evitar la enfermedad, mediante el fomento y promoción.

ABSTRACT

This paper is a health Sciences research. It is a descriptive and exploratory study with a transversal design. This study gives priority on prevention instead of healing. It studies a sample of 616 University students, of 5 academic areas (Medicine, Odontology, Pharmacy, Nutrition and Psychology) that form the Health Sciences Institute of the Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

The instrument used was designed by Moss Rudolf H, Crown Kite. Ruth, Billings, Andrew G. Finnes, Jhon W (1984). It is about the DHL-B Health and everyday life scale; This scale is recommended by the authors for research projects that deal with the adaptation processes, and it was adapted and translated for a Mexican sample by Ayala and Aduna (1984). By using this instrument several data was found: I) Sociodemographic data; II) Social process - job; III) Physical Health in the last 12 months, IV) Stressing events occurred in the last 12 months; V) Information related to Family and friends, VI) Topics of family arguments, VII) Information about their home, VIII) Information about their the children's health. Frequency of 262 questions was found, and the results are presented in charts (Showing questions in categories) in order to make a diagnosis of the health of the sample.

Both the results and the conclusions are wide, so a revision of the main body of this paper is recommended. The principal conclusions, which provide answers to the aims of this paper are: A prevalence sickness of 1.8%, in the epidemiologic diagnosis was found, so the risk of getting sick is minimum. Also, the results of the physical symptoms were taken into consideration (34.0%). Having these results as a basis, it was determinated that sample is found inside the clinical horizon, in the period of early Pathogenesis or pre - clinic period (Leavell, Klarck 1965). The sample was also found in a phase of alarm or alert, stated by Selye (1946) of the general adaptation syndrome. Finally, some primary prevention strategies are suggested. In these all the efforts should be focused in keeping the health by the promotion, and in this way avoid illness.



EPIGRAFE

El Psicólogo debe ser al riesgo, lo que el médico ha sido hasta ahora al daño.

Duran González Lilia Irene. (1995).

TESIS DE
FALLA DE ORIGEN

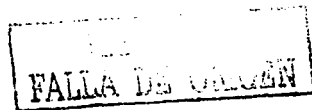
INTRODUCCIÓN

La Psicología es la ciencia que se encarga del estudio del ser humano, de su vida interior y de su comportamiento, entre sus áreas de estudio se encuentra la Psicología en la salud, que estudia al ser humano en sus aspectos bio - psico - sociales, dentro del proceso salud-enfermedad.

La Psicología al ingresar a las disciplinas de la salud, se ha interesado por hacer énfasis en un enfoque preventivo, por sobre el enfoque curativo, es decir que aun cuando la psicología en la salud aporta y tiene mucho que aportar al hombre que presenta un estado de enfermedad, en esencia su enfoque es preventivo tanto en el ejercicio académico, de atención y de investigación.

Tomando en cuenta que el hombre desde que nace está sujeto a la influencia de factores naturales, sociales y culturales del medio ambiente en el que vive, se acepta que su medio ambiente es Bio - Psico - social y se esta de acuerdo en que se trata de un ser que no puede vivir en aislamiento total; es un ser grupal, del cual, sus procesos mentales y su conducta son inteligibles sólo a partir de la interrelación con su medio.

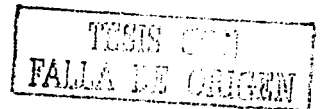
Cada hombre elige de entre múltiples ambientes y formas de vida, desarrolla la inteligencia sobre los instintos, eso le permite modificar en la medida de sus posibilidades el medio ambiente del cual forma parte, pero no se debe pensar que es solo el hombre quien modifica el ambiente, esto seria un exceso, es preciso reconocer que la modificación es mutua y que esta modificación mutua, le es útil al hombre no solo para sobrevivir, si no también para convivir, y que cuando se trata de aprender a vivir, el ser humano cuenta con la capacidad de adaptación a los cambios presentados por el medio ambiente, siendo los factores ambientales y personales los que determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria, y en donde son los recursos sociales y de afrontamiento son los que moderan adaptativamente dichas circunstancias.



Se enuncian dos conceptos que se estudiarán y delimitarán en este trabajo, no solo en su particularidad, sino también en su interrelación, el stress y la adaptación, sin embargo y a pesar de que, por lo general en investigación de temas relacionados con la Psicología en la salud, los investigadores se interesan en el estudio de sujetos enfermos (enfoque curativo) lo que invita a trabajar con personas estresadas o desadaptadas, este trabajo se interesa en población sana (enfoque preventivo) o por lo menos, aparentemente sana, en la inteligencia de que con los datos obtenidos es posible acceder al diseño de estrategias que contribuyan a conservar el estado de salud y eviten el estado de enfermedad.

Para este trabajo se tomó como población a estudiantes del Instituto en Ciencias de la Salud (ICSA), de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), dicho instituto esta conformado por cinco diferentes áreas académicas que son: Odontología, Medicina, Nutrición, farmacia y Psicología, más adelante se incorporara el área académica de Enfermería, juntas conforman el modelo ICSA, la población es aparentemente sana y está conformada por estudiantes que en un futuro serán profesionales de las áreas de la salud, encargados de promoverla a través de su ejercicio profesional y quienes también funcionarán implícitamente como modelos de salud a seguir en la sociedad.

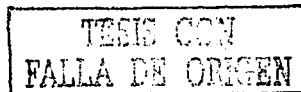
Este trabajo se une a los esfuerzos de investigación bajo el enfoque preventivo y sus principales preguntas de investigación son: 1) ¿cómo funciona en los seres humanos el estado de stress, cuales son sus síntomas y secuelas en el corto, mediano y largo plazo?, 2) ¿cuales son las respuestas de adaptación del ser humano, al medio y a dicho estado de stress?, 3) ¿cuál es el estado de salud en la vida cotidiana de una población universitaria aparentemente sana?, 4) ¿donde se ubica esta población respecto de la historia natural de la enfermedad y en relación con el síndrome de adaptación general?, 5) ¿cual es el diagnóstico epidemiológico?



El planteamiento del problema es: saber cuales son las respuestas de adaptación más frecuentes y así conocer el estado de salud (diagnostico de salud en la vida cotidiana) de una población estudiantil universitaria aparentemente sana.

Se obtuvo una evaluación de la salud en la vida cotidiana, sin evaluar de forma directa de factores relacionados con el proceso docente de enseñanza-aprendizaje.

En resumen, en este trabajo se estudia el stress, las respuestas de adaptación y sus efectos sobre la salud en la vida cotidiana. Obteniendo 1) un diagnostico epidemiológico de la salud en la vida cotidiana de la población estudiantil del ICESA, 2) un diagnóstico del estado de salud en relación con el síndrome de adaptación general (Selye 1946) y 3) un diagnóstico del estado de salud de la población en relación con el horizonte clínico.



CAPITULO I.

STRESS – ADAPTACIÓN – SALUD

1.1 SEMÁNTICA DEL STRESS

Se inicia este trabajo planteando la semántica del vocablo stress, ya que existe una polémica en referencia a la forma correcta de escribir la palabra stress en español. Los defensores de la lengua insisten en que debe escribirse estrés, nunca stress.

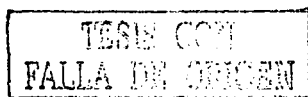
Según las reglas gramaticales de nuestro idioma, el vocablo correcto sería estrés, pero en ese caso se ignora un aspecto importante del stress, mismo que justifica que se escriba stress, tal como se escribe en otros idiomas.

Desde el siglo XIX, se ha escrito la palabra stress en el idioma inglés, particularmente en ingeniería para denotar los efectos de una fuerza actuando contra una resistencia. Así por ejemplo, los cambios inducidos en una liga de hule al estirarla o en un resorte al presionarlo, son debidos a stress.

Posteriormente encontramos el término en biología, su significado se relacionó con el esfuerzo orgánico o la tensión nerviosa.

En 1991 Slipak cita al Fisiólogo, Cannon (1935), quien también introdujera la palabra homeostasis, al estudio de la fisiología y quien empezó a utilizar en 1914, el término stress, para referirse al esfuerzo causado por un agente que ejercía presión sobre un sistema determinado y que producía homeostasis (equilibrio orgánico) que a su vez es, el estado normal y estable del organismo.

Por lo tanto, no se trata sólo de una palabra que se traduce al castellano, (Vargas 1994) sino de un concepto revolucionario físico-biológico, al que Selye



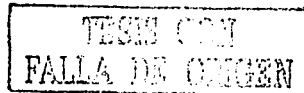
(1956) le dio otro sentido, el término stress cobro dimensión y significado diferente dentro del contexto del síndrome de adaptación general, por lo que resultando inadecuado y confuso para los fines de este trabajo, traducirlo como estrés, ya que podría entenderse como un estado nervioso, de tensión, preocupación, ansiedad o angustia; lo cual resulta inconveniente y falso, ya que el stress produce estos estados, pero no es estos estados.

La acepción precisa del concepto stress que manejó Selye (Zapata 1986) fue que, el stress es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda, luego entonces, en este sentido, el concepto no debe traducirse como una simple palabra.

La postura de no traducción la defendió Selye (1974) frente a colegios y academias de diversas lenguas, se presentó ante los miembros del colegio de Francia; se eliminaron términos como dommage = agresión, detresse = tensión, finalmente concluyeron que no existe una traducción exacta que exprese con claridad el concepto, razón por la cual acuñaron un neologismo, la palabra escogida fue le stress = el stress, a la que se otorgó género masculino. Posteriormente Selye obtuvo resultados parecidos en lenguas como la portuguesa y española, resultando curioso que en diccionarios en español se incluyera la palabra stress hasta 1990.

Otro concepto que debe aclararse es el General Adaptation Síndrome, mismo que se debe traducir al castellano como síndrome de adaptación general y no como síndrome general de adaptación, error que se comete con frecuencia (Vargas 1982).

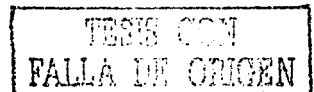
Es oportuno aclarar que para los fines de este trabajo, escribimos stress y no estrés, entendiendo que hacemos referencia al Síndrome de Adaptación General y no a alguno de los estados en particular, que sabemos, el stress puede producir.



1.2 LA NATURALEZA DEL STRESS

Mediante un ejercicio de memoria histórica, podemos considerar que el estudio del stress empezó con los aportes de Epicúreo, quien definió el bienestar como – la salud del cuerpo, con la tranquilidad del alma – 341 a 270 a. c. relaciono el aspecto corporal y el mental en un solo concepto, más adelante dos planteamientos de Rene Descartes señalan que 1) el hombre responde a las demandas del medio, y 2) toda pasión experimentada por el alma humana tiene su contraparte corporal 1596 – 1650, se destaca el vinculo que existe entre, estados mentales y salud física. Acercándonos a la época moderna encontramos los aportes de Cannon (1935) que fue el primero en utilizar como concepto la palabra stress y sirvió de base a las aportaciones de Selye (1935, 1946, 1950, 1956, 1974) Quien es reconocido en el mundo científico como el primer gran investigador de este tema y que logró a través de sus investigaciones, que se reconociera al stress como factor de respuesta humana de impacto individual y social, y se reconociera como agente productor de alteraciones en la salud, lo que facilitó la afirmación de que el stress podría significar muerte Zapata (1994) esto sucedió con gran impacto en 1977 cuando se difundió informalmente entre la sociedad norte americana, el resultado de un estudio realizado por un grupo de científicos, asesores de la casa blanca en Washington, quienes concluyeron que el stress provocaba desajustes Bio – Psico – Sociales y enunciaron en ese sentido, el poder que tiene de destruir al hombre.

Hoy en día todo mundo habla del tema, el concepto se popularizó al grado del sentido común, logró acaparar la atención de la sociedad moderna. Algunas personas piensan que se trata de una nueva enfermedad que esta matando al hombre, si bien es cierto que el stress no es una enfermedad, también es cierto que indirectamente, está matando al hombre, al ser la causa primaria o antecedente de múltiples padecimientos de la población en general.

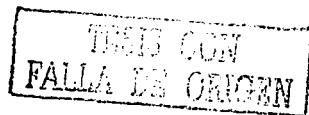


La respuesta a la pregunta ¿Qué es el stress? la dio Zapata (1994) quien afirma que no es una enfermedad, que se trata de un mecanismo en principio biológico, que existe desde que existe la primera manifestación de vida en el planeta, que prepara al organismo para pelear o huir y que actualmente lo utilizamos para sobrevivir, ante un mundo que evaluamos (aspecto psicológico) como hostil, que parte de esa apreciación reside en la actitud mental de cada individuo.

Con las primeras publicaciones científicas de Selye (1935, 1946, 1950) se dio el impulso científico al tema del stress y se desarrolló la teoría denominada Síndrome de Adaptación General.

Los estudios científicos iniciaron con una fase de aportaciones de tipo fisiológicas y bioquímicas, Siguieron con una fase de aportaciones de la investigación cerebral, rebasando los límites de una sola disciplina, hoy en día el tema es tratado por variadas ciencias, principalmente las involucradas en el campo denominado de la salud, mismas que están dejando posturas cerradas y optan por posturas multi, Inter y transdisciplinarias.

El estudio del stress está transitando de una visión primordialmente biológica a una predominación psicosocial, es decir, se reconoce que existe un conjunto de estímulos psico – sociales que por su novedad, intensidad, diversidad y duración, resultan una carga excesiva para la estructura mental y emotiva del hombre moderno, cuya evolución parece haberse detenido ante la progresiva aceleración de los problemas generados por el desarrollo tecnológico dentro del contexto de eso que llamamos progreso y respecto del cual Antaki (1997) comenta que, la humanidad hoy en día vive en crisis, es una sociedad sin brújula, la humanidad está en progresivo crecimiento demográfico, deterioro de ecosistemas, crisis de valores, crisis del respeto a los derechos humanos, uso indiscriminado de alimentos transgénicos, pobreza ideológica, riqueza material extrema, vivencias cotidianas estremecedoras, se vive en lo que parece un fuera de control, el homo



sapiens, en la actualidad, está sometido a presiones Psico -sociales nunca antes experimentadas en ninguna época de la historia .

Zapata (1994) considera que el stress puede causar estragos en la humanidad pero sobre todo en su gente activa, que como consecuencia de su gran dinamismo ha comenzado a padecer alergias nerviosas, ansiedad, angustia, depresión, dolor de cuello, dolor de espalda, estreñimiento, gastritis, hipertensión, infartos, insomnio, migraña, nervios, obesidad, problemas sexuales, úlcera péptica y adicciones como alcohol, tabaco, café y otras drogas tanto menores, como mayores, el hombre moderno aun no aprende a adaptarse a un mundo de cambios acelerados, es víctima de sus propios mecanismos biológicos de supervivencia que fueron heredados y cuya esencia fundamental, se sabe hoy en día, es el stress psicológico.

Hace unos 30 años, había diferentes palabras para nombrar a la serie de reacciones que sufre el organismo cuando se encuentra ante situaciones de apremio, pero fue Selye (1946) quien denominó a ese conjunto de reacciones del organismo ante situaciones de amenaza, como stress - Síndrome de Adaptación General.

Actualmente el stress representa un grave problema de la vida moderna, se presenta principalmente en zonas urbanas y está relacionado con enfermedades de las arterias coronarias del corazón, hipertensión arterial, gastritis, úlcera péptica, colitis ulcerosa, alteraciones menstruales, reumatismo padecimientos psicógenos, dermatitis, accidentes, suicidios e incluso con la aparición de algunas enfermedades infecciosas.

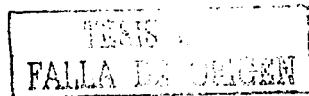
Sutherland y Cooper (1990) comentan que el stress puede deberse a causas:

- Físicas: por ejemplo Terremoto, incendio, frío o calor extremo, ruido, explosión, inundación, etc.

- Biológicas: por ejemplo enfermedades, dolor, disfunciones fisiológicas, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Psicológicas: por ejemplo Pensamientos desagradables, catastróficos o a una evaluación negativa de las habilidades de defensa o afrontamiento del ser humano, a los estilos de vida o a las actividades de la vida cotidiana.
- Sociales: por ejemplo situaciones límite como la Muerte de algún ser querido, divorcio, prisión, guerra, problemas económicos o familiares, congestionamiento del tránsito, falta de estacionamiento, largas horas de espera, etc. Y por otra parte, también puede deberse a causas agradables como bodas, embarazo deseado, compra de bienes como casa o automóvil, festividades, ganar en alguna competencia deportiva, aprobar un examen, conseguir el trabajo deseado, éxito, fama, etc.

Lo cierto es que al referirse el tema stress, se refiere un fenómeno complejo, pluri - causal y de efectos diversos, al respecto se aclara que este trabajo de investigación se interesa por entender y comprender la naturaleza del stress, se basa en que el stress es el predisponente de múltiples problemas de salud, que su estudio nos permitirá practicar un enfoque preventivo y a través de ese ejercicio, obtener una perspectiva de su vínculo con la salud en la vida cotidiana que es acorde a su naturaleza, al entender el stress como parte integral del esquema biológico del ser humano y sin el cual habría muy poca actividad constructiva en la existencia de las personas, reconociendo que nadie puede vivir sin experimentar cierto grado de stress todo el tiempo, en rigor, toda actividad produce stress; pero cuando este se genera de manera intensa, constante y/o prolongada, causa problemas en la salud, interrumpe procesos vitales e incluso atrae como consecuencia la muerte (Muller 1997).

Según Vargas (1984) una de las perspectivas de la medicina del futuro, es encargarse de normalizar a seres humanos desajustados por el acoso diario de diferentes stresores, así mismo la salud dependerá de la capacidad de responder y adaptarse a las exigencias de la vida diaria (cotidiana) Cannon (1935) comenta

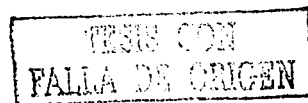


que, las enfermedades biológicas, serán sobrepasadas por otras de origen psicológico, al respecto se advierte que el hecho de que actualmente se prolongue el promedio de vida de 49.8 años en 1950 a 73.2 años en 1996 (Secretaría de Salud 1997) no significa que exista una adaptación positiva a la vida cotidiana, es curioso que en estas circunstancias, unos superen ciertas condiciones, mientras que otros sucumben ante las exigencias de eso que llamamos vida, sin embargo la salud esta más allá de las condiciones materiales que expresan la totalidad de la estructura social (Basaglia 1981) y que en su desigualdad social implican mejores niveles de salud para ciertos grupos, mientras que otros grupos buscan conquistar mejores niveles de salud a través de mejorar sus condiciones de vida, Quiroz (1989).

1.3. PSICOFISIOLOGÍA DEL STRESS.

Una de las dificultades en la comprensión del stress, es que se a asociado a conceptos como enfermedad psicosomática, tensión, nerviosismo, cansancio, sufrimiento, dolor, todos estos y otros conceptos fueron derivados de la sintomatología que el stress produce, lo que motivó que en el sentido común la gente asociara al stress con estos padecimientos, es decir, la gente lo asoció con su sentir corporal, pero anteriormente se aclaro, el stress no es estos estados. Otra dificultad es limitar el stress a una disciplina, generalmente la que el investigador cultiva, de tal forma que la lista de definiciones de stress resultaría bastante larga si se pretende considerar las definiciones fisiológicas, endocrinológicas, psicológicas, sociales, bioquímicas etc. Así que en esta parte del trabajo, es conveniente hacer un breve recorrido conceptual para destacar la forma en que el término fue acuñado y su evolución conceptual hasta llegar al Síndrome de Adaptación General.

Selye (1935) dió un primer acercamiento a la definición, destacó el aspecto endocrinológico, pero todavía no conformó una definición de stress, luego



introdujo agregados que procuraban un concepto de in especificidad, incluso afirma que, la inespecificidad de la demanda como tal, es lo esencial del stress.

Selye (1974) estudio a pacientes con enfermedades infecciosas que en fase inicial presentaban fiebre, malestar, dolor de cabeza, aceleración de pulso, etc, noto que la inespecificidad es la característica del stresor sea físico, químico o psicológico. Mason (1975) discute la noción de in especificidad y comenta que, el stress es la suma de reacciones inespecificas del organismo que se producen por la acción prolongada del stresor, vale la pena señalar que se refiere a lo inespecifico de la respuesta a la demanda estresante, pero también vale la pena señalar que en la actualidad esa in especificidad ya se conoce, es decir, que la in especificidad hoy en día es especifica (Vargas, 1988) en el Síndrome de Adaptación General. Selye (1974) afirma que el stress, es la respuesta inespecifica del cuerpo ante cualquier demanda, en ese momento aporta un nivel descriptivo del concepto, pero como ya dijimos en la actualidad esa in especificidad resulta objetable porque ya se logro especificar por lo menos en su aspecto endocrino Cruz, Vargas (2001) la activación es especifica - la reacción neuroendocrina, tiene características especificas, puesto que, es solo en el stress donde aumenta la actividad hipotalamica – hipofisiaria, con descarga hormonal desde la hipófisis de la hormona trópica para la corteza adrenal (ACTH - Adrenal Cortico Tropic Hormone) que actúa sobre la corteza suprarrenal, timo y ganglios linfáticos con modificaciones inmuno – hematológicas, la respuesta hipofisiaria depende del tipo de estresor, lo que resulta interesante ya que a veces la ACTH va junto con la hormona del crecimiento y otras veces no, sucediendo algo parecido con la hormona vasopresina, tal respuesta se presenta con la estimulación del sistema nervioso autónomo que demanda a la adrenalina, hormona secretada por la medula suprarrenal y reforzada en la periferia corporal por la noradrenalina, secretada en las terminaciones de las fibras adrenérgicas o simpáticas.

Se identificó que los cambios internos del medio sanguíneo, comandan la respuesta externa, que en última instancia es la razón de ser de los cambios de adaptación del stress facilitados por la descarga hormonal. Los cambios principales ocurren el lo que el fisiólogo francés Berbard Claude 1813 - 1878 creador de la medicina experimental, denominó medio interno, es decir la sangre-medio líquido que baña en sus regiones terminales a todas las células del cuerpo.

El stress induce cambios fisiopatológicos, es decir que sobrepasan el margen normal de las funciones reguladas, llevando al sistema endocrino – sanguíneo hacia una exigencia mayor heterostasis, que significa activar la autorregulación (homeostasis).

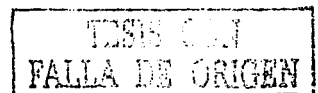
El sistema adrenergico que genera adrenalina, es un sistema estimulador que acelera el corazón, vierte a la sangre glucosa acumulada en el hígado, acrecienta el estado de alerta, combate la fatiga mental y muscular, causa ansiedad dilata las pupilas, produce emoción y aceleración del pulso (taquicardia), siendo todos estos efectos los que caracterizan la iniciación del stress. se pueden reproducir con la inyección intravenosa de adrenalina (Selye 1974) tiene como mediador hormonal a la acetilcolina por lo que el sistema es llamado colinérgico o sistema parasimpático, de carácter inhibitor para los efectos de sistema adrenergico, el stress estimula intensamente el sistema adrenergico, provocando abundante descarga de adrenalina desde la suprarrenal y noradrenalina desde las fibras terminales noradrenergicas de todos los órganos, la acetilcolina antagoniza a la adrenalina – noradrenalina y evita el desbalance entre los dos sistemas, lo que puede llegar a poner en peligro la vida de la persona, es una pérdida de la autorregulación hormonal; ya que en el equilibrio entre ambos sistemas radica el sistema regulatorio de la hormona del stress, una pérdida de ese equilibrio, en lo cotidiano es prácticamente imposible y sólo se produce cuando el stress es excesivamente intenso o prolongado (agotamiento y muerte) Selye comenta que experimentalmente se puede provocar administrando dos, tres o mas stressores en

forma continua sin mediar descanso en el organismo, este dispositivo hace que el mecanismo regulador cerebral falle.

El centro del cerebro llamado hipotálamo, comanda la función de la glándula asentada en la base del cerebro, llamada glándula pituitaria o hipófisis antiguamente se pensó que secretaba pituita = secreción mucosa nasa, pero ahora se sabe que es la glándula rectora de la tiroides, glándulas sexuales y suprarrenales, que si se extirpa la hipófisis cesa automáticamente la función de esas glándulas y por tanto determina la reproducción de stress. Seminovich (1975), Slipak (1991) determinaron hormonas en situaciones placenteras encontrando que hay aumento de adrenalina, pero no de cortisol, incluso el cortisol disminuye, en resumen, la hormona ACTH es la hormona del stress, porque aumenta en la sangre de personas estresadas y actúa sobre la corteza suprarrenal produciendo cortisol Flores (1993) Cruz, Vargas (2001) tomando en cuenta que el sistema nervioso central proyecta al resto del organismo la respuesta al stresor, que entra por la vía sensorial de predominio ocular y su llegada por el hipotálamo con salida por la hipófisis al medio interno que finalmente produce un comportamiento y heterostasis.

No hay stress sin amenaza y esta se presenta solo si el sujeto evalúa la situación como amenazante al momento de percibir una situación "X", la peligrosidad es variable, vale decir psicológicamente variable, Vargas (1988) Zapata (1994).

Para que un estímulo sea evaluado como estresante, para que sea caracterizado como tal, es necesario tomar en cuenta su 1) intensidad, 2) duración. En donde tanto lo sorpresivo como, lo peligroso parecen ser sus principales características generales Vargas (1988) sin embargo este trabajo no propone el estudio de lo sorpresivo o intenso de stress, si no el estudio de la duración (cotidianeidad) del un conjunto de stresores de menor intensidad.

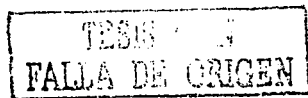


El stresor con amenaza es principalmente desagradable y perturbador, pero también puede ser agradable, de menor intensidad y/o de tipo cotidiano, como señalo Selye (1974) stress without distress = stress sin stresor desagradable. En este sentido Semionovich (1975) Slipak (1991) determinaron la cantidad de hormonas segregadas en situaciones placenteras, concluyeron que en dichas situaciones hay secreción de adrenalina, pero NO de glucocorticoides, es decir de cortisol, incluso puede haber descenso de cortisol. Se observo que hasta ahora, el estudio de factores psicológicos de stress se ha inclinado a factores negativos o desagradables, en donde se entiende que al no segregarse cortisol durante la exposición a los estímulos agradables, no se esta frente a stress, sino solo ante una gran emoción.

Es oportuno aclarar que este trabajo se interesa por hacer una distinción, más que de el estímulo agradable en referencia al desagradable, del estímulo intenso en referencia al estímulo duradero, es decir crónico (cotidiano) de menor intensidad.

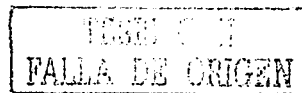
En tanto que se sabe respecto a la intensidad, que el organismo responde de manera proporcional a la intensidad del estresor, es oportuno interesarse en comprender el estado de stress crónico, en donde el sujeto esta inadvertido y entra al campo de la enfermedad con síntomas como: insomnio, dolor de cabeza, falta de concentración, molestias digestivas; por esta razón el stress crónico se convierte en desajustador de organismos, desencadena enfermedad, y se debe considerar que esta ultima antes de ser curada, puede ser prevenida, si entendemos que es el efecto de la inadecuada adaptación del sujeto a la vida cotidiana.

Entonces, se debe ser cuidadoso al reconocer que existe emoción agradable, emoción desagradable y emoción amenazante y que solo en el tercer caso, se considera (endocrinológicamente) stress. En la emoción simple o corriente de baja intensidad, generalmente agradable con baja excitación del



sistema nervioso autónomo, se segrega adrenalina, pero sin estimulación de cortisol, dependiente del sistema hipofisiario adrenal, la emoción intensa gratificante activa el sistema de adrenalina, pero no activa el eje hipofisiario, es decir, se presenta sin stress, tanto en la emoción simple, como en la emoción intensa el estímulo está desprovisto de amenaza, pero en la emoción máxima con activación del sistema de la adrenalina y del cortisol como respuesta ante la amenaza, sí provoca stress. Es importante diferenciar las dos vertientes funcionales, la adrenergica - adrenalina y la hipofisiaria - cortisol, son diferenciadas y discriminadas por los sujetos en experimentos con paracaidismo simulado, donde después de cuatro saltos Ursin, Baade, Levine (1978) los soldados que practican paracaidismo, no presentan elevación de cortisol, solo de adrenalina y siendo está de menor magnitud que la observada en los primeros saltos, de esa forma los sujetos adquieren maestría o control sobre el evento estresante. Así mismo describen las conductas de aves y mamíferos domésticos, en relación con la reproducción, la alimentación y comunicación realizadas sin estresor amenazante, concluyen que estas ocurren sin stress, pero con elevación de adrenalina en la sangre.

La pregunta es ¿se debe diferenciar como si fueran cosas distintas, el estudio de la emoción intensa, de la emoción con stress? la respuesta es sí, puesto que existe una clara diferencia endocrinológica entre ambas, en la emoción la excitación fuerte pasa fácil, rápidamente y no hay confusión mental, pero la emoción con stress, se presenta con confusión mental, durante la cual no se puede pensar, ni concentrar, y se tiene como resultado un estado o periodo riesgoso; por ejemplo para un trabajador experto en manipulación de precisión, un estudiante en examen que evalúa ese momento como amenazante, puede quedar con mente en blanco, resumiendo, en una emoción emocionante la mente se mantiene lucida y en una emoción acompañada de amenaza = stress, no, la mente se torna confusa y con dificultades de concentración, aunque hiper - alerta, lo que supone un grave problema para estudiantes universitarios que por su etapa de desarrollo psicosocial están en una situación de riesgo, sobre todo cuando los

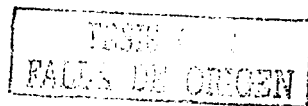


mecanismos de afrontamiento a los que recurren son desadaptativos, por lo tanto es importante investigar como son afectados los individuos por los diversos niveles de stress que enfrentan durante la formación universitaria, por el momento se sabe que las mujeres presentan un nivel más alto de stress y que la intensidad del stress disminuye con el paso del tiempo en ambos sexos, pero como se relaciona el stress con el rendimiento escolar y el estado de salud, ya que la existencia de una relación resulta evidente Domínguez (1989).

Un concepto diferente al de estimulación, que supone una intención exterior o respuesta ante una amenaza exterior real, es el de activación -arousal, Eysenck (1982) señala, la activación del sistema nervioso, se distingue de la excitación o estimulación, porque en la excitación hay una respuesta inmediata y un efecto que se extingue, mientras en activación hay respuesta - respuesta - respuesta seguida de un efecto prolongado.

El fenómeno anterior lo describe Cannon (1935) al estudiar la respuesta del gato encerrado en una jaula al cual le presenta un perro que con sus ladridos lo amenaza, la denomino, respuesta del gato, que también describió Darwin (1998) de ahí se derivan las respuestas de Fight or flight = atacar o arrancar, deducimos que un sujeto estresado reaccionará atacando o arrancando.

Pero se debe cuestionar, si en la actualidad seguimos centrados en la determinación genética de responder atacando o arrancando, al parecer no es así, en la actualidad la respuesta que se presenta, es la de bloqueo, es decir quedarse inmóvil o paralizado, la cual es una respuesta en el ser humano de discutible modernidad ante un stress moderno, que de poco ayuda y mucho afecta, pues el sujeto que despliega esta respuesta, queda indefenso ante el peligro que implica el stresor, este fenómeno se conoce como el mal del soldado y se usó para describir a soldados jóvenes y novatos en la guerra de Vietnam, que estando al frente de batalla, ante un fuego cruzado, y que mostraron la conducta o respuesta de quedarse inmóviles, paralizados y fueron blanco fácil para sus



enemigos, de ahí se deduce que evaluaron la situación como amenazante – stresante, talvez esta respuesta que parece moderna en humanos, no lo sea para otras especies, puesto que se observa como respuesta defensiva en algunas especies que buscan escapar del depredador y algunos anfibios, a los cuales este comportamiento les permite camuflajearse en el ambiente, parecer muertos y no ser percibidos.

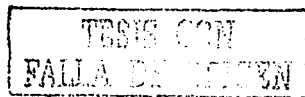
En la actualidad se estudian las substancias reguladoras de los mecanismos endocrinos Ader (1981,1984) se trata de un tema importante e interesante, sin embargo se reconoce que no es el objetivo de este trabajo y por ese motivo no se profundizara más al respecto.

Este trabajo se interesa por un enfoque menos fisiológico y mas conductual (conducta externa - manifiesta) es decir se interesa en la interrelación de agentes stresores con el sujeto en la vida cotidiana, la interdependencia del ser viviente y de su entorno. Por esta razón este trabajo se basa en la concepción del Síndrome de Adaptación General, en la inteligencia de que este enfoque permite ubicar un diagnostico de salud – enfermedad, sobre la base de los síntomas que la población estudiada reporta, permite un análisis con relación al horizonte clínico y al enfoque epidemiológico.

A continuación se describe el Síndrome de Adaptación General.

1.4 STRESS = SINDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL.

Se entiende por stress, el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuroendocrina ante un estímulo percibido (aspecto psicológico) como amenazante, estímulo que se convierte en estresor y que va a actuar en detrimento de la integridad, bienestar y salud.

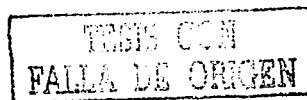


En la anterior definición se otorga importancia al estímulo externo que es percibido como amenazante, pero se aclara que este trabajo, más que estudiar a los estímulos estresantes, se estudio a los seres sujetos a stress (estudiantes universitarios) para ello resulta ilustrativa la clasificación de stresores que sugiere Cotton (1990).

- 1) Stresores físicos: condiciones que nos afectan principalmente en el aspecto corporal por ejemplo cambios de temperatura, contaminación ambiental o ejercicio prolongado.
- 2) Stresores psicológicos: aquellas amenazas que son atribuibles a la reacción interna del sujeto percepción, pensamientos y sentimientos, en donde la amenaza implica la interpretación que hace la persona de un determinado suceso.
- 3) Stresores psico - sociales: provienen de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o por excesivo contacto (hacinamiento).

