



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA**

**PSICOLOGIA DE LA SALUD,
ESTRÉS DE VIDA,
CREENCIAS Y ACTITUDES
SALUDABLES**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA:
MARGARITA GOMEZ MENDOZA**

**ASESORES:
MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMIREZ GUERRERO
MTRO. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ
MTRA. BENITA CEDILLO ILDEDFONSO**

LOS REYES IZTACALA, 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.

A mis profesores:

Juana Olvera Méndez:

Juanita, muchas gracias; primero por ser mi profesora y tener el don de la enseñanza, sabes transmitir el conocimiento, después por asesorar mi tesis y tu disposición en todo momento, sin importar el día, la hora, si era día laboral o en vacaciones, te agradezco por sacarme del error y enfatizar mis aciertos, sin tu colaboración difícilmente hubiera terminado el proyecto. Gracias.

Marisela Ramírez Guerrero

Marisela, mi admiración y agradecimiento; por permitirme participar en su proyecto, por tu tarea diaria, como profesora, asesora, investigadora, independientemente de tu papel como mujer, esposa y madre, por tu respuesta siempre amable, que hacen de ti un digno ejemplo a seguir, para personas que, como yo, aspiran concluir una carrera profesional y realizarse en todos los aspectos como en tu caso.

Enrique Cortés Vázquez

Enrique, gracias por tu disposición siempre amable para aclarar mis dudas y buscar la solución pronta en el momento mismo de mi solicitud y por permitir mi participación en su proyecto.

A ese ser que ha estado en cada día de mi vida, confortándome en los días difíciles y propiciándome mis días de luz.

Gracias Dios mío.

Jorge:

Como puedo con simples palabras agradecer lo que tu ayuda, comprensión y paciencia ha significado en el inicio desarrollo y conclusión de esta etapa, para dar paso a una profesión, la cual tú sabías era mi sueño desde siempre y que sin tino hubiera sido posible. No existen palabras suficientes que demuestren la importancia de tu participación; llevarme, traerme, proveer y sobre todo, estar conmigo en todo momento, y solo te digo gracias con todo mi corazón.

Jorgito:

Gracias mi vida, porque sin preguntarte te metí en mi sueño, y participaste en los desvelos, en las prisas y sufriste los malos ratos a causa de la carrera emprendida para lograr el objetivo de tu madre. Te agradezco por tu comprensión y te quiero -si es posible- aún más.

Héctor:

Ninguno de mis hermanos como tú, conoce y conoció mi deseo; primero de asistir a la universidad, y después de concluir la. Sin duda tu apoyo y sobre todo tu ejemplo en el trayecto fueron guía a seguir para llegar a buen término. Gracias.

Hilda:

Si no me hubieses llevado en aquella ocasión a la escuela como si aún fuera una niña, nunca hubiera realizado mi deseo mas querido y acariciado por muchos años; continuar estudiando, tú sabías de la importancia y trascendencia de ese tema en mi vida y de manera tan generosa, como es característico en ti, me compartiste de lo que ya vivías, no sabes cuanto me diste, gran parte de este logro te pertenece. Gracias.

José Luis:

Tu interés en resolver mis dudas, tu disposición en cualquier momento para estar pronto a auxiliarme, tener la palabra precisa para confortarme en momentos difíciles hace invaluable tu participación en este proyecto que hoy concluye, tienes la palabra exacta para impulsar hacia lo mejor. Por eso y más que no se puede expresar en pocas palabras, solo atino a decir, gracias.

Carolina, Lourdes, Martín:

Participar en un proyecto sin esperar nada a cambio, tiene un gran merito, y ustedes participaron en el mío, los involucré en algún momento en este camino y me ayudaron, cooperaron en cualquier cantidad de ocasiones, pero quiero que sepan que su sola presencia me hacía sentir que podía contar siempre con ustedes. Conociendo la historia de cada uno, el esfuerzo que les significó su carrera personal fue una motivación para continuar en la mía. Gracias.

Esta carrera que hoy concluye, lleva un poco de cada uno de ustedes, eso es lo mejor, que nunca estuve sola en ese trayecto, lo cual me hace sentir orgullosa de mi familia. Gracias por esa satisfacción.

INDICE

Resumen.....	7
Introducción	8
Capítulo 1	
Salud-Enfermedad.....	11
1.1. Enfermedad	11
1.1.1. Actitud ante la enfermedad.....	16
1.2. Salud.....	18
1.2.1. Definiciones de salud a través de la historia.....	19
1.2.2. Definiciones de salud más recientes.....	20
1.2.3. Actitudes de salud.....	25
Capítulo 2	
Psicología de la Salud	
2.1 Antecedentes de la Psicología de la salud.....	27
2.2 Definiciones de la psicología de la salud.....	29
2.3 Disciplinas antecedentes de la psicología de la salud.....	31
2.3.1 Medicina psicosomática.....	32
2.3.1.1 Antecedentes de la medicina psicosomática.....	32
2.3.1.2 Definición y desarrollo de la medicina psicosomática... 	32
2.3.2 Psicología clínica.....	33
2.3.3. Medicina comportamental (o conductual).....	34
2.3.3.1 Definición de medicina comportamental (o conductual).34	
2.4 Relación de la psicología de la salud con otras disciplinas... 	35
2.5 Objetivos de la psicología de la salud.....	37
Capítulo 3	
El psicólogo de la salud	
3.1. Definición y Formación.....	40
3.2 Campo de Acción.....	41
3.2.1 Evaluación y Diagnóstico.....	41
3.2.2 Investigación.....	42

3.2.3 Tratamiento.....	42
3.2.4 Promoción y Mantenimiento de la salud.....	43
3.3. Prevención.....	43
3.3.1 Prevención primaria.....	45
3.3.2 Prevención secundaria.....	47
3.3.3 Prevención terciaria.....	48
Capítulo 4	
Estrés.....	51
4.1 Concepto y Desarrollo.....	51
4.2 El sistema nervioso y la fisiología del estrés.....	57
4.3 Estrés y calidad de vida.....	57
Capitulo 5	
Creencias y Actitudes Saludables.....	64
5.1 Actitudes saludables y calidad de vida.....	64
5.2 Creencias sobre salud.....	69
5.2.1 Teoría de la Acción Razonada.....	71
5.3 Autoeficiencia.....	71
Capítulo 6	
Método y Resultados	
6.1 Objetivo General	78
6.2 Objetivos Específicos	78
6.3 Hipótesis	79
6.4 Sujetos	79
6.5 Escenario	80
6.6 Definición de variables	80
6.7 Materiales e instrumentos	80
6.8 Procedimiento	82
6.9 Resultados	84
6.10 Análisis de Resultados	164
Discusión y Conclusiones	169
Referencias	176
Anexos.....	184

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación no experimental, descriptiva de diseño transversal, que tiene como objetivo detectar la percepción de la población de su estrés de vida, así como, conocer el funcionamiento de la salud de la población según sus creencias, valores y actitudes, confrontándolas con su género y su escolaridad, por medio de un instrumento, que recopila datos de la población mexicana, además de, conocer un poco más de la psicología de la salud y ámbito de acción del psicólogo de la salud. No se formula hipótesis ya que las características del diseño no lo admiten como tal. Se consideran los datos por sí mismos, a partir de las variables (sexo, escolaridad) para identificar la autoeficiencia, la vigilancia sobre la salud, los valores de salud y el estrés de vida de la población. Se tomó una muestra no probabilística de 988 sujetos cuya edad va de los 17 a los 77 años de edad. Para recabar los datos se emplearon los instrumentos "Funcionamiento de la Salud (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP). Se aplicó la prueba no paramétrica ji cuadrada y coeficiente de Pearson, corriendo el programa SPSS. Los resultados arrojaron datos que informan en su mayoría que el género y la escolaridad tienen mucho que ver en el funcionamiento de la salud, y en algunos casos especialmente la escolaridad, desde las perspectivas de creencias, valores, autoeficiencia y que ésta última, tiene mucho que ver con el estrés percibido en la población.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud cobra importancia en la actualidad, dado que la salud es el principal motor que mueve a los seres humanos en todo el mundo. Al hablar de salud, necesariamente tenemos que enmarcarla dentro de una concepción integral del ser humano, considerando a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS) y tomando en consideración que la pérdida de salud en uno de estos niveles puede afectar a los otros. La inquietud por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el ser humano pues son cualidades inherentes a su naturaleza y a su supervivencia, y es debido a esto que la psicología de la salud cobra vigencia en su interés por prevenir la aparición de la enfermedad y pretendiendo preservar la salud.

La situación que se vive actualmente, individual, familiar y social, plantea la necesidad de enfatizar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es aquí que la psicología de la salud encuentra su campo de desarrollo entre otros, entendida la prevención como el evitar la enfermedad y la promoción el maximizar las condiciones de salud.

Ahora bien, la relevancia de investigar acerca de la psicología de la salud, radica en que en nuestro país existe poca o ninguna investigación sobre la aplicación de la psicología de la salud, con individuos mexicanos, con características propias de un país como son, los hábitos, valores, creencias, educación, hábitat, economía, etcétera, que cambia con cada país y dentro de éste, en cada estado y municipio o región.

La inquietud aparece y cobra fuerza a lo largo de la carrera de psicología, donde es fácil percatarse de ésta carencia y nos damos cuenta que las investigaciones dispuestas para consulta no corresponden al individuo mexicano, a la familia y a la sociedad en su generalidad y particularidad, costumbres, cultura, educación, raza, etcétera, así como, la inexistencia de un enfoque de la problemática desde una perspectiva de mexicanos para los mexicanos.

Es por ello, que se hace urgente que los psicólogos de la salud muestren las necesidades psicológicas de nuestra población tomando en cuenta la salud integral de la misma, previniendo enfermedades, detectando aciertos y deficiencias en el sector salud.

Las actividades encaminadas a tal empresa han dado lugar al surgimiento en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, del proyecto de Ramírez y Cortés (2003) “Psicología de la Salud en México: Comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del Psicólogo”. El proyecto pretende detectar las condiciones, posibilidades y necesidades actuales de la población y de la psicología de la Salud en México, con el fin de presentar un amplio panorama que pueda servir para el planteamiento futuro de programas de prevención e intervención.

En estos quehaceres es de suma importancia el papel que cada individuo cumple en el cuidado de su propia salud, siendo las acciones y comportamientos del sujeto pilar fundamental en el proceso de salud – enfermedad.

La manera en que cada persona asume el auto-cuidado de la salud está directamente relacionada con su concepción del mundo, la cual lleva a que el individuo forme su marco general valorativo y cognoscitivo; por consiguiente una determinada postura ante el entorno, su propia vida y una forma de relacionarse.

Se puede afirmar que el cuidado de la salud es una forma de vida, llegando a ser parte esencial o no del proyecto de vida de cada individuo. En esto pueden influir diferentes factores como son el estilo de vida de la comunidad a la cual se pertenece, los valores, creencias inherentes a ella, la educación familiar y escolar, las relaciones interpersonales, el contexto socio-económico y las particularidades del individuo.

Es por ello que en el presente trabajo se trata de enmarcar lo que engloba la salud-enfermedad, pasando por definiciones, actitudes, distintas perspectivas y épocas en su primer capítulo.

Encontramos también, lo que se refiere a la psicología de la salud, sus antecedentes, desarrollo, definiciones y objetivos, en el capítulo 2. Además de las funciones, ámbitos y formación del psicólogo de la salud, en el capítulo 3.

Dentro de las investigaciones de la psicología de la salud, se encuentra el estrés, y brevemente se describe, conociendo la trascendencia actual del tema, su fisiología y su intervención en la calidad de vida, en el capítulo 4.

Es conveniente dada la importancia que estos factores desempeñan, la inclusión de las creencias y las actitudes saludables de los individuos, para preservar la salud y evadir la enfermedad, en el capítulo 5.

No debemos omitir, en el capítulo 6, el método empleado y los resultados obtenidos. Estos son los capítulos que componen el cuerpo y sustento de nuestra investigación.

CAPITULO 1

SALUD-ENFERMEDAD

1.1 Enfermedad

Hoy y siempre cuando se habla de salud, inequívocamente se toca a su contraparte la enfermedad, ésta como la salud tiene diferentes definiciones, y puntos de vista según la época y cultura en la cual la enfermedad es padecida. Así, podemos encontrarla en sus diferentes concepciones.

Según el diccionario de ciencias de la salud, enfermedad es un proceso patológico definido, que presenta un conjunto de características de signos y síntomas, y que afecta a todo el cuerpo o a cualquiera de sus partes, cuya etiología patológica y pronóstico pueden ser conocidos o no. (Weller 1997).

Para Durvan (1982), enfermedad es un estado general comprendido en una infinidad de dolencias que interfieren en la capacidad de actuación normal y que eliminan la sensación de bienestar, característica de la persona completamente sana.

Otra concepción más concreta la encontramos en Howard (1982), enfermedad es el estado anormal del cuerpo o de la psique, con desequilibrio de una o más funciones.

Se califica de enfermedad a cualquier estado del cuerpo que hace a una persona menos sana de lo que se considera "normal" (en medicina la palabra normal se usa comúnmente como sinónimo de salud). Con esta significación, cualquier perturbación del funcionamiento normal del cuerpo manifestada por síntomas que siguen un curso previsible que distingue a este estado de todos los demás se llama enfermedad (Howard 1982).

Hace 45 siglos el pueblo Asirio Babilónico creía que la enfermedad era una impureza moral o espiritual provocada por los dioses como réplica a una transgresión moral. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. La "culpa" (del latín culpa: falta, pecado) se buscaba en la biografía del enfermo.

Para los griegos, la enfermedad también era de origen divino, pero la impureza ya no era moral, sino física y por lo tanto, tratable con baños purificadores. Esto fue un salto conceptual enorme, ya que si la enfermedad era causada por los dioses y significaba una impureza del alma, el hombre no tenía acceso a ella (cosa de los dioses), es decir, no podía ser curado por otros hombres, sólo por el perdón de un Dios. Pero si la impureza estaba en lo físico (cosa de los hombres), un hombre que conociera las leyes de la naturaleza (physis), podía curar a otros (Balcells, 1978).

Ellos fueron los primeros en conceptualizar a la enfermedad como un fenómeno natural... "La enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo" (Becoña, 2000 p. 2).

También pensaban que la naturaleza (physis), se guiaba por leyes, que tenían un orden, una armonía. Así, si conocían las leyes propias de la naturaleza del organismo, la fisiología, cuando un hombre enfermaba otro hombre podía ayudar, acompañar a la naturaleza en el proceso de restitución de la armonía (la salud). Cuidar al otro, hacer medicina (del griego medien: cuidar a) (Balcells, 1978).

Para San Martín (1979), "la enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo"

El mismo autor, señala que el concepto de enfermedad manejado desde diferentes perspectivas deriva de tres ideas básicas:

- Intrínseca: es generada por un desequilibrio interno del individuo.

- **Extrínseca:** es generada fuera del individuo y éste la incorpora.
- **Mixta:** el individuo presenta una predisposición que lo sensibiliza a ciertos agentes externos.

Intrínseca: Alcmeon de Crotona (520 a C.), médico de la escuela pitagórica, decía que la salud era el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco; lo frío y lo cálido; lo amargo y lo dulce. El predominio de una de estas potencias sería la enfermedad. Alcmeon coloca el origen de la enfermedad en el propio individuo, la causa es interna, es una desarmonía, un desorden, un desequilibrio en la naturaleza de la persona. Este modelo de explicar la enfermedad es el adoptado por la mayoría de las concepciones médicas: exceso o déficit de sustancias químicas; alteraciones estructurales o funcionales que desequilibran otras estructuras o funciones (Vega, 2000).

El modelo intrínseco de enfermedad dice que todos pueden enfermar a consecuencia de un desequilibrio.

Extrínseco: este modelo tiene sus raíces en las posturas mágico-religiosas, donde fuerzas o influencias externas inciden sobre el hombre y lo enferman. No seguir los preceptos religiosos, generaba el enojo de los dioses que castigaban con la enfermedad al transgresor. Una idea emparentada con ésta, ya en lo mágico, sustenta que ciertos objetos, personas, animales o circunstancias, pueden influir sobre la persona y enfermarla. Esta idea ancestral está profundamente arraigada en la humanidad, y cuando lo aprendido racionalmente se resiente lo suficiente, aparecen frescas y lozanas aún en la mente de los más "lógicos".

Popularmente la idea de la enfermedad como castigo suele expresarse con el consabido " ¡Qué hice yo para merecer esto!". La idea de influencia

también se ejemplifica con las personas que tienen "buena o mala onda", "mirada fuerte" (mal de ojo), etcétera.

En esta misma perspectiva extrínseca, se encuentra la teoría psicoanalítica que habla de circunstancias que producen conflictos, de un medio ambiente opresor, de las influencias parentales en la génesis de las neurosis, etcétera. Pertenece a esta concepción por ejemplo, la "madre esquizofrenógena" que, armada de sus "dobles mensajes", paradojas, etcétera, "transforma" a su hijo en un esquizofrénico (un "hechizo" adornado con una florida terminología); la comunicación familiar anómala, la hipótesis del "chivo expiatorio" (la familia anómala "elige" quien será el enfermo), etcétera.

Se puede deducir que el modelo extrínseco de enfermedad dice que todos podemos enfermarnos si estamos sometidos a ciertas influencias o circunstancias.

Mixta: Claudio Galeno (130-200 DC) menciona que la enfermedad es una predisposición del cuerpo

- El factor previo es un desorden en la naturaleza del individuo (factor intrínseco).
- Más la presencia de una causa externa; enfriamiento, veneno, etc- (factor extrínseco)
- Que actúa sobre un individuo sensible a ella (o predispuesto) produce la enfermedad.

Desde su enfoque médico, para Galeno "la enfermedad es una disposición natural del cuerpo, por obra de la cual padecen inmediatamente las funciones vitales". Es una afección pasiva de la actividad vital, producida inmediatamente por un desorden instantáneo de la naturaleza individual que actuando sobre un individuo sensible a ella o «predispuesto»

determina en el cuerpo de éste una modificación anatomofisiológica anormal y más o menos localizada (Balcells, 1978).

De esta forma estas tres perspectivas; intrínseca, extrínseca y mixta, engloban los enfoques desde los cuales los investigadores abordan el tema de enfermedad.

La enfermedad al igual que la salud es apreciada por distintos profesionales desde su punto de vista muy particular: biológico, clínico, social, psicológico, teológico...

- El biólogo concibe a la enfermedad como un desequilibrio de funciones que causan alteraciones en el organismo.
- Desde el punto de vista clínico, la enfermedad consiste en lesión o anomalía descubierta por investigación objetiva.
- El sociólogo está atento a la repercusión que la enfermedad tiene sobre el núcleo familiar y de ahí a la sociedad.
- En el campo psicológico cada individuo en su interior se cuestiona ¿por qué a mí! El nivel de adaptación a su realidad de enfermo dependerá de su madurez y estado psicológico.
- El teólogo identificará el dolor y el deterioro físico derivados de la enfermedad como un acercamiento a Dios. El cristiano expresará que es una desarmonía entre el cuerpo y el alma (López, 1993).

La enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado sino como algo que se encadena con el resto de la biografía personal, Jores (1961), distinguió entre enfermedades biológicas (infecciones, parasitosis, traumas, etcétera), que son comunes a los hombres y a los animales, y enfermedades biográficas o específicamente humanas. Estas últimas están estrechamente relacionadas con “el estilo de vida”.

Desde nuestro punto de vista esta conexión -la que Jores (1961), señala-, nos permite contemplar que las actitudes de los individuos ante la enfermedad serán determinantes en el desarrollo de esta, puesto que la biografía implica relaciones, contextos, estilos de vida, y en éstos, actitudes ante los diferentes planteamientos

que la vida diaria presenta, y está dentro de éstos, la elección o convicción de una vida saludable, tomando las recomendaciones que a la fecha se conocen son las mejores para estar libres de enfermedad; no fumar, no comer en exceso, hacer ejercicio, etcétera, y algo muy importante conjugar lo anterior en una vida placentera.

Es un hecho comprobado que desde 1989 (Gómez, 1989), de las enfermedades sociales, las mentales son las que mas habían aumentado su morbilidad en países donde los progresos técnicos y culturales hasta el momento iban en primer lugar. En ese mismo año la OMS calculó que el 2% de la población sufría enajenación mental (psicosis = esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, perturbación mental y demencia, delirios crónicos, etcétera) y el 10% padecía neurosis (trastornos funcionales, psíquicos y psicosomáticos), porcentajes que han sido rebasados escandalosa y peligrosamente en la actualidad, datos por demás alarmantes que nos vienen llamando la atención sin que a la fecha se tomen con la seriedad que la situación requiere.

Como hemos podido observar el concepto de enfermedad es visto desde infinidad de perspectivas, según la cultura, la sociedad, la familia, el individuo, etcétera, y nos inclinamos a pensar en la enfermedad como una concepción mixta o biopsicosocial, ya que esta abarca todo lo inherente al ser humano, el cual no es un ente separado ni de sí mismo ni de lo que le rodea, y es la manera como organiza su medio y a sí mismo el modo en como ha de hacer frente cuando la enfermedad se presenta.

1.1.1. Actitud ante la enfermedad

De la misma forma que la enfermedad es vista de acuerdo a la perspectiva, igualmente la actitud ante esta será conforme a la cultura, época de quien dicho tema aborda.

Los modos de conducirse de cada cultura con respecto al tema de la enfermedad se encuentran fundamentados en lo religioso o en lo mágico-religioso de las culturas más primitivas. Las creencias con respecto a la enfermedad y también de la muerte a lo largo de la prehistoria y de la historia han configurado los modos, hábitos y/o costumbres de las gentes.

Además del sentido mágico, religioso o sobrenatural que la enfermedad, la convalecencia y la muerte tuviera para cada uno de los actuantes, los modos culturales (costumbres adquiridas a lo largo de siglos y trascendidas por las creencias religiosas que establecían comportamientos) servían de ayuda para que los individuos implicados manejasen el "estrés" que la enfermedad les producía, utilizando un modo de conducta, (apoyos familiares, sociales y religiosos) que facilitaba lo que se puede llamar su "adaptación psicosocial" a la enfermedad, a la convalecencia y hasta la muerte.

Los sociólogos han analizado la situación de "encontrarse enfermo" en su dimensión social y han encontrado que la sociedad provee de un estatus o rol de enfermo a las personas sometidas a tratamiento o asumidas por las instancias de salud. Concretamente Parsons (1986), entiende que son características de este estatus: la exención de las responsabilidades sociales normales, un cierto derecho a recibir apoyo, ayuda o tratamiento y la suposición de que el sujeto quiere curarse y pone los medios para conseguirlo.

Mechanic (1962), introdujo el término conducta de enfermedad refiriéndose específicamente a los aspectos sociales del "estar enfermo"; es decir, los distintos modos en que los síntomas del enfermar serían percibidos, evaluados y actuados por los diferentes individuos, lo cual estaría en relación con la existencia de una serie de normas, valores, y miedos e incluso, con la posible valoración de la enfermedad como una forma de obtener recompensas o castigos. Es un concepto que sirve para conocer y medir los efectos sociales del proceso del enfermar. Esta

conducta de enfermedad incluye el visitar a los médicos y el tomar las medidas necesarias para combatir los trastornos, buscando apoyo en familiares y amigos. En esta búsqueda de ayuda influirá la frecuencia con la que se presenta la enfermedad en el grupo social al que pertenece el individuo enfermo y la valoración que dicho grupo hace de las manifestaciones del trastorno.

Una vez más la cultura imperante en el sitio donde el individuo es participante y el cómo enfrente la presencia de enfermedad será el resultado de un proceso general de dicho individuo, es decir todas aquellas experiencias adquiridas en; el hogar, la escuela, la vida dentro de su comunidad, este proceso le ha venido proporcionando las herramientas necesarias para conseguir hacer frente a la enfermedad en cuestión y dará la pelea, todo esto con el fin de recuperar la salud, término por demás complejo.

1.2 Salud

La salud es el objeto y la razón de todas las disciplinas creadas para el cuidado de los hombres. Hoy en día, existe suficiente evidencia en la que podemos descubrir que la salud no es solo un estado, y está profundamente ligada a nuestra relación con el entorno, pensamientos y relaciones sociales. La complejidad del término permite comprender las discrepancias que aparecen en torno a la palabra salud.

La expresión “salud mental” fue usada por primera vez en 1843 por William Sweetser (Gómez, 1989). Para que esta disciplina tuviera posibilidades de desarrollo, fue necesario el avance de la psicología y la psiquiatría.