Ciertamente no es posible separar estos stresores entre si, solo se separan en situaciones controladas de laboratorio o en condiciones teóricas, ya que habitualmente en la realidad coexisten, lo que aquí queremos destacar es que no necesariamente un evento problemático tiene un carácter stresor y por el otro lado un evento o conjunto de eventos aparentemente sin importancia, (de baja intensidad) pueden producir stress o considerarse stresantes.

Este es el caso los stresores que se encuentran en la vida cotidiana y que juntos producen un efecto sumativo, más que intensivo, por ejemplo asistir a una formación profesional en donde la vida académica y la vida diaria con todo lo que implican hacen el efecto sumativo - acumulativo, sometiendo al sujeto a cierto



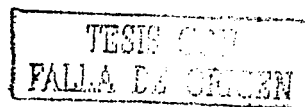
grado de stress, con su consecuente efecto en el rendimiento escolar y la salud Domínguez (1989).

En este trabajo se estudian factores no subdimensionados, sino integrados en las respuestas que nos exige a diario el medio, estas respuestas no necesariamente son intensas, más bien son de menor intensidad, pero de un efecto sumativo al ser situaciones crónicas, prolongadas o duraderas.

En este sentido, de acuerdo con Lazarus, Folkman (1984), quienes dicen, que el stress, es la relación entre la persona y su medio, misma que es percibida por el sujeto como excesiva para sus recursos o que amenaza su bienestar.

La respuesta ante stress puede ser desglosada en tres aspectos:

- 1) Respuesta neuroendocrina: Barlow (1988) activación parcial o completa del eje Hipotálamo – hipófisis – suprarrenal. Y el Inter. juego entre los sistemas adrenérgico y colinérgico. pero como se mencionó con anterioridad, no es el objetivo del presente trabajo profundizar a este respecto.
- 2) Respuesta cognitiva: todo estímulo interno o externo, pasa por una apreciación subjetiva de la persona (appraisal) expuesta a estímulos, dejando de lado las amenazas directas y reales, y haciendo énfasis en el conjunto cotidiano de amenazas estimadas. Lazarus, Folkman (1984) son quienes aportan el énfasis no sólo en la respuesta desencadenada por el stresor, sino también en la respuesta del sujeto ante tal stresor, aportan el concepto de coping = afrontamiento, que también está relacionado con la apreciación, lo definen como un proceso cognitivo evaluador que interviene en el encuentro de estímulo – reacción. Que va de una primera estimación, en donde la persona busca tener un punto de vista propio, que le

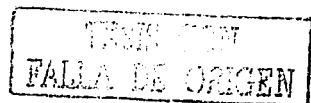


sirve para evaluar un evento como irrelevante o estresante; una segunda estimación, que tiene que ver con el afrontamiento, del como se las va a arreglar para dar solución al problema y si dispone de esas habilidades; tercera estimación, reevaluación (reappraisal) lucha, re-enfrentamiento que permite control o afrontamiento exitoso.

- 3) Respuesta de conducta manifiesta; Knapp, Mark (1995) señala que la expresión no verbal tiene un valor adaptativo, no solo para la persona afectada, sino también para la comunidad a la que pertenece, permite comunicar el peligro a otros miembros de su especie, las respuestas parten de una base innata y se vuelven complejas en la medida que el sujeto va teniendo nuevas experiencias durante la vida (aprendizaje). Mlot (1998) señala la diferenciación entre la amígdala izquierda, que esta involucrada en respuestas concientes y la amígdala derecha que esta involucrada en respuestas instintivas (valga decir para los simpatizantes del psicoanálisis; respuestas inconscientes).

En la actualidad, no se trata solo del stress que pone en riesgo la integridad física, sino del que pone en riesgo la integridad como persona, no solo las respuestas de pánico se consideran stresantes, sino como señala la organización mundial de la salud citada por González de rivera y Revuelta (1995) al referir tres criterios básicos de salud mental a saber 1) El conocimiento y aceptación de si mismo, 2) La correcta percepción del ambiente y 3) La aptitud para la integración que permite hacer frente a las exigencias de la vida tanto en situaciones de crisis como ante los continuos esfuerzos de adaptación que exige la vida cotidiana.

Aun cuando la adaptación se estudia desde el punto de vista físico, y se acepta que la adaptación moderna es primordialmente de tipo psico-social, es decir, el humano, no enfrenta con tanta frecuencia amenazas a la vida, entendida como integridad física, si no a la integridad psicosocial, Vargas (1994) llama la



atención, respecto al hecho de que, se ha subdimensionado el aspecto adaptativo del stress ante situaciones stresantes mayores, pero no se a estudiado de manera importante las situaciones stresantes de la vida diaria, que son de menor intensidad y en donde existen aspectos que la persona evalúa como objetivos o subjetivos, y en donde el bienestar o malestar en acuerdo con Walton (1981) puede se equiparado al continuo salud – enfermedad.

El énfasis en los eventos stresntes mayores, tuvo su efecto en investigación; la mayoría de investigadores se esforzó por medir el peso específico de los posibles stresores mayores, dando origen a un sin numero de escalas que cuantifican el grado del stress en situaciones diversas, una de las escalas de stresores más conocida es la de Holmes y Rahe (1967) la cual da puntaje a eventos vitales variados, pero se le crítica que no toma en cuenta que esos mismos eventos y no considera que pueden considerarse como positivos o negativos en la vida de la persona, así surgió una categoría de stresores denominada life stress events = eventos stresantes vitales, que corresponde a eventos stresantes mayores y que provoco que se subdividieran los stresores y se reagruparan, haciendo una mezcla indebida de stresores agradables y desagradables (Vargas 1992). Por esta razón es valido decir que, faltan estudios sobre eventos - stresores menores y positivos en la vida. Kanner, Coyne, Schaefer, Lazarus (1981) aseguran que los eventos stresores menores son mejores preéditores de salud, que los eventos stresantes mayores, ampliando la controversia Cruz, Vargas (2001) aseguran que puede existir otra variedad de stresores denominados intermedios, que también generan dificultades de adaptación y en ultimo termino enfermedad. Estos stresores ya se están estudiando en la British medical association desde 1987 y se encuentran entre otros vivienda. Alimentación, movilización, apoyo emocional, etc. Y desde donde enfermedades como el tabaquismo se conceptualizan como un fracaso en el afrontamiento a eventos menores de la vida diaria Lolas (1995).

La respuesta ante el stress es multidimensional, lo que hace complejo su estudio, pero básicamente son nuestras predisposiciones Biopsicosociales las que enfrentan eventos de la vida cotidiana, determinando el estado de salud – enfermedad.

Covey (1997) plantea que todos tenemos un círculo de problemas que es mayor que nuestro círculo de influencia, es decir, de nuestra área de acción, que esas variables no las podemos controlar, y en donde según Averbach (1998) los fracasos son vistos como desafíos por los optimistas, quienes se sienten estimulados a desarrollar un esfuerzo mayor para superar dichas adversidades.

Lo expuesto hasta este momento, se considera suficiente para tener un panorama de algunos puntos de vista respecto al stress, en este momento se enuncia, que esta investigación se apoya básicamente en el concepto de Síndrome de Adaptación General acuñado por Selye (1946) mismo del que a continuación se explica.

Está conformado por tres fases o etapas:

- a) Fase de alarma – stress agudo: Provocada por el estímulo; En esta fase el cerebro envía sustancias químicas llamados neurotransmisores al hipotálamo, que a su vez estimula a la médula de la glándulas suprarrenales para que secreten adrenalina o epinefrina y noradrenalina o norepinefrina, estas son las responsables de que aumente la frecuencia cardíaca, la intensidad de las contracciones del corazón, se produzca vasoconstricción (estrechamiento del diámetro de los vasos sanguíneos) de la piel y las vísceras, con excepción de los vasos sanguíneos que llegan al corazón y los pulmones; al mismo tiempo se dilatan los vasos sanguíneos que llegan al músculo esquelético y encéfalo, el vaso se contrae y libera la sangre que tiene almacenada, aumentando así la cantidad disponible de sangre, el hígado transforma

grandes cantidades del glucógeno que tiene almacenado en glucosa para que las células de los tejidos puedan disponer de una fuente adicional de energía. Aumenta la sudoración para contrarrestar el aumento de temperatura del cuerpo, debido al aumento de la velocidad en el bombeo de la sangre y al metabolismo de las células que aumentan la eliminación de desechos. Aumenta también la frecuencia respiratoria para que el organismo capte mayor cantidad de oxígeno y elimine mayor cantidad de bióxido de carbono. Además disminuye la producción de saliva y de jugos digestivos, mismo que en ese momento no son importantes.

- b) Fase de resistencia – stress crónico: Esta fase es más duradera; El hipotálamo libera factores que estimulan a la glándula hipófisis o pituitaria para que a su vez produzcan la hormona ACTH que va a estimular la corteza de las glándulas suprarrenales para que produzcan glucocorticoides que hacen que aumente la cantidad de glucosa en la sangre, de esta manera el organismo dispone de más energía y puede soportar mejor las crisis emocionales, tareas extenuantes y de defensa contra las infecciones o hemorragias.
- c) Fase de agotamiento – enfermedad o muerte: provoca enfermedad o muerte; Caracterizada por la pérdida de iones K, con lo que disminuye el funcionamiento de las células, como también disminuye la secreción de glucocorticoides, provoca disminución de la concentración de glucosa en la sangre, debilita todavía más a las células, que incluso, pueden llevar al individuo a la muerte.

Como estrategias para disminuir el stress, se recomienda en general y terapéuticamente al individuo descubrir su propio nivel de tensión y manejarlo, plantearse objetivos alcanzables a corto plazo que le produzcan satisfacciones inmediatas y estímulos para seguir adelante poco a poco y paso a paso, el

individuo se debe querer así mismo sin ser egoísta, tratar de relacionarse con los seres que le rodean, practicar algún deporte y realizar actividades que le ayuden a relajarse.

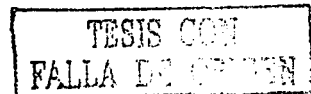
Algunas de las Medidas preventivas específicas son (Higashida 1996).

- Fomento de la higiene mental
- Eliminar agentes que producen stress
- Mejorar relaciones Inter. personales.
- Mejorar el nivel de educación.
- Mejorar el nivel de cultura.
- Organización de actividades diarias.
- Diversión sana.

Se reconoce que al stress no se le puede evitar y tampoco sus efectos mientras se esta vivo, pero sí se puede aprender a mantenerlo y reducirlo a su mínima expresión, también se pueden controlar los nocivos efectos, lo que permite evitar muchas de las enfermedades que, en gran medida, se deben a errores en la respuesta de adaptación al stress, más que a daños directos causados por agentes patógenos que provocan enfermedades nerviosas (alta presión arterial, úlcera gástrica, desarreglos sexuales, alérgicos, inmunológicos, etc.) y que son enfermedades de adaptación a stress crónico, que se manifiesta en alguna etapa del Síndrome de Adaptación General.

En síntesis son tres las etapas.

- 1º Reacción de alarma (stress agudo).
- 2º Etapa de resistencia (stress crónico).
- 3º Etapa de agotamiento (enfermedad o muerte).



Al resumir las etapas y su interrelación, se observa que la reacción de alarma inicia en el momento en que el ser humano se enfrenta a un estímulo o agente que le produce stress, si dicho estímulo es muy intenso y el organismo no es capaz de adaptarse, el individuo sufre desgaste y muere, pero si el agente es intenso y a pesar de eso permite que el organismo resista, la curva ascenderá por arriba del nivel normal de resistencia (homeostasis o equilibrio orgánico), hasta dar principio a la segunda etapa del Síndrome de Adaptación General, que es la etapa de resistencia, en la que el stress se convierte en algo permanente, es decir crónico, si esta etapa es intensa o se prolonga demasiado tiempo, tarde o temprano se manifestará la etapa de agotamiento en la que aparece la enfermedad o incluso la muerte.

En este momento es oportuna la revisión de las fuentes de la psicología clínica en el diagnóstico del stress y de otros padecimientos psicológicos, es decir, la revisión del Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales (1994) cuya abreviación es DSM-IV y el manual de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la organización mundial de la salud (1996) en su décima revisión, cuya abreviación es CIE-10, su revisión permite apreciar, como se maneja clínicamente el concepto de stress y las aplicaciones que se han propuesto.

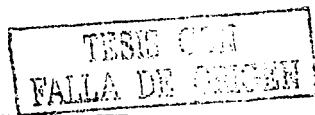
Lo primero que llama la atención es que no se usa el diagnóstico de estar stressado, en estos manuales su equivalente clínico es el trastorno de adaptación cuyas características son: un estado de perturbación psicológica con síntomas emocionales (por ejemplo estar angustiado) o de conducta que se producen en respuesta a un stresor identificable y que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia de este. Esta definición alude a un proceso de adaptación insuficiente pero transitorio que supera la capacidad de afrontamiento de la persona y por esto se especifica que los síntomas producen un malestar mayor al esperable en respuesta al stresor e interfiere con el funcionamiento de diferentes áreas de desarrollo personal (p/e laboral, escolar social).

Mencionan que los stresores están dentro del rango de experiencias normales (cotidianas) entre los descritos se mencionan experiencias de separación matrimonial, fracaso académico, enfermedad, jubilación, nacimiento de un hijo, pérdida de empleo; el CIE-10 señala que la predisposición o vulnerabilidad individual desempeña un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, se entiende que la afección no habría surgido sin la acción del factor stresante, las manifestaciones más frecuentes según el DSM-IV son la depresión (angustia, llanto y desesperanza), ansiedad (nerviosismo, preocupación e inquietud) y de alteración de la conducta (violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales, es decir vagancia, vandalismo, peleas, conducción irresponsabilidad, entre otras), el CIE-10 agrega que se pueden presentar sentimientos de incapacidad, dificultades de planificación o de continuar con la situación actual.

Se espera que las personas con trastorno de adaptación, dejen de presentar síntomas en los seis meses siguientes al cese del evento estresante, es decir, que logren recuperar su nivel previo de funcionamiento, también se describe que este trastorno puede ser crónico, es decir que puede durar más de seis meses, siempre y cuando persista el estresor o este haya producido un daño permanente.

Resumiendo según el DSM-IV es un trastorno frecuente, entre 5 % y 20 % de personas con tratamiento de salud mental ambulatorio en EUA, afecta por igual a hombres y mujeres, pero se desarrolla con más frecuencia en personas vulnerables como minusválidos, viudos, jubilados o sujetos en situaciones límite; es un trastorno que la gente generalmente confunde con depresión.

En estos mismos manuales se pueden encontrar referencias al trastorno por stress agudo = trastorno postraumático Kaplan, Sadock (1996), señalan que el



stress es el factor causal primario en el desarrollo del trastorno, la duración del stress postraumático es mayor a un mes y puede tener un inicio demorado, apareciendo los síntomas después de 6 meses de ocurrido el evento.

1.5 ESTUDIOS EXPERIMENTALES.

Selye (1935, 1950) afirma que el grado de stress, se aprecia en el desgaste o rompimiento que se produce en el organismo durante la etapa de resistencia. Para demostrar esto, llevó a cabo una serie de experimentos en ratas de laboratorio, a las que expuso, de diferentes maneras, por periodos prolongados a estímulos generadores de stress.

Colocó a cien ratas en una habitación refrigerada en el que la temperatura se encontraba cerca del punto de congelación. Las ratas gracias a su pelambre, soportaron bien la baja temperatura, pero durante las primeras 48 horas ya habían desarrollado manifestaciones típicas de stress, esto lo comprobó tomando algunas de ellas, al azar, y verificando que tenían glándulas suprarrenales anormalmente grandes, glándula timo, nódulos linfáticos encogidos y úlceras estomacales.

Luego cambió de lugar a 20 de estas ratas para probar su resistencia a temperaturas más bajas, las mantuvo así, durante cinco semanas, mostraron una aparente y total adaptación a temperaturas bastante más bajas del nivel de congelación, aparentemente se habían adaptado, pero en realidad las ratas se encontraban en la etapa de resistencia del síndrome de adaptación general, era evidente que su resistencia subió por encima del nivel normal.

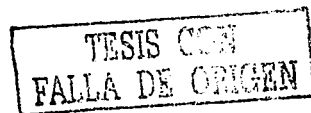
Decidió entonces dejar, a las cien, en el mismo sitio y a la misma temperatura para averiguar si su adaptación era verdadera, pero no lo fue, a los cuatro meses comenzaron a morir, al sexto mes no quedaba ninguna de aquellas ratas de laboratorio.

Las ratas llegaron a la etapa de agotamiento, que en este caso significó muerte, concluyó que se puede entrenar para adaptación a cualquier mamífero – llámese rata u homo sapiens – con un propósito determinado; pero eventualmente el intenso desgaste y rompimiento del organismo, provocado por el esfuerzo de adaptación a determinada situación, causa enfermedad o muerte.

Kaplan, Sadock (1996) observaron a propósito de stress postraumático que, los soldados en combate presentaban síntomas autonómicos cardiacos, a los que llamaron, corazón de soldado. También se estudió a población civil, en otras situaciones de guerra, en donde se observo este mismo efecto (Rioseco, Escobar 1994) en la provincia de Santiago, de Chile, se demostró que una porción cercana al 4 % de la población general presentó estos síntomas, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres; Trucco (1995), menciona como factores favorecedores de sintomatología a la historias familiar de inestabilidad, separación temprana de los padres, ansiedad previa e historia familiar de ansiedad Sapolsky (1997) señala que la disminución del neurotransmisor noradrenalina, genera estados asociados a la depresión, como el estado transitorios de estar triste.

En experimentos de paracaidismo simulado, se buscó estudiar la adaptación adquirida o adquisición de maestría ante un evento estresante Ursin, Baade, Levine (1978) encontró que después de 4 saltos los indicadores de stress disminuían y encontró secreción de adrenalina sin cortisol, también encontró que no se modifico la concentración sanguínea de testosterona y estrógeno. También determino que los estímulos agradables no producen stress, ésto, al observar la disminución de glucocorticoides en sujetos expuestos a hipnosis placentera.

Vargas (1984) observo un aumento escalonado de la hormona melanocito estimulante en la sangre de 50 sujetos normales y 150 enfermos, en relación a la intensidad de un stresor (choque eléctrico).

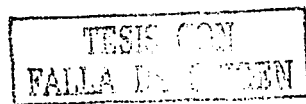


También se observaron cambios en el lenguaje no verbal o expresiones fisonómicas como la mirada, cambios visuales y bucales, en la conducta de sorpresa o susto, en donde la boca tiende a abrirse con amplitud, durante el dolor tiende a cerrarse y doblarse el labio inferior hacia dentro, en situaciones de placer la cabeza tiende hacia atrás con amplia abertura bucal Darwin (1998) En otros experimentos se observó la intensidad de la mirada ansiosa y se demostró en experimentos con monos, quienes estaban cada uno en su pieza, separados por una pared de vidrio, a un lado un mono gerente, responsable del manejo de la manilla que a su vez accionaba choques eléctricos, pero que bien usada, previo aprendizaje los evitaba, el mono pasivo, desprovisto de aquella manilla, se mostró pendiente de que su compañero no se equivocara, y se determinó que era la mirada ansiosa del mono pasivo, la que transmitió al mono gerente la presión psicológica del mono pasivo, en este caso, el reporte de expresión fisonómica de las distintas partes del rostro del mono pasivo por medio de fotografías, permitieron probar que es la parte de los ojos del mono pasivo la que transmite la reacción stresante al mono gerente.

Selye (1935) demostró la aparición de erosiones hemorrágicas gástricas, producidas en las ratas que fueron sometidas a diferentes tipos de violencia, como la de intensa frustración experimental que ocurre en una rata intrusa acorralada en un rincón de la jaula por no pertenecer a la colonia, es tal el estado de stress que puede no sentir las descargas eléctricas disparadas a la cola debido a la analgesia desencadenada por el stress.

Cannon (1935) demostró en 1914 la reacción del gato encerrado en una jaula al que presentó un perro que con sus ladridos lo amenazaba y describió las reacciones ante esta situación de stress, como son: la dilatación de pupilas, erizamiento de la piel y postura de contracción muscular, entre otras.

Específicamente en humanos, el manual DSM-IV refiere 5 ejes de evaluación del stress.



- 1) trastornos clínicos que presenta la persona.
- 2) Trastornos de personalidad o retraso mental.
- 3) Enfermedades somáticas que presenta el paciente.
- 4) Problemas psico- sociales o ambientales que afectan la vida de la persona
- 5) Evaluación de la actividad global.

Este modelo promueve la evaluación bio – Psico - Social del sujeto, en los ejes 4 y 5, el 4 intenta determinar los stresores que afectan a la persona, se recomienda agrupar los stresores negativos por áreas: grupo primario o de apoyo (perturbación familiar o de separación), ambiente social (apoyo social inadecuado), enseñanza (problemas académicos), laborales (trabajo stresante), vivienda (espacio o vecinos), económicos (pobreza extrema), acceso a servicios sanitarios (largo periodo de espera para ser atendido), interacción con el sistema legal (víctima de acto criminal o presunto responsable), problemas ambientales (desastres naturales).

La gente sana según Mabers (1984) se siente bien, presenta actitud relajada, y se siente capaz de producir placer con sus actividades, por ejemplo la actividad física, los demás lo consideran adaptable y accesible, con cualidades de éxito, pensamiento rápido, actitud flexible, originalidad, vigor y capacidad para hacer un esfuerzo sostenido. Es decir, todos somos capaces de aprender a adaptar nuestras reacciones al medio, en este sentido lo anterior describe la capacidad de adaptación. Sin embargo autores como Avison (1998) Cohen, Sheldon, Kessler, Ronald (1995) comentan que la investigación debe interesarse por el impacto específico de cada stresor en una determinada patología, siguen dando prioridad al estudio de población enferma y restan importancia el estudio de población sana.

1.6 PERSPECTIVA ECOLÓGICA.

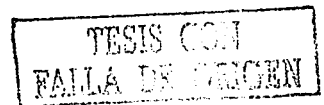
Se utilizo esta perspectiva para un acercamiento científico a la comprensión de la interrelación entre sujeto y medio ambiente, la finalidad al presentar este apartado es, que podamos considerar los factores y actores involucrados en el proceso de salud – enfermedad.

Se entiende como ciencia (palabra que proviene del latín scientia) el conocimiento exacto y razonado de ciertas cosas o el conjunto sistematizado de conocimientos. Así bajo esta definición, entenderemos a la ecología como la ciencia que estudia las relaciones existentes entre los organismos y el medio ambiente en que viven.

La ecología – humana, estudia al hombre en relación con el medio ambiente, se interesa en los factores y actores ecológicos que condicionan la salud y la enfermedad, mismos que a pesar de ser múltiples y variados Higashida (1996) en general se pueden clasificar en: 1) Huésped, 2) Agente patógeno (causal de enfermedad) y 3) Medio ambiente.

Huésped: es aquel ser vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o alojamiento de un agente causal de enfermedad. Agente Patógeno, Causal de enfermedad: es todo poder, principio o sustancia capaz de actuar en el organismo y que será nocivo si su presencia da comienzo a una enfermedad. Medio Ambiente: es la totalidad de factores físicos, químicos, bióticos y socioculturales que rodean a un individuo o grupo, el cuál es dinámico, en constante cambio y con interacciones entre los componentes que lo integran.

El medio ambiente condiciona biológica, psicológica y socialmente al individuo Higashida (1996) de tal forma que el ser humano es un ser biopsicosocial. Para fines de estudio puede dividírsele en medio ambiente natural, medio ambiente Psicosocial y medio ambiente socio-cultural.



El medio ambiente natural está constituido por factores Geográficos, Meteorológicos, Geológicos y Biológicos, íntimamente relacionados entre si y que dan origen a los ecosistemas, básicamente cuatro terrestres y uno acuático: 1) bosques, 2) pastizales, 3) desiertos, 4) tundras y 5) océanos.

El medio ambiente psicosocial o sociocultural: se refiere a los usos y costumbres de supervivencia y convivencia de un grupo determinado, que son transmitidos de generación en generación, incluye entre otros factores a las creencias, modos de producción, de reproducción, valores, etc.

FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

SALUD - ENFERMEDAD

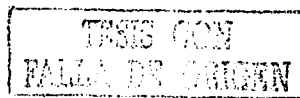
2.1 BREVIARIO DE POLÍTICAS DE SALUD.

En julio de 1946 se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas, especializado en los aspectos relacionados con la salud, en la declaración de sus principios estableció que, uno de los derechos fundamentales del ser humano es, el goce del más alto grado de salud que se puede lograr, sin distinción de raza, religión, credo político, constitución económica o social y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones (SSA 1993).

La OMS y la ONU en 1978, celebraron una reunión, en alma-ata URSS, dónde acordaron el lema, salud para todos en el año 2000, hicieron énfasis en la atención primaria a la salud, que comprende actividades preventivas, educativas y asistenciales al alcance de todos los individuos, el mayor aprovechamiento de los recursos disponibles, la participación de la comunidad, a un costo que ésta y el país puedan sufragar en todas y cada una de las etapas de desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Para lograr la meta (salud para todos en el año 2000) se tiene que poner en práctica no sólo el derecho, sino también, el deber de participar individual y colectivamente en la planificación de la salud.

El 3 de Febrero de 1983 se publicó en el diario oficial de la federación un decreto por medio del que se adicione al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos lo siguiente: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las



entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. Con esta publicación se elevó a rango constitucional la protección de la salud en México y la asignación de los recursos necesarios para la acción sanitaria en el país (SSA 1993).

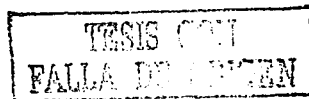
Por otro lado, la atención a la salud también se puede entender como un derecho, resultado de grandes esfuerzos y de luchas sociales Horacio (1997) que hoy en día sigue siendo para muchos inaccesible, en el que la brecha entre los que la tienen y los que no, persiste a pesar de lo expresado en los foros nacionales e internacionales.

2.2 DEFINICION DE SALUD.

En 1946 se funda en Ginebra Suiza la OMS (Organización Mundial de la Salud) institución que pertenece a la ONU (Organización de Naciones Unidas) cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de la población mundial, en su declaración de principios, la OMS definió a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad o invalidez. San Martín (1964).

A partir de ese momento se inicio la discusión acerca del concepto salud y también del concepto de enfermedad.

San Martín (1984) señala que la noción de salud, implica ideas de variación y de adaptaciones continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación, por lo tanto, salud y enfermedad son dos grados extremos de la variación biológica, son el resultado del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total.



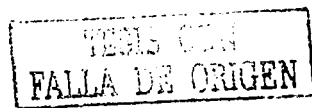
San Martín (1984) menciona que la enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico – ecológico, como falla de los mecanismos de adaptación del organismo y falta de reacción ante los estímulos exteriores a los que se esta expuesto.

Vega, García (1976) comentan que la salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican, en cierta forma, la buena o mala calidad de vida, indican que en el ser humano existen tres realidades 1) biológica – ecológica, 2) social y 3) epidemiológica; esta última integra la realidad biológica – ecológica y social y esta constituida por los determinantes y riesgos de enfermar, que existen natural o artificialmente en el ambiente en que vivimos.

Los autores citados (OMS, ONU 1946, San Martín 1964, 1984 y Vega, García 1976, 2001) coinciden en definir a la salud como un proceso de adaptación del organismo a su medio ambiente y destacan la importancia, a considerar, de los factores bio – psico – sociales.

San Martín (1984) señaló que el humano es un ser eminentemente social, consideró que la salud más que propiedad de individuos, es asunto publico, o mejor dicho de salud publica. Higashida (1996) la definición de salud publica más aceptada es que, la salud publica es la ciencia y el arte de 1) prevenir enfermedades, 2) prolongar la vida, 3) fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios de salud, el diagnóstico temprano, la prevención de enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure un mejor nivel de vida – salud.

Se observa el vínculo entre los conceptos adaptación - salud, y por otra parte con término bienestar, mismo que puede considerarse como equivalente a adaptación dinámica, es decir, que un sujeto se siente bien cuando está adaptado



al medio físico, biológico y social; pero sin olvidar que ese medio es dinámico, en donde ser normal, implica estar en constante cambio, ajustándose continuamente para mantener un equilibrio, así que, el estado normal del individuo es aquel en el que la situación le permite tener el máximo de dicho equilibrio en su composición, estructura y función.

La salud mental; se manifiesta cuando el hombre tiene un rendimiento óptimo en relación consigo mismo y con el grupo social, se expresa de manera correcta y creadora, es decir, cuando lucha frente a los conflictos y busca resolverlos cada vez que los enfrenta.

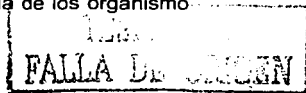
La salud en el área social ; es aquella en que el sujeto convive con sus semejantes y forma parte de una sociedad, contribuye a mantener la estructura en que se desenvuelve o modificarla de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones.

La enfermedad es; cualquier estado que perturba el funcionamiento físico, social o mental de una persona afectando su bienestar; es la pérdida del equilibrio dinámico que mantenía la composición, estructura o función del organismo.

Anteriormente se pensó que la enfermedad provenía del exterior y que se producía por una sola causa o agente patógeno, sin embargo hoy en día, se sabe que la enfermedad puede generarse intrínsecamente.

Desde la ecología, que es ciencia que estudia el modo de vivir del ser vivo y su relación con el ambiente, se entiende que la salud y la enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive.

El organismo humano entra en relación con el ambiente externo a través del ambiente interno fisiológico, el mecanismo que permite la relación equilibrada, se denomina homeostasis, misma que se define como la tendencia de los organismo



a mantener constante su medio interno, es decir, que 1) El medio interno contiene las concentraciones correctas y exactas de iones, gases y nutrientes, 2) Moviliza su medio interno, 3) Elimina desechos, 4) Coordina armónicamente las funciones, 5) Se reproduce.

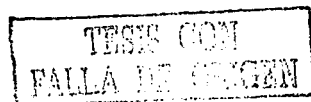
La homeostasis se altera (Heterostasis) cuando el individuo está sujeto a estímulos constantes que hacen que su organismo caiga en stress o esfuerzo de adaptación. El stress puede proceder del medio externo o bien puede proceder del interior del organismo, dependiendo de lo que se considere como fuente de stress y desde el área de estudio desde la que se aborda el tema.

2.3 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

La historia natural de la enfermedad Higashida (1996) es la relación ordenada de acontecimientos derivados de la interrelación del ser humano con su ambiente, que lo llevan a transitar del estado de salud al estado de enfermedad, y se resuelve por diferentes alternativas: 1) regresar a la salud; 2) cronicidad, 3) agravamiento, 4) secuelas, 5) invalidez, 6) muerte. Este proceso se basa en la concepción ecológica, en donde salud y enfermedad no son estados opuestos sino diferentes grados de adaptación (o des adaptación) del organismo al ambiente en que vive.

La historia natural de la enfermedad puede dividirse en dos periodos:

- 1) Período de génesis o pre - patogénico: en este período interactúan el huésped, el agente patógeno y el ambiente (es posible que el agente patógeno, se encuentra en el ambiente) como factores potencialmente productores de enfermedad. El huésped (ser humano) se encuentra sano, pero en determinado momento, alguno de los elementos de la tríada ecológica, se rompe el equilibrio (del sistema ecológico) y da lugar al desequilibrio, que a su vez produce la pérdida de la homeostasis, en donde se produce el estado que



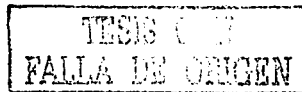
describimos como enfermedad, que no es otra cosa que la pérdida del equilibrio. Se debe tener claro que esta pérdida de equilibrio es de orden multi - causal.

- 2) Período de evolución o patogénico; comprende el proceso evolutivo de la enfermedad en el hombre, desde la primera interacción de los estímulos que la provocan, las respuestas y reacciones del huésped, pueden manifestarse por cambios bioquímicos, anatómicos o fisiológicos, que pueden llevarlo a la recuperación del equilibrio o al estado crónico (donde se lleva a cabo una nueva homeostasis) y a la aparición de secuelas como la invalidez, o incluso la muerte. Los diferentes caminos que tome la enfermedad, dependen en gran medida de la capacidad del huésped para reaccionar ante dichos estímulos.

Leavell, Clark (1965) consideran que, en entre el período de génesis o patogénico y el de evolución o pre - patogénico, existe un lapso de patogénesis temprana, durante el cual se producen cambios en los distintos niveles de organización: molécula, célula, tejido, órgano y sistema, que pueden manifestarse en distintos niveles: bioquímico, fisiológico o anatómico, pero que el individuo no percibe, porque en ese momento, aun se encuentra debajo (fuera) del período clínico, es decir fuera del período de patogénesis descrito con anterioridad.

Sintetizando, el curso de la enfermedad puede tener distintas resoluciones:

- 1) Recuperación de la salud, antes de que la enfermedad se manifieste en el período patógeno.
- 2) Recuperación, después de que la enfermedad cruzó el horizonte clínico.
- 3) Evolución, a la cronicidad.
- 4) Desarrollo de secuelas, derivadas de la enfermedad.
- 5) Recaídas, períodos que alternan entre la salud y la enfermedad.



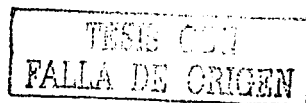
- 6) Que la enfermedad sirva como desencadenante o predisponente de otra enfermedad.
- 7) La muerte del individuo, organismo huésped que alberga un agente patógeno.

2.4. NIVELES DE PREVENCIÓN, MEDIDAS GENERALES Y MEDIDAS ESPECÍFICAS.

Existen básicamente tres niveles de prevención: 1) primaria, 2) secundaria y 3) terciaria; dentro de cada una, existen medidas preventivas generales, que sirven para prevenir cualquier enfermedad y medidas preventivas específicas que sirven para prevenir la enfermedad en cada nivel de intervención.