Para determinar mejor el concepto el mismo autor señala tres conceptos fundamentales que manifiestan la salud mental:

- Conocimiento y aceptación de sí mismo (sentido crítico).
- Percepción correcta del medio ambiente (sentido común).

- Capacidad de integrarse (madurez).

Estos conceptos permiten al individuo enfrentarse de la mejor manera a las necesidades (trabajo, familia), y dificultades de la existencia, a periodos de crisis (pubertad, muertes, conflictos afectivos, etcétera) y al esfuerzo permanente de adaptación que exige la vida cotidiana.

1.2.1 Definiciones de salud a través de la historia

El concepto de salud a través de la historia ha tenido una gran gama de percepciones e interpretaciones y ya hemos mencionado que su definición, abarca variadas complicaciones, y en ésta, la época y la cultura es definitiva para su concepción, Brannon y Feist (2001), sintetizan en el siguiente cuadro las definiciones según el paso del tiempo:

Cultura	Periodo temporal	Definición de Salud
Prehistórica	10,0000 a.C.	Es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen el en cuerpo.
Babilonios y Asirios	1800-700 a.C.	Es puesta en peligro por los dioses que envían las enfermedades como castigo.
Antiguos Hebreos	1000-300 a.C.	Es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es un castigo divino.
Antiguos Griegos	500 a.C.	Es una unidad holística de cuerpo y espíritu.
Antigua China	1100-200 a.C.	Es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.
Galeno en la Antigua Roma.	130-200 d. C.	Es la ausencia de elementos patógenos, como puede ser el aire en mal estado o los fluidos corporales espúreos, que causan enfermedades.
Primeros cristianos	300-600d.C.	No es tan importante como la enfermedad, que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios.

Descartes en Francia	1596-1650	Es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente.
Vichow en Alemania	Finales del siglo XIX	Es puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células, produciendo enfermedades.
Freud en Viena	Finales del siglo XIX	Está influida por las emociones y la mente.
OMS	Fundada en 1946 (1976)	“Es un estado de bienestar, físico, mental y social completo”.

El cuadro anterior es lo suficientemente claro para apoyar lo que se describe a lo largo del capítulo sobre la salud y su concepción en las diferentes culturas y tiempos, Cabe hacer mención, además de la época y cultura, el papel que comparten con ésta, las relaciones sociales, la forma individual de percibir el medio, el sitio geográfico en el que el individuo se desarrolla y algo muy importante sus gobiernos, para poder dar una definición que abarque todos los aspectos.

Como bien se puede ver, los términos de salud van cambiando a través del tiempo, dejando ver a través de éstos las creencias y pensamientos de la sociedad imperante, llegando hasta nuestros tiempos con las mismas características pero enriquecidas con investigaciones exhaustivas, encaminadas todas ellas a propiciar la salud o aliviar la falta de ella, aunque, dotar la definición al paso del tiempo con más características lo convierta en un término demasiado complejo pero necesario para describir lo que salud implica.

1.2.2 Definiciones de Salud más recientes

Cuando se ha tratado de definir el término salud, el resultado ha sido una gran variedad de definiciones con las consabidas discusiones entre los autores, surgiendo de éstas distintos enfoques que se colocan en variadas perspectivas, biólogo, ecólogo, médico, social, etcétera, según la época que se esté viviendo, enriqueciendo la definición a medida que el término describa y satisfaga.

Por esta razón, se mencionan varias de ellas, para tener una perspectiva más clara con respecto a la definición de salud.

La Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo. Otorgar una definición universal al término salud, es bastante difícil, puesto que no se toma como tal ni a la propuesta por la Organización Mundial de la Salud y hemos venido argumentando que a medida que pasa el tiempo, el término se enriquece.

La definición de salud de la OMS (1976), en sus términos generales dice: “Salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la simple ausencia de enfermedad o invalidez” (Rigol, 1991; San Martín, 1992; López 1993; Phares, 1999; Becoña y Oblitas, 2000; Vega, 2000).

Al respecto, en la Carta de Ottawa (1986), -que resume los acuerdos de la primera conferencia sobre salud-, se definió con claridad que “el concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas, y que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Vega, 2000).

Iván Illich (1976, en Pritchard, 1985), se acerca a los términos propuestos por la OMS “La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto, sino de una reacción autónoma y al mismo tiempo culturalmente compartida, a la realidad socialmente creada. Designa la capacidad para adaptarse a entornos cambiantes, para crecer y envejecer, para curar cuando se sufre un daño, para sufrir y para la espera pacífica de la muerte. La salud abarca igualmente el futuro, e incluye, por tanto, la angustia y los recursos internos para convivir con ella...”

Por otro lado, ya habíamos citado que La Organización Mundial de la Salud propone que “la salud es el completo bienestar físico...” en este término se iguala

bienestar con salud, trasladando a esta última el problema que implica definir salud. En años recientes este enunciado ha despertado la idea de considerar como entes inseparables el desarrollo humano y la salud, por lo que actualmente ambos términos son objeto de nuevos enfoques.

La misma OMS en un apartado específico otorga una definición aparte a la salud mental “Salud mental es la capacidad desarrollada de poder establecer relaciones armoniosas con los semejantes” (Gómez, 1989). Desde nuestro punto de vista, en estos términos, se separa salud física y salud mental, cuando en nuestra percepción de lo que es salud, no cabe la distinción entre una y otra puesto que el individuo no se puede separar de si mismo, es uno solo haciendo uso de su cuerpo en su totalidad.

Aportaciones a la Definición de Salud

Retomando las definiciones que se vienen dando a través del tiempo, un concepto que vincula la armonía con la salud cobró vigencia en la cultura helénica. Las ideas pitagóricas de que el límite y el orden son indispensables en la naturaleza fueron hechas extensivas a los seres humanos. Para esta cultura, todas las partes del ser humano se relacionan entre sí, vinculándolas con los elementos de la naturaleza (madera, agua, fuego y metal) mediante los sistemas circulatorios, del equilibrio resultante depende que el hombre goce de salud o padezca enfermedades. Este concepto de armonía interna adquirió mayor objetividad al atribuir el estado de salud al equilibrio armonioso de los humores corporales:

“El cuerpo humano contiene sangre, flema, bilis amarilla y negra. Estos son los elementos que entran en su constitución y causan sus dolores o su salud. **La salud es primariamente el estado en el cual estas sustancias se encuentran cada una en su correcta proporción**, ambas, en intensidad y cantidad, y están bien mezcladas. La enfermedad aparece cuando alguna de estas sustancias se presenta en exceso, hay una deficiencia, o es separada del cuerpo y no es mezclada con las otras” (Vega, 2000).

Si fuera posible una búsqueda diaria, se encontrarían cientos de investigaciones que describirían la salud dependiendo del sesgo que tomaran éstas. Para el profesor Cornillot de la Facultad de Medicina de Bobigny “La salud es una noción perfectamente subjetiva: no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera de la cual otra situación es percibida como enfermedad” (San Martín, 1979). Es comprensible la influencia que este profesor tuvo en la investigación de San Martín, pero esta percepción es bastante buena para nosotros ya que no atribuye más o menos importancia a ningún aspecto, sino que habla de compensación en todos ellos.

La salud y la enfermedad son dos procesos que se vinculan entre sí y se sitúan a nivel individual.

- Desde el punto biológico, la salud significa equilibrio y armonía entre las diversas funciones orgánicas, adaptación al medio y resistencia a factores morbosos.
- Desde el punto de vista ecológico, la salud se concibe como la óptima capacidad del individuo para su continua adaptación al ambiente en todos los niveles.
- Desde el punto de vista psicológico, en la salud intervienen, la capacidad intelectual y la de “vivir la vida y no ser vivido por ella” tal como lo expresó Erich Fromm (López, 1993).

Estos enfoques de salud, coinciden en señalar la ausencia de salud como una disfunción que afecta al individuo en la esfera orgánica y social.

San Martín (1983), menciona que considerar a la salud como un estado biológico y social estático no es acertado; la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. No puede entonces, admitirse que la salud sea la ausencia de enfermedad o viceversa. Salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación

biológica, son pues, el resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total.

El mismo autor menciona que un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo salvo la muerte).

Esta descripción de salud enmarca tres rasgos principales:

- La salud es un proceso (es importante pensar en la salud como un proceso, antes que como un estado, ya que éste solo describe una imagen congelada de una escena movida, en un momento particular) de adaptación a un entorno social que incluye factores construidos por el hombre y factores naturales.
- La salud significa cosas diferentes para los diferentes pueblos y las diferentes culturas.
- La salud es un proceso dinámico, con estímulos y respuestas en cambio permanente (Simón, 1999).

Estamos convencidos que, de la misma manera que la enfermedad, la salud es percibida desde distintos enfoques; profesionales, culturales, temporales y sociales en los cuales la vida del individuo transcurre, por tanto coincidimos con varios de los autores en que la salud es algo mas que la ausencia de enfermedad y que en ella intervienen las diferentes experiencias y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida de un ser humano, sin que por ello dejemos de lado sus características fisiológicas que comparte con los miembros de su familia y su comunidad, y que es un equilibrio entre todos los aspectos mencionados los que estarán en juego para que el individuo pueda disfrutar de salud.

Ahora bien, al igual que con la enfermedad, existen actitudes que propician o pueden ser determinantes para la salud.

1.2.3 Actitudes de salud

Las actitudes de salud son las maneras en que el individuo toma parte activa cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas actitudes incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, comer adecuadamente, etcétera. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Dichas conductas de salud no ocurren en un vacío, para comprenderlas se deben entender los factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales.

Dichas actitudes son fundamentales para el que pretende poseer una buena salud, y de esas actitudes se hablará en un apartado más adelante.

Enfermedad y salud, son términos inseparables y demasiado complejos para tratar de darles una conclusión definitiva, puesto que en ellos intervienen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, del individuo en su máxima expresión, es decir, cada uno de estos elementos está incluido en el otro, esta inclusión hace del ser humano un ser integral en la búsqueda de un balance armónico en todo su cuerpo, es por eso que reiteramos el acuerdo con los autores (Jores, 1961; San Martín, 1979; Vega, 2000), quienes aseveran que la salud o enfermedad del individuo dependerá de una larga lista de factores entre los que destacan la biografía, que implica; genética, hogar, escuela, nivel económico, creencias culturales, vivencias, etcétera, y un buen manejo o equilibrio interior del ser humano entre todos estos elementos redundará en un estado psicológico satisfactorio que se traduce en buena salud y ausencia de enfermedad.

Por otro lado tampoco se puede dar una definición concreta a salud y enfermedad, ya que como hemos venido mencionando la salud y la enfermedad es el resultado

de una gran cantidad de factores, cada uno de ellos no menos importante que otro, y estos factores están presentes en un individuo único, que no procesara de la misma manera que otro, ya que éste, posee distintas vivencias e historia, de ahí el argumento de la inexistencia de una definición concluyente y única para salud y enfermedad.

CAPITULO 2

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio-sanitaria. Constituye, el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad que es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no solo se reconoce su función y su aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

2.1 Antecedentes de la Psicología de la salud.

Los antecedentes de la psicología de la salud se pueden localizar desde julio de 1946, cuando se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud. Esta organización actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo y en su Declaración de Principios estableció que: “el goce del mas alto grado de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social” y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones (Higashida, 1995).

A la psicología siempre le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud. Hasta finales de la década de

los setentas, no hubo movimiento dentro de la psicología al que se pudiese denominar psicología de la salud (Matarazzo, 1980; Stone, 1979).

El 12 de septiembre de 1978 se efectuó una reunión internacional en Alma Ata, patrocinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el propósito de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. En ésta, se declaró que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo muy importante (San Martín, 1992; Higashida, 1995; Simón, 1999. Brannon y Feist, 2000).

Es en esta reunión que un número de profesionales de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se congrega y se habla sobre cuestiones relacionadas con ésta y, en ese mismo año -1978- forman la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Oblitas, 2000).

A pesar de lo anterior, podemos decir que La Psicología de la Salud tiene antecedentes centenarios, por no decir milenarios si se retrae a Hipócrates. Ciñéndose a su establecimiento formal, habría que remitirse a la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918, en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos (Belar, 1995). Pero también debemos anotar que La psicología médica, al interesarse por la situación psicológica de la persona enferma, representa un campo antecedente de la psicología de la salud, y junto con la medicina conductual son los más importantes antecesores de la moderna psicología de la salud.