1) **Prevención Primaria:** Sánchez (1994) se realiza durante el período de génesis o pre - patogénico, con el propósito de fomentar o mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad. Se recomienda:

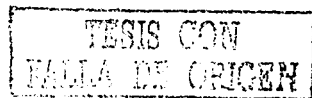
- Alimentación suficiente, completa, equilibrada y adecuada.
- Impartir educación en higiene, como parte de la educación general, para que el individuo conozca las reglas de higiene y pueda crear o modificar valores y actitudes que le permitan conductas favorables a la salud. A este respecto la OMS, ONU (1978) definieron a la educación para la salud, como el conocimiento o el interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo y la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como en los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de salud, en donde: La educación para la salud, es cualquier combinación e intercambio de experiencias para facilitar adaptaciones voluntarias del comportamiento que conduzcan a la salud. La Secretaría de



- Salud (1993) agrega que: La educación para la salud tiene como propósito final la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad, y que se funda en el desarrollo de valores, actitudes, conocimientos y conductas.
- El saneamiento (que evita la ruptura de alguno de los eslabones de la cadena ecológica) está dirigido al agua, los alimentos, las excretas, basura, ruidos, la atmósfera, la flora y la fauna.
 - Las medidas preventivas generales dirigidas al ambiente social, se basan en la elevación del nivel de vida (aquel que indica las condiciones de un grupo humano, relacionados con la satisfacción de necesidades y aspiraciones, desde las puramente materiales, tales como el bienestar físico y el consumo, hasta otros inmateriales, tales como la diversión, la salud mental, las dirigidas al ambiente cultural consisten en los cambios de hábitos, creencias y costumbres desfavorables a la salud.
 - Las medidas preventivas generales dirigidas a los agentes patógenos, consisten en alejar, atenuar o eliminar las fuentes, condiciones y actitudes potencialmente nocivas a la salud.

Medidas preventivas específicas dirigidas al individuo:

- Inmunizaciones específicas
- Aplicación de flúor
- Yodación de la sal
- Aplicación de penicilina
- Adiestramiento, para manipulación de material radio activo.
- Protección contra riesgos ocupacionales
- Protección contra accidentes
- Uso de nutrientes específicos tales como el calcio.



- Protección contra carcinógenos.
- Atención a la higiene personal y mental.
- Las medidas preventivas dirigidas al agente, se basan en la eliminación de agentes patógenos conocidos.

Medidas preventivas dirigidas al ambiente:

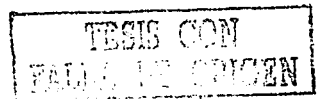
- Eliminación de fuentes productoras de carcinógenos, alérgenos, radiación, etc.
- Eliminación de focos infecciosos (núcleos de donde se disemina la infección; por ejemplo, el núcleo familiar, un establecimiento o cambios ecológicos de un área geográfica).
- Eliminación de condiciones peligrosas.

2) **Prevención Secundaria:** Se utiliza y aplica cuando la prevención primaria fracasó, es decir, cuando el individuo se enferma.

Las medidas preventivas generales dirigidas a los individuos se basan en los exámenes médicos periódicos que permiten el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno para evitar el avance de la enfermedad, se busca disminuir del daño, las complicaciones o secuelas, en el entendido de que la capacidad del individuo se acorta, cuando el diagnóstico se hace tardíamente, pero aún en ese caso, el tratamiento puede resultar adecuado, el hecho primordial es, prevenir complicaciones o secuelas.

Las medidas preventivas dirigidas al agente, consisten en el alejamiento, atenuación o eliminación de fuentes, condiciones y actitudes nocivas.

Las medidas preventivas dirigidas al ambiente consisten en: el saneamiento del ambiente físico y biológico, elevación del nivel de vida, del ambiente social y el cambio de hábitos, creencias y costumbres desfavorables a la salud.



3) Prevención Terciaria: Se aplica cuando han fracasado los niveles de prevención anteriores. Las medidas preventivas dirigidas al individuo consisten en la práctica de exámenes médicos para:

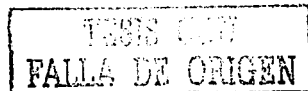
- Limitar el daño, diagnosticando y aplicando el tratamiento adecuado a la enfermedad que presente el sujeto.

- Limitar la invalidez; esto se logra al detectar y valorar el grado de invalidez física, mental o social y prescribir un programa de rehabilitación que trate de recuperar la función y eficacia de los tejidos, capacidades y órganos que están afectados por la enfermedad, si es preciso, se busca fortalecer mecanismos de compensación para que el sujeto sea independiente, se reintegre a la comunidad y pueda llevar una vida productiva.

Los programas de rehabilitación parten de las capacidades que le quedan al individuo y toman en consideración la capacidad de aprendizaje, fortalecen las funciones emocionales y sociales tratando de recuperar en la medida de lo posible las habilidades y destrezas perdidas.

En el peor y último de los casos, la prevención terciaria se encarga de ayudar a bien morir Sánchez (1994).

En resumen, el tipo de prevención, así como las acciones generales y específicas, dependen de los resultados de la valoración, incluyendo el diagnóstico de cada caso específico (población, muestra o sujetos) y se pueden identificar mediante la ubicación topográfica del diagnóstico dentro del horizonte clínico.



CAPITULO III

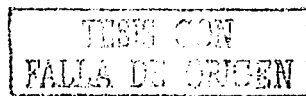
EPIDEMIOLOGIA

3.1 DEFINICION

Este término proviene del griego epi = sobre, demos = pueblo y logos = tratado o estudio. Existen muchas definiciones de epidemiología Behagleole, Bonita, Kjellstrom (1994):

La epidemiología es el estudio de la distribución de la enfermedad y de las determinantes de su prevaencia en el hombre, se define como la rama de la ciencia médica, que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico, en una comunidad humana, Terris (1987) definió a la epidemiología como el estudio de las enfermedades en la sociedad, Abramson (1990) es la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes de la salud en grupos y poblaciones humanas, Grecinberg, Eley, Boring (1995) es una ciencia que se encarga del estudio de la distribución, determinantes y frecuencia de enfermedad, así como de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en las poblaciones humanas específicas, considerando tres dimensiones 1) persona, 2) lugar y 3) tiempo. Beaglehole, Bomita, Kjellstrom (1994) menciona que el enfoque epidemiológico, ve a la enfermedad desde una perspectiva biológica y social, en donde la enfermedad puede estar determinada por causas genéticas o ambientales y que existen cuatro tipos de factores que intervienen en la causa de enfermedad, 1) predisponentes, 2) precipitantes, 3) desencadenante y 4) potenciadores.

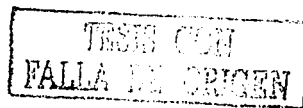
Vega, García (1976) Indican que la epidemiología es uno de los instrumentos de los que se vale la salud pública para ejecutar su acción, que la epidemiología permite el diagnostico de salud - enfermedad en la población.



3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Behagleole, Bonita y Kjellstrom (1994) comentan que fue Hipócrates la primera persona que pensó que la enfermedad tenía relación con el medio ambiente; esto sucedió hace 2400 años A. c. En 1662 Graunt John aportó métodos a la epidemiología para medir cuantitativamente los fenómenos. En 1839 William Farr hizo estudios referentes a la mortalidad en diferentes lugares de trabajo y diferentes estados civiles. En 1849 John Snow demostró que el cólera se propagaba por medio del agua contaminada con materia fecal, cierto es que hasta hace algunos años los estudios epidemiológicos se utilizaban solo en las enfermedades infecciosas Vega, García (1976), Gomezlara (1983), pero en la actualidad se utilizan tanto para enfermedades infecciosas, como para otros padecimientos de tipo social y psicológico, la unidad de análisis no es un individuo, sino un grupo humano, su propósito es el estudio de la enfermedad en su medio natural y su meta es identificar medidas preventivas aplicables a cualquier estado de la evolución de la enfermedad, de esta forma, la epidemiología está muy relacionada con la clínica, actualmente admitimos que la epidemiología puede ser (García, Faure, González 1999).

- 1) Descriptiva: cuando relata los hechos o fenómenos que se recogen, sin dar explicación de sus causas, describe las características de la enfermedad en la comunidad:
 - a) Como se distribuye en un lugar, es decir, en que zonas o países se presenta.
 - b) Como se distribuye en el tiempo, según la estación, los días de la semana, las horas del día, etc.
 - c) Como se distribuye en las personas de acuerdo a la edad, el sexo, la raza, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, el nivel socioeconómico, la religión, los hábitos de vida, el grado de nutrición, el tiempo exposición al riesgo, etc.

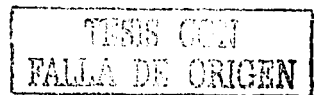


- 2) Analítica: que además de describir los datos, trata de explicar su frecuencia y distribución, así como las condiciones que permitan que se presente la explicación del fenómeno, se puede hacer a partir de estudios comparativos o combinando el método experimental, si se desea comparar, la explicación del fenómeno se puede hacer a partir de un hecho, investigando los antecedentes del fenómeno que se está estudiando; a este estudio se le llama retrospectivo.
- 3) Experimental: que puede ser planeado o accidental y puede llevarse a cabo en animales o seres humanos. Cuando se planea la observación de un hecho, ya sea reproduciéndolo o haciendo alguna modificación, es necesario plantear una hipótesis respecto de la causa y el efecto, para esto se necesita utilizar un grupo testigo y un grupo en observación que debe ser representativo.

En realidad las tres modalidades constituyen fases del método epidemiológico.

Método epidemiológico: tiene como propósito estudiar en forma integral el proceso salud – enfermedad: distribución del proceso salud enfermedad en la población, los factores que determinan o intervienen en su presentación o distribución, con el fin de encontrar conocimientos técnicos para la eliminación o control de las enfermedades en una comunidad, por lo que es necesario recurrir a las ciencias biológicas, matemáticas y sociales, además de evitar la separación de la epidemiología descriptiva, la analítica y la experimental.

En este trabajo de investigación se inicia con un estudio epidemiológico descriptivo, entendiendo que según Grecionberg, Eley, Boring (1995) y Beaglehole, Bonita, Kjellrom (1994) las medidas básicas usadas en estudios descriptivos para evaluar frecuencia de enfermedad, a saber son; riesgo -



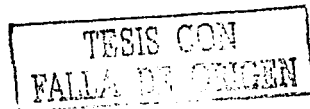
probabilidad de que un individuo enferme, prevalencia - cantidad de enfermedad en la población, e índice de incidencia - velocidad con la que surgen nuevos casos de enfermedad, posteriormente se pasara a la realización de estudios analíticos y finalmente a estudios experimentales en esta misma población. Se trata de un trabajo con diseño longitudinal, que se presenta en esta primera etapa como estudio de diseño transversal, exploratorio y descriptivo.

3.3 METODO EPIDEMIOLOGICO:

- 1) **Identificación del problema:** se estudia la frecuencia del proceso salud - enfermedad y se compara en diferentes poblaciones de acuerdo a la epidemiología descriptiva.
- 2) **Formulación de hipótesis;** se deben examinar las hipótesis existentes, formular nuevas hipótesis y buscar hechos para aceptar las nuevas hipótesis; en éstas se deben especificar:
 - a) Las características de la población
 - b) La causa que se va a estudiar
 - c) El efecto esperado
 - d) La relación entre la causa y el efecto
 - e) El tiempo necesario para que la causa produzca el efecto.

En caso de que se desconozcan las causas de la enfermedad se deben conocer todas las alteraciones que ésta produce, así como las circunstancias en que ocurren.

- 3) **Evaluación de hipótesis:** tiene como finalidad demostrar la asociación entre la causa supuesta y la enfermedad, esto se puede hacer de dos maneras:
 - A través de la experimentación, cuando es posible.



- Por medio de la observación comparativa (epidemiología analítica) cuando no es posible la experimentación. Este estudio puede ser prospectivo o retrospectivo.
- 4) Reconstrucción científica: las hipótesis no eliminables y las verificadas se incorporan al cuerpo de conocimientos.

3.4 EXPRESIONES DE USO FRECUENTE EN EPIDEMIOLOGIA.

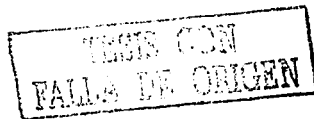
Algunos conceptos de la epidemiología descriptiva como agente causal, huésped, reservorio, mecanismos de transmisión, frecuencia y prevalencia, resultan conocidos, no es así en el caso de conceptos de la epidemiología analítica y experimental, por ejemplo:

Enfermo clínico: es aquel que presenta signos y síntomas de la enfermedad. La importancia que tiene en epidemiología es que en caso de que se trate de una enfermedad infecciosa, puede transmitirla aún antes de que esta se manifieste, por ejemplo en el caso el sarampión.

Enfermo subclínico: es el individuo que presenta signos y síntomas mínimos de la enfermedad, por lo que rara vez se hace el diagnóstico, a no ser que se sospeche y se confirme por medio de exámenes de laboratorio.

Infección inaparente: es aquella que se presenta en un individuo que se siente bien pero que tiene en su organismo algún agente patógeno o anticuerpos.

Caso índice: es el primer caso que llama la atención en una investigación, puede ser primaria o secundaria, pero es el primero que se notifica ante autoridades y puede llevar hacia el foco de infección.



Foco de infección: es el núcleo de donde se disemina la infección; puede ser un núcleo familiar, un establecimiento o un área geográfica.

Fuente de infección: es la persona, objeto o sustancia de la cual el agente pasa inmediatamente al huésped.

Caso primario: es el caso que se presenta en un brote epidémico que da origen a infecciones en otros individuos.

Caso secundario: es aquel que se contagia del caso primario.

Caso co - primario: es aquel que se presenta después del caso primario pero dentro de un período menor al de incubación.

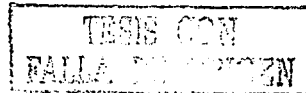
Tasa de ataque: se refiere al número de casos que sufren determinada enfermedad en el curso de un brote epidémico, sobre la población que está expuesta a adquirir la enfermedad.

Brote epidémico o epidemia: este término se utiliza cuando se presenta un número de casos de determinada enfermedad fuera del acostumbrado, en determinado tiempo y región.

Endemia: se refiere al número más o menos constante de casos de determinada enfermedad a través de los años.

Pandemia: es una epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea.

Caso esporádico: los que aparecen rara vez en una población.



Enzootia: es la presencia de casos más o menos constantes de determinada enfermedad a través de los años, pero que ocurre en los animales.

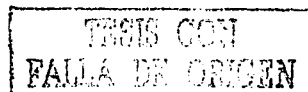
Portador: es todo individuo que lleva en su organismo algún agente patógeno y lo elimina, pero no está enfermo.

Huésped susceptible: toda persona o animal que esta expuesto a contraer la enfermedad si se pone en contacto con el agente patógeno.

3.5 OBJETIVOS DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS.

- 1) Identificar el problema y buscar la causa; es decir, el tipo de agente, la probable fuente de origen así como el mecanismo de transmisión.
- 2) Indicar la magnitud del problema en la población, es decir, si se trata de un caso esporádico, un brote epidémico o un problema endémico, cuales son los grupos de población afectada por sexo, edad, actividad, etc., y las tasas de incidencia, prevaencia, letalidad y mortalidad.
- 3) Ubicar el problema en tiempo y espacio, es decir, la fecha de inicio, su variación en las estaciones del año, la zona afectada, los locales afectados (un hospital, escuela, fábrica).
- 4) Precisar las condiciones que favorecen su presentación como pueden ser la situación socio económico, nutrición, etc.
- 5) Recopilar los antecedentes del problema revisando en archivos y publicaciones.
- 6) Establecer un pronóstico epidemiológico con el objeto de valorar causas, efectos reservorios, portadores, cálculo de causas con secuelas (consecuencias) con posibilidades de delimitación del problema.
- 7) Establecer un programa de actividades para controlar el problema.

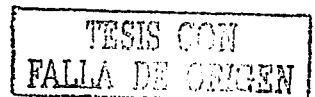
3.6 USOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA



1. Al conocer los antecedentes de determinada enfermedad en una comunidad puede predecirse su comportamiento futuro.
2. Investigación de enfermedades en la población, sobre todo de los grupos más expuestos.
3. El diagnóstico epidemiológico indica la presencia de salud o enfermedad en la comunidad. En caso de enfermedad se puede saber si se trata de un caso esporádico, un brote epidémico o un problema endémico, cuál es el origen de la enfermedad, como se transmite y su repercusión en la comunidad (cuáles son los grupos más afectados y qué características tienen).
4. Estimación de las probabilidades que tiene cada individuo de enfermarse.
5. Ayuda a completar o modificar el conocimiento de las características de las enfermedades.
6. Investigación de las causas que llevan a la salud o la enfermedad para planear medidas preventivas.
7. Permite la evaluación de los resultados de algún tratamiento, de alguna campaña de vacunación o cualquier actividad de los programas de salud pública que estén realizando.
8. En estudios experimentales permite investigar la efectividad de algunos tratamientos.

Vega, García (1976) dicen que la epidemiología tiene usos como el estudio de la evolución de la enfermedad, reconocer la emergencia de un problema de salud en el horizonte clínico, el diagnóstico de la salud de las comunidades, sus condiciones de salud de acuerdo a tiempo, espacio y personas, y la administración de los servicios de salud, la estimación de riesgos, integración de cuadros clínicos, identificar síndromes, investigación de causas y condiciones de salud - enfermedad.

3.7 MODELOS DE SALUD - ENFERMEDAD



A continuación se describen aspectos esenciales de los diferentes modelos de psicología en la salud y algunas de las diferencias principales en sus planteamientos:

3.7.1 MODELO DE PSICOLOGIA CLINICA.

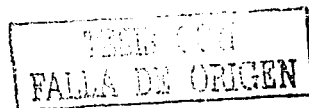
En clínica la demanda existe como propiedad de un individuo y esta demanda es la guía de la intervención psicológica, que tiene como objetivo, ayudar al individuo a afrontar el problema, en Psicología de la Salud la demanda como tal no existe, el objetivo es, estudiar la salud e intervenir para lograr la prevención de la enfermedad o daño sobre una población en la que aún estando sana, pueden concurrir ciertos riesgos Santacreu (1991).

3.7.2 MODELO DE EXPLICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO HUMANO.

El objetivo de la investigación Psicológica es en general el estudio del comportamiento humano, así lo señalaba Watson (1913) citado por Hernández (1998) decía que la psicología según un conductista, debe enfocarse en el estudio de la conducta observable, ya que los fenómenos de las conciencias, como el pensamiento y la emoción, no pueden ser objeto de análisis científico, debido a su carácter subjetivo mismo que no permite el estudio objetivo y confiable de la conducta. De acuerdo a lo anterior se reconoce que la conducta del ser humano es adaptativa en relación a un determinado ecosistema, en evolución y en constante cambio, por lo tanto, la virtud de la adaptación esta cifrada en la rapidez de la adecuación al cambio Santacreu (1991).

3.7.3 EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL.

Hace énfasis en la salud física, social y mental, mismas que se encuentran en equilibrio, este es el modelo más utilizado en psicología en la salud Engel

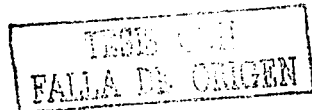


(1980) debido a que integra o por lo menos considera a los factores que intervienen en la salud, es decir los de tipo biológico, psicológico y social.

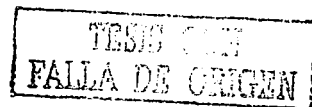
Breslow (1972), Feist, Brannon (1988) al referirse al modelo bio - psico - social mencionan que, se trata de un conjunto de supuestos básicos de la Psicología, que intenta explicar el comportamiento humano de un individuo en una momento temporal dado y en su evolución a lo largo del tiempo, que el modelo en parte supera al modelo clínico y al conductual, pero al intentar integrar otras posiciones para explicar los datos corre el riesgo de ampliarse enormemente, hasta un punto muy general.

A continuación presentamos algunas cuestiones básicas que permiten comprender el modelo bio - psico-social Engel (1977).

- 1) La Psicología se plantea como objeto de estudio el comportamiento humano, que incluye las llamadas cogniciones (pensamientos, imágenes que son respuestas encubiertas, no observables pero de las que en cierta medida se puede tener fe a ciencia de su ocurrencia a través del auto informe del sujeto): respuestas fisiológicas o biológicas no observables directamente, aunque en algunos casos se puede obtener su valor a través de análisis o registros precisos de las mismas y de la conducta manifiesta u observable, comportamiento del sujeto que puede ser observado por otros.
- 2) Las leyes, modelos o teorías que describen, explican o predicen el comportamiento humano son las mismas para el comportamiento normal y anormal, para la salud y para la enfermedad.
- 3) El comportamiento humano anormal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que finalmente resultan inadecuadas a corto, mediano y a largo plazo.



- 4) Los Psicólogos clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan su ayuda a través de los conocimientos psicológicos. El resultado positivo muestra a un cliente más adaptado al ecosistema personal, que también ha modificado su ecosistema general y su visión del mundo. El modelo clínico busca la resolución de problemas con manifestaciones biológicas o psicológicas.
- 5) Los ecosistemas en los que el organismo está inmerso, el ambiente físico y social en el que el individuo se mueve determina en gran parte no solo los comportamientos adaptativos concretos sino los sistemas generales de adaptación. Determinados ecosistemas producen e inducen sistemas de adaptación específicos inadecuados en otros ecosistemas o en sistemas más amplios.
- 6) La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema es función de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias del propio ecosistema.
- 7) Un individuo (organismc) se comporta respondiendo al medio o ecosistema, manipulando o modificando ese medio, adaptándose, teniendo en cuenta que la máxima prioridad es; para un mismo valor de esfuerzo, los efectos a corto plazo, el grado de autocontrol que posea un individuo determinará la posibilidad de que considere los refuerzos a largo plazo.
- 8) El comportamiento no es más que el conjunto total de actuaciones de un individuo en un medio o ecosistema y, acotado dicho ecosistema en cuanto a sus dimensiones (país, ciudad, barrio, familia) puede ser valorado en cuanto a la dimensión de lo saludable.



- 9) Los comportamientos saludables en un determinado medio a corto plazo no lo son siempre a largo plazo.
- 10) El comportamiento de un individuo no es uniformemente saludable o enfermo, ni siquiera a corto plazo.
- 11) La salud es el resultado del proceso de adaptación general de un individuo.

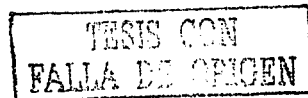
La Psicología de la Salud surge en el marco de los supuestos que acabamos de enumerar, tratando de describir las variables del individuo y del ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud, intenta construir un modelo que los relacione en donde la salud resulta del grado de adaptación a corto, mediano y largo plazo de un individuo a su ecosistema.

3.7.4 MODELO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL.

Se interesa en los aspectos del ecosistema y en especial los sociales Higashida (1996) se considera que solo con la participación política se modifican dichos ambientes sociales-ecosistemas. Es la ley de efecto, que se sintetiza en conseguir mayores beneficios o menos consecuencias desagradables por una conducta desplegada.

Se busca modificar el ecosistema- social del sujeto con la intervención psicológica, como resultado de la conducta de éste sujeto o grupo de sujetos se obtienen cambios que son aparentemente producidos por la interacción del individuo y la sociedad.

3.7.5 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.

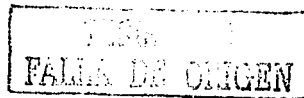


Intenta explicar Santacreu (1991) el comportamiento anormal del individuo en un ecosistema dado y las razones de sus dificultades de adaptación a dicho ecosistema, en función de las características del organismo. y desde un punto de vista se integra en aspecto cognitivo- conductual, al tomar en cuenta procesos de aprendizaje, , esquemas cognitivos, habilidades básicas y experiencia específica que intervienen al desplegar el comportamiento manifiesto y/o encubierto.

Se interesa en el comportamiento del sujeto enfermo, pero solo en aquellos que reconocen que su comportamiento no es saludable, que quieren modificar su propia conducta y no al ecosistema; lo que interesa son los patrones de interacción del lo psicológico individual con su medio, conocer cuales de sus comportamientos y pensamientos son des adaptados, se interesa también en el estudio del ambiente y de las condiciones sociales en las que vive un individuo, al tiempo que las características personales del mismo y su interacción con el ecosistema, lo que permite explicar de modo más completo el comportamiento manifiesto en cuanto a su génesis, permite elucidar cuales son las condiciones del ecosistema que facilitan en determinados sujetos la aparición de conductas mórbidas.

En este sentido la psicología en la salud se interesa por determinar que factores individuales intervienen para que un sujeto enferme, pero todavía más importante es conocer que es lo que permite que un sujeto se mantenga saludable, conocer las características del sujeto en su proceso evolutivo no es suficiente para conocerlo en el proceso de salud – enfermedad y prevenir, se debe conocer también el ecosistema, ya que este también determina el comportamiento adaptativo del sujeto, no se quiere decir que los problemas de salud sean exclusivamente problemas de adaptación al ecosistema, sino que deben existir otros factores que intervienen y que a través de la investigación intentamos conocer.

3.7.6 EL MODELO DE PSICOLOGÍA EN LA SALUD.



La Psicología en la Salud está interesada en la génesis de los problemas, valga la redundancia, de salud, pero de forma central lo que interesa realmente es la prevención. Conocer la génesis de la enfermedad es importante pero no tanto como conocer porque los sujetos se mantienen saludables.

En este sentido la Salud es bienestar físico, psíquico y social de los seres humanos y esta definición concuerda perfectamente con el modelo bio-psico-social. Sin embargo algunas cuestiones por resolver son:

- 1) ¿La salud se puede evaluar a través de las manifestaciones del comportamiento del individuo ?.
- 2) ¿Todo comportamiento adaptativo puede ser calificado de saludable?.
- 3) ¿Los comportamientos no adaptativos pueden ser en sí mismos o conducir a la enfermedad?
- 4) ¿El comportamiento interactúa recíprocamente con la salud del propio individuo?
- 5) ¿La salud entendida como el bienestar de un organismo, es función de las características estructurales de éste, del ecosistema en el que está inmerso y de la estructura organizativa, de su experiencia (psicológica) que se manifiesta a través del comportamiento?
- 6) Por ultimo ¿Como identificar el comportamiento saludable? ¿Cómo identificar el comportamiento precursor de lo saludable?, la respuesta parece ser Estudiando a población sana.

Implicaciones:

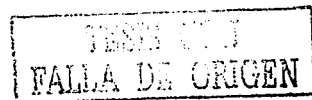
- a) En Psicología y en medicina, el modelo explicativo tiende a centrar a la patología; a diferencia de la Psicología en la salud y la medicina preventiva, que promueven a la salud y modelos que explican el bienestar.

- b) Conocemos el camino de la salud a enfermedad y de enfermedad a salud, pero no conocemos que es lo que se debe hacer para permanecer en salud.
- c) Prevenir; consiste en obtener información con antelación del posible daño y actuar (prepararse) para impedir que aparezca dicho daño. Prepararse desde el modelo bio - psico - social para impedir el daño, es la forma de mantener la salud y constituye el gran reto de las intervenciones de prevención.
- d) La prevención es el tratamiento o intervención recomendado en psicología en la salud y se lleva a cabo con el objetivo de que las personas se mantengan saludables.

El modelo bio - psico - social no propone diferencia entre salud física y salud mental, se habla del organismo en interacción con su medio, en bienestar y en adaptación. La psicología en la salud esta relacionada con la medicina preventiva, la medicina conductual, la sociología de la salud, etc.

El vehículo de interacción e intersección está ubicado en los aspectos psicológicos y de comportamiento, por ello quizá valga la pena decir, Psicología en la Salud, algunos investigadores se refieren a este campo como área de salud en sentido sustantivo y sin ningún otro calificativo de alguna de las Ciencias denominadas de la Salud.

La Psicología en la salud es el campo de la Psicología aplicada al proceso de salud - enfermedad, en donde se enfatiza a la salud por sobre la enfermedad, se opta por priorizar a la prevención y se otorga un segundo termino a la curación, es decir que el tipo de intervención es en esencia preventivo y solo después curativo, según sea el tipo de manifestaciones que presente el problema que se

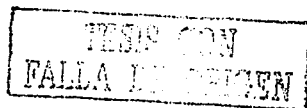


quiere prevenir, mismo que no es excesivamente relevante, Santacreu (1991) porque se estudia a los sujetos cuando están saludables y en la medida en que se asume el modelo biopsicosocial se entiende que los eventos precursoros no tienen por que estar relacionados con el tipo de manifestaciones del problema, que el objetivo directo de la intervención es tanto el organismo en su aspecto biológico, psicológico y socio - ambiental, considerándose que son las acciones sinérgicas en distintos sistemas las que efectivamente tienen éxito.

Por ultimo queremos aclarar que la psicología de la salud no es una rama de la medicina, ni de la psiquiatría, que la psicología de la salud es una de las ramas de aplicación de la psicología, es un paradigma científico para la comprensión del comportamiento humano en el proceso salud - enfermedad Domínguez (1990). Y que en este contexto asegura Hernández, Sánchez (1995) La posibilidad que se abre cada vez más, es la de comprender cómo las variables sociales y conductuales (cotidianas) mediatizan los problemas de salud, como se dan los cambios vitales en términos del tipo de ajuste que demandan en función de los stresores, y el tipo de habilidades que se requieren para funcionar adaptativamente con ellos de modo que se reduzca su valor de riesgo.

Actualmente se reconocen Sánchez (1992) cuatro grandes grupos de factores que interactúan y afectan la salud del ser humano: 1) la herencia, 2) nutrición, 3) acceso a servicios de salud, 4) el comportamiento humano, Soberón (1988) asegura que el comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su perdida lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio. Un quinto pilar añadido en la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente y que muestra que ambos se afectan mutuamente, es la calidad del ambiente que los rodea.

En el presente trabajo de investigación nos pronunciamos a favor del modelo bio - psico - social, ya que ofrece un marco conceptual amplio para comprender el proceso de salud-enfermedad. En donde el reto consiste en



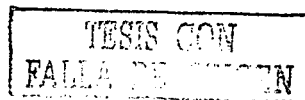
conocer las características de la población sana y en el retraso de la aparición de padecimientos de manera que se pueda obtener un ahorro en años de vida y calidad de vida.

3.8 CONCEPTOS MEDIADORES DE SALUD - ENFERMEDAD.

En Cuba, desde los años 60's ya existía la figura de la Psicología de la salud, pero es en 1979 cuando en el seno de la American Psychology Association se forma la división 38 de Psicología de la Salud (Higashida 1996).

Se le definió a la Psicología de la Salud: como el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionales al análisis y mejoría de los sistemas de atención a la salud y la formación de políticas al respecto.

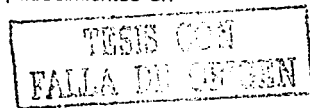
Una de las líneas de investigación, es la que se refiere a estudios donde se relaciona a la Personalidad con diversas formas de morbilidad cardiovascular (por ejemplo la personalidad tipo A) se ha relacionado también a la salud con Factores inmunógenos Hommonos, Scheirer (1987) como el dormir en un promedio de siete a ocho horas, desayunar diariamente, no comer entre comidas, mantenerse dentro del peso en relación a la talla, no fumar, uso moderado de alcohol, ejercicio físico regular y moderado, uso adecuado del tiempo libre, vida marital satisfactoria y actividades sociales fuera del trabajo.



Al hablar de Psicología en la salud, se trata de un campo de estudio relativamente joven, que en la práctica, esta en proceso de cambio, así lo señalan Urbina, Rodríguez (1993) quienes encontraron que el 37% de los Psicólogos que trabajaban en la Secretaría de Salud no desempeñan funciones congruentes con su campo profesional, que la Percepción que se tiene del psicólogo, se le ubica en lo relacionado con la salud mental, y no en actividades como la promoción de estilos de vida saludables, Que es una de las actividades principales del Psicólogo en la salud Russel (1997).

Otro de los temas que aborda la psicología en la salud, es el Comportamiento humano como factor de riesgo o como factor protector de eventos vitales Sánchez (1987) en donde el planteamiento fundamental es saber que ocurre entre el comportamiento humano y la pérdida de la salud, la labor de la Psicología es, ubicar al factor distal que pone en riesgo la salud, es decir, detectar población en riesgo distal, personas que no se han adaptado o no tienen forma de poner en práctica comportamientos que les protejan del efecto de otros riesgos, mientras no se haga esto, no se puede hablar de hacer verdadera prevención, desde el punto de vista psicológico. Se trata de diseñar intervenciones que facilitan la adopción de patrones de comportamiento que protejan la salud a través de factores proximales, que se convierten en antítesis del factor de riesgo, es decir en factor protector, a pesar de que todo ser humano esta expuesto a factores de riesgo, puede optar por conductas protectoras en lo individual y lo social (en población abierta) estar en el camino adecuado de la promoción de la salud, donde desafortunadamente es común que se cometa el error de suponer que, informar basta para establecer el comportamiento saludable.

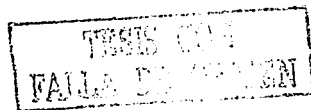
En resumen se trata de la adopción de hábitos protectores que incluye atender signos potenciales de inicio de un padecimiento, en semejanza a lo que recomiendan los especialistas en medicina, en el sentido de hacerse exámenes periódicos que busquen la detección precoz del desarrollo de padecimientos en



sus etapas más tempranas, modificando significativamente sus probabilidades de avance e identificar cambios de comportamiento que les dan sentido para responder a demandas específicas e identificables, la idea es, promover cambios de conducta que contrarresten el valor desadaptativo - stresor y que al mismo tiempo contribuyan a conservar la salud.

Para efectos de la intervención psicológica en salud, una propuesta derivada del análisis consiste en sobreponer el esquema de la historia natural de la enfermedad, sobre cada una de las transiciones vitales y analizar, por medio de investigaciones relacionadas, la forma en que cada una de ellas entraña o propicia el surgimiento de factores de riesgo para la salud. El análisis funcional confiable de dicho papel de riesgo se convierte así, en el mejor preedictor del deterioro en la salud y por ende en la mejor fuente para diseñar intervenciones preventivas o terapéuticas, tomando en cuenta que lo anterior no excluye el entendido que, la formación de un Psicólogo de la Salud, comprende el entrenamiento e intervención en los niveles primario, secundario, terciario (Sánchez 1987) y que el desarrollo de la habilidad de sustituir la naturaleza biomédica por variables basadas en la conducta, tanto en lo relativo al análisis de factores de riesgo, como en el desarrollo de intervenciones que van desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir.

En capítulos anteriores mencionamos que el proceso salud - enfermedad es pluri - causal y que involucra categorías generales de lo bio - psico - social, luego entonces y a pesar del título elegido en el proyecto de este trabajo, se busco un concepto compatible con la finalidad del estudio en salud y vida cotidiana, se revisaron de forma breve, algunos conceptos que a continuación se presentan: lo somático, el desgaste emocional, la calidad de vida, el estilo de vida, el bienestar, las condiciones de vida, la adaptación, los factores inmunógenos, los factores patógenos, factores de riesgo, factores protectores, entre otros.

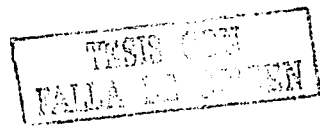


3.8.1 Lo psicosomático: Dumbar (1939) funda la primera revista psicosomática, en ella dice, en relación a esta ciencia que su objetivo es estudiar en su interrelación a los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones corporales, normales o anormales y así integrar la terapia somática, otorga importancia a la influencia de las emociones y los desajustes de la personalidad en la producción de disfunciones y enfermedad fisiológica, además da pie al nacimiento de la medicina psicosomática en dónde lo psíquico y lo somático representan dos ángulos de observación, desde la cual, la unidad organismal debe ser estudiada.

Se entiende por enfermedad psicosomática a toda patología en donde los procesos emocionales acompañan a los procesos orgánicos Masseur (1955). Se comprende que se trata de una relación psico - biológica y se entiende la importancia de los factores psicológicos dentro del proceso salud - enfermedad, sin embargo este concepto de lo psicosomático o en otro orden de importancia somático - psíquico, resta importancia a los factores sociales, mismos que en la actualidad sabemos, también influyen en diferentes grados de importancia.

3.8.2 El desgaste emocional: entendemos por desgaste emocional la respuesta ante el stress, en dónde el individuo retira la energía que tenía puesta en el medio externo. El sujeto que presenta desgaste emocional ha perdido el interés en el medio externo, se siente cansado, sin energía, incompetente y confuso, disminuye su tolerancia a la frustración, se abruma y expresa deseos de dejar o abandonar todo.

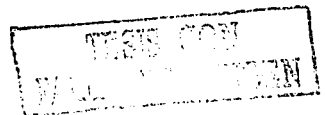
El autocontrol emocional o en su defecto el desgaste emocional son responsables de que el sujeto presente una respuesta, ya sea adaptada o desadaptada a su medio, algunos indicadores del desgaste emocional son: agotamiento emocional, despersonalización, logro personal reducido y el grado mínimo de involucramiento personal en las tareas (Robadam 1989).



Como se observa, el concepto desgaste emocional como disparador de respuestas desadaptativas al medio, entre ellas la enfermedad, psicologizaría el problema, al otorgar demasiada importancia al factor psicológico (desgaste emocional) sobre los bio - sociales.

3.8.3 La calidad de vida: No existen acuerdos respecto a lo que constituye el concepto, calidad de vida, sin embargo se le define, como constructo con diferentes dimensiones que esta constituido por indicadores que están basados en la percepción y evaluación subjetiva de las personas. La calidad de vida según Palomar (1995) es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos que determinen su felicidad o bienestar. Este concepto remite a un aspecto subjetivo de la percepción del sujeto y es necesario aclarar que para referimos a la calidad de vida, no es suficiente remitirse a aspectos socioeconómicos, en virtud de que existe una compleja construcción interior, que si bien es subjetiva e individual, permite procesar interiormente el mundo exterior, y se debe tomar en cuenta al definir integralmente la calidad de vida, en consecuencia, el concepto no ha sido consensuado teóricamente (no se han tomado acuerdos en relación a lo que lo constituye) por lo tanto, no existe definición.

La calidad de vida como término genérico comprende una serie de significados, operacionalizaciones y métodos de investigación, que se ocupan de maneras diversas de la satisfacción, la felicidad, el afecto y el sentido de bienestar. En resumen, la calidad de vida es un asunto de tiempo, lugar y sociedad, dónde culturalmente se le define con cierta relatividad y lo que resulta ser benéfico para unos, resulta ser detrimento para otros. La calidad de vida para una población de gente está determinada por esa misma población, por esa razón los estudios sobre calidad de vida de ciertos grupos de personas está determinada por la percepción de bienestar que dichos grupos tengan.

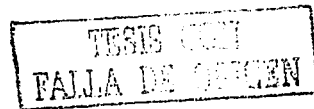


3.8.4 El bienestar: este concepto al igual que el de calidad de vida, hace referencia a condiciones de satisfacción en diferentes grupos demográficos y sociales. Dudet (1999) diferencia calidad de vida de condiciones de vida, estableciendo dos grupos de indicadores: 1) Objetivo: Condiciones de vida social (nivel de vida). 2) Subjetivo: Basado en la percepción y evaluación subjetiva. En donde se observa que el aspecto subjetivo está mediado por la experiencia de vida, y que la riqueza o pobreza extrema, según la teoría del nivel de adaptación, se predice a través de experiencias cotidianas, mismas que son devaluadas, cuando el sujeto presenta circunstancias altamente favorables que le privan de muchos de los placeres rutinarios, diarios o cotidianos.

Para medir la calidad de vida se ha recurrido a conceptos como: bienestar, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, felicidad, satisfacción en la vida, etc. Con base a lo anterior, quizá las definiciones presenten diferencias, pero solo a nivel de lenguaje, mismas que han conducido a inundar dichas definiciones, con conceptos operativamente sinónimos.

La vida es un constructo general, que puede estar compuesto de varios campos específicos, por lo tanto, cuando alguien se refiere a su vida, se está refiriendo a algo concreto que conceptualiza como, calidad de vida, según la acumulación de campos concretos y específicos de satisfacción.

Levi y Anderson en 1975 citados por Dudet (1999) definieron la calidad de vida como una medida compuesta por bienestar físico, bienestar mental y bienestar social y tal como es percibida por un individuo o grupo. En síntesis, los conceptos que delimitan calidad de vida, deben tomar en cuenta los tres aspectos, el biológico, el psicológico y el social. Al utilizar este concepto con fines de investigación, se debe tomar en cuenta que se trata de un constructo de la subjetividad del sujeto, que se refiere a la importancia que da y a la satisfacción que obtiene en relación a varios aspectos de su vida, pero no a todos.

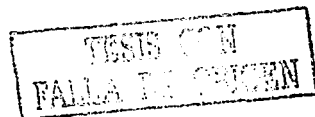


De acuerdo con la OMS y ONU (1978) el concepto calidad e vida comprendía nueve componentes: 1) salud, 2) consumo de comida, 3) educación, 4) trabajo, 5) vivienda, 6) seguridad social, 7) vestido, 8) recreación y 9) derechos humanos.

Johansson en 1973 citado por Dudet (1999) refiere: 1) condiciones de trabajo, 2) recursos económicos, 3) recursos políticos, 4) escolaridad, 5) salud y servicios médicos, 6) familia, 7) vestido, 8) nutrición y 9) pasatiempos. Day 1987 citado por Dudet señala 13 áreas: 1) vida familiar, 2) vida laboral, 3) vida social, 4) recreación, 5) salud, 6) cuidados de salud, 7) consumo de bienes y servicios, 8) posesiones materiales, 9) self- si mismo, 10) vida espiritual, 11) vida dentro del país, 12) relaciones con el gobierno federal, y 13) relaciones con el gobierno estatal. En cada área señala sub – áreas y afirma que todas las áreas están mediadas por el grado de percepción que el sujeto tiene de la vida en general. Harle y Little 1985 citados por Dudet aclaran que se este o no satisfecho con la vida; de todos modos se tiene sentido de vivir, el caso contrario lleva paulatinamente a la frustración y pérdida de ese sentido de vivir.

Groeland en 1992 citado por Dudet (1999) afirma que se pueden utilizar características o aspectos del bienestar, como criterios para producir una clasificación funcional de la calidad de vida:

- Criterios objetivos vs. Criterios sociales
- Bienestar Individual vs. Bienestar social
- Bienestar cognitivo vs. Bienestar Afectivo
- Bienestar momentáneo vs. Bienestar a largo plazo
- Bienestar general vs. Bienestar en áreas específicas
- Bienestar global vs. Bienestar Multidimensional
- Bienestar del sujeto vs. Bienestar basado en motivos



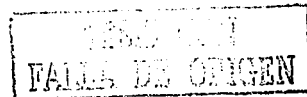
Cualquiera que sea la relación funcional, se comprende que la calidad de vida está compuesta por diferentes dimensiones y que la evaluación de esas áreas que la componen, cobran importancia al intentar comprender este concepto.

Al estudiar la calidad de vida y el bienestar en relación a la salud, podemos conceptualizarlos como: Fernández y Ríos en 1994 citados por Dudet (1999) a) un discontinuo, b) un dinamismo, c) una utopía, d) como parámetro de normalidad, e) como proceso de adaptación, f) como valor social, g) como construcción social.

En el presente trabajo se define al proceso salud – enfermedad, como un proceso de adaptación, por ese motivo, usar el concepto bienestar, no sería congruente.

3.8.5 La adaptación: en el capítulo anterior se hizo referencia al síndrome de adaptación general, retomar en este momento el concepto, tiene la intención de otorgar valor al ambiente como fuente de salud o enfermedad. Ya que los seres humanos, durante toda la vida, están inmersos en un proceso de construcción social, o socialización como Bustos en 1995 citado por Dudet (1999) lo denomina.

La socialización se da en todos los escenarios o sistemas donde el sujeto interactúa: 1) familia, 2) escuela, 3) amigos, 4) medios de comunicación, etc. Lewin 1963 citado por Dudet (1999) los denomina factores ambientales y culturales. Confronta la importancia que puede tener la herencia genética contra el medio social, da origen a la controversia naturaleza vs. Factores de crianza, advierte que la estructura familiar es la llave del contexto ambiental y que afecta el curso del desarrollo humano. Caldwell en 1986 citado por Jiménez (2000) afirma que los estilos de crianza también son importantes y que varían de acuerdo a la sociedad, valores y costumbres, incluso de familia en familia en una misma sociedad, donde supuestamente se comparten los mismos códigos de socialización, por lo tanto, se diferencian los conceptos, estilo de crianza y prácticas de crianza.

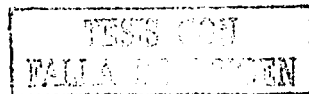


3.8.6. Estilo de vida: Jiménez (2000) resume que se trata de una dimensión que describe un conjunto de conductas (p/e paterna) y en base a ellas propone un estilo, como un tipo particular de ser, actuar o interactuar, por ejemplo. Aceptación, rechazo, sumisión, autoritarismo, etc. Darling y Steinberg en 1993 citado por Jiménez, definen al estilo como, constelación de actitudes que crean un contexto o clima emocional en el cual las conductas son expresadas, pero se distinguen de las prácticas de crianza, que son conductas definidas por contenidos específicos y objetivos de la socialización.

Se entiende que un estilo es independiente del contenido específico de socialización, el estilo se expresa en la interacción transmitiendo actitudes que crean un clima emocional, más que enfocarse a la conducta concreta; Darling, Esteinberg en 1993 citados por Jiménez (2000) concluyen que el estilo, influye de manera indirecta en el estado de salud del sujeto.

3. 8. 7 Condiciones de vida: Saenz, Blanco (1990) resumen que las condiciones de vida determinan significativamente los perfiles de salud – enfermedad de los grupos humanos, que este planteamiento se ha retomado por la epidemiología y más recientemente por la Medicina social, misma que propone la relación entre condiciones de vida y salud. Comenta que el objeto de estudio no esta claramente determinado, por lo que se han incluido en este rubro, temas muy diversos, con el argumento de que hacen referencia directa o indirectamente a la relación entre condiciones de vida y enfermedad; en todo caso se intenta distribuir y describir por clases sociales a la salud – enfermedad, enfatizado las determinaciones y categorías básicas.

Para el análisis de las condiciones de vida, se pueden tomar a los perfiles epidemiológicos generales, relacionar entidades patológicas específicas, analizar su articulación, analizar la distribución diferencial del proceso salud – enfermedad y sus determinaciones sociales por áreas territoriales.



Tomar a la reproducción social de la enfermedad, es tomar una categoría general con un alto nivel de abstracción, que si bien permite estudiar los procesos de producción y distribución de la salud – enfermedad (en macro) no resulta congruente con el objetivo de este trabajo.

3.8.8. Factor de riesgo: Hernández, Sánchez (1997) puntualizan, cada contexto en el que se desempeña una persona presenta demandas, cuando la persona no se comporta de acuerdo a las demandas mínimas de su contexto se originan problemas y su comportamiento es señalado como desadaptado o disfuncional. El contexto de la persona contiene variados sistemas, de entre ellos, uno de particular interés a este trabajo es el sistema escolar, que forma parte del ciclo vital del sujeto, en este caso de los sujetos que decidieron cursar una formación profesional.

La persona a lo largo de su vida interactúa con numerosos factores, denominados, según sea el caso y en relación con la salud como: factores protectores, cuando promueven una vida sana, o factores inmunógenos cuando protegen a la salud, factores patógenos, cuando producen enfermedad o factores de riesgo cuando constituyen una predisposición a la enfermedad.

Se ha llamado factor de riesgo, no solo a las condiciones ambientales que predicen disfunción a futuro, sino también a características y estilos personales ya sean adquiridos o no, con los que la persona interactúa en situaciones que le plantea el ambiente cotidiano.

Hernández, Sánchez (1995) señalan que: la Psicología contemporánea propone cada vez y con más fuerza que la disfunción, en la gran mayoría de los casos, no es producto de un solo evento definido que siga un sendero simple de causalidad, sino que, se desarrolla junto con la persona y se exacerba en la

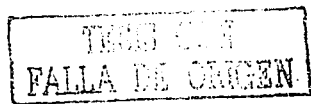


medida en que esta se expone e intenta afrontar nuevos eventos vitales, su origen es multi - causal y se desarrolla a lo largo del tiempo (Sánchez, Hernández 1992).

En este sentido resulta coherente la propuesta de realizar un estudio longitudinal, que permita el reconocimiento de factores asociados con la salud y con los problemas de salud en esta población, la de este trabajo, que permita el desarrollo atinado de programas preventivos; es decir, trabajamos con población aparentemente sana, haciendo énfasis en la salud en la vida cotidiana, en específico este trabajo, se interesó en obtener un diagnostico del estado de salud en la vida cotidiana de la población, en el momento que se evalúa.

En este capítulo se realizo la revisión de algunos conceptos vinculados al proceso de salud - enfermedad; sin embargo se acepta, que no se trata de una revisión minuciosa, pero si descriptiva, y que su utilidad se limita a la diferenciación conceptual. Gracias a esta se afirma que la salud es en parte lo que se dice de ella Figueroa, Hemández en 1991 citado por Jiménez (2000) y que al ser incorporada al lenguaje cotidiano, marca pautas de comportamiento, de acuerdo con las características socioculturales, al momento histórico y al desarrollo de las disciplinas desde donde las que se estudia, también se acepta que la salud puede ser comprendida como: a) un discontinuo, b) un dinamismo, c) una utopía, d) un parámetro de normalidad, e) un proceso de adaptación, f) un valor social, o g) una construcción social Fernández, Ríos 1994 citados por Jiménez.

En resumen, este apartado exploró, describió y delimitó los conceptos, pero no se inscribe de manera estricta en alguno de ellos, evita los conceptos de moda, los sinónimos innecesarios, en general, evita en la medida de lo posible el obstáculo de lenguaje y pasa al análisis de datos, sin demora lingüística. Por lo que después de este capitulo, se cambio el titulo del trabajo; en el proyecto se denominaba, estilos de vida y salud, pero en este momento se denomina, estudio exploratorio - descriptivo de salud y vida cotidiana en población universitaria



aparentemente sana del Instituto en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

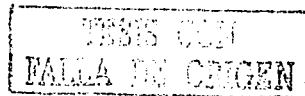
METODOLOGÍA

4.1 JUSTIFICACION

Este trabajo de investigación, estudia el Stress, pasando del análisis a la integración (síntesis) de factores Bio - Psico - Sociales. Se inscribe dentro de las ciencias de la salud, específicamente de la Psicología en la salud, área de la Psicología que en esta investigación se define como, el estudio del ser humano en su contexto biopsicosocial y dentro del proceso de salud - enfermedad.

El enfoque de este trabajo pretende ser congruente a los tiempos actuales, en donde la vida cotidiana, plantea desafíos diferentes a los que el hombre se enfrentó en otras épocas de su historia, el hombre moderno interactúa en un ambiente cargado de múltiples factores stresantes, mismos que son en mayor o menor grado causantes de enfermedad, en este contexto la preocupación principal es, que el Stress esta acabando con la gente activa - productiva - sana, Zapata (1994) sabemos que se presenta principalmente en zonas urbanas afectando a gente activa en las que produce diversas enfermedades Zapata señala que la alarma es general, incluso Vargas (1984) comenta que en una mirada futurista, los médicos plantean, que la medicina del futuro se encargara de normalizar a seres humanos desajustados, victimas del acoso stresante diario, que será necesario desarrollar nuevas estrategias de adaptación para el siglo XXI, que el stress se ha instaurado en las exigencias diarias (cotidianas) y que su etiología es de orden biopsicosocial.

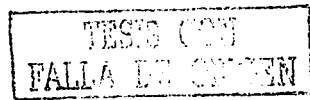
En este contexto de modernidad, el Stress en el ser humano esta transitando, de situaciones naturales que ponían en riesgo la integridad física, a



situaciones que ponen en riesgo la integridad personal o biopsicosocial Holmes y Rahe (1967) en donde, al no lograr la adecuada adaptación, los sujetos entran en desgaste emocional y bajo rendimiento en actividades diarias, por lo tanto es necesario, al mismo tiempo se justifica el interés en estudiar al Stress como proceso de adaptación íntimamente relacionado con la salud.

La importancia de este trabajo radica en buscar datos que facilitan la ubicación topográfica del estado de Stress, en sus diferentes fases, incluso en los primeros síntomas, aquellos que pasan inadvertidos y causan daño a la salud, a este respecto Cotton (1995) comenta que existen algunos stresores psicológicos que no se perciben con facilidad, que pasan inadvertidos y que son anteriores a los síntomas físicos, son stresores de baja intensidad que a pesar de no ser necesariamente desagradables, son duraderos y a los que se les considera según Kanner, Coyné, Schaefer, Lazarus (1981) mejores predictores de salud, en contraposición a los stresores mayores que se consideran excelentes predictores de enfermedad. La idea es identificar y prevenir en la vida cotidiana, antes de que el daño se presente. Este trabajo se hace cargo del estudio del Stress sin priorizar al enfoque medico - biológico, se estudian las respuestas de adaptación de sujetos que no están expuestos a Stress de alta intensidad, sino a Stress en la vida cotidiana, integrando al análisis factores biopsicosociales, no se parte de un enfoque curativo, mismo que invita a trabajar con sujetos enfermos, (psicología de la enfermedad), se enfatiza el enfoque preventivo, mismo que propone trabajar con sujetos sanos, y en este sentido resulta congruente a la Psicología de la Salud.

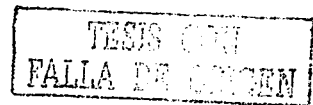
Los eventos stresantes mayores, denominados también eventos vitales, fueron de los primeros fenómenos en llamar la atención de los investigadores por su intensidad y por los efectos que causan en el organismo de forma inmediata, Lolas (1995) gracias a ellos se sabe, que no es posible un estado nulo de stress en los seres vivos, es decir cero stress, en este trabajo se toma el concepto Stress como indicador dentro del proceso de salud - enfermedad, si bien es cierto que en



investigación, anteriormente se considero banales a los problemas relacionados con stress de baja intensidad Walton (1981) actualmente a esos mismos problemas que son efectivamente de baja intensidad, se les considera de efecto sumativo – acumulativo, que están llenando el diario vivir de adversidades, se encuentran cercanos a la vida cotidiana, es decir, en el habitat inmediato del ser humano, mismo que hoy en día, es un ambiente cargado de stresores, en donde los sujetos generalmente no prestan atención (están inadvertidos) respecto al potencial contraproducente que este tipo de stresores causa en la salud. En este trabajo se propone, que en una sociedad moderna, es necesario conocer, como se manifiesta el stress en poblaciones especificas y como transita de un enfoque puramente biologicista a uno biopsicosocial.

González de la Rivera y Revuelta (1995) citando a la OMS advierte que la salud, requiere de factores de adaptación tanto en situaciones de crisis como ante los continuos esfuerzos que exige la vida cotidiana, que una persona que funciona a diario adecuadamente, puede comprometer su salud y su desempeño, si se ve sujeta a un Stress que la rebase poco a poco y/o desde diferentes factores, en ese caso se puede esperar que el sujeto decaiga en el rendimiento de sus actividades diarias y/o enferme, lo que se denomina rompimiento de la persona. Por lo tanto, la idea de este trabajo, como anteriormente se dijo es que, antes de que se presente el rompimiento de la persona, se prevenga el daño en fases donde los indicadores son de menor intensidad y cuando aun no se ha comprometido el estado de salud.

.Este trabajo es relevante, considerando que no existen datos específicos del estado de salud de la población estudiada (ICSa) misma que es de reciente creación, (tres semestres al momento de la investigación) por esa razón es válido pensar, que su estudio permite el desarrollo de un enfoque preventivo a la par del desarrollo natural de la comunidad (universitaria) en la inteligencia de que este trabajo es el inicio de otros, que permitirán conocer la génesis, evolución (topográfica) y efectos ocasionados por el Stress en la vida cotidiana.



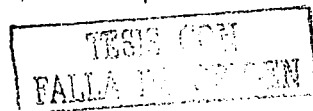
Específicamente, en este trabajo se llegó a un diagnóstico de la salud de la población, mismo que sirve de base a futuras investigaciones, la estrategia es que, a través del estudio de agentes stresores biopsicosociales se logre una aproximación al estado adaptativo y un vínculo con el proceso de salud - enfermedad.

Precisando, este trabajo se presenta como estudio exploratorio - descriptivo, pero esta planeado a largo plazo, como estudio longitudinal, dividido en dos etapas.

1ª etapa, exploratoria-descriptiva: se interesa en saber como se esta presentando el Stress, su ubicación dentro de tres procesos a) el de la historia natural de la enfermedad, conocido como horizonte clínico o proceso de salud - enfermedad que esta basado en el modelo de ecología humana (Higashida,1996) que presenta un periodo de génesis y otro de evolución, uno pre - patogénico y otro patogénico, b) el del síndrome de adaptación general, y c) el proceso epidemiológico. Con base a estos se obtiene un diagnóstico de la salud biopsicosocial, de la población estudiada y se describe el estado de salud en que se encuentra dicha población.

2ª etapa, Correlacional - explicativa (a desarrollar): buscará identificar las variables cotidianas que determinan la eficacia o el fracaso en el proceso de adaptación durante la formación profesional y como se relacionan esas variables con salud biopsicosocial desde un enfoque epidemiológico (analítico y experimental) observando la ubicación topográfica de la población dentro del horizonte clínico y dentro del Síndrome de Adaptación General.

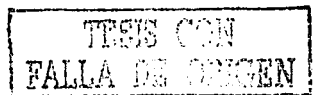
Como resultados posibles en esta primera etapa se espera 1) una población que se pueda diagnosticar como adaptada - sana, entonces se estudiarán los factores protectores de la salud, es decir factores inmunógenos en estudiantes universitarios del ICESA y se analizarán con base en ellos, cómo es que las



personas de esa población, se mantienen saludables, 2) una población que se pueda diagnosticar como desadaptada – enferma, entonces se estudiarán los factores patógenos y factores de riesgo que nos indiquen como o porque los sujetos de esa población enfermaron, y 3) existe también la posibilidad de encontrar una población que fluctúe entre lo adaptado - sano y lo desadaptado - enfermo, es decir que se ubique entre el proceso de salud con tendencia a enfermar y el proceso de enfermedad con tendencia a perder la salud, es decir, lo que Leavell, Clarck (1965) consideraron periodo preclínico, es un periodo ubicado entre el periodo pre patogénico y el periodo patogénico, que denominaron periodo de patogénesis temprana; en donde la característica principal de este periodo es que, el individuo no percibe los síntomas iniciales de enfermedad, y por esta razón se esta en condiciones de proponer estrategias de prevención primaria como las que recomiendan Mabers (1984) Covey (1997) para facilitar que los sujetos otorguen importancia a esos síntomas que parecen inofensivos y de esa manera se proteja la salud y se evite la enfermedad.

Independientemente de los resultados obtenidos, se contribuye a un enfoque integrativo del Stress, que involucra acciones biopsicosociales, de diversas Ciencias de la salud, tal como lo recomienda Lolás (1995) al comentar que la investigación sobre salud - stress, no debe verse como una disciplina, sino como una orientación en la que se producen colisiones entre marcos referenciales distintos y métodos dispares.

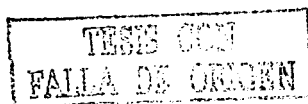
Este trabajo coincidió en temporalidad, con la creación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, motivo que aporta las condiciones idóneas para un enfoque preventivo, en los estudiantes de este instituto, mismos que enfrentan una formación de alta exigencia y a largo plazo (stresante). Al momento de la investigación no se cuenta con datos específicos, ni con algún dispositivo que esté operando por parte de la institución que este destinado al apoyo de los estudiantes y que les facilite enfrentar su formación, misma que implica un sin número de dificultades inherentes, incluso es



posible que se estén formando a estudiantes de la salud, futuros profesionales del campo de la salud, no saludables o propensos a desarrollar enfermedades biopsicosociales.

Por otra parte se tiene la impresión de que los estudiantes de esta población, se están formando una visión parcializada de la salud. Por ejemplo: el estudiante de Medicina hace énfasis en el soma - parte física, emplea con preferencia un enfoque curativo; el estudiante de Odontología, ahora Estomatología supone que la salud está determinada por la higiene bucal, da prioridad a la idea de que tanto la salud como la enfermedad entran al cuerpo por la boca (vía descendente) en Nutrición suponen que el regulador de la salud es la ingesta balanceada de alimentos, en Farmacia se inclinan al uso adecuado de medicamentos cuidando los efectos secundarios, por último los estudiantes de Psicología se interesan por la salud enfatizando la Salud Mental, misma que incluye emociones y hábitos de vida; sin que por el momento se proponga la formación integral del estudiante en el campo de la salud, que implique el manejo de un cuerpo integrado de conocimiento que enfatice una visión plural de lo que llamamos salud o proceso de salud-enfermedad.

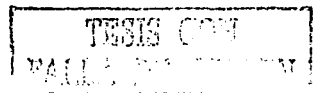
Los estudiantes son aparentemente sujetos saludables – sanos, si bien es cierto que la visión fisiológica del stress, señala que los jóvenes por naturaleza están dotados para buscar emociones fuertes y gozarlas, lo que facilita el hecho de que confundan y asocien la emoción con Bienestar, buscando experimentar emociones ultra gozosas, sin importarles riesgo vital, también es cierto que esta visión advierte que poco a poco los jóvenes van perdiendo esa capacidad y que durante esa búsqueda puede ocurrir que desarrollen conductas desadaptadas (no saludables) en relación a lo anterior, resulta importante, la investigación de procesos de adaptación, ya que aun no se conoce del todo, los detalles íntimos de la respuesta de emoción, también es oportuno aclarar desde la endocrinología, la emoción esta asociada al placer corporal (adrenalina) pero sin su correspondiente argumento de razonamiento (cortisol) por esa razón lo que se buscó en este



estudio es el estudio del Stress producido por activación y no por excitación, sin basarse estrictamente un enfoque endocrinológico.

Se trabajo con población sana considerando que los datos obtenidos no son de impacto o de una marcada alarma, incluso se espero que el problema en estudio (Stress) perdiera importancia, en el entendido que en esencia no se busca prevenir el Stress, lo que se busca prevenir es que los sujetos enfermen, al mismo tiempo se busca, que los sujetos conserven su estado de salud, mediante la obtención de información con bastante antelación a la enfermedad que permite: 1) pronosticar el posible daño futuro y 2) actuar para impedir, en la medida de lo posible, que el daño aparezca, esto significa una prevención desde el modelo biopsicosocial, recordando que Santacreau (1991) comenta que el hecho de que una población esté sana, no la excluye de estar en riesgo y que los eventos precursores en población sana, generalmente no están relacionados con el problema que se pretende prevenir, que el objetivo debe ser la salud del organismo biopsicosocial y que son las acciones en estos diferentes sistemas las que darán como resultado la salud del organismo y de los organismos.

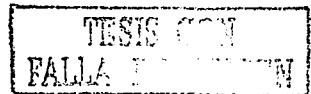
También se aclara que se eligió para este trabajo el enfoque epidemiológico, exploratorio – descriptivo, porque; 1) permite trabajar con la población tomándola como unidad de análisis, 2) se simpatiza con el objetivo epidemiológico de identificar el tipo de problema respecto al riesgo y la prevalencia 3) con base en estos dos (riesgo y prevalencia) se puede calcular la magnitud del problema, 4) da paso a estudios posteriores de epidemiología analítica y/o experimental, 5) este enfoque considera el estudio del ser humano en su medio que le es natural, es decir, en su hábitat inmediato, 6) se puede realizar un pronóstico epidemiológico que permite la formulación de hipótesis acerca de la población estudiada, por ejemplo, saber si los sujetos de la población, están propensos a enfermedad y de que tipo, respecto al proceso de adaptación a la vida académica, saber si el Stress está asociado al tiempo que dura la licenciatura y a la naturaleza de las actividades que en ella se desarrollan, etc. 7)



porque permite el análisis desde la ecología humana (estudiar al huésped – estudiantes, a los agentes patógenos – actividades cotidianas y al ambiente – hábitat académico) durante cinco años, tiempo que dura el plan de estudios del nivel de licenciatura. En este trabajo se eligió el enfoque epidemiológico a sabiendas de que en sus inicios solo era utilizado para estudios referentes a enfermedades infecciosas, pero que posteriormente se utilizó para determinar lo que Vega, García (1976) llaman, realidad epidemiológica, es decir para el análisis integral de factores biopsicosociales de la salud.

Desde el inicio se tuvo la certeza de que se encontraría algún grado de Stress en la población, ya que como anteriormente se mencionó, no es posible evitarlo, solo es posible controlarlo, y porque según el DSM IV los stresores están dentro del rango de las experiencias normales, provocan trastornos de adaptación que se manifiestan mediante malestares, mismos que interfieren en el desarrollo de las actividades biopsicosociales del sujeto, ese mismo manual aconseja que si los síntomas duran más de seis meses, se consideren crónicos, de lo que no se tuvo certeza es, si se encontraría al Stress como factor predisponente, precipitante, desencadenante, determinante o incluso como factor intermedio, es decir Cruz, Vargas 2001 conformado por una variedad de factores (stresores) denominados intermedios que generan Stress a manera de dificultades de adaptación y que a futuro producen enfermedad.

Por último, se sustituyó la naturaleza biomédica por variables BioPsicoSociales, como lo recomienda Sánchez (1987) con la intención de estudiar a la población en un escenario de interacción natural, entre sujeto y ambiente, relacionado con el proceso de Salud -adaptación.



4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ubicar (topográficamente) el estado de salud de la población estudiada dentro 1) del horizonte clínico - historia natural de la enfermedad, 2) del síndrome de adaptación general y 3) del enfoque epidemiológico.

4.3 OBJETIVOS

GENERAL: ubicar (topográficamente) el estado de salud de la población estudiantil del Instituto en Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

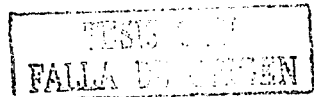
ESPECIFICOS:

- A) Ubicar (topográficamente) el estado de salud de la población con relación al horizonte clínico – historia natural de la enfermedad.
- B) Ubicar (topográficamente) el estado de salud de la población con relación al Síndrome de Adaptación General.
- C) Ubicar (topográficamente) el estado de salud de la población con relación al enfoque Epidemiológico.

4.4 HIPOTESIS.

Aun cuando se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, se enuncia una hipótesis, reconociendo en ella, solo un valor descriptivo, ya que en estudios exploratorios y descriptivos, no se usan las hipótesis, más bien se generan Hemández (1998).

Hi Es posible la detección de indicadores de salud en la vida cotidiana en la población estudiantil del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, que permiten la ubicación (topográfica)



de la población, dentro del horizonte clínico, dentro del síndrome de adaptación general y dentro del enfoque epidemiológico.

4.5 TIPO DE ESTUDIO:

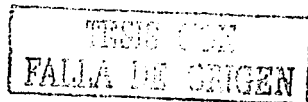
Se trata de un estudio exploratorio - descriptivo: en primer momento se explora el estado de la salud en la vida cotidiana de la población, se obtiene un diagnóstico de salud. Luego se describe la frecuencia de los factores biopsicosociales en el estado de salud de la población, misma que en un primer momento, es aparentemente sana. Vale la pena señalar otra vez, que posteriormente se buscará acceder a niveles más complejos de investigación, como son, los estudios correlacionales y explicativos, de diseño experimental.

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACION:

Se trata de un diseño transversal (corresponde a la fase 1ª del trabajo) que estudia a una población, la del ICsA, en un momento dado, es decir, se evaluó en una sola ocasión. Los resultados obtenidos en este trabajo, se retomarán en un estudio posterior (2ª fase de este trabajo) de tipo longitudinal - prospectivo y comparativo entre esta misma población en diferentes momentos o entre esta y otras poblaciones o grupos de población.