2.2 Definiciones de Psicología de la Salud

Actualmente, existen tantas definiciones de psicología de la salud que han llegado a causar controversia entre los autores.

En 1982 Matarazzo, la define como el “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de 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 las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria” (p. 4).

En 1983 Gatchell y Baum, la definen como una “disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual” (p 11).

Para Bloom (1988), la psicología de la salud es el “Estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad” (p. 42).

Sarafino (1990), la define como el “campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario” (p. 483).

Carrobes (1993), define que la psicología de la salud es el “campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, de los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales

determinantes tanto de salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (p. 17).

Simón (1993), menciona que la psicología de la salud es; “la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad “(p.19).

Marks (1995), la define como “la aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma” (p.33).

Taylor en 1995, define a la psicología de la salud como; “campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos” (p.20).

Phares (1999), menciona que posteriormente se reformó la definición para incluir el papel de los psicólogos como representantes de la política de salud y como profesionales contribuyentes para el sistema de atención a la salud, incorporando estos nuevos roles, anexando: “... incluye las contribuciones de la psicología para la mejora de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de los factores de riesgo para la salud, mejoría del sistema de atención a la salud e influencia sobre la opinión pública con respecto a la salud.” p. 458.

Buela (1996), por su parte está de acuerdo que la definición más completa y que mejor describe la concepción actual es la propuesta por Carrobles (1993), “La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica,

sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad”.

Becoña (2000), retoma la definición de Matarazzo; la psicología de la salud es “el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas.

Cada definición plasma el interés del autor, su momento y la utilidad que el término favorezca a la investigación, pero parece ser que existe una coincidencia en retomar en todas ellas en lo sustantivo o completa la definición de Matarazzo (1982), ya descrita y con la que coincidimos en retomar en su totalidad pues abarca los elementos necesarios para describir la función de la psicología de la salud:

“conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de 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 las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria” (p. 4).

2.3 Disciplinas Antecedentes de la Psicología de la Salud

Ya se ha mencionado que a la psicología siempre le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud, La psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual son los más importantes antecesores de la moderna psicología de la salud, y se les reconoce su participación en el nacimiento de ésta.

2.3.1 Medicina psicosomática

Cuando se habla de la psicología de la salud suele citarse, entre otros, a la medicina psicosomática. Ésta precede a la psicología de la salud, pero sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas no en la psicología. La medicina psicosomática a principios de los años veintes resultó de los intentos para identificar los factores psicológicos específicos que se creía jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

2.3.1. 1 Antecedentes de la Medicina Psicosomática

En el año 1939 aparece la Revista Psychosomatic Medicine, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales, y de esta manera integrar la terapia somática y la psicoterapia". A pesar de este propósito, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde unas serían propiamente psicosomáticas y, lo que es peor, terminó por proponer explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas. Con todo, la medicina psicosomática también se atuvo a la metodología científica y ha constituido así un campo de investigación y clínico que intersecta la psicología experimental con la aplicación biomédica. Si bien su nombre e instituciones subsisten, bien puede acogerse sin embargo al ámbito más amplio de "Psicología de la Salud" (Belar, 1995).

2.3.1.2. Definición y Desarrollo de la medicina psicosomática

La medicina psicosomática fue definida por Weiner (1985, en: Becoña 2000), como:

“Una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades”

La medicina psicosomática hizo énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales, en la génesis de las enfermedades. Aunque en la actualidad resulta por completo inapropiado preguntarse por la "psicogenia" de alguna enfermedad, la medicina psicosomática sí representa un antecedente importante en términos de la inclusión de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación más holista e integral al análisis del proceso salud-enfermedad (Belar, 1995).

Su desarrollo se fundamentó en el psicoanálisis y en los estudios de la psicofisiología (Lipowski, 1977; Schwartz y Weis 1977; en Oblitas 2000), el centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente el de los estados emocionales y el estrés.

La salud de un individuo en la medicina psicosomática depende de la historia personal de vivencias y aprendizajes, y el enfermo no es visto como un ente solo biológico, que responde reflejamente a las propiedades fisicoquímicas o energéticas de los estímulos, sino como un ente dotado de historia y de lenguaje, que responde también a las propiedades simbólicas o convencionales que estos estímulos han adquirido para él, en virtud tanto de su peculiar historia de aprendizaje como por la acumulada historia de aprendizaje de los miembros de su especie, que le es transmitida por herencia cultural (Penzo, 1988).

2.3.2 Psicología Clínica

En los antecedentes de la psicología de la salud, también se debe mencionar a la psicología clínica, como anticipo de una "psicología moderna".

Muy clara en su concepto, la psicología clínica debe entenderse como el conjunto de posibles procedimientos (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación) sobre individuos que tienen problemas o trastornos psicológicos mientras que la psicología de la salud, se preocupa y es su prioridad

la intervención para prevenir la enfermedad, aunque para ello también se valga de instrumentos como en la psicología Clínica.

2.3.3 Medicina Comportamental (o Conductual)

2.3.3.1 Definición de Medicina Comportamental (o Conductual)

La medicina comportamental es un amplio campo de integración de conocimientos procedentes de muy diversas disciplinas, de entre las que cabe destacar las disciplinas biomédicas, por una parte, y las psicosociales, por otra.

Blanchard (1977), define a la medicina conductual como la “Sistemática aplicación de los principios y la tecnología conductuales al campo de la medicina, la salud y la enfermedad (p.2).

Schwartz y Weiss (1978a), la definen como el “campo relacionado con el desarrollo del conocimiento científico conductual y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad físicas y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (p. 7).

Schwartz y Weiss (1978b), perfeccionan la definición anterior en su siguiente trabajo quedando así: “Campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de conocimientos científicos conductuales y biomédicos y de técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimientos y estas técnicas a la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (p.250).

Pomerleau y Brady (1979), colaboran en la definición otorgándole dos apartados:

- El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia de conducta y modificación de conducta- para la evaluación, prevención, cuidado o tratamiento de la enfermedad física o la disfunción fisiológica.

- La dirección de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (p.xii).

Reig (1985), define a la medicina conductual como “Campo multi-interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr; a) comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y b) promover, mantener o intensificar la salud (p. 7).

Godoy (1991), la define como “Conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionados con la salud y la enfermedad física y dirigidos a la promoción de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (p.872).

Becoña (2000), define a la medicina conductual como; “Campo interdisciplinario que aplica las teorías y las técnicas de las ciencias conductuales para el tratamiento y la prevención de la enfermedad”

2.4 Relación de la Psicología de la Salud con otras disciplinas

La medicina psicosomática, la psicología clínica y la medicina comportamental o conductual, sirvieron como antecedente valioso para dar paso a una psicología moderna –La Psicología de la Salud- que permite contribuir con sus investigaciones para mantener y promover en la población la salud y evitar en lo posible la enfermedad. Las funciones de la medicina psicosomática, la psicología clínica y la medicina comportamental o conductual, tienen un –no le queremos llamar solapamiento- sino una identificación con la psicología de la salud y es acerca de esto y por esto que se les menciona y describe tal implicación.

Contar con estas disciplinas como antecedente de la psicología de la salud, ha permitido la inclusión de varias características de éstas, en lo que conocemos como Psicología de la Salud, como resultado de esta integración, sobresalen las siguientes:

- La asunción de un modelo integrador de salud-enfermedad, de naturaleza biopsicosocial.
- El interés en la promoción de la salud, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y en la mejora de la salubridad ambiental. Esto es, un énfasis conceptual y operativo hacia la salud.
- El interés por la prevención (primaria) de la enfermedad, o actuaciones sobre, fundamentalmente, conductas o hábitos de riesgo (entre otros, el tabaquismo, alcoholismo y abuso de ciertas sustancias, patrones alimenticios inadecuados, falta de actividad física, falta de higiene, falta de descanso, y ocio; y otros más específicos para algunos trastornos, tales como patrón de conducta tipo A y riesgo coronario, sexo no protegido y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, etcétera) y sobre las características patógenas del medio.
- La tendencia a una perspectiva ecológico-comunitaria para las actuaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- La elaboración de adecuadas estrategias para la evaluación y tratamiento-rehabilitación de la enfermedad (prevención secundaria y terciaria), tanto a nivel individual como comunitario.
- La formación de paraprofesionales y la potenciación de la actuación de otros profesionales de la salud, mejorando sus relaciones con los pacientes, preparando a los pacientes para los exámenes o intervenciones sanitarias o la hospitalización y aumentando el cumplimiento y seguimiento por parte de los mismos de los regímenes o tratamientos sanitarios.

Como podemos ver es de suma importancia el reconocimiento de las funciones que se comparten con las otras disciplinas, todo esto a partir de las diferentes concepciones de salud-enfermedad, recordando que la psicología de la salud, tiene una importante misión, la salud integral del ser humano que –como ya lo hemos venido mencionando desde el primer capítulo- no esta solo, es parte integrante de su comunidad, biológica, psicológica y social, enclavada en un lugar geográfico específico y único.

Contemplando las descripciones de, la medicina psicosomática, medicina comportamental y psicología clínica, podemos decir por ejemplo que, la psicología clínica se encarga de los individuos cuando ya padecen alguna afección, mientras que la psicología de la salud, se preocupa de éstos, en la salud, previniendo la enfermedad y además en su tratamiento cuando ya existe, así que, esta relación se guarda básicamente con las otras dos disciplinas restantes; la medicina psicosomática y la medicina comportamental. Se puede decir entonces, que, la diferencia con la psicología de la salud, la componen: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La psicología de la salud en realidad integra a todas o casi todas las funciones de las citadas disciplinas; salud mental, salud física, prevención individual, supraindividual, tratamiento, etcétera, encaminando los esfuerzos con un solo objetivo, la salud integral del individuo, para llevarlo al plano de la comunidad que es su finalidad, pero todo esto con una visión de prevención, que es la gran diferencia entre medicina psicosomática, medicina comportamental, y psicología clínica con la psicología de la salud.

2.5 Objetivos de la Psicología de la Salud

Los objetivos planteados para la psicología de la salud, fueron definidos por la Asociación Americana de Psicología (APA), tomando en cuenta las reiteradas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sobre la necesidad

imperante de invertir en la salud, estableciendo diez objetivos prioritarios, los cuales transcribimos como los cita Buela-Casal y Carrobles (1996, p 7).

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

Podemos decir que los primeros cinco puntos están muy relacionados con la temática que se viene presentando a lo largo de esta tesis, prestando especial interés a los que se refieren al tema de estrés y al de estilos de vida personales de salud, detalle que no es gratuito ya que se sabe –y por eso se amplía- que estos son factores de riesgo para la salud en la población, a nivel mundial.

CAPITULO 3

EL PSICÓLOGO DE LA SALUD

3.1 Definición y Formación

El psicólogo de la salud, es aquel que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse. Es aquel quien a través de la investigación o práctica, contribuye a la promoción y mantenimiento de la buena salud (Phares, 1999).

La formación del psicólogo de la salud, está constituida inicialmente por la troncal que es la profesión de psicólogo, adquiriendo posteriormente los estudios de especialización.

Esta especialización se lleva a cabo en países como España, Cuba, y otros. Los psicólogos de la salud, en su mayoría provienen de la psicología clínica y de la medicina conductual, ellos fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud, y aunque siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, utilizan el modelo psicométrico ya que no se trabaja a nivel individual sino de una comunidad. (Oblitas, 2000).

Los psicólogos como profesionales de la salud, habían contribuido en parte al sistema de la salud en el contexto de la "psicología en la medicina" (Stone, 1979; en Goldstein, 1991). Partiendo de esto, surge de aquí hacia la especialización particular.

Los psicólogos de la salud requieren la adquisición de los conocimientos complementarios de carácter práctico que la formación estándar de la carrera universitaria, en general, no ofrece.

3.2 Campo de acción

3.2.1 Evaluación y Diagnóstico

El campo en el cual se pueden desenvolver los psicólogos de la salud, es muy variado, algunos de esos campos son, la evaluación y el diagnóstico. La evaluación consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos (Phares, 1999; Becoña y Oblitas, 2000).

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

El diagnóstico, consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación

psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- Diagnóstico, si procede.
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento.