4.7 VARIABLES:

Variable dependiente - definitoria principal: el estado de salud de la población. Variables dependientes - definitorias asociadas a la variable principal: agrupadas en 8 áreas de la vida cotidiana, mismas que se analizan mediante el cuestionario, son: 1) factores socio demográficos, 2) funcionamiento social - empleo, 3) salud física en los últimos doce meses, 4) eventos estresantes en los últimos doce meses 5) preguntas acerca de sus familiares y amigos, 6) temas de

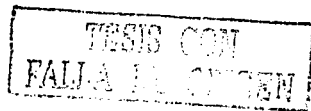


discusiones familiares 7) datos acerca de su hogar y 8) datos acerca de la salud de sus hijos.

4.8 POBLACION:

Se tomó a la población total de ICESA, pero en la aplicación de cuestionarios se dividió el total en cinco grupos, cada uno de ellos correspondió a cada una de las áreas académicas que conforman el ICESA. Todas las áreas académicas son de reciente creación y las generaciones cuentan con grupos A, B y C respectivamente, de 1º, 2º y 3º grado, se calculo que en cada grupo hubo aproximadamente 40 alumnos, lo que signífico en sumatoria 1800 alumnos, pero debido a que la demanda de inscripción y de aceptación en cada área son distintas, se encontró que las áreas de Nutrición y Farmacia contaron solo con dos grados y por lo tanto con un menor numero de grupos, en total se trata de una población de 850 sujetos aproximadamente, por lo que se destinaron para la aplicación, 850 cuestionarios, divididos según la matricula, para Medicina 240, para Odontología 240, para Farmacia 40, para Nutrición 90 y para psicología 240, de los que se aplicaron un total de 850 cuestionarios, mismos de los que se recupero, 31 cuestionarios de medicina, 229 cuestionarios de odontología, 26 cuestionarios de Farmacia, 87 cuestionarios de Nutrición y 243 cuestionarios de psicología, finalmente la población encuestada fue de 616 sujetos que contestaron 616 cuestionarios útiles a esta investigación, y que juntos representan el 72.4% del total de la población. Se debe tomar en cuenta que la escuela de Medicina cuenta con dos edificios, uno en el las instalaciones del ICESA y otro fuera de estas instalaciones y que los alumnos de esta área académica toman clases en los dos diferentes edificios, en horarios mixtos y en grupos diferentes, situación que dificulto la recuperación de cuestionarios.

CRITERIO DE INCLUSIÓN; todo sujeto inscrito como alumno, en alguna de las áreas académicas del Instituto en Ciencias de la Salud, de la Universidad



Autónoma del Estado Hidalgo, que decida participar y conteste un mínimo de 80% del cuestionario.

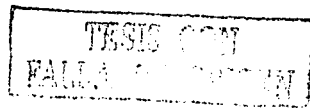
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN; todo sujeto que a pesar de estar inscrito como alumno en el Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad autónoma del Estado de Hidalgo, decida no participar en la investigación o que a pesar de haber decidido participar, no conteste un mínimo de 80% del cuestionario.

4.9 INSTRUMENTO:

Para medir la salud en la vida cotidiana, se utilizó el cuestionario denominado salud y vida cotidiana D H L - B, en su forma B, esta diseñado para adultos y esta dividido en ocho áreas que exploran: 1) factores sociodemográficos, 2) funcionamiento social - empleo, 3) salud física en los últimos 12 meses, 4) eventos estresantes en la vida cotidiana y las respuestas de afrontamiento, 5) los recursos sociales - familiares y amigos, 6) temas de discusión familiar, 7) datos acerca de su hogar y 8) datos acerca de la salud de sus hijos.

Anteriormente se elaboro la forma DHL - A, es antecedente de la escala D H L - B, para adultos, es un cuestionario traducido y adaptado a población mexicana por Ayala y Aduna (1984), cuestionario anexo.

La revisión inicial de la forma DHL - A para adultos, se desarrollo a partir de un estudio longitudinal respecto al tratamiento de consulta externa, para pacientes alcohólicos, también fue aplicado a los familiares de esos pacientes. se utilizo en un estudio sobre Stress y sus formas de afrontamiento, entre un grupo de parejas casadas de una comunidad, también se administro en un proyecto de investigación, en la que se analizo la importancia de factores sociales en el proceso de rehabilitación de un grupo de hombres que habían padecido infarto al miocardio. Se utilizo también en un estudio longitudinal del tratamiento de consulta externa, para pacientes deprimidos y sus familiares, también se utilizo para

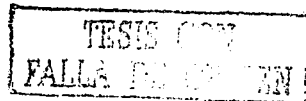


evaluar el Stress y sus formas de afrontamiento en un grupo de hombres y otro de mujeres de una comunidad en donde los sujetos tenían las mismas características sociodemográficas que las pacientes deprimidas que estaban bajo tratamiento.

Los indicadores de la forma D H L – B, se obtuvieron de dos grupos de sujetos, que en total conformaron una muestra de 424 personas deprimidas, que tomaron al tratamiento como una de las cinco facilidades Psiquiátricas, los criterios de inclusión fueron a) tener diagnóstico de depresión mayor, b) descartar alteraciones neurológicas o metabólicas, c) ausencia de síntomas maníacos o de abuso excesivo de alcohol en los últimos seis meses, d) tener mas de 18 años de edad, también se le aplico a las 159 esposas de los pacientes, finalmente se utilizó en un grupo control de 424 adultos de una comunidad.

Existe una versión de la forma DHL - para jóvenes de entre 12 y 18 años de edad, que se encuentran cursando secundaria y preparatoria.

Los indicadores del DHL – B se han utilizado en adultos, para evaluar los factores ajenos al tratamiento en consulta externa, así como para analizar los recursos sociales y de afrontamiento que utilizan las personas en su adaptación, y en donde tratan de evitar los procesos stresantes de la vida diaria. En el cuestionario se considera que los factores ambientales y personales determinan las circunstancias stresantes de la vida diaria y que son los recursos sociales y de afrontamiento los que moderan adaptativamente dichas circunstancias stresantes, la utilidad de este marco conceptual, así como los diferentes tipos de indicadores que se describen en el DHL – B se encuentran en Moos (1984) estos indicadores, se investigaron en estudios sobre depresión por Billings y Moos en 1982, 1985, en estudios de recuperación y reincidencia entre pacientes alcohólicos, comprobaron la utilidad de estos indicadores en estudios sobre Stress, procesos de afrontamiento, recursos, redes sociales y todas ellas se tomaron en cuenta y sirvieron para la elaboración de la forma D H L – B.



Los reactivos se pueden usar individualmente o como indicadores compuestos e integrados en categorías, los autores de la escala recomiendan su uso en investigaciones interesadas en el proceso de adaptación.

4.10 PROCEDIMIENTO:

Se dividió a la población total de ICESA, en cinco grupos de acuerdo al área académica a la que pertenecen, se repartieron los cuestionarios por grado y por grupo, en todos los casos, se trato de la misma versión de cuestionario, mismo que estuvo foliado, se acordaron horarios con las autoridades de cada área y con los jefes de grupo, la aplicación de todos los cuestionarios se llevo acabo en una semana, su aplicación fue administrada por monitores previamente capacitados, que visitaron a cada grupo para aplicar el cuestionario, en una sola sesión, dando tiempo suficiente y necesario para contestarlo (aproximadamente 90 min.).

Las instrucciones fueron: este es un cuestionario general de salud, por favor conteste cada pregunta tan adecuadamente como usted pueda, todas las respuestas son estrictamente confidenciales, mucho le agradecemos su participación en este estudio. Se continuó con las instrucciones que señala el manual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO V.

RESULTADOS

Como se mencionó con anterioridad, el objetivo de este trabajo es conocer la salud en la vida cotidiana de una población estudiantil universitaria aparentemente sana, para ello se buscaron indicadores de salud o enfermedad que permitieran la elaboración de un diagnóstico de salud, de la población estudiada, al mismo tiempo que facilitarían la ubicación (topográfica) de la población dentro 1) del horizonte clínico, 2) del Síndrome de Adaptación General, y 3) dentro del enfoque epidemiológico.

Para cumplir con los objetivos planteados se aplicó el cuestionario D H L - B, es un cuestionario de cotejo, que consta de 262 preguntas y analiza 8 áreas de la vida cotidiana.

De las respuestas capturadas, se obtuvieron medidas de tendencia central; media, mediana, moda y desviación estándar; para conocer la frecuencia de cada una de las respuestas y los valores perdidos del cuestionario, lo que permitió la validación del cuestionario para esta población.

Se trabajó con 616 cuestionarios recuperados, cada uno arrojó 262 respuestas, en total se trata de 161, 392 datos que se muestran a continuación en dos apartados, el primero en tablas de resultados (porcentaje) por pregunta y el segundo en tablas de resultados (porcentaje) por categoría, es decir, por conjuntos de preguntas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1 TABLAS DE RESULTADOS POR PREGUNTA.

1. Área académica a la que pertenece

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Psicología	243	39.4%
Nutrición	87	14.1%
Farmacia	26	4.2%
Odontología	229	37.2%
Medicina	31	5.0%
Total	616	100.0%

2. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Masculino	154	25.0%
Femenino	462	75.0%
Total	616	100.0%

3. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Tec. Comercial	5	.8%
Bachillerato	602	97.7%
Normal	1	.2%
Profesional	7	1.1%
Pos grado	1	.2%
Total	616	100.0%

4. Religión

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Católica	526	85.4%
Judaica	1	.2%
Protestante	15	2.4%
Otra	28	4.5%
Ninguna	46	7.5%
Total	616	100.0%

5. Nacionalidad

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Mexicana	612	99.4%
Sudamericana	2	.3%
Norteamericana	1	.2%
Europea	1	.2%
Total	616	100.0%

6. Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Soltero	600	97.4%
Casado o Unión libre	16	2.6%
Total	616	100.0%

7. ¿Cuántas veces se ha casado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguna	613	99.5%
Una	3	.5%
Total	616	100.0%

8. Tiempo de relación en años

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	601	97.6%
Uno	5	.8%
Dos	3	.5%
Más de dos	7	1.1%
Total	616	100.0%

9. ¿Trabaja actualmente?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No	577	93.7%
Sí	36	5.8%
Sí tiempo completo	3	.5%
Total	616	100.0%

10. ¿Cuántas veces cambió de trabajo en el último año?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguna	577	93.7%
Una	15	2.4%
Dos	16	2.6%
Tres	8	1.3%
Total	616	100.0%

11. Ocupación actual

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Estudiante	570	92.5%
12	1	.2%
14	1	.2%
Estudia y Trabaja	11	1.8%
Profesor	2	.3%
Trabaja	31	5.0%
Total	616	100.0%

12. ¿ Si usted no está trabajando actualmente cuál es el motivo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí trabaja	44	7.1%
Temporalmente desempleado	3	.5%
Buscando trabajo	5	.8%
No busca trabajo	6	1.0%
Estudia	556	90.3%
Ama de casa	1	.2%
Otra	1	.2%
Total	616	100.0%

13. ¿Si no está empleado, cuánto tiempo ha estado sin trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	43	7.0%
Menos de 3 Meses	26	4.2%
De 3 a 6 meses	14	2.3%

De 7 a 9 meses	11	1.8%
De 10 a 1 año	9	1.5%
De 12 meses a más	513	83.3%
Total	616	100.0%

14. ¿Cuál es su ingreso mensual?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No tiene	506	82.2%
De 1 a 2 salarios	29	4.7%
De 3 a 4 salarios	32	5.2%
De 5 a 6 salarios	26	4.2%
De 6 a 8 salarios	23	3.7%
Total	616	100.0%

15. ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No tiene	3	.5%
De 4 a 6 salarios	99	16.1%
De 7 a 9 salarios	128	20.8%
De 10 a 20 salarios	228	37.0%
No sabe	158	25.6%
Total	616	100.0%

16. ¿Ha tenido anemia en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	24	3.9%
No	592	96.1%
Total	616	100.0%

17. ¿Ha tenido asma en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	11	1.8%
No	605	98.2%
Total	616	100.0%

18. ¿Ha tenido artritis en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

19. ¿Ha tenido bronquitis en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	14	2.3%
No	602	97.7%
Total	616	100.0%

20. ¿Ha tenido cáncer en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

21. ¿Ha tenido problemas del hígado en los últimos 12 meses?

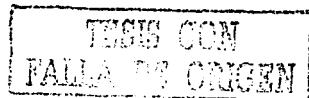
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	3	.5%
No	613	99.5%
Total	616	100.0%

22. ¿Ha tenido diabetes en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

23. ¿Ha tenido problemas serios con la espalda en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	25	4.1%
No	591	95.9%



Total	616	100.0%
-------	-----	--------

24. ¿Ha tenido problemas con el corazón en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	10	1.6%
No	606	98.4%
Total	616	100.0%

25. ¿Ha tenido presión alta en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	24	3.9%
No	592	96.1%
Total	616	100.0%

26. ¿Ha tenido problemas de riñón en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	26	4.2%
No	590	95.8%
Total	616	100.0%

27. ¿Ha padecido tuberculosis en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

28. ¿Ha padecido úlceras en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	10	1.6%
No	606	98.4%
Total	616	100.0%

29. ¿Ha padecido embolia en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sí	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

30. ¿Ha padecido síntomas de debilidad en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	272	44.2%
No	344	55.8%
Total	616	100.0%

31. ¿Ha padecido síntomas de calor corporal en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	115	18.7%
No	501	81.3%
Total	616	100.0%

32. ¿Ha padecido síntomas de latidos fuertes de corazón en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	123	20.0%
No	493	80.0%
Total	616	100.0%

33. ¿Ha padecido síntomas de poco apetito en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	199	32.3%
No	417	67.7%
Total	616	100.0%

34. ¿Ha padecido síntomas de nerviosismo en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	402	65.3%
No	214	34.7%
Total	616	100.0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

35. ¿Ha padecido síntomas de inquietud en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	322	52.3%
No	294	47.7%
Total	616	100.0%

36. ¿Ha padecido síntomas de acidez estomacal o indigestión en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	235	38.1%
No	381	61.9%
Total	616	100.0%

37. ¿Ha padecido síntomas de escalofríos en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	139	22.6%
No	477	77.4%
Total	616	100.0%

38. ¿Ha padecido síntomas de manos temblorosas en los últimos 12 meses?

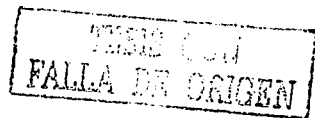
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	146	23.7%
No	470	76.3%
Total	616	100.0%

39. ¿Ha padecido síntomas dolor de cabeza en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	346	56.2%
No	270	43.8%
Total	616	100.0%

40. ¿Ha padecido síntomas de estreñimiento en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	123	20.0%



No	493	80.0%
Total	616	100.0%

41. ¿Ha padecido síntomas de insomnio en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	141	22.9%
No	475	77.1%
Total	616	100.0%

42. ¿En los últimos 12 meses ha sentido que no puede empezar ninguna actividad?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	153	24.8%
No	463	75.2%
Total	616	100.0%

43. ¿En los últimos 12 meses ha sentido que se preocupa demasiado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	388	63.0%
No	228	37.0%
Total	616	100.0%

44. ¿En los últimos 12 meses ha sentido que su memoria no está del todo bien?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	291	47.3%
No	325	52.7%
Total	616	100.0%

45. ¿En los últimos 12 meses ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	198	32.1%
No	418	67.9%
Total	616	100.0%

46. ¿En los últimos 12 meses ha sentido que nada le sale bien?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	213	34.6%
No	403	65.4%
Total	616	100.0%

47. ¿En los últimos 12 meses se ha preguntando si existe algo que todavía valga la pena?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	164	26.6%
No	452	73.4%
Total	616	100.0%

48. ¿Usted fuma cigarros?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	205	33.3%
No	411	66.7%
Total	616	100.0%

49. ¿Con qué frecuencia fuma cigarros?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nada	408	66.3%
Más que el año pasado	68	11.0%
Igual que el año pasado	47	7.6%
Menos que el año pasado	93	15.1%
Total	616	100.0%

50. ¿Cuántos cigarros fuma a diario?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	409	66.4%
De 1 a 5	81	13.1%
De 6 a 10	109	17.7%
De 11 a 15	16	2.6%
De 16 a 20	1	.2%
Total	616	100.0%

51. ¿Ha presentado algún síntoma de dolor de garganta por fumar demasiado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	45	7.3%
No	571	92.7%
Total	616	100.0%

52. ¿Ha presentado algún síntoma de tos por fumar demasiado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	24	3.9%
No	592	96.1%
Total	616	100.0%

53. ¿Ha presentado algún síntoma de falta de aire por fumar demasiado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	27	4.4%
No	589	95.6%
Total	616	100.0%

54. ¿Ha presentado algún otro síntoma por fumar demasiado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	20	3.2%
No	596	96.8%
Total	616	100.0%

55. ¿Toma usted alguna bebida alcohólica?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	273	44.4%
No	343	55.6%
Total	616	100.0%

56. ¿Con qué frecuencia ha tomado cerveza durante el mes pasado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	420	68.2%
Una vez	91	14.8%
2 o 3 veces	82	13.3%
4 o 5 veces	19	3.1%
Casi todos los días	4	.6%
Total	616	100.0%

57. ¿Con qué frecuencia ha tomado vino de mesa en el último mes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	553	89.8%
Una vez	29	4.7%
2 o 3 veces	27	4.4%
4 o 5 veces	5	.8%
Casi todos los días	2	.3%
Total	616	100.0%

58. ¿Con qué frecuencia tomó tequila o mezcal durante el mes pasado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	461	74.8%
Una vez	76	12.4%
2 o 3 veces	66	10.7%
4 o 5 veces	10	1.6%
Casi todos los días	3	.5%
Total	616	100.0%

59. ¿Con qué frecuencia tomó brandy o ron en el último mes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	506	82.2%
Una vez	56	9.1%
2 o 3 veces	44	7.1%
4 o 5 veces	8	1.3%
Casi todos los días	2	.3%
Total	616	100.0%

TESIS
FALLA DE ORIGEN

60. ¿Con qué frecuencia tomó pulque en el último mes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	604	98.1%
Una vez	9	1.3%
2 o 3 veces	1	.2%
4 o 5 veces	1	.2%
Casi todos los días	1	.2%
Total	616	100.0%

61. ¿Cuánta cerveza tomó en el último mes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nada	415	67.4%
1 vaso	37	6.0%
1 a 2 vasos	59	9.6%
1 litro	34	5.5%
2 litros	37	6.0%
3 litros	34	5.5%
Total	616	100.0%

62. ¿Cuánto vino de mesa tomó en el último mes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nada	550	89.3%
1 vaso	50	8.1%
2 o 3 botellas	14	2.3%
4 u 8 botellas	1	.2%
9 u 12 botellas	1	.2%
Total	616	100.0%

63. ¿Cuánto, brandy, tequila o ron tomó en el último mes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nada	426	69.2%
1 copa	43	7.0%
2 o 3 copas	93	15.1%
Medio litro	29	4.7%
1 litro	13	2.1%
1 1/2 litros	12	1.9%
Total	616	100.0%

64. ¿Ha tenido alguna dificultad por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	23	3.7%
No	583	96.3%
Total	616	100.0%

65. ¿Ha tenido algún problema de salud por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	10	1.6%
No	606	98.4%
Total	616	100.0%

66. ¿Ha tenido algún problema de trabajo por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	3	.5%
No	613	99.5%
Total	616	100.0%

67. ¿Ha tenido algún problema de dinero por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	8	1.3%
No	608	98.7%
Total	616	100.0%

68. ¿Ha tenido discusiones familiares por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	9	1.5%
No	607	98.5%
Total	616	100.0%

69. ¿Ha golpeado a alguien por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	3	.5%
No	613	99.5%

Total	616	100.0%
-------	-----	--------

70. ¿Ha tenido dificultades en el vecindario por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No	616	100.0%
Total	616	100.0%

71. ¿Ha tenido dificultades con la policía por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	615	99.8%
Total	616	100.0%

72. ¿Ha tenido dificultades con amigos por beber?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

73. ¿Estuvo hospitalizado alguna vez en el último año?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	36	5.8%
No	580	94.2%
Total	616	100.0%

74. ¿Estuvo incapacitado debido a problemas de salud?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	528	85.9%
1 día	22	3.6%
más de 3 días	31	5.0%
más de 1 semana	15	2.4%
más de 2 semanas	9	1.5%
más de un mes	10	1.6%
Total	616	100.0%

75. ¿Ha usado medicamentos para alergias en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	18	2.9%
No	598	97.1%
Total	616	100.0%

76. ¿Ha usado anfetaminas en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	9	1.5%
No	607	98.5%
Total	616	100.0%

77. ¿Ha usado antibióticos en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	195	31.7%
No	421	68.3%
Total	616	100.0%

78. ¿Ha usado antidepresivos en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	15	2.4%
No	601	97.6%
Total	616	100.0%

79. ¿Ha usado aspirinas en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	277	44.9%
No	339	55.1%
Total	616	100.0%

80. ¿Ha usado pastillas para dieta en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	14	2.3%
No	602	97.7%

Total	616	100.0%
-------	-----	--------

81. ¿Ha usado laxantes en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	26	4.2%
No	590	95.8%
Total	616	100.0%

82. ¿Ha usado pastillas para dolor en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	268	43.4%
No	348	56.6%
Total	616	100.0%

83. ¿Ha usado pastillas para dormir en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	11	1.8%
No	605	98.2%
Total	616	100.0%

84. ¿Ha usado medicamentos para la digestión en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	82	13.3%
No	534	86.7%
Total	616	100.0%

85. ¿Ha usado tranquilizantes en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	10	1.6%
No	606	98.4%
Total	616	100.0%

86. ¿Ha usado vitaminas en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	182	29.5%
No	434	70.5%
Total	616	100.0%

87. ¿Ha solicitado ayuda de consejero espiritual o pastor?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	68	11.0%
No	548	89.0%
Total	616	100.0%

88. ¿Ha solicitado ayuda de consejero familiar o matrimonial?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	41	6.7%
No	575	93.3%
Total	616	100.0%

89. ¿Ha solicitado ayuda a médico?

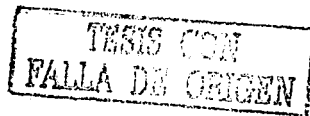
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	116	18.8%
No	500	81.2%
Total	616	100.0%

90. ¿Ha solicitado ayuda a psiquiatra o psicólogo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	62	10.1%
No	554	89.9%
Total	616	100.0%

91. ¿Ha solicitado ayuda a la policía?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	7	1.1%
No	609	98.9%



Total	616	100.0%
-------	-----	--------

92. ¿Ha solicitado ayuda a grupo de autoayuda?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	11	1.8%
No	605	98.2%
Total	616	100.0%

93. ¿Ha solicitado ayuda a abogado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	8	1.3%
No	608	98.7%
Total	616	100.0%

94. ¿Ha solicitado ayuda a su jefe?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	9	1.5%
No	607	98.5%
Total	616	100.0%

95. ¿Ha solicitado ayuda a amigos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Sí	379	61.5%
No	237	38.5%
Total	616	100.0%

96. ¿Durante el último año experimentó depresión o tristeza?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	95	15.4%
Rara vez	159	25.8%
En ocasiones	285	46.3%
Casi siempre	59	9.6%
Siempre	18	2.9%
Total	616	100.0%

97. ¿Durante el último año experimento poco apetito o pérdida de peso?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	235	38.1%
Rara vez	201	32.6%
En ocasiones	140	22.7%
Casi siempre	30	4.9%
Siempre	10	1.7%
Total	616	100.0%

98. ¿Durante el último año experimentó problemas para dormir o dormir demasiado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	219	35.6%
Rara vez	157	25.5%
En ocasiones	173	28.1%
Casi siempre	53	8.6%
Siempre	14	2.2%
Total	616	100.0%

99. ¿Durante el último año experimentó pérdida de energía, fatiga o cansancio?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	157	25.5%
Rara vez	216	35.1%
En ocasiones	181	29.4%
Casi siempre	54	8.8%
Siempre	8	1.2%
Total	616	100.0%

100. ¿Durante el último año experimentó inquietud?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	155	25.2%
Rara vez	195	31.7%
En ocasiones	186	30.2%
Casi siempre	69	11.2%
Siempre	11	1.7%
Total	616	100.0%

101. ¿Durante el último año experimentó lentitud o dificultades para moverse?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	444	72.1%
Rara vez	125	20.3%
En ocasiones	38	6.2%
Casi siempre	7	1.1%
Siempre	2	.3%
Total	616	100.0%

102. ¿Durante el último año experimentó pérdida de interés o placer en sus actividades?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	255	41.4%
Rara vez	186	30.2%
En ocasiones	146	23.7%
Casi siempre	27	4.4%
Siempre	2	.3%
Total	616	100.0%

103. ¿Durante el último año experimentó culpabilidad o se ha sentido sin valor o despreciable?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	353	57.3%
Rara vez	138	22.4%
En ocasiones	94	15.3%
Casi siempre	23	3.7%
Siempre	8	1.3%
Total	616	100.0%

104. ¿Durante el último año experimentó problemas de concentración al pensar o tomar decisiones?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	166	26.9%
Rara vez	192	31.2%
En ocasiones	204	33.1%
Casi siempre	43	7.0%
Siempre	11	1.8%
Total	616	100.0%

105. ¿Durante el último año experimentó pensamientos acerca de muerte o suicidio?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	412	66.9%
Rara vez	109	17.7%
En ocasiones	72	11.7%
Casi siempre	17	2.7%
Siempre	6	1.0%
Total	616	100.0%

106. ¿Durante el último año experimentó llanto?

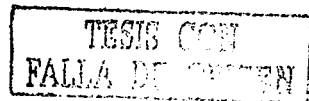
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	126	20.5%
Rara vez	200	32.5%
En ocasiones	217	35.2%
Casi siempre	59	9.6%
Siempre	14	2.2%
Total	616	100.0%

107. ¿Durante el último año experimentó sentimientos negativos o pesimistas?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	223	36.2%
Rara vez	222	36.0%
En ocasiones	129	20.9%
Casi siempre	35	5.7%
Siempre	7	1.2%
Total	616	100.0%

108. ¿Durante el último año experimentó pensamientos frecuentes sobre cosas?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	174	28.2%
Rara vez	154	25.0%
En ocasiones	158	25.6%
Casi siempre	87	14.2%
Siempre	43	7.0%
Total	616	100.0%



109. ¿Durante el último año experimentó sentimientos de incomodidad?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	219	35.6%
Rara vez	226	36.7%
En ocasiones	133	21.6%
Casi siempre	33	5.4%
Siempre	5	.7%
Total	616	100.0%

110. ¿Durante el último año experimentó sentimientos ofensivos, irritabilidad, enojo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	137	22.2%
Rara vez	204	33.2%
En ocasiones	218	35.4%
Casi siempre	47	7.6%
Siempre	10	1.6%
Total	616	100.0%

111. ¿Durante el último año experimentó necesidad de que lo tranquilicen o ayuden?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	298	48.4%
Rara vez	165	26.8%
En ocasiones	103	16.7%
Casi siempre	31	5.0%
Siempre	19	3.1%
Total	616	100.0%

112. ¿Durante el último año experimentó lastima o pena por usted mismo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	446	72.4%
Rara vez	99	16.1%
En ocasiones	50	8.1%
Casi siempre	14	2.3%
Siempre	7	1.1%
Total	616	100.0%

113. ¿Durante el último año experimentó síntomas físicos de enfermedades o enfermedades?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	228	37.0%
Rara vez	244	39.6%
En ocasiones	123	20.0%
Casi siempre	16	2.6%
Siempre	5	.8%
Total	616	100.0%

114. ¿Se cambió de casa durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	177	28.7%
No	439	71.3%
Total	616	100.0%

115. ¿Se graduó durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	258	41.9%
No	358	58.1%
Total	616	100.0%

116. ¿Perdió algo con valor sentimental durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	166	26.9%
No	450	73.1%
Total	616	100.0%

117. ¿Muerte de algún amigo cercano en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	76	12.3%
No	540	87.7%
Total	616	100.0%

118. ¿Problemas con amigos o vecinos durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	128	20.8%
No	1488	79.2%
Total	616	100.0%

119. ¿Se comprometió sentimentalmente en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	116	18.8%
No	500	81.2%
Total	616	100.0%

120. ¿Se caso en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	4	.6%
No	612	99.4%
Total	616	100.0%

121. ¿Se separó en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	16	2.6%
No	600	97.4%
Total	616	100.0%

122. ¿Tuvo una reconciliación marital durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	9	1.5%
No	607	98.5%
Total	616	100.0%

123. ¿Se divorció en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	6	1.0%
No	610	99.0%

Total	616	100.0%
-------	-----	--------

124. ¿Nació un niño en su familia inmediata durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	68	11.1%
No	548	88.9%
Total	616	100.0%

125. ¿Tuvo dificultades con suegros o parientes políticos durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	23	3.7%
No	593	96.3%
Total	616	100.0%

126. ¿Tuvo algún accidente o enfermedad seria durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	46	7.5%
No	570	92.5%
Total	616	100.0%

127. ¿Muerte de cónyuge en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	3	.5%
No	613	99.5%
Total	616	100.0%

128. ¿Muerte de un miembro de la familia cercana (excepto cónyuge)?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	85	13.8%
No	531	86.2%
Total	616	100.0%

129. ¿Ha tenido problemas con superiores en el trabajo durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	20	3.2%
No	596	96.8%
Total	616	100.0%

130. ¿Lo suspendieron o despidieron del trabajo durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	10	1.6%
No	606	98.4%
Total	616	100.0%

131. ¿Ha estado desempleado por un mes durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	13	2.1%
No	603	97.9%
Total	616	100.0%

132. ¿Aumentó su carga de trabajo en lo últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	137	22.2%
No	479	77.8%
Total	616	100.0%

133. ¿Fue promovido en el trabajo durante los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	12	1.9%
No	604	98.1%
Total	616	100.0%

134. ¿Consiguió mejor trabajo en los últimos 12 meses (o nuevo)?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	16	2.6%

TESIS CUI
FALLA DE ORIGEN

No	600	97.4%
Total	616	100.0%

135. ¿Aumentó sustancialmente su ingreso (20%) en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	29	4.7%
No	587	95.3%
Total	616	100.0%

136. ¿Decremento sustancialmente su ingreso (20%) en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	10	1.6%
No	606	98.4%
Total	616	100.0%

137. ¿Se endeudó fuertemente en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	31	5.0%
No	585	95.0%
Total	616	100.0%

138. ¿Su hijo entró a una escuela nueva en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	5	.8%
No	611	99.2%
Total	616	100.0%

139. ¿Su hijo abandonó la casa en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	615	99.8%
Total	616	100.0%

140. ¿Su hijo regresó a casa después de una larga ausencia en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	2	.3%
No	614	99.7%
Total	616	100.0%

141. ¿Algún pariente se cambio de casa en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	45	7.3%
No	571	92.7%
Total	616	100.0%

142. ¿Tuvo problemas legales en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	13	2.1%
No	603	97.9%
Total	616	100.0%

143. ¿Tuvo problemas de alcohol o drogas en los últimos 12 meses?

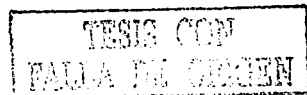
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	13	2.1%
No	603	97.9%
Total	616	100.0%

144. ¿Fue asaltado o robado en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	31	5.0%
No	585	95.0%
Total	616	100.0%

145. ¿Sufrió algún otro evento de importancia en los últimos 12 meses?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	27	4.4%



No	589	95.6%
Total	616	100.0%

146. ¿Para enfrentar un evento, trató de saber más de la situación?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	122	19.8%
Rara vez	53	8.6%
En ocasiones	122	19.8%
Casi siempre	202	32.8%
Siempre	117	19.0%
Total	616	100.0%

147. ¿Para enfrentar un evento, habló con su cónyuge o con otros parientes acerca del evento?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	255	41.4%
Rara vez	68	11.0%
En ocasiones	102	16.6%
Casi siempre	121	19.6%
Siempre	70	11.4%
Total	616	100.0%

148. ¿Para enfrentar un evento habló con un amigo acerca del problema?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	102	16.6%
Rara vez	79	12.8%
En ocasiones	157	25.5%
Casi siempre	161	26.1%
Siempre	117	19.0%
Total	616	100.0%

149. ¿Para enfrentar un evento habló con un profesional -abogado, cura, médico, etc.?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	389	63.1%
Rara vez	102	16.6%
En ocasiones	69	11.2%
Casi siempre	43	7.0%

Siempre	13	2.1%
Total	616	100.0%

150. ¿Para enfrentar un evento rezó para tener una guía o darse valor?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	195	31.6%
Rara vez	95	15.4%
En ocasiones	160	26.0%
Casi siempre	96	15.6%
Siempre	70	11.4%
Total	616	100.0%

151. ¿Para enfrentar un evento se preparó para el peor de los casos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	208	33.7%
Rara vez	118	19.2%
En ocasiones	126	20.5%
Casi siempre	95	15.4%
Siempre	69	11.2%
Total	616	100.0%

152. ¿Para enfrentar un evento no se preocupó y pensó que todo saldría bien?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	207	33.6%
Rara vez	146	23.7%
En ocasiones	151	24.5%
Casi siempre	85	13.8%
Siempre	27	4.4%
Total	616	100.0%

153. ¿Para enfrentar un evento se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	291	47.2%
Rara vez	163	26.5%
En ocasiones	112	18.2%
Casi siempre	34	5.5%
Siempre	16	2.6%

Total	616	100.0%
-------	-----	--------

154. ¿Para enfrentar un evento trató de ver el lado bueno de la situación?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	115	18.7%
Rara vez	91	14.8%
En ocasiones	156	25.3%
Casi siempre	156	25.3%
Siempre	98	15.9%
Total	616	100.0%

155. ¿Para enfrentar un evento se ocupó en otras cosas para no pensar en lo sucedido?

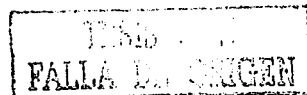
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	155	25.2%
Rara vez	116	18.8%
En ocasiones	192	31.2%
Casi siempre	118	19.2%
Siempre	35	5.6%
Total	616	100.0%

156. ¿Para enfrentar un evento formuló un plan de acción y lo llevó a cabo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	197	32.0%
Rara vez	136	22.1%
En ocasiones	143	23.2%
Casi siempre	101	16.4%
Siempre	39	6.3%
Total	616	100.0%

157. ¿Para enfrentar un evento consideró varias alternativas para manejar la situación?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	136	22.1%
Rara vez	82	13.3%
En ocasiones	152	24.7%
Casi siempre	174	28.2%
Siempre	72	11.7%



Total	616	100.0%
-------	-----	--------

158. ¿Para enfrentar un evento se guió por experiencias pasadas en situaciones similares?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	171	27.8%
Rara vez	86	14.0%
En ocasiones	172	27.9%
Casi siempre	135	21.9%
Siempre	52	8.4%
Total	616	100.0%

159. ¿Para enfrentar un evento no expresó sus sentimientos?

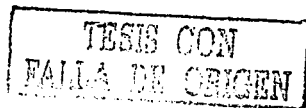
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	197	32.0%
Rara vez	149	24.2%
En ocasiones	153	24.8%
Casi siempre	63	10.2%
Siempre	54	8.8%
Total	616	100.0%

160. ¿Para enfrentar un evento tomó las cosas como venían, paso a paso?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	148	24.0%
Rara vez	93	15.2%
En ocasiones	177	28.7%
Casi siempre	127	20.6%
Siempre	71	11.5%
Total	616	100.0%

161. ¿Para enfrentar un evento trató de analizar la situación y ver las cosas objetivamente?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	100	16.2%
Rara vez	55	8.9%
En ocasiones	152	24.7%
Casi siempre	202	32.8%
Siempre	107	17.4%



Total	616	100.0%
-------	-----	--------

162. ¿Para enfrentar un evento pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	107	17.4%
Rara vez	45	7.3%
En ocasiones	130	21.1%
Casi siempre	199	32.3%
Siempre	135	21.9%
Total	616	100.0%

163. ¿Para enfrentar un evento intentó no precipitarse actuando impulsivamente?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	144	23.3%
Rara vez	74	12.0%
En ocasiones	144	23.4%
Casi siempre	171	27.8%
Siempre	83	13.5%
Total	616	100.0%

164. ¿Para enfrentar un evento se dijo cosas que le ayudaron a sentirse mejor?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	130	21.2%
Rara vez	87	14.1%
En ocasiones	145	23.5%
Casi siempre	161	26.1%
Siempre	93	15.1%
Total	616	100.0%

165. ¿Para enfrentar un evento se olvidó del problema por un tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	212	34.4%
Rara vez	176	28.6%
En ocasiones	168	27.3%
Casi siempre	44	7.1%
Siempre	16	2.6%
Total	616	100.0%

166. ¿Para enfrentar un evento supo lo que había de hacer y se esforzó?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	130	20.9%
Rara vez	87	14.1%
En ocasiones	175	28.4%
Casi siempre	148	24.0%
Siempre	76	12.6%
Total	616	100.0%

167. ¿Para enfrentar un evento evitó estar con la gente en general?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	304	49.4%
Rara vez	149	24.2%
En ocasiones	107	17.4%
Casi siempre	36	5.8%
Siempre	20	3.2%
Total	616	100.0%

168. ¿Para enfrentar un evento se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	144	23.4%
Rara vez	46	7.5%
En ocasiones	114	18.5%
Casi siempre	160	26.0%
Siempre	152	24.6%
Total	616	100.0%

169. ¿Para enfrentar un evento se negó a creer lo que había sucedido?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	343	55.6%
Rara vez	118	19.2%
En ocasiones	94	15.3%
Casi siempre	39	6.3%
Siempre	22	3.6%
Total	616	100.0%

170. ¿Para enfrentar un evento aceptó que no podía hacer nada?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	194	31.5%
Rara vez	115	18.7%
En ocasiones	132	21.4%
Casi siempre	86	14.0%
Siempre	89	14.4%
Total	616	100.0%

171. ¿Para enfrentar un evento trató de permanecer insensible?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	256	41.6%
Rara vez	135	21.9%
En ocasiones	145	23.6%
Casi siempre	52	8.4%
Siempre	28	4.5%
Total	616	100.0%

172. ¿Para enfrentar un evento buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	351	56.9%
Rara vez	116	18.9%
En ocasiones	80	13.0%
Casi siempre	46	7.5%
Siempre	23	3.7%
Total	616	100.0%

173. ¿Para enfrentar un evento negoció para rescatar algo positivo de la situación?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	339	55.1%
Rara vez	105	17.0%
En ocasiones	90	14.6%
Casi siempre	56	9.1%
Siempre	26	4.2%
Total	616	100.0%

174. ¿Para enfrentar un evento intentó reducir la tensión?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	274	44.5%
Rara vez	80	13.0%
En ocasiones	52	8.4%
Casi siempre	127	20.6%
Siempre	83	13.5%
Total	616	100.0%

175. ¿Cuántos amigos tiene sin incluir los conocidos eventuales?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	12	1.9%
De 1 a 5	215	35.0%
De 6 a 10	172	27.9%
De 11 a 15	50	8.1%
Más de 15	167	27.1%
Total	616	100.0%

176. ¿Cuántos amigos cercanos tiene, personas con quienes usted puede platicar sus problemas personales?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	13	2.1%
De 1 a 5	453	73.6%
De 6 a 10	103	16.7%
De 11 a 15	19	3.1%
Más de 15	28	4.5%
Total	616	100.0%

177. ¿A cuantas personas conoce de las cuales pueda esperar ayuda real en tiempos difíciles?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	12	2.0%
De 1 a 5	316	51.2%
De 6 a 10	155	25.2%
De 11 a 15	34	5.5%
Más de 15	99	16.1%
Total	616	100.0%

178. ¿Pertenece a un círculo de amigos cercanos que mantienen contacto estrecho?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	466	75.6%
No	150	24.4%
Total	616	100.0%

179. ¿Durante los últimos 12 meses ha asistido a evento deportivo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No asistió	311	50.3%
Con la familia o alguno de sus miembros	94	15.3%
Con uno o más amigos	211	34.4%
Total	616	100.0%

180. ¿Durante los últimos 12 meses ha jugado juegos de tablero (ajedrez, damas, etc.)

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No jugó	371	60.3%
Con la familia o alguno de sus miembros	98	15.9%
Con uno o más amigos	147	23.8%
Total	616	100.0%

181. ¿Durante los últimos 12 meses ha jugado barajas?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No jugó	407	65.9%
Con la familia o alguno de sus miembros	74	12.0%
Con uno o más amigos	135	21.1%
Total	616	100.0%

182. ¿En los últimos 12 meses asistió a algún concierto o museo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No asistió	291	47.1%
Con la familia o alguno	116	18.9%

de sus miembros		
Con uno o más amigos	209	34.0%
Total	616	100.0%

183. ¿En los últimos 12 meses platicó por largo tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No platicó	295	48.9%
Con la familia o alguno de sus miembros	131	21.3%
Con uno o más amigos	190	30.8%
Total	616	100.0%

184. ¿En los últimos 12 meses participó o ayudó en algún proyecto?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No participó	295	47.7%
Con la familia o alguno de sus miembros	144	23.5%
Con uno o más amigos	177	28.8%
Total	616	100.0%

185. ¿En los últimos 12 meses salió a dar una vuelta caminando?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No salió	268	43.4%
Con la familia o alguno de sus miembros	117	19.0%
Con uno o más amigos	231	37.6%
Total	616	100.0%

186. ¿En los últimos 12 meses asistió a alguna reunión de un club u otra organización?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No asistió	374	60.7%
Con la familia o alguno de sus miembros	61	9.9%
Con uno o más amigos	181	29.4%
Total	616	100.0%

187. ¿En los últimos 12 meses asistió a alguna fiesta?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No asistió	302	48.9%
Con la familia o alguno de sus miembros	124	20.2%
Con uno o más amigos	190	30.9%
Total	616	100.0%

188. ¿En los últimos 12 meses asistió a día de campo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No asistió	277	46.5%
Con la familia o alguno de sus miembros	206	33.5%
Con uno o más amigos	123	20.0%
Total	616	100.0%

189. ¿En los últimos 12 meses asistió a nadar o a jugar?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
No asistió	336	52.8%
Con la familia o alguno de sus miembros	126	20.5%
Con uno o más amigos	164	26.7%
Total	616	100.0%

190. ¿Durante el último mes se reunió con uno o más amigos en su casa?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguna	281	45.7%
De 1 a 5	183	29.7%
De 6 a 10	70	11.4%
De 11 a 15	13	2.0%
Más de 15	69	11.2%
Total	616	100.0%

191. ¿Durante el último mes cuántas veces se reunió con uno o más amigos en otro sitio?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez

Ninguna	132	21.5%
De 1 a 5	251	40.7%
De 6 a 10	116	18.8%
De 11 a 15	24	3.9%
Más de 15	93	15.1%
Total	616	100.0%

192. ¿Durante el último mes cuántas veces visitó a su familia en su casa?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguna	55	8.9%
De 1 a 5	310	50.3%
De 6 a 10	119	19.3%
De 11 a 15	38	6.2%
Más de 15	94	15.3%
Total	616	100.0%

193. ¿Durante el último mes quién realizó en su hogar las compras de comida?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	23	3.7%
Casi siempre usted	33	5.4%
Usted y otro por igual	147	23.9%
Casi siempre otro	147	23.9%
Siempre otro	197	32.0%
No se aplica	69	11.1%
Total	616	100.0%

194. ¿En el último mes quién realizó en su hogar la planeación y preparación de alimentos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	23	3.7%
Casi siempre usted	28	4.6%
Usted y otro por igual	154	25.0%
Casi siempre otro	148	24.1%
Siempre otro	214	34.8%
No se aplica	49	7.8%
Total	616	100.0%

195. ¿En el último mes en su hogar quién tiró la basura?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	29	4.7%
Casi siempre usted	46	7.5%
Usted y otro por igual	200	32.5%
Casi siempre otro	141	22.9%
Siempre otro	165	26.8%
No se aplica	35	5.6%
Total	616	100.0%

196. ¿En el último mes quién realizó en su hogar la limpieza de la casa?

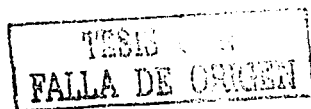
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	29	4.7%
Casi siempre usted	48	7.8%
Usted y otro por igual	340	55.3%
Casi siempre otro	89	14.5%
Siempre otro	93	15.1%
No se aplica	17	2.6%
Total	616	100.0%

197. ¿En el último mes en su hogar quién ha hecho los trabajos pesados de la casa?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	22	3.6%
Casi siempre usted	44	7.1%
Usted y otro por igual	157	25.5%
Casi siempre otro	113	18.3%
Siempre otro	209	33.9%
No se aplica	71	11.6%
Total	616	100.0%

198. ¿En el último mes en su hogar quién ha hecho las reparaciones menores?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	30	4.9%
Casi siempre usted	54	8.8%
Usted y otro por igual	169	27.4%
Casi siempre otro	106	17.2%
Siempre otro	178	28.9%



No se aplica	79	12.8%
Total	616	100.0%

199. ¿En el último mes en su hogar quién arregló el jardín?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	13	2.1%
Casi siempre usted	35	5.7%
Usted y otro por igual	109	17.7%
Casi siempre otro	95	15.4%
Siempre otro	193	31.3%
No se aplica	171	27.8%
Total	616	100.0%

200. ¿En el último mes en su hogar quién ha manejado los gastos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	28	4.5%
Casi siempre usted	22	3.6%
Usted y otro por igual	73	11.9%
Casi siempre otro	57	9.3%
Siempre otro	364	59.1%
No se aplica	72	11.6%
Total	616	100.0%

201. ¿En el último mes en su hogar quién decidió cómo gastar el dinero?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	40	6.5%
Casi siempre usted	28	4.5%
Usted y otro por igual	90	14.6%
Casi siempre otro	81	13.1%
Siempre otro	294	47.7%
No se aplica	83	13.6%
Total	616	100.0%

202. ¿En el último mes en su hogar quién llevó el carro al taller?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	11	1.8%
Casi siempre usted	19	3.1%
Usted y otro por igual	49	8.0%

Casi siempre otro	46	7.5%
Siempre otro	279	45.3%
No se aplica	212	34.3%
Total	616	100.0%

203. ¿En el último mes en su hogar quién organizó reuniones familiares?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	15	2.4%
Casi siempre usted	25	4.1%
Usted y otro por igual	163	26.5%
Casi siempre otro	99	16.1%
Siempre otro	177	28.7%
No se aplica	137	22.2%
Total	616	100.0%

204. ¿En el último mes en su hogar quién ayudó a los niños en su tarea?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	16	2.6%
Casi siempre usted	41	6.7%
Usted y otro por igual	146	23.7%
Casi siempre otro	74	12.0%
Siempre otro	76	12.3%
No se aplica	263	42.7%
Total	616	100.0%

205. ¿En el último mes en su hogar quién disciplinó a los niños?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre usted	16	2.6%
Casi siempre usted	22	3.6%
Usted y otro por igual	112	18.2%
Casi siempre otro	69	11.2%
Siempre otro	123	20.0%
No se aplica	274	44.4%
Total	616	100.0%

206. ¿Quién le ayuda a cuidar a sus hijos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Cónyuge	14	2.3%

Hermano	142	23.1%
Padres	418	67.9%
Otro	6	1.0%
No se aplica	36	5.7%
Total	616	100.0%

207. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de sus amigos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	129	20.9%
No	487	79.1%
Total	616	100.0%

208. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de parientes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	135	21.9%
No	481	78.1%
Total	616	100.0%

209. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de sus hábitos de manejo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	72	11.7%
No	544	88.3%
Total	616	100.0%

210. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de la política?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	109	17.7%
No	507	82.3%
Total	616	100.0%

211. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de dinero?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	191	31.0%
No	425	69.0%
Total	616	100.0%

212. ¿En su familia ha tenido desacuerdo en el tema del uso del carro?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	106	17.2%
No	510	82.8%
Total	616	100.0%

213. ¿En su familia ha tenido desacuerdo en el tema de ver televisión?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	207	33.6%
No	409	66.4%
Total	616	100.0%

214. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de ayudar a las tareas de la casa?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	234	38.0%
No	382	62.0%
Total	616	100.0%

215. ¿En su familia ha tenido desacuerdo en el tema del sexo?

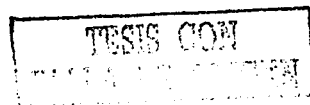
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	72	11.7%
No	544	88.3%
Total	616	100.0%

216. ¿En su familia ha tenido desacuerdo en el tema del alcohol (bebida)?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	174	28.2%
No	442	71.8%
Total	616	100.0%

217. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de fumar?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	168	27.3%



No	448	72.7%
Total	616	100.0%

218. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de la disciplina?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	230	37.3%
No	386	62.7%
Total	616	100.0%

219. ¿En su familia ha tenido desacuerdo por el tema de las compras importantes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	114	18.5%
No	502	81.5%
Total	616	100.0%

220. ¿Cuál es la persona más importante para usted?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Cónyuge	11	1.8%
Padres	496	80.5%
Hijos	12	1.9%
Hermanos	21	3.4%
Otro	76	12.4%
Total	616	100.0%

221. ¿Qué tan frecuente ustedes discuten algo calmadamente?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	98	15.8%
Rara vez	94	15.3%
A veces	115	18.7%
Casi siempre	186	30.2%
Siempre	123	20.0%
Total	616	100.0%

222. ¿Qué tan frecuentemente tienen un intercambio estimulante de ideas?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
--	------------	-----------------------

Nunca	95	15.4%
Rara vez	66	10.7%
A veces	101	16.4%
Casi siempre	208	33.8%
Siempre	146	23.7%
Total	616	100.0%

223. ¿Qué tan frecuentemente no están de acuerdo acerca de algo importante?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	124	20.1%
Rara vez	216	35.1%
A veces	184	29.9%
Casi siempre	68	11.0%
Siempre	24	3.9%
Total	616	100.0%

224. ¿Qué tan frecuentemente critican y desaprueban algo importante?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	149	24.2%
Rara vez	152	24.7%
A veces	157	25.5%
Casi siempre	105	17.0%
Siempre	53	8.6%
Total	616	100.0%

225. ¿Qué tan frecuentemente pasan unos buenos ratos juntos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	72	11.7%
Rara vez	49	8.0%
A veces	68	11.0%
Casi siempre	184	29.9%
Siempre	243	39.4%
Total	616	100.0%

226. ¿Qué tan frecuentemente se enojan?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Nunca	124	20.2%
Rara vez	243	39.4%

A veces	185	30.0%
Casi siempre	46	7.5%
Siempre	18	2.9%
Total	613	100.0%

227. ¿Generalmente su hogar esta ordenado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre	227	36.9%
Casi siempre	252	40.9%
A veces	107	17.4%
Raras veces	23	3.7%
Nunca	7	1.1%
Total	616	100.0%

228. ¿Generalmente su hogar está limpio?

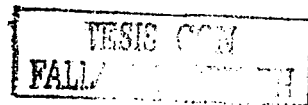
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre	341	55.4%
Casi siempre	195	31.7%
A veces	55	8.9%
Raras veces	23	3.7%
Nunca	2	.3%
Total	616	100.0%

229. ¿Generalmente su hogar está confortable?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre	370	60.1%
Casi siempre	173	28.1%
A veces	44	7.1%
Raras veces	23	3.7%
Nunca	6	1.0%
Total	616	100.0%

230. ¿Generalmente su hogar está tranquilo?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre	363	58.9%
Casi siempre	146	23.7%
A veces	57	9.3%
Raras veces	39	6.3%



Nunca	11	1.8%
Total	616	100.0%

231. ¿Generalmente su hogar está iluminado?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre	405	65.7%
Casi siempre	129	20.9%
A veces	48	7.8%
Raras veces	21	3.4%
Nunca	13	2.1%
Total	616	100.0%

232. ¿Generalmente su hogar es de buen tamaño?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Siempre	377	61.2%
Casi siempre	126	20.5%
A veces	68	11.0%
Raras veces	27	4.4%
Nunca	18	2.9%
Total	616	100.0%

233. ¿Durante los últimos dos años cuantas veces cambió de casa?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguna	440	71.4%
Una vez	167	27.1%
De 2 a 3	8	1.3%
De 4 a 6	1	.2%
Total	616	100.0%

234. ¿Cuántos meses ha vivido en su domicilio actual?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	4	.7%
De 1 a 4	92	14.9%
De 5 a 8	36	5.8%
De 9 a 12	30	4.9%
Más de 13	454	73.7%
Total	616	100.0%

235. ¿Su casa es?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Propia	485	78.7%
Rentada	104	16.9%
Otra	27	4.4%
Total	616	100.0%

236. Describe tu casa según el tipo

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Independiente	504	81.8%
Duplos	63	10.2%
Tres o cuatro	26	4.2%
Cinco o más	23	3.8%
Total	616	100.0%

237. Describe tu casa de acuerdo a su categoría

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Urbana	111	17.9%
Unidad hab.	147	23.9%
Residencial	67	10.9%
Popular	218	35.4%
Rural	73	11.9%
Total	616	100.0%

238. ¿Cuántos cuartos hay en su casa, incluyendo la cocina pero no los baños?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Uno	1	.2%
De 2 a 3	43	6.9%
De 4 a 5	199	32.3%
De 6 a 7	213	34.6%
De 8 a 10	160	26.0%
Total	616	100.0%

239. ¿Cuántas recámaras hay en su casa?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Una	14	2.3%

De 2 a 3	336	54.5%
De 3 a 5	221	35.9%
De 5 a 7	37	6.0%
De 8 a 10	8	1.3%
Total	616	100.0%

240. ¿Su casa tiene patio?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	533	86.5%
No	83	13.5%
Total	616	100.0%

241. ¿Su casa tiene jardín?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	525	85.2%
No	91	14.8%
Total	616	100.0%

242. ¿Cuántos hijos viven con usted?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Ninguno	606	98.3%
Uno	8	1.3%
Tres	1	.2%
Más de tres	1	.2%
Total	616	100.0%

243. ¿En los últimos 12 meses le ha ocurrido a alguno de sus hijos alergia?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	4	.6%
No	31	5.0%
No se aplica	581	94.4%
Total	616	100.0%

244. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos alguna anemia?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
--	------------	-----------------------

Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

245. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos ansiedad o tensión?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

246. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos asma?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

247. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos tristeza?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

248. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos escalofrío o tos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	3	.5%
No	33	5.4%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

249. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos problemas físicos serios?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

250. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos problemas académicos?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

251. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a algunos de sus hijos problemas con otros niños?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

252. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos problemas de disciplina en la escuela?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

253. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos dolores de cabeza frecuentes?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%

No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

254. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos comerse las uñas?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	2	.3%
No	34	5.5%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

255. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos pesadillas?

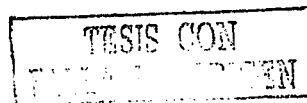
	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

256. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos sobrepeso o bajo peso?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	3	.5%
No	33	5.4%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

257. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos problemas físicos serios?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%



258. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos problemas mentales o emocionales?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	0	0%
No	36	5.8%
No se aplica	580	94.2%
Total	616	100.0%

259. ¿En los últimos 12 meses le ocurrió a alguno de sus hijos dolor de estómago o indigestión?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

260. ¿Alguno de sus hijos fuma?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

261. ¿Alguno de sus hijos usa droga o medicamento regularmente?

	Frecuencia	Porcentaje de Validez
Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

262. ¿Alguno de sus hijos toma bebidas alcohólicas regularmente?

	Frecuencia	Porcentaje de validez

Si	1	.2%
No	35	5.7%
No se aplica	580	94.1%
Total	616	100.0%

5.2 TABLAS DE RESULTADOS POR CATEGORÍA (POR GRUPOS DE PREGUNTAS).

A continuación se presentan los resultados ordenados, como lo sugiere el manual del DHL – B, es decir en ocho categorías.

CATEGORIA I: DATOS ACERCA DE USTED.

El área académica de la que se recuperaron menos cuestionarios, fue medicina con solo 31, es decir, el 5% del total de la muestra, este dato es relevante, ya que se aplicaron 240 cuestionarios en esta área académica.

De los sujetos que conformaron la población estudiada, el 97.7% cuentan con estudios de bachillerato y solo el 1.3 % cuentan con estudios superiores.

El 75% de los sujetos, son de sexo femenino y el 25% masculino.

El 85.4% refieren religión católica.

El 99.4% son de nacionalidad mexicana.

El 97.4% refieren como estado civil, soltero, no refieren unión libre y solo el 2.6% están casados, es decir 16 sujetos, de los cuales 8 tienen menos de dos años de casados y 8 más de dos años

El 93.7% no trabaja, solo el 6.3% si trabaja, el 90.3% refiere que no trabaja porque aun estudia y el 92.5% refiere como ocupación principal, la de estudiante, el 82.2% por ciento refiere que no percibe salario, es decir dependen del salario familiar, y 25.6% no saben a cuanto asciende el ingreso (salario) de la familia.

CATEGORIA II: FUNCIONAMIENTO SOCIAL - EMPLEO.

Se anuló esta parte del cuestionario porque presenta una frecuencia alta de respuesta, no se aplica, 93.7% y tomando en cuenta que el 93.7% de la población encuestada refiere que no trabaja, y el 92.5% refiere como única ocupación, la de estudiante.

CATEGORIA III: SALUD FISICA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES.

Se agrupo de la pregunta 16 a la 29.

HA PRESENTADO ENFERMEDAD FISICA	NO	SI
ANEMIA	96.1%	3.9%
ASMA	98.2%	1.8%
ARTRITIS	99.7%	.3%
BRONQUITIS	97.7%	2.3%
CANCER	99.7%	.3%
CRÓNICA EN HIGADO	95.5%	.5%
DIABETÉS	99.7%	.3%
SERÍA EN ESPALDA	95.9%	4.1%
CORAZON	98.4%	1.6%
PRESION ARTERIAL ALTA	96.1%	3.9%
SERÍA EN RIÑON	95.8%	4.8%
TUBERCULOSIS	99.7%	.3%
ULCERAS	98.4%	1.6%
EMBOLIA	99.7%	.3%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TOTAL 100% = 1400	1370.6%	26.4%
-------------------	---------	-------

Se agrupo de la pregunta 30 a la 41.

HA PRESENTADO ALGUN SINTOMAS FISICO	NO	SI
DEBILIDAD	55.8%	44.2%
CALOR EN TODO EL CUERPO	81.3%	18.7%
LATIDOS FUERTES DEL CORAZON	80.0%	20.0%
POCO APETITO	67.7%	32.3%
NERVIOSISMO	34.7%	65.3%
INQUIETUD	47.7%	52.3%
ACIDEZ ESTOMACAL E INDIGESTIÓN	61.9%	38.1%
ESCALOFRIOS	77.4%	22.6%
MANOS TEMBLOROSAS	76.3%	23.7%
DOLOR DE CABEZA	43.8%	56.2%
ESTRENIMIENTO	80.0%	20.0%
INSOMNIO	71.1%	22.9%
TOTAL 100% = 1200	777.7%	416.3%

Se agrupo de la pregunta 42 a la 47.

COMO SE HA SENTIDO AVECES	NO	SI
QUE NO PUEDE EMPEZAR	75.2%	24.8%
QUE SE PREOCUPA DEMASIADO	37.2%	63.0%
QUE SU MEMORIA NO ANMDA DEL TODO BIEN	52.7%	47.3%
PREOCUPACIONES QUE LE HACEN SENTIRSE ENFERMO	67.9%	32.1%
QUE NADA LE SALE BIEN	65.4%	34.6%
SE PREGUNTA SI AUN EXISTE ALGO QUE VALGA LA PENA	73.4%	26.6%
TOTAL 100% = 600	371.8%	228.4%

Se agrupo de la pregunta 62 a la 72.

HA TENIDO DIFICULTADES POR INGERIR BEBIDAS EMBRIAGANTES	SI
PROBLEMAS DE SALUD	1.6%
PROBLEMAS DE TRABAJO	.5%
PROBLEMAS DE DINERO	1.3%
DISCUSIONES CON FAMILIARES	1.5%
GOLPEO A ALGUIEN	.5%
DIFICULTADES EN EL VECINDARIO	0%
DIFICULTADES CON LA POLICIA	.2%
DIFICULTADES CON AMIGOS	.3%
TOTAL 100% = 800	5.9%

Se agrupo de la pregunta 75 a la 86.

HA USADO MEDICAMENTOS	NO	SI
CONTRA ALERGIAS	97.1%	2.9%
ANFETAMINAS	98.5%	1.5%
ANTIBIÓTICOS	68.3%	31.7%
ANTIDEPRESIVOS	97.6%	2.4%
ASPIRINAS	55.1%	44.9%
PARA DIETAS	97.7%	2.3%
LAXANTES	95.8%	4.2%
PARA EL DOLOR	56.6%	43.4%
PARA DORMIR	98.2%	1.8%
PARA DIGESTIÓN	86.7%	13.3%
TRANQUILIZANTES	98.4%	1.6%
VITAMINAS	70.5%	29.5%
TOTAL 100% = 1200	1020.5%	179.5%

Se agrupo de la pregunta 87 a la 95.

HA SOLICITADO AYUDA A	NO	SI
SACERDOTE O CONSEJERO ESPIRITUAL	89.0%	11.0%
CONSEJERO MATRIMONIAL O FAMILIAR	93.3%	6.7%
MEDICO	81.2%	18.8%
PSIQUIATRA O PSICÓLOGO	89.9%	10.1%
POLICIA	98.9%	1.1%
GRUPO DE AUTO - AYUDA	98.2%	1.8%
ABOGADO	98.7%	1.3%
SU JEFE	98.5%	1.5%
AMIGOS	38.5%	61.5%
TOTAL 100% = 900	786.2%	113.8%

Se agrupo de la pregunta 96 a la 113.

HA EXPERIMENTADO SINTOMAS (DEPRESIVOS)	NO	SI
DEPRESIÓN O TRISTEZA	15.4%	84.6%
POCO APETITO O BAJO PESO	38.1%	61.9%
PROBLEMAS PARA DORMIR	35.6%	64.4%
PERDIDA DE ENERGIA IO FATIGA	25.5%	74.5%
INQUIETUD	72.1%	27.9%
LENTITUD PARA MOVERSE	72.1%	27.9%
PREDIDA DE INTERÉS	41.4%	48.6%
SENTIMIENTO DE CULPA	57.3%	46.7%
PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE	26.9%	73.1%
PENSAMIENTOS DE MUERTE	66.9%	43.1%
LLANTO	20.5%	79.5%
SENTIMIENTOS NEGATIVOS O PESIMISTAS	36.2%	63.8%
PENSAMIENTOS FRECUENTES	28.2%	71.8%

INCOMODIDAD	35.6%	64.6%
IRRITABILIDAD	22.2%	77.8%
NECESIDAD DE QUE LO TRANQUILICEN	48.4%	51.6%
LASTIMA POR USTED MISMO	72.4%	27.6%
SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD	37.0%	63.0%
TOTAL 100% = 1800	751.8	1052.4

CATEGORIA IV: EVENTOS ESTRESANTES OCURRIDOS EN LOS
ULTIMOS DOCE MESES.

Se agrupo de la pregunta 114 a la 145.

EVENTOS ESTRESANTES OCURRIDOS.	NO	SI
CAMBIO DE CASA	71.3%	28.7%
GRADUO	58.1%	41.9%
PERDIO ALGO DE VALOR SENTIMENTAL	73.1%	26.9%
MUERTE DE UN AMIGO CERCANO	87.7%	12.3%
PROBLEMAS CON AMIGOS O VECINOS	79.2%	20.8%
SE COMPROMETIO SENTIMENTALMENTE	81.2%	18.8%
SE CASO	99.4%	.6%
SE SEPARO	97.4%	2.6%
RECONCILIACIÓN MARITAL	98.5%	1.5%
DIVORCIO	99.0%	1.0%
NACIMIENTO DE UN NIÑO EN LA FAMILIA	88.9%	11.1%
DIFICULTADES CON PARIENTES	96.3%	3.7%
ACCIDENTE O ENFERMEDAD SERIA	92.5%	7.5%
MUERTE DE PEREJA	99.5%	.5%
MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	86.2%	13.8%
PROBLEMAS CON SU SUPERIOR EN EL TRABAJO	96.8%	3.2%
SUSPENDIDO O DESPEDIDO DEL TRABAJO	98.4%	1.6%

DESEMPLEADO POR UN MES	97.9%	2.1%
AUMENTO LA CARGA DE TRABAJO	77.8%	22.2%
PROMOVIDO EN EL TRABAJO	98.1%	1.9%
UN MEJOR TRABAJO	97.4%	2.6%
AUMENTO DE INGRESO	95.3%	4.7%
DECREMENTO DE INGRESO	98.4%	1.6%
ENDEUDO FUERTE	95.5%	5.0%
SU HIJO ENTRO A UNA ESCUELA NUEVA	99.2%	.8%
SU HIJO ABANDONO LA CASA	99.8%	.2%
SU HIJO REGRESO A CASA	99.7%	.3%
UN PARIENTE CAMBIO DE CASA	92.7%	7.3%
TUVO PROBLEMAS LEGALES	97.9%	2.1%
TUVO PROBLEMAS POR ALCOHOL O DROGAS	97.9%	2.1%
FUE ROBADO O ASALTADO	95.0%	5.0%
OTRAS	95.6%	4.4%
TOTAL 100% = 3200	2941.7%	258.9%

Se agrupo de la pregunta 146 a la 173.

FORMA DE ACTUAR AL ENFRENTAR UN EVENTO	NO	SI
TRATO DE SABER MAS SOBRE LA SITUACION	19.8%	80.2%
HABLO CON SU CONYUGE ACERCA DEL EVENTO	41.4%	58.6%
PERDIO ALGO CON VALOR SENTIMENTAL	16.6%	85.4%
MUERTE DE ALGUN AMIGO CERCANO	63.1%	46.9%
PROBLEMAS CON AMIGOS O VECINOS	31.6%	68.4%
SE PREPARO PARA EL PEOR DE LOS CASOS	33.7%	66.3%
NO SE PREOCUPO Y PENSO QUE TODO SALDRIA BIEN	33.6%	66.4%
SE DESQUITO CON OTROS CUANDO ESTABA ENOJADO	47.2%	52.8%
TRATO DE VER EL LADO BUENO DE LA SITUACION	18.7%	81.3%
SE OCUPO EN OTRAS COSAS PARA NO PENSAR	25.2%	74.8%

FORMULO UN PLAN DE ACCION Y LO LLEVO A CABO	32.0%	68.0%
CONSIDERO VARIAS ALTERNATIVAS	22.1%	77.9%
SE GUIO POR SUS EXPERIENCIAS PASADAS	27.8%	62.2%
NO EXPRERSO SUS SENTIMIENTOS	32.2%	68.0%
TOMO LAS COSAS COMO VENIAN PASO A PASO	24.0%	66.0%
TRATO DE ANALIZAR KLA SITUACIÓN OBJETIVAMENTE	16.2%	83.8%
PENSO SOBRE LA SITUACIÓN Y TRATO DE ENTENDERLA	17.4%	82.6%
TRATO DE NO PRECIPITARSE ACTUANDO IMPULSIVAMENTE	23.3%	76.7%
SE DIJO COSAS PARA AYUDARSE A SENTIRSE MEJOR	21.2%	78.8%
SE OLVIDO DEL PROBLEMA POR UN TIEMPO	34.4%	65.6%
SUPO QUE HABÍA QUE HACER Y SE ESFORZO	20.9%	79.1%
EVITO ESTAR CON LA GENTE EN GENERAL	49.4%	50.6%
SE PROPUSO QUE LA PROXIMA VES SERIA DIFERENTE	23.4%	76.6%
SE NEGÓ A CREER LO QUE HABÍA SUCEDIDO	55.6%	44.4%
ACEPTO LAS COSAS PORQUE NO PODIA HACER NADA	31.5%	68.5%
TRATO DE PERMANECER INSENSIBLE	41.6%	58.4%
BUSCO AYUDA CON PERSONAS O GRUPOS	56.9%	43.1%
NEGOCIO PARA SACAR ALGO POSITIVO DE LA SITUACIÓN	55.1%	44.9%
INTENTO REDUCIR LA TENSION CON ALGUNA ADICCION	44.5%	63.5%
TOTAL 100% = 2900	960.4%	1939.6%

CATEGORIA V: ACERCA DE SUS FAMILIARES Y AMIGOS.