3.2.2 Investigación

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud, esta investigación está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, para posteriormente aplicar la investigación y así apoyar a los pacientes en la clínica y en otros marcos de aplicación (Becoña, 2000). Se han llevado a cabo diversas investigaciones, en los últimos años en lo que respecta al tabaquismo a la obesidad, así como, las diferentes enfermedades de transmisión sexual. Cabe mencionar que en México hay indicios de tomar la batuta para llevar a cabo investigaciones con la población mexicana, y una investigación importante se lleva a cabo por Ramírez y Cortés (2003), con población e instituciones mexicanas encaminada a conocer el funcionamiento de la salud y el funcionamiento psicosocial de nuestra población.

3.2.3 Tratamiento

Los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor, y para el tratamiento de enfermedades (asma, trastornos

gastrointestinales, hipertensión entre otros) además de los que se han llevado a cabo desde sus inicios como son los factores asociados al desarrollo de la enfermedad, cualquiera que esta sea (Oblitas, 2000).

3.2.4 Promoción y mantenimiento de la salud

Los psicólogos de la salud no han descuidado este rubro y llevan a cabo cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados de la salud y la política de la salud. Dentro de estos se encuentran los relacionados al impacto del personal que atiende ante las enfermedades, hospitalización, etcétera.

El psicólogo de la salud que trabaja en prevención primaria requiere un sólido entrenamiento en metodología científica y además un manejo adecuado de las políticas sociales en salud, y ser capaz de trabajar en equipos multidisciplinarios con profesionales de la salud, demógrafos, economistas y políticos (Ardila, 1992).

3.3 Prevención

El ámbito de intervención del psicólogo en la psicología de la salud es primordialmente la prevención. Prevención en el sentido estricto significa; precaución o conjunto de medidas tomadas con vistas a evitar ciertos acontecimientos no deseados (Océano, 2000).

En Larousse (1950), encontramos algo similar; el verbo prevenir significa “preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa” (p. 755).

El término prevención es de origen latino y hace alusión a la acción y efecto de prevenir. Relaciona dos conceptos previos: de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada; y de otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever (saber con

anticipación lo que ha de pasar), avisar, advertir (para que otros conozcan lo que va a ocurrir) y prever (tomar medidas para evitar o remediar algo). La primera acepción hace referencia a avisar. Así se habla de un sujeto “prevenido” como de una persona avisada, que conoce con antelación el curso de los acontecimientos. La segunda acepción, tiene que ver con actuar; llevar a cabo una serie de acciones que impidan el daño del que previamente estamos informados, que ocurrirá a menos que se actúe. Así en los casos de catástrofes (terremotos, incendios, tormentas, etcétera.) conocer con antelación permite prepararse en cierto modo para el evento. Conocer la evolución epidemiológica de una enfermedad vírica permite ciertas posibilidades de actuación, etcétera (García, 1985).

Ya mencionamos que uno de los ámbitos mas importantes en los que el psicólogo interviene es definitivamente la prevención y una vez más autores como Matarazzo (1980) y Stone (1988), coinciden en que en el objeto, metodología, fundamentos y desarrollo profesional de la Psicología de la Salud no existe definición clara, pero coinciden que uno de los objetivos principales de la Psicología de la Salud es el estudio del comportamiento precursor de la salud y la enfermedad y, en su rama aplicada, la intervención preventiva, área en la cual el psicólogo de la salud encamina la mayor parte de sus esfuerzos.

Caplan, se refiere a la existencia de una prevención primaria que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad. La prevención secundaria que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la prevención terciaria que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social (Bleger, 1994).

Michelson (1995), por su parte, menciona también tres clases de prevención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

3.3.1 Prevención Primaria

El concepto de prevención primaria en salud tomó especial fuerza a partir de 1978, con la Conferencia de Alma Ata (Rusia). En ella se analizaron los problemas de salud a nivel mundial, con participación de 134 países. Se insistió en abordar los problemas de salud y la asistencia sanitaria con nuevos criterios, con el fin de reducir el abismo entre los privilegiados y los desposeídos (OMS, 1978, en Ardila, 2000).

En 1979 la asamblea de la OMS aceptó la política denominada “Salud para todos en el año 2000”. En el mismo año, se estableció que para llevar a cabo esta política, se requería de una estrategia específica, diferente a las realizadas hasta entonces; así se definió esta estrategia como Atención Primaria de Salud (López, 1993).

La atención primaria se lee textualmente en la declaración de Alma Ata así:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos tecnológicos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria” (Ardila, 1992; López, 1993 p 176).

Se entiende por “prevención primaria aquellas acciones encaminadas a la obtención de la información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud” (Guiofantes, 1996, p. 31).

Se llama prevención primaria a toda aquella actividad, disposiciones, instrumentos, etcétera, tendentes a informar del estado, de la situación, con pretensiones de informar lo antes posible, para que se puedan llevar a cabo actuaciones que reduzcan el posible daño que se avecina. Se refiere a la reducción verdadera de

desórdenes mentales y físicos en la población; Evitar los daños, Promoción de salud, Investigación, Difusión, Tamiz.

El objetivo es impedir la aparición de la enfermedad por medio de procedimientos específicos. Está constituida por todas las intervenciones destinadas a eliminar o disminuir en forma considerable la incidencia de una enfermedad en la comunidad reduciendo el riesgo de aparición de casos nuevos (San Martín, 1992).

Por prevención primaria, se entiende prevenir la enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle del procedimiento de prevención. En algunos casos se hace referencia exclusivamente al estudio de los procesos etiológicos, o descripciones epidemiológicas, en otros hace referencia a la generación de indicadores de alarma, como la detección de humos, ingresos en urgencias de una determinada enfermedad, encuestas sobre estilos de vida y su relación con el padecimiento de enfermedades; en otros casos se establece que se hace prevención en la medida en que se publicitan estos datos, incluso cuando la difusión es en medios científicos y profesionales. En la mayoría de los casos hace referencia a trabajos de detección de enfermedades o de indicadores de riesgo.

El objetivo de la atención primaria en salud es brindar atención a todos los grupos poblacionales, lograr accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional. Por tanto debe ser: accesible, suficiente, eficiente, racional, continua, oportuna y personalizada (Ardila, 1992).

El mismo autor señala que en la prevención primaria se trabaja con conceptos tales como estilos de vida que llevan a la salud; añadir vida a los años, añadir salud a la vida, motivaciones para adquirir y mantener la salud, el incremento de hábitos saludables y el decremento de conductas de riesgo.

De acuerdo con la OMS, los componentes estratégicos de la atención primaria de salud son:

- Extensión de la cobertura con servicios de salud.
- Organización y participación de la comunidad

- Desarrollo de la articulación sectorial
- Desarrollo de la investigación y tecnologías apropiadas
- Disponibilidad de insumos y equipos críticos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento del sector.
- Cooperación internacional (López, 1993).

Para la atención primaria, el objetivo esta bien definido y la Organización Mundial de la Salud dicta las estrategias para el buen logro del “proyecto”, pero una vez más la realidad mexicana no permite hasta el momento esperar con optimismo la aplicación de dicho proyecto, pasan los años y no se tienen ya no digamos resultados sino el inicio de un programa con las características que nuestra población necesita para gozar de salud y alejarse de la enfermedad.

Lo óptimo sería utilizar solo la prevención primaria pero como esto no siempre es posible también existe la prevención secundaria.

3.3.2 Prevención Secundaria

Por el contrario, una vez obtenida la información anterior, las actividades dirigidas a eludir o reducir los factores que pueden agravar una situación específica constituyen la prevención secundaria.

La actividad tendiente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene “información” se llama prevención secundaria. La mayoría de los autores establecen que la prevención secundaria se refiere a todo tipo de actuaciones que se realizan para impedir la enfermedad o el daño pero con referencias a una determinada población que previamente se identifica como población de riesgo. En lo que se difiere, es en el grado de riesgo del sujeto sobre el que se hace prevención. En unos casos, el desarrollo de la enfermedad es incipiente, en otros no hay siquiera un diagnóstico claro y, en otros ejemplos, la

enfermedad aunque está diagnosticada cursa con gran lentitud y mucha variabilidad lo que hace pensar en intervenciones de tipo preventivo (Michelson, 1995).

Podemos decir que la prevención secundaria está constituida por todas las acciones destinadas a eliminar o a disminuir la influencia de la enfermedad en una población, reduciendo la evolución y su duración.

3.3.3 Prevención Terciaria.

Se entiende por prevención terciaria, aquellos tipos de actuaciones, en los que se interviene cuando la enfermedad está diagnosticada pero incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previene estados más avanzados de la enfermedad. Tiene como objetivos evitar recaídas, complicaciones y otras secuelas de la enfermedad, o de accidentes, por medio de tratamiento adecuado, completo, eficaz y bien hecho. Está constituida por todos los actos destinados a eliminar o reducir la prevalencia de incapacidades crónicas en la población, reduciendo al mínimo la invalidez funcional consecutiva a la enfermedad (San Martín, 1992).

En la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento.

Hemos citado solo algunas actividades en las cuales interviene el psicólogo de la salud, no por ello son las únicas, queda claro que el campo de acción es muy amplio y no se pueden exponer todos ellos. En cuanto a la intervención del psicólogo más identificable en la psicología de la salud, no se puede mencionar que sea una sola, pero si podemos citar alguna, como por ejemplo la investigación, y para que cumpla su función “debe” ser utilizada posteriormente en la prevención de la enfermedad o mantenimiento de la salud.

Estamos de acuerdo en que lo óptimo es la actuación del psicólogo encaminada hacia la prevención primaria, ya que, como esta citado en San Martín (1992), su

objetivo es impedir la aparición de la enfermedad, y sus intervenciones destinadas a eliminar o disminuir la incidencia de alguna enfermedad en la comunidad, cuidando el riesgo de aparición de nuevos casos, pero no podemos menos que recapacitar en la realidad de nuestro país en este aspecto, no por ello dejaremos de trabajar desde nuestras posibilidades para tratar que este objetivo se cumpla. Para ello la investigación de Ramírez y Cortés (2003), de la cual es parte este trabajo, contiene el instrumento que nos permite encaminar primero a conocer los hábitos de salud, creencias y capacidades de los individuos para cuidar su salud, que mas adelante permitirá en base a los datos obtenidos, dirigir los esfuerzos hacia la prevención y mantenimiento de la salud en la población, misma que como hemos venido afirmando a lo largo de esta tesis, es mexicana, con características muy propias; creencias, valores, hábitos, etcétera, de ahí la importancia de este instrumento elaborado por los autores Ramírez y Cortés (2003), su relevancia y beneficios.

Podemos notar que la intervención del psicólogo de la salud, va desde la investigación, práctica, promoción y mantenimiento de la salud, hasta diseñar programas que incidan en las practicas nocivas que llevan a cabo los individuos, tales como, dejar de fumar, de beber, así como ayuda para controlar el estrés, o problemas con su alimentación, etcétera. Tratándose de un campo relativamente nuevo los psicólogos de la salud, provienen de diferentes disciplinas de orientación medica y psicológica, y a la fecha están internándose hacia la industria o cualquier organización que se preocupa por su personal y ha comprendido que en la medida que sus empleados se sientan bien de una manera integral, redundara en beneficio para la empresa en cuestión.

Ahora bien, nos encontramos que la sociedad mexicana actual, envuelta en el torbellino del acceso imperativo al primer mundo, con todo lo que eso implica (estrés, insomnio, poco descanso, etcétera), nos arrastra, nos encontramos de repente, con una tasa de mortalidad mas elevada, por enfermedades cada vez mas frecuentemente ligadas con aspectos de naturaleza psicológica, muchos

factores que incrementan esa mortalidad, los encontramos en diversos hábitos y actitudes inadecuadas, como son; malos hábitos en el comer, beber y dormir, esto aunado a las características psicológicas que vulneran o preparan a los seres humanos para hacer frente a ciertos indicios que se presentan en el riesgo de su salud y en la aparición de la enfermedad, alertan a los psicólogos de la salud, a prepararse para dar apoyo, orientándolos hacia la salud, bienestar, mejor calidad de vida, todo esto desde su saber psicológico sobre los temas de salud-enfermedad.