Se agrupo de la pregunta 179 a la 189.

HA ASISTIDO A ACTIVIDADES Y CON QUIEN	NO	SI	A SOLAS	CON AMIGOS O FAMILIARES
EVENTOS DEPORTIVOS	50.3%	49.7%	34.4%	AMIGOS

JUGAR JUEGOS DE TABLERO	60.3%	39.7%	23.8%	AMIGOS
JUGAR BARAJAS	65.9%	34.1%	21.1%	AMIGOS
CONCIERTOS O MUSEOS	47.1%	52.9%	34.0%	AMIGOS
PLATICAR POR LARGO TIEMPO	48.9%	51.1%	30.8%	AMIGOS
AYUDAR A ALGUN PROYECTO	47.7%	52.3%	28.8%	AMIGOS
DAR UNA VUELTA CAMINANDO	43.4%	56.6%	37.6%	AMIGOS
REUNION EN CLUB.	60.7%	39.3%	29.4%	AMIGOS
UNA FIESTA	48.9%	51.1%	30.9%	AMIGOS
UN DIA DE CAMPO	46.5%	53.5%	33.5%	FAMILIARES
NADAR O JUGAR FUT BOL	52.8%	47.2%	26.7%	AMIGOS
TOTAL 100% = 1100	572.5%	527.5%	331.0%	AMIGOS - 10

Se agrupo de la pregunta 190 a 191., se cuestiono si se ha reunido con amigos y en donde.

SE HA REUNIDO CON AMIGOS, EN DONDE	NO	SI
EN CASA	45.7%	54.3%
EN OTRO SITIO	21.5%	78.5%
TOTAL 100% = 200	67.2%	132.8%

Se agrupo de la pregunta 191 a 192., se cuestiono si visito a sus familiares y en donde.

HA VISITADO A FAMILIARES, EN DONDE	NO	SI
EN CASA	8.9	91.1
EN OTRO SITIO	91.1	8.9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TOTAL 100% = 200	100.0	100.0
------------------	-------	-------

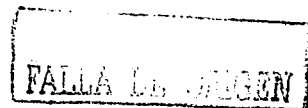
Se agrupo de la pregunta 193 a la 205.

QUIEN REALIZA LAS TAREAS DE SU HOGAR	USTED	USTED Y OTRO	OTRO	NÓ SE APLICA
COMPRAR COMIDA	9.1%	23.9%	55.9%	11.1%
PREPARAR ALIMENTOS	8.3%	25.0%	58.9%	7.8%
TIRAR LA BASURA	12.2%	32.5%	49.7%	5.6%
LIMPIAR LA CASA	12.5%	55.3%	29.6%	2.6%
TRABAJOS PESADOS	10.7%	25.5%	52.2%	11.6%
REPARACIONES	13.7%	27.4%	46.1%	27.8%
ARREGLAR EL JARDÍN	7.8%	17.7%	46.7%	27.8%
PLANEAR GASTOS	8.1%	11.9%	68.4%	11.6%
DECIDIR GASTOS	11.0%	15.6%	60.8%	13.6%
EL COCHE AL TALLER	4.9%	8.0%	52.8%	34.3%
ORG. REUNIONES FAM.	6.5%	26.5%	44.8%	22.2%
AYUDAR A NIÑOS A TAREA	9.3%	23.7%	24.3%	42.7%
DISCIPLINAR NIÑOS	6.2%	18.2%	31.2%	44.4%
TOTAL 100% = 1300	120.3%	311.2%	621.4%	263.1%

CATEGORIA VI: TEMAS DE DISCUSIONES FAMILIARES.

Se agrupo de la pregunta 207 a la 219.

TEMAS DE DISCUSION FAMILIAR	NO	SI
AMIGOS	79.1%	20.9%
PARIENTES	78.1%	21.9%
LOS HABITOS DE MANEJO	88.3%	11.7%
LA POLÍTICA	82.3%	17.7%



EL DINERO	69.0%	31.0%
USO DEL CARRO	82.8%	17.2%
VER TELEVISIÓN	66.4%	33.6%
AYUDAR A LAS TAREAS DE LA CASA	62.0%	38.0%
EL SEXO	88.3%	11.7%
LA BEBIDA (ALCOHOL)	71.8%	28.2%
FUMAR CIGARRÓS	72.7%	27.3%
DISCIPLINA	62.7%	37.3%
COMPRAS IMPORTANTES	81.5%	18.5%
TOTAL 100% = 1300	985.0%	315.0%

Se agruparon de la pregunta 221 a la 226.

FRECUENTEMENTE USTEDES DOS (PAREJA)	NO	SI
CALMADAMENTE DISCUTEN ALGO JUNTOS	15.8%	84.2%
TIENEN UN INTERCAMBIO ESTIMULANTE DE IDEAS	15.4%	84.6%
NO ESTAN DEACUERDO AVCERCA DE ALGO IMPORTANTE	20.1%	79.9%
CRITICAN Y DESAPRUEBAN ALGO IMPORTANTE	24.1%	75.9%
PASAN UN BUEN RATO JUNTOS	11.7%	88.3%
SE ENOJAN	20.2%	79.8%
TOTAL 100% = 600	107.3%	492.7%

CATEGORIA VII: DATOS ACERCA DE SU HOGAR.

Se agrupo de la pregunta 227 a 232.

ADJETIVOS QUE DESCRIBEN SU HOGAR	NO	SI
ORDENADO	4.8%	77.8%
LIMPIO	4.0%	87.1%
CONFORTANTE	4.7%	88.2%

TESIS CON
FALLA DE ...

TRANQUILO	8.1%	82.6%
ILUMINADO	5.5%	66.6%
DE BUEN TAMANO	7.3%	81.7%
TOTAL 100% = 600	34.4%	484.0%

CATEGORIA VIII: DATOS ACERCA DE LA SALUD DE SUS HIJOS.

Se agrupo de la pregunta 243 a la 259.

SITUACIONES DE SLAUD FISICA QUE LE HAN OCURRIDO A SUS HIJOS	NO	SI	NO SE APLICA
ALERGIAS	5.0%	.6%	94.4%
ANEMIA	5.8%	.0%	94.2%
ANSIEDAD O TENSION	5.8%	.0%	94.2%
ASMA	5.8%	.0%	94.2%
SENTIMIENTO DE TRISTEZA	5.7%	.2%	94.1%
ESCALOFRIOS O TOS	5.4%	.5%	94.1%
PROBLEMAS FISICOS SERIOS	5.8%	.0%	94.2%
PROBLEMAS ACADÉMICOS	5.8%	.0%	94.2%
PROBLEMAS CON OTROS NIÑOS	5.7%	.2%	94.1%
PROBLEMAS DE DISCIPLINA EN LA ESCUELA	5.8%	.0%	94.2%
DOLOR DE CABEZA	5.7%	.2%	94.1%
COMERSE LAS UÑAS	5.5%	.3%	94.2%
PESADILLAS	5.7%	.2%	94.1%
SOBRE PESO O BAJO PESO	3.0%	.5%	94.1%
PROBLEMAS FISICOS SERIOS	5.8%	.0%	94.2%
PROBLEMAS MENTALES O EMOCIONALES	5.8%	.0%	94.2%
DOLOR DE ESTOMAGO O INDIGESTION	5.7%	.2%	94.1%
TOTAL 100% = 1700	93.8%	.1%	1600.9%

Se agrupo de la pregunta 260 a la 262.

HABITOS DE SUS HIJOS (FUMAN, TOMAN, USO DE DROGAS, USO DE MEDICAMENTOS)	NO	SI	NO SE APLICA
FUMAN TABACO	.2%	5.7%	94.1%
USAN DROGAS O MEDICAMENTOS	.2%	5.7%	94.1%
TOMAN BEBIDAS ALCOHOLICAS	.0%	5.8%	94.2%
TOTAL 100% = 300	.4%	17.2%	282.4%

COMENTARIOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

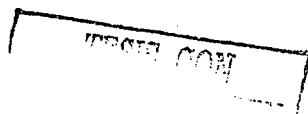
Este trabajo esta enmarcado en las Ciencias de la Salud, específicamente se encuentra dentro de la Psicología de la Salud, se dio énfasis a la salud y no a la enfermedad, es decir, se trata de un estudio de Psicología en la Salud y no de Psicología en la Enfermedad. Se estudió a una población de la que no se tienen datos (anteriores a este estudio) respecto al estado de salud, siendo necesario este estudio exploratorio - descriptivo, para que en otro momento, se pueda acceder a niveles de investigación más complejos, como lo son el correlacional y el explicativo.

Se consideró que al estudiar población sana, era posible no encontrar datos de gran impacto, pero se trabajo en pro del enfoque preventivo al mismo tiempo, se aceptó el detrimento de datos impactantes o alarmantes que pudieran sugerir un enfoque curativo, luego entonces se estudio a población sana, misma que es la esencia de la Psicología en la Salud.

A través de este trabajo se supo que los sujetos de esta población específica, no están enfermos, pero también se supo que no están del todo sanos, es decir, han iniciado la transición dentro del proceso que lleva de la salud a la enfermedad, a manera de diagnóstico, se ubico topográficamente a la población estudiada, dentro 1) del horizonte clínico, 2) del síndrome de adaptación general y 3) dentro del enfoque epidemiológico.

Se tomó al Stress como un proceso y no como un evento aislado, inesperado o de alta intensidad.

Se consideró a la adaptación como factor predisponente, desencadenante y determinante del proceso salud - enfermedad, dentro de un proceso dinámico y cotidiano.



Este trabajo se une a los esfuerzos en pro del enfoque preventivo, estudia a población sana y aporta datos útiles al ejercicio profesional del psicólogo, en actividades académicas, asistenciales y de investigación.

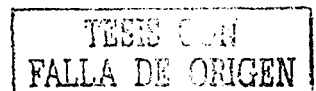
1ª conclusión: del total de cuestionarios aplicados a la población, es decir, de 850 se recupero el 72.4%. se trata de una proporción representativa de la población, por el porcentaje de recuperación y porque estuvo conformada por sujetos de todas las áreas académicas que conforman el Instituto de Ciencias de la Salud, a pesar de los diferentes porcentajes, se toma a los sujetos como población encuestada, misma que en total fue de 616 sujetos 75% mujeres y 25% hombres.

Los porcentajes de participación fueron diferentes, dependiendo del área académica, y son los sujetos del área académica de Medicina los menos participativos. Ellos regresaron 31 cuestionarios (el 5.0%) útiles de 240 aplicados. Por lo tanto los resultados obtenidos involucran más a los sujetos de las áreas académicas de las que se recuperaron más cuestionarios e involucran en menor medida a los sujetos de las áreas académicas de las que se recuperaron menos cuestionarios, como los de medicina.

La edad promedio aproximada de los sujetos encuestados, calculada por la escolaridad, es de entre 19 y 23 años.

La población se considero homogénea en cuanto a nacionalidad, edad, zona geográfica, estado civil (refieren estar solteros y sin hijos) y ocupación (estudiante).

2ª conclusión: respecto al funcionamiento social, en relación a empleo, el 93.7% refiere no tener empleo, y también refiere como única ocupación la de estudiante.



3ª conclusión – Para obtener un indicador de salud en la vida cotidiana de la población, que se utilizara para fines de diagnóstico y ubicación topográfica de la población, se utilizó la parte III (tres) del cuestionario DHL – B que se refiere a la salud física en los últimos doce meses, comprende de la pregunta 16 a la 47, y se divide en tres grupos de preguntas:

a) respecto a las enfermedades que ha padecido en los últimos doce meses, se agrupó de la pregunta 16 a la 29, presentándose un porcentaje de 26.0% sujetos que han padecido alguna enfermedad, quienes representan el 1.8% de la población total.

No se presentaron frecuencias significativas de enfermedades graves, terminales o crónico degenerativas, sin embargo los sujetos refieren frecuencias mayores en problemas de riñón 4.8 %, dolor de espalda 4.1%, presión arterial 3.9%, anemia 3.9%, bronquitis 2.3%, asma 1.8% y úlceras 1.6%. Todas estas frecuencias están relacionadas con el sistema nervioso autónomo.

Con base en los datos anteriores, se pudo concluir que la población es sensible a enfermedades infecciosas, hábitos alimenticios inadecuados, problemas de las vías respiratorias, vías urinarias y alteraciones del ritmo cardiaco, es decir, que el sistema nervioso autónomo está comprometido, en el momento del estudio y por extensión esta también comprometido a futuro.

b) respecto a los síntomas físicos: se agrupó de la pregunta 30 a la 41, en donde se presentó un porcentaje de frecuencia de 41.6%, que representan el 34.6% de la población total, que refiere síntomas de enfermedad.

Se presentaron frecuencias altas relacionadas con nerviosismo 65.3%, dolor de cabeza 56.2%, inquietud 52.3%, debilidad 44.2%, acidez estomacal e indigestión 38.1% y poco apetito en 32.3%. Se trata de porcentajes de mayor importancia, que se identificaron, como síntomas típicos de la reacción de

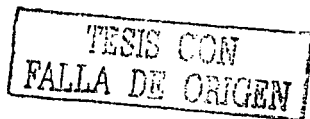
adaptación ante Stress, y que están relacionados con el Síndrome de Adaptación General en la fase inicial denominada de alarma o de Stress agudo.

c) respecto a como se ha sentido en los últimos doce meses, se agrupó de la pregunta 42 a la 47, en donde se presentó un porcentaje de frecuencia de 228.4%, que representa el 38.0% de la población encuestada. Lo que representa un mayor porcentaje de malestares, sin que la cifra sea alarmante,

Los sujetos refieren que se preocupan demasiado 63.0%, que presienten que su memoria no anda del todo bien 47.3%, que piensan que nada les sale bien 34.6% y que se sienten enfermas 32.1%, porcentajes que contrastan con el 1.8% que refieren enfermedad. En la literatura revisada se advirtió que existe una fase de patogénesis temprana o periodo preclínico (Leavell y Clarck 1965) ubicada entre el periodo prepatogénico y el periodo patogénico en donde los sujetos, en este caso, los de la población estudiada, presentan síntomas a los que no les dan importancia o a los que consideran no relacionados con enfermedad Cotton (1995).

Sobre la base de los datos anteriores, y tomando en cuenta que el porcentaje de enfermedades es de 1.8%, el de síntomas físicos de 34.6% y el de malestares de 38.0% en los últimos doce meses, se pudo ubicar a manera de diagnóstico, y topográficamente a la población:

- 1) Respecto al Síndrome de Adaptación General; en la fase de alarma o Stress agudo.
- 2) Respecto al Horizonte Clínico; en el periodo de patogénesis temprana o periodo preclínico.
- 3) Respecto al enfoque Epidemiológico, se considera con bajo riesgo de enfermar y de baja morbilidad.



La ubicación topográfica se puede observar en los siguientes diagramas.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Se trata de una población que no es francamente saludable, si no, aparentemente sana, como anteriormente se señaló, ha iniciado el proceso de enfermar.

Este es un momento de prevención, específicamente prevención primaria en donde los esfuerzos de especialistas en el campo de la salud, se deben encaminar a retardar el estado de enfermedad y a conservar el estado de salud, mediante la promoción y el fomento.

La población esta transitando de la salud a la enfermedad, presenta síntomas de Stress, que los sujetos toleran con relativa facilidad, eso explica que, el 38.0% sienta algún malestar, el 34.6% refiera síntomas, pero solo el 1.8% refiera enfermedad.

El siguiente paso, para aquellos sujetos que fracasen en sus estrategias de adaptación, es:

- 1) respecto al horizonte clínico - entrada al periodo patogénico.
- 2) Respecto al síndrome de adaptación general - entrada a la fase de resistencia o de Stress Crónico.
- 3) Respecto al enfoque epidemiológico - incremento en la morbilidad a la par del incremento en el riesgo de enfermar.

Se deduce, sólo presumiblemente, en esta población, que los sujetos sometidos a Stress, buscan la forma de mitigarlo, así que se exploró con que frecuencia recurren a hábitos de tabaquismo, alcoholismo y uso de medicamentos.

El 33.3% de la población refiero el habito de fumar, de estos sujetos fumadores, el 11.0% - 68 sujetos, fuma más que el año pasado, mismos que están en riesgo de pasar a la etapa de resistencia. 7.6% fuma igual que el año pasado y el 15.1% - 93 sujetos, fuman menos que el año pasado, tomando como referencia

que los sujetos de esta población fuman de 6 a 10 cigarros diarios; este último dato se obtuvo de la opinión de el 17.7% de los sujetos encuestados que son fumadores.

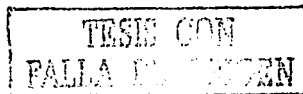
El 7.3% - 45 sujetos, de los fumadores han presentado algún síntoma o dolor de garganta por fumar, el 4.4% - 27 sujetos, han presentado tos y el 3.2% - 20 sujetos, refieren otros síntomas asociados al habito de fumar.

Respecto al habito de ingerir bebidas alcohólicas el 44.4% refiere que acostumbra tomar bebidas alcohólicas, la bebida más usada es la cerveza con un porcentaje de 31.8% que representa el 13.3% de la población, el tequila 25.2% - que representa el 1.6% de la población, el menos usado es el pulque, que presenta una frecuencia de 1.9% que representa el .2% de la población total. Este ultimo dato es curioso ya que el estado de Hidalgo se caracteriza por la producción de esta bebida, que además de ser de bajo costo, es de fácil acceso a la compra.

Del 44.4% de sujetos que refieren el habito de ingerir bebidas embriagantes, el 9.6% ha tomado en el ultimo mes de 1 a dos vasos de cerveza.

Solo el 5.9% refieren dificultades por beber y de este porcentaje el 1.6% las han tenido con su salud, el .5% en su trabajo, el 1.3 en su economía, el 1.5% en su familia, el .5 ha golpeado a alguien, el 0% en el vecindario, el .2% con la policía y el .3 % con amigos, por lo que se deduce un uso moderado de bebidas embriagantes con fines de convivencia y si se permite la inferencia, como una forma de liberar Stress.

El 94.2% de la población no ha estado hospitalizado, el 85.9% no se ha incapacitado, estos datos son congruente con el bajo porcentaje de sujetos que refieren enfermedad 1.8%, pero contrasta con el 14.9%, de sujetos que refiere uso de medicamentos, en donde se destaca el uso de aspirinas con 44.9%, pastillas



para el dolor (analgésicos) 43.4%, antibióticos 31.7%, vitaminas 29.5% y pastillas para la digestión 13.3%.

Con base a los datos obtenidos, se deduce que los sujetos que tienen problemas con el hábito de fumar, que fuman más que el año pasado, son el 11.0% - 67.7, sujetos de la población total, de los que han tenido dificultades por beber, son el 5.9% - 36.3 y los sujetos que usan medicamentos son el 14.9% - 86.2 sujetos.

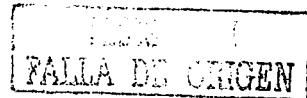
Se concluye que el 14.9% de sujetos que refiere uso de medicamentos esta potencialmente en riesgo de adicción, así como a merced de los efectos secundarios de esos medicamentos, en este caso el factor de riesgo se incrementa en este aspecto. De 1.8% a 16.7%

Se recomienda que las estrategias de prevención de adicciones para esta población, consideren el uso de medicamentos que se utilizan para mitigar los síntomas provocados por Stress, antes de considerar, campañas contra el tabaquismo y alcoholismo, mismas que son populares y consideradas de rutina en actividades de prevención.

De la población total, los sujetos buscan ayuda, son el 12.6% - 77.6 sujetos, pero la mayoría busca ayuda de sus amigos 61.5%, el 18.8% de medico, el 11.0% de consejero espiritual y el 10.1% de psiquiatra o psicólogo.

Se presentó una influencia marcada de los amigos, incluso sobre la posible ayuda espiritual o profesional, entonces se advierte que la salud en esta población esta más ligada e influenciada por los amigos que por algún otro actor social.

Para saber sobre los síntomas de depresión, se agrupo de la pregunta 96 a la 113 y se observo que el 61.1% - 376.3 sujetos refieren que han experimentado síntomas de depresión, con mayor frecuencia tristeza 84.6%, llanto 79.5%.



irritabilidad 77.8%, inquietud 75.8%, fatiga 74.5%, pensamientos frecuentes 71.8%, incomodidad 64.6%, problemas para dormir 64.45, pesimismo 63.8%, síntomas de enfermedad 63.0%, poco apetito, 61.9% y necesidad de ayuda 51.6%.

Se observa que los síntomas de depresión son frecuentes, así como los sujetos que refieren necesitar ayuda para que los tranquilicen 51.6%, sin embargo solo el 12.6% solicita ayuda y cuando lo hace es generalmente a un amigo, no busca la ayuda de un profesional o guía espiritual.

Esto cobra relevancia por la cifra 61.1% y porque estamos frente a síntomas relacionados con la salud en psicológica, lo que se conoce como salud mental, en este sentido la salud que generalmente presenta un equilibrio en las áreas Bio - Psico - Social, en esta población específica presenta una desproporción importante en referencia al aspecto Psicológico, se considero que los síntomas depresivos son relevantes, pero no se deben confundir con una franca depresión. También es oportuno comentar que en este sentido y en esta área específica el factor de riesgo se incrementa, de 1.8% a 62.9% en lo referente a la salud mental, presumiblemente la población ha iniciado su transición a la enfermedad, por el área de los factores Psicológicos

4ª conclusión: se agrupo de la pregunta 114 a la 145 para saber acerca de eventos estresantes y la forma de afrontarlos, en los últimos doce meses, se observó que sólo el 8.0% refiere algún evento stresante, de estos el 41.9% se graduó, seguramente de preparatoria, el 28.7% cambió de casa, el 26.9% perdió algo de valor sentimental y el 22.2% considera que ha aumentado su carga de trabajo, seguramente académica.

Se agrupó de la pregunta 146 a la 173 para saber como enfrentan los eventos stresantes (estilos de afrontamiento) y se observo que el 83.8% analizan la situación, el 81.3% tratan de ver el lado bueno de las cosas, el 80.2% tratan de

saber más sobre la situación antes de actuar, el 78.8% se dicen a si mismos cosas optimistas y el 79.1% creen que se están esforzando.

Sobre la base de estos datos se concluye que los sujetos de esta población no son exigidos en cuanto a eventos stresantes de alta intensidad, por lo tanto su estilo de afrontamiento es estable y de preferencia racional – positiva - optimista.

El 63.1% no habla con un profesional y el 83.4% prefiere hablar con amigos, el 56.9% busca ayuda con gente que haya tenido una experiencia similar y el 83.8% tratan de analizar la situación antes de actuar, el 55.6% aceptan lo sucedido y el 83.6% piensan sobre la situación, el 53.1% negocian para obtener algo bueno de la situación y el 81.3 % tratan de ver el lado bueno de la situación, el 49.4% evitan a la gente en general y el 79.1% creen que se esfuerzan, el 47.2% no se desquitan con otros y el 78.8 se dicen a si mismos cosas optimistas.

En síntesis los sujetos de la población encuestada no están sometidos a eventos stresantes, solo el 8.0% refiere algún tipo de evento stresante, en especial graduación y cambio de casa, pérdida de algo de valor sentimental y el hecho de que consideran que ha aumentado la carga de trabajo, seguramente académica.

La población presenta flexibilidad en las formas de enfrentar las situaciones, siendo la más preferida, el analizar la situación de forma racional y optimista, se trata presumiblemente de sujetos racionales, que presentan un pensamiento con adecuado nivel de abstracción, que buscan razonar las cosas.

5ª conclusión: respecto a familiares y amigos.

El 35% refiere que cuenta con amigos, por lo menos de 1 a 5, el 73.6% considera que cuenta con 1 a 5 amigos cercanos, pero solo el 5.2% considera que puede esperar ayuda de esos amigos, es un porcentaje bajo que contrasta con el 75.2% que se considera parte de un círculo cercano de amigos.

Se puede concluir que el concepto de amistad, en esta población, resulta ambiguo y que aquello, que los sujetos consideran amistad, presenta variabilidad (semántica) en el significado, que interfiere en los porcentajes obtenidos.

Otra posible explicación es que, la etapa del ciclo vital y de personalidad que presentan los sujetos, en donde los amigos (grupos de coetáneos) tienen marcada importancia, al grado de preferirlos por sobre la familia, sea la causa de que los sujetos de la población refieran, que prefieren realizar actividades como deportes, juegos de mesa, barajas, asistir a conciertos, conversar, participar en proyectos y realizar carninatas con amigos, y solo prefieran a su familia cuando se trata de salir a días de campo.

Se concluye que los sujetos de esta población pasan más tiempo con amigos que con su familia y que la influencia en la salud y vida cotidiana en los sujetos de esta población está enfatizada en el grupo de iguales (amigos) más que en el grupo de los consanguíneos.

6ª conclusión: respecto a discusiones familiares y de pareja.

El espacio físico en donde pasan más tiempo, es la calle, refieren que el 78.5% se frecuenta con amigos en la calle y el resto en su domicilio particular, también refieren que el 91.1% ha visitado a su familia en el último mes.

Respecto a las tareas domésticas, se agrupó de la pregunta 193 a la 205, se observó que los sujetos participan por igual que los otros, en la limpieza de la casa 53.3%, tirar basura con 32.5%, 27.4% participan en reparaciones menores y 26.5% en organizar reuniones familiares.

El 68.4% no gusta de manejar gastos, 60.8% no decide gastos, 58.9% no participa en preparar alimentos, 55.9 no compra comida, 52.8 no lleva el carro al

taller y 52.2 no participa en trabajos pesados, este comportamiento, en donde se involucra el compromiso, tiempo y esfuerzo físico en el hogar generalmente es rechazado por los sujetos de esta población y en general por jóvenes adolescentes.

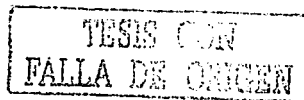
Para saber sobre las principales temáticas de discusión familiar, se agrupo de la pregunta 207 a la 219, el porcentaje mayor se presento en lo referente a ayudar en tareas de la casa 38%, disciplina 37.3, ver televisión, 33.6% y los porcentajes menores se presentaron en temas de sexualidad, hábitos de manejo, amistades, compras importantes, uso del carro y política. En general se trata de porcentajes bajos.

Se concluye que las relaciones interpersonales son distantes, pero no superficiales entre padres e hijos, porque el 80.5% refiere a los padres como las personas más importantes en sus vidas, 12.4% refiere a otros, el 3.4% a los hermanos, 11.9% hijos y el 1.8% a la pareja.

Se agrupo de la pregunta 221 a la 226 para obtener datos acerca de los hábitos de las parejas y se obtuvo que el 88.3% siente necesidad de pasar ratos juntos, el 75% no hacen (juntos) criticas de temas importantes, sin embargo se presenta disposición y necesidad de contar con pareja, lo cual resulta congruente con las características (de desarrollo psicológico) de los sujetos de esta población.

7ª conclusión: acerca de su hogar, se agrupo de la pregunta 227 a la 232, el 88.2% califican su hogar como confortable, el 27.1%, ha cambiado de casa por lo menos una vez en el ultimo año, el 14.9% tiene menos de cuatro meses en su nuevo domicilio.

El 78.7% refiere tener casa propia, las características de la misma son, el 81.8% refiere que su casa es independiente, 34.6% de estas casas cuentan con 6 o 7 habitaciones sin contar los baños, el 90.4% refieren que su casa cuenta con



una a cinco recamaras, 86.5% de las casas cuenta con patio y el 85.2% cuenta con jardín.

8ª conclusión : se agrupo de la pregunta 243 a 259 para saber acerca de la salud física de sus hijos y de la pregunta 260 a la 262 para saber acerca de hábitos de fumar, tomar bebidas embriagante o uso de medicamentos de sus hijos, pero se anuló el análisis de esta parte del cuestionario ya que se presentó una alta frecuencia de respuesta - no se aplica - en promedio un 94.1% es decir 579.6 sujetos no contestaron esta parte, la cifra es proporcional a los sujetos que refieren que no tienen hijos.

Este trabajo identificó áreas que comprometen la salud, del sistema nervioso autónomo, por lo que en el futuro, se espera que los sujetos de esta población presenten enfermedades relacionadas con este sistema.

Posiblemente que la edad cronológica (juventud - de los sujetos que conformaron la población encuestada) interfirió en el bajo porcentaje de enfermedad, también es posible que esta condición, los hizo tolerantes al Stress, pero al mismo tiempo se debe destacar que los sujetos no evitaron la presencia de síntomas y malestares propios de la adaptación en la fase de alarma o Stress agudo, y que más adelante pueden ser factores causales de enfermedad.

Otro factor que seguramente intervino en el bajo porcentaje de enfermedad, fue el relacionado con el estado civil, ya que la mayoría de sujetos refrieron, estar solteros, sin hijos y sin otra ocupación alterna a la estudiante, por tales condiciones, resulta posible que no estén expuestos a las situaciones stresantes que estas condiciones implican.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por ultimo, se sugiere:

Complementar este estudio transversal, con otro longitudinal a la misma población.

Que los resultados de este trabajo sirvan de base para otros estudios posteriores, de tipo longitudinal, prospectivo o comparativo, que involucren otras poblaciones.

Mejorar el procedimiento de aplicación de cuestionarios, de forma que garantice la participación de un porcentaje mayor de la población total.

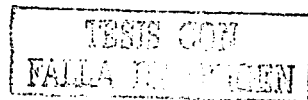
Respecto al instrumento utilizado y si se trabaja con la misma población, se sugiere seguir usando las partes I, II, III, IV, V, VI, VII y omitir la parte VIII por que presentó una alta frecuencia de respuesta - no se aplica.

Continuar la aplicación del cuestionario adaptado a esta población, con el objetivo de validarlo y estandarizarlo.

Se sugiere dar prioridad a la prevención primaria en su modalidad de fomento a la salud, mediante actividades de esparcimiento, talleres para el control de Stress y el abordaje de temas relevantes a esta población, como lo es, el uso de medicamentos auto administrados, en el consumo cotidiano.

Correlacionar variables propias de cada área académica y determinar si estas están interfiriendo de manera significativa en el estado de salud de la población.

Analizar los resultados de trabajos posteriores, mediante el diagnóstico topográfico dentro del horizonte clínico, el síndrome de adaptación general y el enfoque epidemiológico, a la par de ejercicios explicativos, para saber si los



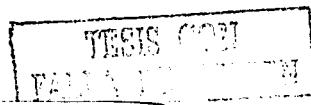
síntomas de adaptación que presenta la población en diferentes momentos (temporales) son paralelos a la vida universitaria.

Realizar estudios correlacionales del estado de salud en la vida cotidiana con otros conceptos psicológicos como son el éxito o fracaso escolar en sus modalidades de aprovechamiento, rendimiento y deserción. Ya que estos resultados, al igual que la salud y la enfermedad, se deben a lo que hacemos todos los días y se pueden considerar como un fracaso en la adaptación.

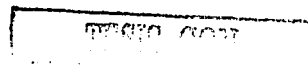
Realizar estudios de seguimiento a la población estudiada, que permitan una topografía cronológica en el horizonte clínico, que nos permita reconocer indicadores patógenos e inmunógenos biopsicosociales, dentro del proceso de salud - enfermedad, tanto en el huésped como en el ambiente.

Comprender al Stress, como un proceso de adaptación dinámico y cotidiano, en relación con la vida académica que implica una carrera larga, de licenciatura, de cinco años, comprendiendo que durante esta, la enfermedad puede presentarse a nivel físico - sintomatología somática; enfermedad, síntomas o malestares. a nivel psicológico - síntomas psicológicos; sentimientos de inferioridad, frustración, poca confianza en sus habilidades, síntomas depresivos. O a nivel social como lo son el fracaso escolar en sus modalidades de bajo rendimiento, bajo aprovechamiento o deserción escolar, asperezas en la convivencia vecinal y en las demás áreas de la vida cotidiana. En este mismo sentido se advierte y sugiere que, no se debe esperar la presencia de la enfermedad física, ya que estamos frente a una transición de enfermedades bio - físicas a biopsicosociales.

En general se sugiere, el estudio de los mecanismos que intervienen en el proceso de salud - enfermedad, dentro de la vida cotidiana, se sugiere el estudio del Stress de baja intensidad y contribuir al estudio del proceso salud - enfermedad desde un enfoque biopsicosocial, estudiando a población sana o



aparentemente sana y ubicando la transición del proceso en diagramas topográficos, en pro del enfoque preventivo.



REFERENCIAS

Abramson, J. H. (1990). Métodos de estudio en medicina comunitaria. Madrid. Díaz de Santos.

Ader R. (1981). Psychoneuroimmunology New York. Academic Press.

Ader, R. (1984). Behavioral Influences on immune responses. En; Weiss, S. Hard J.A. y Fox B. H. (Ed) Perspectives on behavioral medicine. New York. Academic Press.

Antaky Ikram (1997) En el banquete de platón: grandes temas. México. Joaquín Mortiz.

Averbach, Stephen, M. (1998). stress Management Psychological Foundation, Medicion, EUA. Prentice – Hall inc. pp 272.

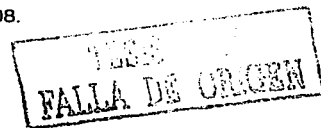
Avison, William, R. (1998). Stress Management Psychological Foundations, 1a edition, E.U.A., Prentice – Hall inc., page. 272.

Bar Low, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, New York Guilford Press.

Basaglia (1981). La salud de los trabajadores, México. Nueva Imagen. Pág. 11.

Behagleole, R. Bonita R. Kjellstrom.(1994). Epidemiología básica, México. Organización Panamericana de Salud.

Bradley, L. A. y Kay, R. (1985). The role of cognition in behavioral medicine. Advances in cognitive behavioral. Research. Ant therapy. 4:137-208.



Breslow, L.. (1972). Quantitative approach to the world health Organization Definition of Health: Physical, mental and social Well being. International Journal of Epidemiology, 1: 347-355.

British Medical Association Board of Science and Education Discussion Paper, (1987). Deprivation and Ill – Health, Lóndres, British Medial Association, page. 55

Cannon W. B (1935) stresses and strain of homeostasis. American Journal of medical science. 189 –1, 1 – 14.

Cannon W. B. (1935). Stresses and strain management training officer. March 74 – 78.

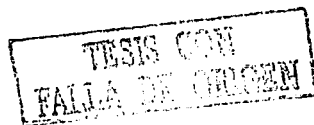
Cohen, Sheldon, Kessler, Ronald. (1995). Measuring Stress. A guide For health and social. Scientist, E.U.A., Oxford University Press.

Cotton Dorothy H.G. (1995). Stress Management and integrated approach to therapy. Nueva York, Brunnel Mazel Inc. Pág. 435.

Covey Stephen R. (1997). Los siete hábitos de la gente altamente efectiva, Buenos Aires, Paidós, Pág. 435.

Cruz Marín C. Y Vargas F. L. (2001). Stress. México, Universidad Católica de Chile, Alfa –omega – UCCH.

Darwin Charles. (1998). The expression of the emotion in man and animals. Lóndres, Oxford. University Press. Pag. 509.



Domínguez, T. B. (1989). Medición y repercusiones del stress y conductas adictivas en población universitaria. Estudio piloto. : II jornadas de psicología en la salud .México – UAP.

Domínguez F. B. (1989). Medición y repercusiones del stress y conductas aditivas en población universitaria. (Estudio piloto): II Jornadas de Psicología en la salud. México. UAP.

Domínguez, T. B. (1990). Seminario Monográfico de Metodología experimental II. Maestría en Psicología General Experimental con énfasis en salud. Semestre 90-II.

DSM IV (1994).Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, México, 1995.

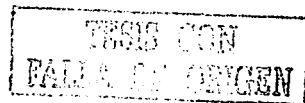
Dudet, Lions, C. (1999). La construcción social de la salud mental. México. Tesis UNAM, D8 Dir. Gilberto Limón Arce.

Dumbar, F. (1939). Introductory Psychosomatic Medicine. 1:1, Columbia University Prass New York.

Duran G. L. I. Hernández R. M. Becerra A. J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Rev. Salud Pública en México. 37: 462 – 471.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. Rev. Science. 196:129-136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry. 137: 535-544.



Eysenck M.W. (1982). Attention and Arousal. Cognition and performance, Springer, Berlin.

Feist, J. Brannon, L.. (1988). Health Psychology: An Introduction to behavior and health. Belmont, CA, Wadsworth Publishing Co.

Flores, A. L. (1993). II Congreso colombiano de Psicología de la Salud. Un modelo factorial para el análisis de los aspectos psicológicos que intervienen en la relación estrés-enfermedad. Cali. Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Págs. 1-30.

Friedman y Rosenman. (1974). Friedman, M y Rosenman, R.H. Type A Behavior and your heart knopf. New York.

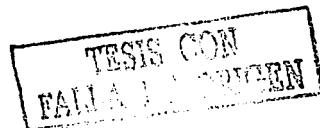
García R. H. y Faure F. A. González, G. A. (1999). Metodología de la investigación en salud. México. Mc Graw Hill. Pág. 117.

Gómezlara, S. (1983). Teoría y técnica de la salud comunitaria. México. Nueva Sociología.

González de Rivera y Revuelta J. L. (1995). El método epidemiológico en la salud mental, Barcelona, Masson, S.A. page. 444

Grecinberg. R.S. Eley, J.W. Boring J. R. (1995). Epidemiología médica. México. Manual Modemo.

Hammonos, B.L. and Scheirer, C. J. (1987). Matarazzo. J. D. 1984. Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En B.L. Hammonds y C.J. Scheirer (Eds) The master lecture Series VOL. 3 Psychology an health. Washington D. C. Americas Psychological association.



Hernández, G. L. Sánchez S. J. J. (1997). Factores de riesgo asociados con la disfunción psicológica en el niño y el adolescente. México. Rev. Psicológica Contemporánea. Año 4, Vol. 4 No. 1.

Hernández, G. L. y Sánchez S. J. J. (1995). La Psicología Preventiva, su validez y eficacia en el contexto de la Psicología Conductual. Psicología conductual 3 (2), 173-182.

Hernández, Rojas G (1998). Paradigmas en psicología de la educación. México. paídos. Introducción. Pag 1 – 13.

Hernández Sampieri R. (1998). Metodología de la investigación. México. Mac Graw Hill.

Higashida, B. (1996). Ciencias de la Salud, Mc Graw Hill. México. Pág. 533

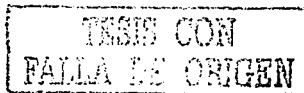
Holmes, T.H. Rahe, R. H. (1967). The social adjustment rating scale, J. Psychosom, Rev 11:213.

Horacio G. (1997). La jornada Ecológica. México. Año 5, No. 53, Jueves 23 de Enero.

Jiménez, A. M. G. (2000). Estilos de crianza materno informados por madres e hijos y su relación en el status socio cognitivo del niño preescolar. México. Tesis UNAM J-5 Dir. Laura Hernández Guzmán.

Kanner, A.D. Coyne J. C. Schaefer, C. y Lazarus R. S. (1981). Comparison of two moder of stress measurement: Daily Hassles and uplifts versus major life events, Journal of Behavior Medicine, Vol. 4, 1-39.

Kaplan H. Sadock. B. (1996). Packet Hand book of clinical Psychiatry 2a. edition E.U.A. Williams & Wilkins. page. 406



Knapp, Mark (1995). La comunicación no verbal, el cuerpo y el entorno, 5ª edición, Barcelona, Páidos, Comunicación.pag – 360.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping, New York, Springer.

Leavell, H.R. Clarck, E.G. (1965). Preventive Medicine for the doctor in his community. An epidemiologist approach. Mc Graw Hill Book. Nueva York.

Lolas F. (1995). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires. Medica Panamericana.

Mabers, J. (1984). Estrés y Relajación. Guía Práctica, México, Fondo Educativo Interamericano. Pág. 119

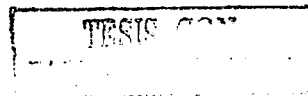
Mason, J.W. (1975). A historical view of the stress field. Part 1 Journal of human stress March, pp 6-12

Masseman (1955). Dynamics Psychiatry. Sounders Phila.

Mlot, Christine. (1998). Unmasking the emotional unconscious, Science. Mayo, Vol. 280:1006.

Moss (1984) manual de calificación de DHL – B.

Muller, A. (1997). Como afecta el estrés del cautiverio a la reproducción de los animales. Seminario Bibliográfico. Facultad de Ciencias Biológicas Departamento. De Ciencias Fisiológicas. Programa de Doctorado. 1997.



Niño J. Flores L. (1991). Variables Psicológicas Moderadoras en la iniciación del cáncer de cérvix. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia.

OMS y ONU. (1978). Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma – ATA – URSS, Septiembre - 1978. OMS. Ginebra.

Palomar, L. J. (1995). Diseño de un instrumento de medición sobre un estudio de calidad de vida. México. Tesis UNAM. p. 34- Dir. Patricia Andrade Palos.
Personalidad "A" Enfermedad coronaria Bradley y Kay 1985.

Quiroz, A. (1981) hacia una política de salud: II Jornada de Psicología de la Salud. 1989. México. UAP.

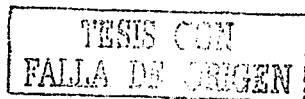
Rioseco P. Escobar, U. (1994). Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago, Rev. Psiquiatría, Oct. Dic. Vol. 4 186-193.

Robadam, H. M. C. (1989). El desgaste emocional en alumnas de Psicología y Pedagogía durante prácticas supervisadas. México. Tesis- UNAM Dir. Laura Hernández Guzmán.

Rodríguez G. Y Rojas M. (1994). La psicología de la salud en América Latina. México. Pomúa.

Russell, R. M. (1997). El papel del Psicólogo en el campo de la salud. Facultad de Psicología. UNAM.

Sáenz, Z. Orlando y Blanco G. S. (1990). Cuadernos médicos sociales. Reproducción social, su exploración empírica, condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. Argentina CESS.. Pág. 61-70.



San Martín H. (1964). Salud y Enfermedad. México. La prensa Medica Mexicana. 1981.

San Martín, H y Pastor, V. (1984). Salud Comunitaria Teoría y Práctica. Madrid. Díaz Santos. +

Sánchez S. J. J. (1987). Comments to the session on training of human service and mental health professionals, in K. Chism. G. K. Herbert and M. S. Williams (Eds) Human Services in the United States and México. Proceedings of the third annuar Robert L. Sather land Symposium . Austin: University of Texas school of social work.

Sánchez S. J. J. Hernández (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. México. Rev. Mexicana de Psicología. Vol. 9 No. 1

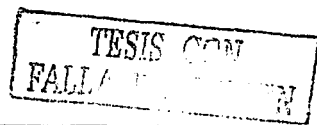
Sánchez Sosa J. J. (1994). Desde la atención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz intervención – investigación en Psicología de la Salud. En Rodríguez G. Y Rojas, M. 1994. la psicología de la salud en América latina. México. Pomua.

Santacreu, M. J. (1991). Psicología clínica y psicología de la salud: Marcos teóricos y modelos. Rev. Psicología de la Salud. 1991. Vol. 3 No. 1 Pág. 3-20. Universidad Autónoma de Madrid.

Sapolsky, (1997). Why zebras don't get ulcers. A guide to stress, stress-related diseases, and coping, 4a reimpression, W. H. Freeman and Company. page 368.

Selye H. (1950). Psychology and pathology of exposure to stress. Montreal; Acta Press.

Selye, H (1956). The stress of life. Mc Gruw Hill. Book Company. Toronto.



Selye, H, Mc Keown, I. (1935). Studies on the physiology of the matema placenta in the rat, Proc. Roy. Soc. Lóndres. Series B. 119: 1.

Selye, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the diseases of adaptation, J. Clin. Endocrinology, 6:117.

Selye, H.(1974). The stress without distress, J.B. Lippincott Co., Nueva York.

Seminovich, I. (1975). Stress: las tensiones de la vida moderna y sus graves secuelas, el correo de la UNESCO, Octubre 1975. Año XXVIII, Pág. 5-9.

Slipak O. (1991). Concepto stress, 1a. parte Rev. alcmeón. Vol. 1 No. 3 Pág. 355-360. Buenos Aires Argentina.

Slipak, O. Concepto de estrés, (1991) 1ª. Parte "alemeón" Vol. 1, No. 3, Pág. 355-360. Buenos Aires Argentina.

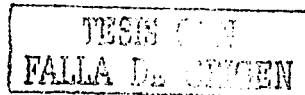
Soberon A. G. (1988). La atención primaria a la salud. El caso de México. Reunión del XL Aniversario de la OMS. Y X de Alma Ata. Acapulco, Gro. México. Noviembre.

SSA (1993). Ley general de salud. México. Porrúa.

SSA. (1993). Ley General de Salud. Porrúa. México. (1993).

SSA. (1997). Esperanza de vida al nacimiento. Programa 1995-2000. México. SSA. y Programa nacional de población.

Sutherland V. J. and Cooper Cary. L. (1990). Understanding Stress. London. Chapman and Hall.



Terris, M. (1987). La revolución epidemiológica y la medicina social. México. Siglo XXI.

Trucco, M. (1995). Stress Postraumático. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. 1ª Edición, Argentina, Buenos Aires, Editorial Medica Panamericana Tomo II, 556-58.

Urbina J. y Rodríguez, G. (1993). El Psicólogo en el sector salud en México. en J. Palacios y E. Lucio (Eds) Memorias del primer congreso internacional de Psicología de la Salud. México. D. F. Facultad de Psicología. UNAM.

Ursin, H. Baade, E. Levine, S. (1978). Psychobiology of stress, Academic press Nueva York.

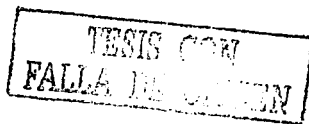
Vargas L. (1992). Relato histórico de mi investigación en el área de la diabetes Mellitus, Vol. Esc. Med. P. Univ. Cat. Chile, 21:62-71.

Vargas L. (1984). Bases Fisiológicas del estrés y su proyección en la medicina clínica, en la fisiología como ciencia aplicada. 1ª edición. Santiago de Chile. Universitaria. Pág. 128.

Vargas L. (1988). Discursión des estrés y su proyección a la patología. Acta Physiol. Farmacol, latinoam. 38. 369-375.

Vargas L. (1982). El concepto de stress hoy. – síndrome de adaptación general Rev. Med. Chile. 110,1037 Y 1045.

Vargas L. (1994). Visión y reflexión sobre el stress, derivadas de la investigación con miras a una definición, Anal. Acad., Nac. Cs, Ex, Frs, Nat. Buenos Aires. Tomo 1. 46.



Vega F. y García M. H. (1976). Bases esenciales de la salud pública. México. La prensa medica mexicana. 1987.

Waggoner C. D. Jones G. N. y Rappaport N. B. (1987). A daily stress inventory; development reliability and validity. Journal of behavioral medicine, 10 (1), 61-74.

Walton Barbara (1981). Community Health Nursing, Concepts and Practice, 1a. Edition Little Brown and Company, Boston.

Zapata C (1986) Aprenda a vivir sin dolor de cabeza. Plaza y Jones.

Zapata C (1994) Excelencia en el manejo del stress. México. EDAMEX.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA, FORMA DHL – B.

ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

(FORMA B)

Moos, R. 1984

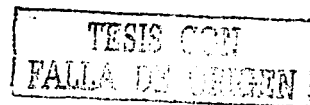
Traducción y adaptación

Héctor Ayala y Velásquez

Alma Patricia Aduna Mondragón

Universidad Nacional Autónoma de México

Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa



CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA COTIDIANA

Este es un cuestionario general de salud. Por favor conteste cada pregunta tan adecuadamente como usted pueda. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales.

PARTE I

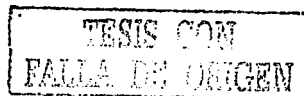
I. ALGUNOS DATOS ACERCA DE USTED

1. ¿Cuándo nació? (Día/Mes/Año)
2. Sexo: M F
3. Escolaridad
 - 1) Ninguna
 - 2) Primaria incompleta
 - 3) Primaria completa
 - 4) Secundaria incompleta
 - 5) Secundaria completa
 - 6) Estudios técnicos comerciales
 - 7) Bachillerato
 - 8) Normal
 - 9) Profesional
 - 10) Posgrado
4. ¿Qué religión practica?
 - 1) Católica
 - 2) Judaica
 - 3) Protestante
 - 4) Otra
 - 5) Ninguna
5. ¿Qué nacionalidad tiene?
 - 1) Mexicana
 - 2) Sudamericana
 - 3) Centroamericana
 - 4) Norteamericana
 - 5) Europea
 - 6) Asiática
 - 7) Otra
6. Estado Civil
 - 1) Soltero
 - 2) Casado o unión libre
 - 3) Separado
 - 4) Viudo
 - 5) Divorciado
7. ¿Cuántas veces se ha casado en total?
8. Tiempo de relación (en años)
9. ¿Trabaja actualmente?
 - 1) No
 - 2) Si, medio tiempo
 - 3) Si, tiempo completo
 - 4) Si, más de tiempo completo

PARTE II

II. HISTORIA RELACIONADA CON EL EMPLEO

10. ¿Cuántas veces cambió de trabajo en el último año?
11. ¿Cuál es su ocupación actual?
12. Si usted no está trabajando actualmente ¿cuál es el motivo?
 - 1) Temporalmente desempleado
 - 2) No está empleado y está buscando trabajo
 - 3) No está empleado y no busca trabajo
 - 4) Estudia
 - 5) Mala salud
 - 6) Ama de casa
 - 7) Jubilado
 - 8) Otra razón
13. Si no está empleado, ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo?



- 1) Menos de 3 meses
- 2) De 3 a 6 meses
- 3) De 7 a 9 meses

- 4) De 10 meses a 1 año
- 5) Más de un año

14 ¿Cuál es su ingreso mensual?

- 1) No tiene ingreso
- 2) De 1 a 2 salarios mínimos
- 3) De 3 a 4 salarios mínimos

- 4) De 5 a 6 salarios mínimos
- 5) 6 o más salarios mínimos

15. El ingreso mensual de su familia es:

- 1) No tiene ingreso
- 2) De 4 a 6 salarios mínimos

- 3) De 7 a 9 salarios mínimos
- 4) 10 o más salarios mínimos

PARTE III

III. SU SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

16. Le voy a leer una lista de enfermedades, ¿ha tenido alguna de ellas en los últimos 12 meses?.
Conteste "SI" sólo si fue diagnosticado por un médico. SI=1 NO=2

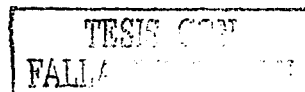
- | | | |
|---------------|------------------------------------|-----------------------|
| a) Anemia | f) Problema crónico del hígado | k) Problemas de riñón |
| b) Asma | g) Diabetes | l) Tuberculosis |
| c) Artritis | h) Problemas serios con la espalda | m) Úlceras |
| d) Bronquitis | i) Problemas con el corazón | n) Embolia |
| e) Cáncer | j) Presión alta | |

17. A continuación, se presenta una lista de síntomas físicos. En los últimos 12 meses, ¿ha padecido frecuentemente alguno de ellos?.

SI = 1 NO=2

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| a) Ha sentido debilidad | e) Se ha sentido nervioso | i) Ha tenido manos temblorosas. |
| b) Ha sentido de repente
Calor en todo el cuerpo | f) Se ha sentido inquieto | rosas |
| c) Ha sentido que el corazón
le late fuertemente | g) Ha tenido acidez estoma -
cal o indigestión | j) Ha tenido dolor de cabeza |
| d) Ha tenido poco apetito | h) Ha tenido escalofríos | k) Ha tenido estreñimiento |
| | | l) Ha sufrido insomnio |

18. A continuación se enlistan algunas formas de cómo uno se siente a veces.
SI=1 NO=2



En los últimos 12 meses:

- a) ¿Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad?
- b) ¿Ha sentido que se preocupa demasiado?
- c) ¿Ha sentido que su memoria no está del todo bien?
- d) ¿Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo?
- e) ¿Ha sentido que nada le sale bien?
- f) ¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena?

19. ¿Fuma usted cigarros? (Si no es así, pase a la pregunta 23). SI=1 NO=2

20. Si contesto que sí, fuma

- 1) más que el año pasado 2) lo mismo que el año pasado 3) menos que el año pasado
21. Por lo general, ¿cuántos cigarros fuma diario?

22. ¿Ha sentido algún síntoma físico por fumar demasiado? Si es así, ¿qué clase de síntoma(s) ha tenido? SI=1 NO=2

- a) Garganta irritada b) Tos c) Falta de aire d) Otros (especifique)

23. ¿Toma usted alguna bebida alcohólica? (vino de mesa, cerveza, brandy, tequila, pulque, ron, etc.)

(Si no es así, pase a la pregunta 27). SI=1 NO=2

24. Si respondió SI. ¿Con qué frecuencia tomó usted durante el mes pasado?

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1) Nunca | a) Cerveza |
| 2) Una vez | b) Vino de mesa |
| 3) 2 ó 3 veces | c) Mezcal o tequila |
| 4) 4 ó 5 veces | d) Brandy o ron |
| 5) Casi todos los días | |

25. En el último mes, ¿cuánto bebió?

- | | | |
|-------------------|-----------------|--------------------------|
| a) Cerveza | b) Vino de mesa | c) Brandy, tequila o ron |
| 1) 1 vaso | | 1) 1 vaso |
| 2) 1-2 vasos | | 1) 1 copa |
| 3) 1 litro | | 2) 2-3 copas |
| 4) 2 litros | | 3) 4-8 botellas |
| 5) 3 litros o más | | 3) ½ litro |
| | | 4) 9-12 botellas |
| | | 4) 1 litro |
| | | 5) 15 botellas |
| | | 5) 1 ½ litros |

26. ¿Ha tenido alguna dificultad durante el último año por beber demasiado? SI=1 NO=2

27. Si contesto SI, ¿qué clase de dificultades tuvo?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| a) Su salud | e) Golpeó a alguien |
| b) Su trabajo | f) Dificultades en el vecindario |
| c) Problemas de dinero | g) Dificultades con la policía |
| d) Discusiones con familiares | h) Dificultades con amigos |

28. Sin contar chequeos médicos (revisiones), ¿cuántas veces vio al doctor durante el último año?

29. ¿Estuvo hospitalizado alguna vez durante el último año? SI=1 NO=2

30. ¿Estuvo incapacitado debido a problemas de salud? Si fue así, ¿cuánto tiempo? (núm. de días)

31. ¿Ha usado frecuentemente algunos de los siguientes medicamentos durante los últimos 12 meses? SI=1 NO=2

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| a) Pastillas para alergias | e) Aspirinas | i) Pastillas para dormir |
| b) Anfetaminas | f) Pastillas para dieta | j) Medicamentos para la digestión |
| c) Antibióticos | g) Laxantes | k) Tranquilizantes |
| d) Antidepresivos | h) Pastillas para dolor | l) Vitaminas |

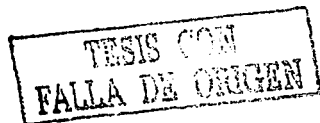
32. Algunas veces, cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas para solicitar

ayuda. En los últimos 12 meses usted recibió ayuda de: SI=1 NO=2

- | | | |
|---|---------------------------|------------|
| a) Sacerdote, consejero espiritual, pastor. | d) Psiquiatra o Psicólogo | g) Abogado |
| b) Consejero familiar o matrimonial | e) Policía | h) Su jefe |
| c) Médico | f) Grupo de auto ayuda | i) Amigos |

33. Durante el último año experimentó:

- | | | | | |
|---|--|-----------------|-----------------|------------|
| 1. Nunca | 2. Rara vez | 3. En ocasiones | 4. Casi siempre | 5. Siempre |
| a) Sentimientos de depresión, tristeza o melancolía | k) Llanto | | | |
| b) Poco apetito o pérdida de peso | l) Sentimientos negativos o pesimistas | | | |
| c) Problemas para dormir, o dormir demasiado | m) Pensamientos frecuentes sobre cosas | | | |
| d) Pérdida de energía, fatiga o cansancio | n) Sentimientos de incomodidad | | | |
| e) Inquietud | ñ) Sentimientos ofensivo, irritabilidad, enojo | | | |
| f) Lentitud o dificultades para moverse | | | | |



- g) Pérdida de interés o placer en sus actividades o) Necesidad de que lo tranquilicen o ayuden
- h) Culpabilidad o se ha sentido sin valor o despreciable p) Lástima o pena por usted mismo
- i) Problemas de concentración al pensar o tomar q) Síntomas físicos o de enfermedades
- j) Pensamientos acerca de la muerte o el Suicidio

PARTE IV

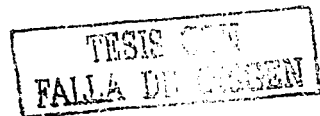
IV. EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

34. Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera.

¿Le ha ocurrido alguno de ellos durante los últimos 12 meses? En caso de contestar SI, favor

de indicar: SI=1 NO=2

- | | |
|--|--|
| a) Hace cuántos meses le ocurrió dicho evento; | |
| b) Si tuvo control sobre él | |
| c) Si le pasó antes | |
| d) El más positivo | |
| e) El más negativo | |
| 1) Cambio de casa | 17) Suspendido o despedido en el trabajo |
| 2) Se graduó | 18) Desempleado por un mes |
| 3) Perdió algo con valor sentimental | 19) Aumento considerable en la carga de trabajo |
| 4) Muerte de algún amigo cercano | 20) Fue promovido en el trabajo |
| 5) Problemas con amigos o vecinos | 21) Consiguió mejor trabajo (nuevo) |
| 6) Se comprometió sentimentalmente | 22) Aumento sustancial en el ingreso (20%) |
| 7) Se casó | 23) Decremento sustancial en el ingreso (20%) |
| 8) Se separó | 24) Se endeudó fuertemente |
| 9) Tuvo una reconciliación marital | 25) Su hijo entró a escuela nueva |
| 10) Se divorció | 26) Su hijo abandonó la casa |
| 11) Nacimiento de un niño en su familia inmediata | 27) Su hijo regresó a casa después de una larga ausencia |
| 12) Dificultades con suegros u parientes políticos | 28) Un pariente se cambió de casa |
| 13) Tuvo algún accidente o enfermedad seria | 29) Tuvo problemas legales |
| 14) Muerte de algún cónyuge | 30) Tuvo problemas de alcohol o drogas |
| 15) Muerte de un miembro de la familia cercana (Excepto cónyuge) | 31) Fue asaltado o robado |
| 16) Problemas con los superiores en el trabajo | |



32) Otro

35. Indique por favor, cuál (es) de las siguientes formas de actuar utilizó y con qué frecuencia, para –tratar de enfrentar un evento.

1. Nunca 2. Rara vez 3. En ocasiones 4. Casi siempre 5. Siempre
- 1) Trató de saber más sobre la situación 16) Trató de analizar la situación y de ver las cosas objetivamente
- 2) Habló con su cónyuge o con otros parientes acerca del evento 17) Pensó sobre la situación para tratar de entenderla mejor
- 3) Habló con un amigo acerca del problema 18) Intentó no precipitarse actuando impulsivamente
- 4) Habló con un profesional (abogado, cura, médico) 19) Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor
- 5) Rezó para tener una guía o para darse valor 20) Se olvidó del problema por un tiempo
- 6) Se preparó para el peor de los casos 21) Supo qué había que hacer y se esforzó –
- 7) No se preocupó. Pensó que todo saldría bien 22) Evitó estar con la gente en general
- 8) Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido 23) Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes
- 9) Trató de ver el lado bueno de la situación 24) Se negó a creer lo que había sucedido
- 10) Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido 25) Lo aceptó, no podía hacer nada
- 11) Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo 26) Trato de permanecer insensible
- 12) Consideró varias alternativas para manejar la Situación 27) Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares
- 13) Se guió por sus experiencias pasadas en las que tuvo situaciones similares 28) Negoció para rescatar algo positivo de la situación
- 14) No expresó sus sentimientos 29) Intentó reducir la tensión
- 15) Tomó las cosas como venían, paso a paso
- a) Tomando más
 - b) Comiendo más
 - c) Fumando más
 - d) Haciendo más ejercicio
 - e) Tomando más tranquilizantes

V. ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA Y AMIGOS

36. Aproximadamente, ¿cuántos amigos tiene, sin incluir los conocidos eventuales?
37. ¿Cuántos amigos cercanos tiene? ¿Persona con quienes usted puede platicar sus problemas personales?
38. ¿A cuántas personas conoce, de las cuales pueda esperar ayuda real en tiempos difíciles?
39. ¿Pertenece usted a un círculo de amigos cercanos que se mantengan en contacto estrecho?

SI=1

NO=2

40. Durante los últimos 12 meses, ¿ha asistido usted a algunas de las siguientes actividades?

1) Con la familia o alguno de sus miembros 2) Con uno o más amigos

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|
| a) Evento atlético | e) Platicó un largo tiempo | i) Fiesta |
| b) Juegos de tablero
(Ajedrez, damas) | f) Ayudó a algún proyecto | j) Día de campo |
| c) Barajas | g) Dio una vuelta caminando | k) Nadar o jugar fútbol |
| d) Concierto o museo | h) Reunión de club u organización | |

41. Durante el último mes ¿qué tan frecuentemente se reunió con uno o más amigos? (núm. veces)

a) Los visitó en su casa b) Se reunió con ellos en otro sitio

42. Durante el último mes, ¿cuántas veces visitó a sus familiares? (núm. de veces)

a) Los visitó en su casa b) Se reunió con ellos en otro sitio

43. Las personas llevan a cabo sus tareas domésticas de diferentes formas. Durante el último mes, ¿Quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

1. Siempre usted
2. Casi siempre usted
3. Ud. y otro por igual
4. Casi siempre otro
5. Siempre otro
6. No se aplica

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| a) Compra de comida | g) Arreglar el jardín | k) Organizar reuniones familiares |
| Planear y preparar alimentos. | h) Manejar los gastos | |
| c) Tirar la basura | i) Decidir como gastar el dinero | l) Ayudar a los niños con su tarea |
| d) Limpiar la casa | | |
| e) Hacer los trabajos pesados de la casa | j) Llevar el coche al taller | m) Disciplinar a los niños |
| f) Hacer reparaciones menores en la casa | | |

43 Si usted indicó que "otro" le ayudó, esa persona fue generalmente su:

- | | | | |
|------------|---------|------------|-----------|
| 1) Cónyuge | 2) Hijo | 3) Hermano | 4) Padres |
|------------|---------|------------|-----------|

PARTE VI

VI. DISCUSIONES FAMILIARES

44. ¿Algunos de los siguientes temas causa desacuerdo en su familia? SI=1 NO=2

- | | | |
|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| a) Amigos | f) El uso del carro | j) El sexo |
| b) Parientes | g) Ver televisión | k) El alcohol (La bebida) |
| c) Hábitos de manejo | h) Ayudar a las tareas de la casa | l) Fumar cigarros |
| d) La política | | m) La disciplina |
| e) El dinero | i) El sexo | n) Las compras importantes |

45. Dígame ¿cuál es la persona más importante para usted?

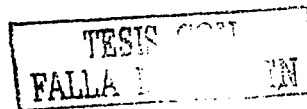
- | | | | | |
|------------|-----------|-------------|----------------|---------|
| 1) Cónyuge | 2) Padres | 3) Hijo (a) | 4) Hermano (a) | 5) Otro |
|------------|-----------|-------------|----------------|---------|

46. ¿Qué tan frecuentemente ustedes dos?:

- | | | | | |
|----------|-------------|------------|-------------|------------|
| 1) Nunca | 2) Rara vez | 3) A veces | 4) A menudo | 5) Siempre |
|----------|-------------|------------|-------------|------------|

- | |
|--|
| a) Calmadamente discuten algo juntos |
| b) Tienen un intercambio estimulante de ideas |
| c) No están de acuerdo acerca de algo importante |
| d) Critican y desaprueban algo importante |
| e) Pasan un buen rato juntos |
| f) Se enojan |

PARTE VII



VII. DATOS ACERCA DE SU HOGAR

47. Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, ordenado-desordenado. Si su hogar está muy ordenado, se indicará número "1"; si está muy desordenado, me señalará el número "5". Por otra parte, si está entre muy ordenado y muy desordenado, Usted me indicará el "2", el "3" o el "4", según el grado que usted considere que describe mejor su hogar.

a) Ordenado	1	2	3	4	5	Desordenado
b) Limpio	1	2	3	4	5	Sucio
c) Confortable	1	2	3	4	5	No confortable
d) Tranquilo	1	2	3	4	5	Ruidoso
e) Iluminado	1	2	3	4	5	Oscuro
f) De buen tamaño	1	2	3	4	5	Pequeño

48. Durante los últimos dos años ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? (número de veces)

49. ¿Cuántos meses ha vivido en su domicilio actual?

50. Su casa es: 1) Propia 2) Rentada 3) Otra

51. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su casa?

- 1) Casa independiente
- 2) Construcción de dos casas (duplex)
- 3) Construcción de tres o cuatro casas
- 4) Construcción de cinco o más casas

52. ¿Qué categoría describe mejor su colonia?

- 1) Urbano-comercial o urbano-industrial
- 2) Unidad habitacional
- 3) Residencial
- 4) Popular
- 5) Rural

53. ¿Cuántos cuartos hay en su casa o departamento (incluye cocina pero no baños)?

54. ¿Cuántas recámaras hay en su casa o departamento?

55. ¿Su casa tiene patio o jardín?

SI=1

NO=2

PARTE VIII

VIII. DATOS ACERCA DE SUS HIJOS (si no tiene hijos ha terminado su cuestionario)

56. ¿Cuántos hijos viven con usted?

a) Niños

b) Niñas

57. ¿Cuándo nacieron?

a) Niñas 19__ 19__ 19__ 19__

b) Niños 19__ 19__ 19__ 19__

58. Aquí hay una lista de situaciones. Durante los últimos 12 meses, le han ocurrido alguna de ellas o

a uno o más de sus hijos.

SI=1

NO=2

a) Alergias

h) Problemas académicos

n) Sobrepeso o bajo peso.

b) Anemia

i) Problemas con otros niños

ñ) Problemas físicos serios

c) Ansiedad o tensión

j) Problemas de disciplina en

o) Problemas mentales o

d) Asma

la escuela

emocionales

e) Sentimientos de tristeza

k) Dolores de cabeza frecuentes

p) Dolores de estómago

f) Escalofríos o tos

l) Comerse las uñas

frecuentes e indigestión

g) Problemas físicos serios

m) Pesadillas

58a. ¿Alguno de sus hijos fuma?

58b. ¿Alguno de sus hijos usa droga o medicamentos regularmente?

59c. ¿Alguno de sus hijos toma bebidas alcohólicas regularmente?

SI = 1 NO = 2

Aplacador: _____