CAPITULO 4

ESTRÉS

Cuando de salud se trata, uno de los factores de riesgo que no podemos pasar por alto es el estrés. Algunas investigaciones llevadas a cabo han dado sus frutos, así, se han identificado algunos factores contribuyentes de la pérdida de la salud, uno de estos factores muy importantes es el estrés, es por ello que se tiene que conocer acerca de éste, y consideramos de gran interés e importancia que se amplíe el tema para conocer sus alcances.

4. 1Concepto y Desarrollo

Estrés deriva del griego stringere, que significa provocar tensión. Esta palabra - estrés- se utilizó por primera vez en el siglo XIV, para expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como stress, stresse, strest y straisse (Lazarus, 1991). Los conceptos de stress y strain persistieron y, en la medicina del siglo XIX, fueron concebidos como antecedentes de la pérdida de salud.

El término estrés tomando en cuenta su raíz “proviene del campo físico y denota aquellas fuerzas que se aplican a un objeto (metal) y que llevan a éste hasta el punto de rotura o desintegración” p. 41 (Buendía, 1993).

Se ha dicho que el estrés es un estado que ocurre cuando los cambios en el ambiente colocan mucha o muy poca demanda en la persona y cuando las respuestas normales de adaptación no están disponibles o no funcionan. En pocas palabras, existe una amenaza para la seguridad del individuo, que si se deja sin control, puede conducir a un trastorno (Geen, 1976; en Phares, 1999).

En 1936, Hans Selye, utilizó el término estrés, definiéndolo como el conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas).

Después de una amplia investigación Lazarus (1991), define al estrés de la siguiente manera “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” p. 43

Para definir la palabra estrés se deben tomar en cuenta los factores actuantes en él, Carrobles y Sandin (1996, 1995, en Oblitas 2000), coinciden en que el estrés implica un estado corporal o fisiológico de activación o de tensión bastante generalizado, ocurrido en asociación o como respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales. La misma fuente menciona que por su parte Roskies (1987), nos da una definición más específica donde señala que el estrés es un estado que se experimenta cuando nos enfrentamos a un reto importante o una amenaza y existe un posible desequilibrio entre demandas y recursos.

Otro autor (Valdés, 1985), lee la definición de Selye, de la siguiente manera: “Es la acomodación de una persona a situaciones nuevas y la respuesta inespecífica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio”. Además menciona que dentro del concepto “La respuesta inespecífica” hace que los síntomas sean muy variados y difusos: sensación de cansancio, ansiedad o decaimiento, cefaleas, dolores indefinidos, trastornos digestivos, febrículas, sudoración excesiva, somnolencia diurna y sueño nocturno intranquilo, y pueden haber aun más.

Volviendo a las investigaciones, Selye (en 1936), cuando luego de experimentar para descubrir una nueva hormona sexual, inyecta extractos de ovarios de ganado a ratas para observar los cambios que no se pudieran atribuir a las hormonas ya conocidas, observó que cada cambio era interdependiente del otro y el conjunto formaba un síndrome bien definido, al que denominó Síndrome General de

Adaptación (S.G.A.), ya que pronto descubrió que todas las sustancias tóxicas, cualquiera que fuera su origen, producían la misma respuesta; incluso el frío, calor, infección, traumatismo, hemorragia, factores emocionales, etcétera; a los que finalmente en 1950, denominó estresores (Bensabat, 1984).

El Síndrome de Adaptación General (SAG) de Selye se divide en tres etapas:

- La reacción de Alarma; es cuando se movilizan las defensas del cuerpo para combatir al estresor mediante la acción del sistema nervioso simpático. Esta división del sistema nervioso activa los sistemas corporales de modo que maximicen su fuerza, preparándolos para la respuesta fight or flight (lucha o vuela). De esta forma, se libera adrenalina, aumentan el pulso cardíaco y la presión sanguínea, la respiración se acelera, la sangre es desviada de los órganos internos y se concentra fundamentalmente en los músculos esqueléticos, las glándulas sudoríparas se activan y el sistema gastrointestinal reduce su actividad.
- La fase de Resistencia; En esta etapa, el organismo se adapta al estresor. La duración de esta fase depende de la intensidad del estresor y de la capacidad adaptativa del organismo. Si éste puede adaptarse, la etapa de resistencia perdurará durante un tiempo prolongado.
- La fase de Agotamiento; La capacidad del organismo para resistir se agota, produciéndose un derrumbamiento físico. Esta etapa se caracteriza por la activación de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo. En circunstancias normales, la activación parasimpática mantiene el funcionamiento del cuerpo en equilibrio, no obstante en la fase de agotamiento dicho funcionamiento presenta un nivel anormalmente bajo para compensar el nivel anormalmente elevado de la activación simpática precedente. Selye consideraba que este agotamiento solía producir depresión y, en ocasiones, incluso la muerte. (Brannon y Feist, 2001).

Al igual que Mason (1975), al considerar el estrés como una serie de respuestas físicas, Selye ignoró en gran medida los factores psicológicos, incluyendo los

componentes individuales y la interpretación individual de los acontecimientos estresantes, del mismo modo ignoró el elemento de la emoción en el estrés y consideró que la consistencia en la respuesta de estrés se debe a este elemento subyacente de emoción, este soslayo es debido quizá a que la mayoría de sus investigaciones las llevó a cabo con animales.

Existen evidencias que indican que todo fenómeno de estrés incluye generalmente tres elementos; un estímulo o situación suscitadores del mismo, un sistema de procesamiento (que incluye la experiencia subjetiva de estrés) y una determinada forma de activación o de respuesta ante esa situación (Caballo y Simón, 2000; en Oblitas 2000).

En los últimos años, la investigación sobre el estrés ha avanzado en tres direcciones tradicionalmente distintas:

- Los investigadores han explorado la asociación entre el estrés y los problemas de salud, incluyendo la psicopatología.
- Se han investigado los procesos psicológicos que median los efectos del estrés y las cualidades psicológicas que protegen de dichos efectos.
- La investigación de los procesos fisiológicos implicados en la respuesta y la adaptación al estrés (Stanford y Salomon 1993. en; Oblitas y Becoña 2000).

Se pueden señalar dos tipos principales de estresantes:

- Psicosociales: son situaciones o estímulos que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresantes a través de la interpretación cognitiva, o del significado que el individuo le asigna. Este tipo es el más frecuente.
- Biológicos: son estímulos o situaciones que se convierten en estresantes por su capacidad para producir en el organismo determinados cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparan la respuesta de estrés, con independencia de la interpretación cognitiva que hagamos de esta situación (Buceta, 2001 p. 58).

Las diferentes investigaciones han llevado a identificar que existen condiciones estresantes que pueden ser muy variadas y para ello Elliot y Eisdorfer (1982, en: Lazarus 1991; Buendía 1993), han distinguido en base a la duración implicada, cuatro categorías generales, que se consideran desencadenantes de estrés, es decir; que regularmente llevan a una perturbación emocional, malestar psicológico o deterioro físico. Las cuatro categorías son:

- *Estresantes agudos, limitados en el tiempo*; como por ejemplo, hacer un salto en paracaídas, la visita al dentista, una avispa que se introduce en el coche mientras conducimos o la espera de una mujer que va a someterse a una biopsia de mama.
- *Secuencias estresantes*, o series de acontecimientos que ocurren durante periodo prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante tal como el divorcio, el duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida del empleo.
- *Estresantes intermitentes crónicos*, como los exámenes que realizan los estudiantes, visitas conflictivas a parientes políticos o las reuniones de negocios con un colega que nos cae mal, problemas sexuales; ocurren una vez al día, una vez a la semana o una vez al mes.
- *Estresantes crónicos continuos*, tales como una enfermedad debilitante, la discordia conyugal prolongada o la exposición a peligros relacionados con la ocupación. (p 150-151)

Existen por su índole diferentes nominaciones de estrés:

- Profesional, del cual son víctimas médicos, gerentes, directivos, militares y en general un gran número de profesionales que ejercen cargos de responsabilidad.
- Se dice también del estrés del tráfico: las "horas pico" y los "embotellamientos", el ruido de motores y de claxon, la imprudencia y hostilidad de conductores, y la prisa o necesidad de adelantarse a otro, son sus principales generadores.
- El estrés de densidad: cuando se vive o se permanece por períodos largos en espacios intensamente poblados.

En fin, tantas denominaciones cuantos factores estresores se revelan.

Por otro lado, aunque existen muchos contextos en los cuales se experimenta estrés, podemos destacar dos de ellos por considerarlos relevantes –no, más importantes- estos contextos son: la familia, como fuente de estrés y otro es, el del trabajo.

En el referente a la familia Crog (1979; en Lazarus, 1991), identifica seis áreas:

- Formas y estructuras de la familia
- Familias rotas
- Conflictos de valores entre miembros de la familia
- Cambios relacionados con el ciclo de la vida
- Conflictos por el papel desempeñado dentro de la familia
- Modelos destructivos de interacción (p. 260)

Con respecto al contexto laboral como fuente de estrés Gross (1970), identifica tres tipos:

- El relacionado con el ascenso
- El originado por rendimientos o tareas inductoras de estrés
- El que se deriva de estructuras organizativas que afectan a las relaciones personales.

Otro tipo que podemos adicionar y que Gross (1970), no tomó en cuenta es la insatisfacción laboral, en todos los niveles desde el obrero hasta el alto ejecutivo.

Debido a que el individuo es un todo y no se puede separar en partes de sí mismo ni de su entorno, muchos estímulos psicosociales pueden generarle estrés, que puede afectar directamente al sistema hormonal, al sistema autónomo y al sistema inmunológico (Krantz, Grutnberg y Baum 1985; en: Phares, 1999). Inclusive pensar en sucesos estresantes futuros puede precipitar respuestas fisiológicas que estén presentes durante el suceso real (Mason 1971; en: Phares, 1999). Hormonas como las catecolaminas –neurotransmisores del cerebro que ayudan a regular la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y niveles de glucosa en sangre- son significativas en el caso de estrés. Además el estrés afecta al sistema

inmunológico de modo que éste no pueda destruir de manera efectiva los virus, bacterias, tumores y células irregulares.

Por todo esto, es necesario conocer el funcionamiento del ser humano integral en relación con el estrés.

4.2 El sistema nervioso y la fisiología del estrés.

Las condiciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo. Aunque Selye (1956), consideró que la activación fisiológica en condiciones de estrés era genérica e indiferenciada para cualquier estresor, actualmente resulta evidente la especificidad de las respuestas psicofisiológicas.

Para poder entender las implicaciones del estrés empezemos por el sistema nervioso. La función básica del sistema nervioso es integrar a todos los sistemas del organismo. Contiene millones de células llamadas neuronas, la acción de éstas es de naturaleza electroquímica. Estos millones de neuronas son de tres clases diferentes:

- Las neuronas aferentes (neuronas sensoriales) transmiten la información procedente de los órganos de los sentidos hacia el cerebro.
- Las neuronas eferentes (neuronas motoras) produce el movimiento de los músculos o la estimulación de las glándulas.
- Las ínter neuronas; conectan las neuronas sensoriales con las motoras.

Las dos divisiones principales del sistema nervioso son el Sistema Nervioso Central y el Sistema Nervioso Periférico. El Sistema Nervioso Central esta compuesto por el encéfalo y la médula espinal, mientras que el Sistema Nervioso Periférico esta formado por todas las neuronas restantes.

El Sistema Nervioso Periférico está dividido en dos; el Sistema Nervioso Somático y el Sistema Nervioso Autónomo. El Sistema Nervioso Somático, tiene componentes sensoriales y motores que inervan fundamentalmente la piel y los músculos voluntarios.

El Sistema Nervioso Autónomo inerva principalmente los órganos internos, favorece la aparición de numerosas respuestas a través de sus dos divisiones: El sistema nervioso simpático y el sistema nerviosos parasimpático.

La división simpática del sistema nervioso autónomo moviliza los recursos del organismo en situaciones de emergencia, estrés o emocionalmente importantes. Walter Cannon (1903, en Brannon y Feist, 2001; Buceta, 2001. p 72), denominó a esta clase de respuestas “reacción de lucha o vuelo” (fight o flight). La activación del sistema simpático prepara al cuerpo para desarrollar una actividad motora intensa, necesaria para atacar, defenderse o escapar. Estas reacciones incluyen, entre otras, un aumento del pulso cardiaco y de la fuerza del pulso cardiaco, la constricción de los vasos sanguíneos, de la piel, así como un descenso de la actividad gastrointestinal, el aumento de la respiración, la estimulación de la glándulas sudoríparas y la estimulación de las pupilas. La división parasimpática del sistema nervioso autónomo, por su parte, promueve la relajación en condiciones normales y sin estrés. Los sistemas nerviosos simpático y parasimpático inervan los mismos órganos, pero funcionan de forma recíproca, de manera que la activación de uno de estos sistemas aumenta a medida que disminuye la del otro. La activación mantenida facilitará la aparición de problemas cardiovasculares (Buceta, 2001).

Sistema neuroendocrino; está formado por glándulas sin conducto, distribuidas por todo el organismo, consta de aquellas glándulas endocrinas que son controladas por el sistema nervioso. Las glándulas del sistema endocrino y neuroendocrino segregan sustancias químicas conocidas como hormonas, las cuales viajan por el torrente sanguíneo, accediendo a distintas áreas del cuerpo. En el sistema nervioso la activación de las neuronas suele ser rápida y el efecto breve; el sistema endocrino responde más lentamente y su acción es más duradera. En el sistema nervioso, los neurotransmisores se liberan mediante la estimulación de impulsos nerviosos, fluyen por los espacios sinápticos y, a continuación, son

reabsorbidos y desactivados de inmediato. En el sistema endocrino, las hormonas son sintetizadas por las células endocrinas, liberadas en la sangre, llegan a su destino en cuestión de minutos, e incluso en horas, y tienen un efecto prolongado.

La glándula pituitaria; localizada en el cerebro, es un ejemplo excelente de la intrincada relación que existe entre los sistemas nervioso y endocrino. Esta glándula está conectada con el hipotálamo, una estructura situada en el cerebro anterior. Ambas estructuras funcionan conjuntamente para regular y producir hormonas. La glándula pituitaria suele denominarse “glándula maestra”, ya que fabrica diversas hormonas que afectan a otras glándulas y promueven la producción de otras hormonas. De las siete hormonas fabricadas por la parte anterior de la glándula pituitaria, la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) juega un papel fundamental en la respuesta del estrés. Cuando es estimulada por el hipotálamo, la glándula pituitaria libera ACTH, la cual a su vez, actúa sobre las glándulas suprarrenales.

Las glándulas suprarrenales son glándulas endocrinas situadas en la parte superior de los riñones. Cada una de ellas está formada por una capa externa llamada, corteza suprarrenal y una parte interna, la medula suprarrenal.

Las glándulas suprarrenales, segregan hormonas importantes para la respuesta del estrés. La respuesta adrenocortical tiene lugar cuando la ACTH de la glándula pituitaria estimula la corteza suprarrenal, para liberar glucocorticoides, una clase de hormonas. El cortisol es la hormona glucocorticoide más importante, ya que es capaz de influir en el funcionamiento de los órganos mas importantes del cuerpo (Lovallo, 1977). Esta hormona está tan estrechamente ligada al estrés, que el nivel de cortisol que circula en la sangre puede utilizarse como índice de estrés.

La respuesta adrenomedular incluye la activación de la médula suprarrenal mediante el sistema nervioso simpático, el cual promueve la secreción de las catecolaminas, que contienen a su vez epinefrina o norepinefrina. La epinefrina

(conocida también como adrenalina) se produce exclusivamente en la medula suprarrenal y se encarga aproximadamente del 80% de la producción hormonal de las glándulas suprarrenales. La norepinefrina también es un neurotransmisor y es producida en muchos otros lugares del cuerpo, además de la médula suprarrenal.

Ahora bien, ya conocido, el funcionamiento de las partes del cuerpo involucradas en el estrés, sabemos que, en la fisiología de la respuesta del estrés, la división simpática del sistema nervioso autónomo maneja el movimiento de los recursos del cuerpo en situaciones emocionalmente fuertes, estresantes o de emergencia. Gracias al efecto de distintas hormonas, el estrés desencadena una serie de acontecimientos complejos dentro del sistema endocrino. La pituitaria anterior (la parte situada en la base del cerebro) segrega la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la cual estimula las glándulas suprarrenales para que segreguen glucocorticoides, incluyendo el cortisol. Su secreción moviliza los recursos energéticos del organismo, elevando el nivel de azúcar en la sangre para proporcionar energía a las células. El cortisol también, tiene un efecto antiinflamatorio, ofreciendo al cuerpo un mecanismo natural de defensa contra la hinchazón producida por las lesiones que pueden aparecer durante una pelea o en la huida. La activación de la médula suprarrenal produce la secreción de catecolaminas, sustancias químicas entre las que se incluyen la norepinefrina y la epinefrina. Sin embargo, la norepinefrina también es uno de los neurotransmisores del sistema nervioso autónomo. Los neurotransmisores funcionan en la sinapsis, mientras que las hormonas circulan por la sangre. La norepinefrina actúa en ambos ámbitos. La epinefrina, por su parte, ya se ha mencionado que sólo se produce en la medula suprarrenal. Esta sustancia está tan íntimamente ligada y de forma tan exclusiva a la respuesta del estrés adrenomedular, que suele utilizarse como indicador del estrés. La cantidad de epinefrina segregada puede determinarse analizando la orina, de manera que la medida del estrés permite establecer la fisiología de la respuesta del estrés (Simón, 1999; Brannon y Feist 2001; Buceta, 2001).

Una vez conocidos los detalles fisiológicos participantes en el estrés, situando al individuo dentro de un sistema dinámico, tomando en cuenta la interrelación de estos procesos actuantes como son; sociedad, historia, geografía, tiempo, etcétera, la yuxtaposición de estas características individuales, crea en el individuo cierto grado de confusión entre éste y las partes del muy complicado sistema. Por esto mismo el estrés es el resultado de los conflictos que aparecen entre estas relaciones que se van presentando a lo largo de la vida.

4.3 Estrés y Calidad de Vida

Hoy en día es muy común que las sociedades de los países mas “avanzados” padezcan ciertos trastornos que pueden ser causa de muerte; enfermedades del corazón, cáncer, accidentes cardiovasculares, etcétera, y el estrés es uno de los principales factores relacionados con estas enfermedades que atentan contra la salud de dichas sociedades, contribuyendo además, -aunque no directamente- al favorecer en muchos casos, la presencia de otros agentes de riesgo como son; hipertensión, tabaquismo, obesidad, etcétera.

Así podemos darnos cuenta que el estrés predispone al organismo para desarrollar trastornos en la salud que pueden llegar a causar la muerte. Se puede afirmar entonces que el estrés es factor contribuyente en una amplia variedad de enfermedades y problemas físicos (Brannon y Feist, 1997; Gatchel y Blanchard, 1983). Existen enfermedades de las cuales podemos citar solo algunas para darnos una idea de sus consecuencias en el organismo, si el estrés es mantenido por algún tiempo llegando a alterar nuestro funcionamiento individual y familiar con los consecuentes resultados en la afectación de nuestra calidad de vida.

- Las úlceras bucales suelen aparecer en periodos de estrés.
- Las cefaleas y los problemas psicológicos, incluyendo la ansiedad y la depresión, pueden estar vinculados a acontecimientos estresantes.

- Un periodo de estrés puede aumentar la propensión a padecer resfriados y otras infecciones pulmonares.
- El estrés puede causar o agravar, la colitis ulcerosa y el síndrome de colon irritable.
- La tensión arterial elevada puede empeorar durante los periodos de estrés
- El estrés suele causar diversos tics musculares
- Enfermedades de la piel como el eczema y la psoriasis suelen aparecer como resultado del estrés.
- Los problemas cardiacos, incluyendo dolores cardiacos y anomalías en el ritmo y la frecuencia cardiaca, suelen estar relacionados con el estrés.
- Entre los problemas relacionados con el estrés se incluyen los trastornos menstruales en las mujeres, así como, la impotencia y la eyaculación precoz en los hombres.

Coincidimos que estas enfermedades por supuesto alteran la calidad de vida de los individuos, y aunque aun no se puede tener la certeza en que momento y la razón por la cual el estrés ha cobrado un interés tan amplio en la opinión pública, hasta cierto punto es comprensible atribuirlo a la rapidez con que cambia la sociedad, o quizá sea debido a la mayor opulencia que permite a muchas personas liberarse de la preocupación por la supervivencia y dirige su atención hacia la búsqueda de mayor calidad de vida.

Además de favorecer las citadas enfermedades que dañan peligrosamente la salud, al estrés se le atribuyen otras alteraciones que no necesariamente llevan a la muerte pero, sí alteran el funcionamiento natural, el bienestar y la calidad de vida de las personas que los padecen y se pueden dar ejemplos, asma, dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alcoholismo, etcétera, (Buceta, 2001).

Existen además, pos si no fuera suficiente, otros casos en los que el estrés no es factor que alcance a desencadenar las enfermedades pero si altera el funcionamiento cotidiano de los individuos, originando vivencias poco gratificantes

o negativas, el tipo de contratiempos que le puede acarrear son; un bajo rendimiento laboral, sentir menos energía, cambios en el estado de ánimo, dificultad de disfrute de las experiencias gratificantes, etcétera.

Como podemos observar, al estrés no debemos tomarlo a la ligera, esto puede suceder, debido a que el término ha cobrado tal popularidad entre la mayoría de la sociedad, que no se le presta la debida importancia, cosa que puede ser peligrosa, ya que al ser motivo de conversación popular –es muy común escuchar “estoy estresado (a)”- damos por hecho que no guarda peligro para la salud, nada mas lejos de la realidad ya que, el estrés puede alterar, el bienestar, la calidad de vida y por ende, la salud.

Si bien, la vida diaria nos exige ocuparnos de infinidad de actividades, no por ello debemos permitir que el estrés implícito en ellas nos devore, de ser así, ya hemos visto las consecuencias, el desgaste en el organismo, la afectación familiar, etcétera, ya que el estrés va minando la salud del individuo pero no solo físicamente, sino como ya lo hemos visto, de una forma total, es decir, física, psicológica y socialmente, pues en reiteradas ocasiones hemos dicho que toca todos los ámbitos en los cuales el individuo vive y convive, no olvidando que el interés de este trabajo exige destacar el papel psicológico en el estrés podemos citar que éste, tiene lugar cuando la persona siente que las circunstancias sobrepasan sus recursos y ponen en peligro su bienestar y su quehacer psicológico, abarca también, su manera de afrontamiento ante él. No queda más que tomar cartas en el asunto, conociendo el tema y recordando que el estrés manejado de manera profesional, puede ser encausado de la mejor manera para la salud del afectado y su familia.

CAPITULO 5

CREENCIAS Y ACTITUDES SALUDABLES

5.1 Actitudes Saludables y Calidad de Vida

Por actitudes ligadas a la salud, se entiende cualquier actividad que siendo parte de la vida cotidiana influye en el estado de salud. Estas actitudes pueden tener un efecto positivo sobre la salud (por ejemplo, la realización de una actividad física adecuada) o un efecto negativo sobre la misma (fumar una cajetilla de cigarros diaria), pero que no necesariamente, son dirigidos conscientemente a la salud.

Para tocar el tema acerca de las actitudes saludables, primero acerquémonos un poco al tema de calidad de vida, aunque ya hablamos de éste someramente en el final del capítulo anterior, es importante ya que consideramos que el tema tiene que ver o mejor dicho es dentro de éste, que descansa y se adquieren las actitudes saludables.

El término calidad de vida hace su aparición a partir de 1975, pero se expande en los ochentas. Originado en la medicina, se extiende a otras disciplinas (sociología y psicología), ocupando el lugar de otros términos difíciles de conceptualizar tales como felicidad y bienestar (Moreno y Ximénes, 1996).

Cabe mencionar que a partir de entonces se le otorga un nombre, pero la calidad de vida es exigida desde los comienzos de la humanidad, persiguiendo los fines que se concretan en el término calidad de vida a partir de la fecha mencionada.

El concepto de calidad de vida para variar no está exento de discusión y sobre todo de confusión ya que enmarca conceptos bastante subjetivos. El concepto calidad de vida ha estado relacionado históricamente con el de "felicidad", y éste a su vez con el de "virtud" y "bienestar" autores como Bradburn (1969); Fordyce, (1988) y Griffin (1986), consideran el nivel de bienestar como; "aquel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas", mientras que

Veenhoven (1991), define la satisfacción vital como el grado en el que el individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo.

Para definir calidad de vida, se deben apreciar además, diferentes aspectos, que Levi y Anderson (1980; en: Buéla-Casal 1996), enumeran como componentes necesarios para una deseable calidad de vida; salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. El conjunto armonioso de estos componentes constituye el mejor nivel de vida de los pueblos y las personas, tomando en cuenta las circunstancias históricas de los mismos (Moreno y Ximénes, 1996).

La calidad de vida implica indagar acerca del concepto de estilos de vida. Los estilos de vida a su vez la manera en como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga sobre lo dañino o lo saludable, y refleja valores y tradiciones, así como transformaciones, a través de la educación recibida. Para algunos, son el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, en los diferentes grupos socioculturales; otra característica, a la vez que se transmiten históricamente, es que son susceptibles de ser cambiados por intervenciones, bien sean positivas o negativas, por medio de la educación y la comunicación social (Espinosa, 1955).

De la perspectiva y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto que se refiere a la clase de respuesta individual y social, ante el compendio de situaciones reales de la vida cotidiana, es decir que, aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma, por ello, las actitudes son inherentes a cada individuo ya que concentran el resultado de estos procesos.

Gozar de una “buena” calidad de vida, depende en gran medida de; las actitudes saludables, estilos de vida y, considerar que la salud es un bien fundamental de la persona y por ello se ha de cuidar, proteger y potenciar, ya que uno de los

elementos más sobresalientes que integran el concepto de calidad de vida es el de salud, y quizá, no solo sea el más sobresaliente sino el primordial, ya que afecta directamente sobre las actividades diarias, que obviamente requieren de una persona sana, sin perder de vista que también afecta indirectamente al perjudicar al resto de los valores o elementos presentes en la calidad de vida; trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etcétera, componentes todos ellos de experiencias diarias a lo largo de la vida que van creando en el ser humano formas de percibir y encarar la vida manifestándolo en actitudes saludables o actitudes “insanas” en perjuicio de él mismo.

Las actitudes saludables se van acumulando a lo largo de la vida, lo que se hace hoy tiene influencia en el futuro. La salud es consecuencia entonces de un quehacer continuo: alimentación sana, actividad física, actividad intelectual, descanso y sueño, relaciones personales, posibilidad de compartir ideas, sentimientos y emociones.

En la adopción de estilos de vida saludables entra en juego un concepto muy importante, el de la educación en salud. La OMS la define como un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables; “que propugna por los cambios ambientales necesarios para lograr sus objetivos; y que dirige la formación profesional y la investigación hacia éstos” (Salleras, 1990).

Ahora bien, La Organización Mundial de la Salud (1981), contempla muy específicamente los estilos de vida saludables y estableció como objetivos para la política de salud hacia el año “2000” tres metas principales:

- Promoción de estilos de vida dirigidos a la salud.
- Prevención de enfermedades que puedan ser evitadas.
- Establecimiento de servicios de rehabilitación y salud.

En lo que respecta al primer punto, que es el que nos ocupa, la promoción de estilos de vida debería basarse en los siguientes aspectos

- Desarrollo desde edades muy tempranas de la conciencia individual sobre los riesgos para la salud y los cambios de conducta necesarios para mejorarla.
- La necesidad de un enfoque intersectorial de administraciones y diversas instituciones para mejorar las condiciones sociales y económicas que influyen en la elección del estilo de vida, incluyendo oportunidades para trabajar, condiciones laborales, condiciones de vivienda, integración social, etcétera.
- Información y educación para disminuir conductas autoimpuestas que suponen riesgo para la salud como el alcohol, el tabaco, la nutrición desequilibrada, etcétera, a las que se hace necesario sumar medidas legislativas y de control que hagan más probable la conducta más saludable (Ashton y Seymour, 1990).

El término estilos de vida en los puntos mencionados con anterioridad se refiere a un tipo de actitudes de los individuos, cuya repercusión sobre la salud es especialmente importante. Ahora bien, el término actitud significa según Durvan (1973), la predisposición a responder de una manera consistente ante una clase de estímulos con un tipo de respuestas, pero éste es un término muy vago, en el tema que nos ocupa es más propio decir que la actitud se refiere a un sentimiento general permanentemente positivo o negativo hacia (de estar a favor o en contra de) alguna persona, objeto o problema (Fishbein y Ajzen, 1975). Ese concepto implica a la vez la distinción entre actitud, creencia e intención conductual. Si la actitud representa la evaluación positiva o negativa hacia el objeto en cuestión, la creencia representa la información, conocimiento, pensamientos o expectativas que se tienen sobre tal objeto, y la intención conductual se refiere a la disposición para comportarse de una forma determinada.

Así, podemos darnos cuenta, que las actitudes están determinadas fundamentalmente por las creencias acerca del objeto de la actitud, y en el tema que nos interesa el determinante directo serán las creencias sobre las

consecuencias de la conducta de salud, y son éstas –las creencias- que merecen un espacio mas amplio mas adelante.

Existen actitudes o conductas que si se modificaran en una dirección adecuada reducirían las diez causas de mortalidad que ya hemos considerado anteriormente, esas conductas relacionadas con estilos de vida y salud son:

- Equilibrio dietético en alimentación.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco
- Práctica de ejercicio físico
- Ritmos de sueño
- Practicas de seguridad y protección.
- *Uso de cinturones de seguridad o casco en vehículos*
- *Prevención en contactos sexuales*
- *Prevención en periodos prenatales*
- *Prevención de accidentes domésticos*
- Participación en programas de promoción de salud
- *Campañas de detección precoz de enfermedades*
- *Educación para la salud*
- Cumplimiento de las recomendaciones e instrucciones de profesionales de la salud.
- Uso de los recursos y servicios sanitarios de la comunidad.

Es de suma importancia que se exploten las habilidades que el individuo posee, y son de particular interés las habilidades cognitivas, es decir la capacidad de la persona para resolver problemas y luchar con los problemas de la vida (Cantor 1990; Mischel, 1990).

Podemos percatarnos que estilos de vida saludables, implican algo más que al individuo, éste necesita además de su quehacer personal, el de su familia y de su comunidad social y gubernamental, para que pueda reunir los aspectos que

Ashton y Seymour (1990), señalan, ya que no se les puede adquirir de un lugar específico, se les va adquiriendo o mejor dicho se va adentrando a lo largo de nuestra vida, en la familia que nos toca vivir, en el entorno social, ecológico, económico y político, haciendo uso de estos estilos de vida, como comer y dormir, día a día, llegando a formar parte de nuestra cotidianeidad, como bien lo menciona San Martín (1992, p. 597), la salud es uno de los elementos de bienestar general primordiales en el ser humano y “la adquisición de conocimientos acerca de la salud no se limita simplemente a la enseñanza que se imparte con esta finalidad, sino se debe en gran parte al resultado del proceso de aculturización general del individuo, es decir de todas aquellas experiencias adquiridas en; el hogar, la escuela, la vida dentro de su comunidad”.

5.2 Creencias sobre Salud

Las creencias juegan un papel muy importante en el campo de la salud, y son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente (Wrubel, Benner y Lazarus, 1981).

Lazarus (1991), menciona que las creencias “determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno y modelan el entendimiento de su significado” (p. 87).

Las creencias cercanas al campo de los hechos y por ello más fáciles de cambiar que los valores, aluden a lo que tiene que ver con el conocimiento y con la información que las personas disponen con respecto a una cosa, sea más concreta o más general. Una creencia es una certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que se considera verdadera, y tienen mucho que ver con la salud ya que las creencias afectan a la percepción que el individuo tiene de sí mismo, de los demás y de las cosas y situaciones que le rodean.

Bem (1970, en: Lazarus 1991), señala dos tipos de creencias; primitivas y de orden superior. Las primeras se derivan de la premisa de que el que cree, no esta

abierto a la crítica (no es cuestionable), como ejemplo podemos citar que creemos que un objeto continúa existiendo aún cuando dejemos de mirarlo; creemos que los objetos guardan el mismo tamaño y forma cuando nos separamos de ellos, aun cuando su imagen cambie.

La fe en la validez de nuestra experiencia sensorial es la creencia primitiva más importante de todas, y también pueden basarse –las creencias- en una autoridad externa, como ejemplo podemos citar a la mamá que constantemente repite a su hijo que no cepillarse los dientes después de la comida, hace que se caigan los dientes, luego entonces, la creencia es; no cepillarse los dientes después de cada comida provoca la caída de los dientes.

A través del sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro significado del mundo con el cual nos encontramos irremediablemente vinculados.

El modelo que se ha tomado en cuenta hasta investigaciones recientes, cuando de comportamientos de protección de la salud se trata, es el de Hochbaum (1958), creencias sobre salud, los “requisitos” que debe reunir son; que sea una teoría útil, que genere investigación, organice y explique las observaciones y oriente al profesional en la predicción del comportamiento. A partir del trabajo de Hochbaum (1995, en: Brannon y Feist, 2001), el modelo de creencias sobre salud se desarrollaron muchos otros y el que se ha considerado con mayor atención es el de Becker y Rosentock (1984). En éste se sugiere que las creencias contribuyen significativamente a la actitud de búsqueda de la salud, pues muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y además esperan que los demás compartan dichas creencias.

El modelo para encontrar en los individuos una actitud saludable basada en las creencias acerca de su salud que Becker y Rosentock (Brannon y Feist, 2001), proponen, incluye cuatro creencias o percepciones

- La susceptibilidad percibida a la enfermedad o la incapacidad.

- La gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad
- Beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud.
- Las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud (p. 70)

El modelo se desarrolló así para explicar y predecir las conductas de salud preventivas. La hipótesis original es que generalmente los individuos no llevarán a cabo conductas de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tengan unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vean a sí mismos como potencialmente vulnerables y vean a la condición (de la enfermedad en cuestión) como amenazante, estén convencidos de la eficacia de la intervención y vean pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud (Rosentock, 1974, en; Fernandez-Ballesteros, 1994).

Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar nuestra salud. Al ser ideas que en un determinado momento creímos y se han ido formando ocupando un espacio, una energía, se han materializado dentro de nuestros conceptos mas arraigados.

Las creencias trátense del índole que sean, en este caso de salud, vienen a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido, son maneras que creemos tenemos y somos, que provienen de otras personas; padres y sus experiencias, profesores, medios de comunicación, etcétera. Tienen mucho que ver con la educación, con lo que se escucha y lo que se ve.

5.2.1 Teoría de la acción Razonada

Además de la aplicación del modelo que proponen Becker y Rosentock, en la búsqueda de una actitud de salud, muchos investigadores han empezado a combinarlo con la teoría de la acción razonada, la cual asume que las personas

son bastante razonables y que utilizan la información a su alcance de una manera sistemática para decidir como es que deben comportarse. Así mismo, “consideran las consecuencias de sus actos antes de decidirse a adoptar un comportamiento dado” (Ajzen, 1985, p. 5), en esta teoría de la acción razonada, el comportamiento del individuo, está dirigido a un fin o a la obtención de un resultado, el individuo elige libremente aquellos actos que considera que le encaminará en la dirección trazada, o también puede elegir no actuar si considera que la acción en cuestión le aparta de su objetivo.

Ya se ha mencionado anteriormente que las actitudes saludables están determinadas principalmente por las creencias. Esas creencias se forman en el curso de nuestra historia de una manera directa como resultado de nuestra propia experiencia, o de la observación, y de una manera indirecta aceptando la información de quienes consideramos fiables, o infiriendo a través de nuestro propio repertorio de creencias.

Ahora bien, los reactivos utilizados para la elaboración de este trabajo fueron diseñados para proveer información sobre el potencial autorregulatorio de los pacientes. Esto es consistente con las concepciones de la teoría del control y la teoría social cognitiva contemporánea (Bandura, 1986; Karoly, 1993; Ford, 1987), las cuales ofrecen un análisis comprensivo para conceptualizar los componentes funcionales del “autogobierno” y los sistemas de vida.

Dentro de este modelo, el manejo de salud autorregulatorio es guiado por tres factores, el primero es el “proceso de usar los pensamientos acerca de eventos futuros y potenciales, para organizar la conducta actual” (Ford, 1987).

En el campo de la salud, tal “función directiva” ha sido a menudo conceptualizada en la forma de atributos de “autoeficiencia” (Bandura, 1997).

El segundo factor es establecer ejecuciones promedios o valores de referencia.

El tercer factor es la operación de un mecanismo que activamente monitorea esos factores que tienden a influenciar los movimientos dirigidos hacia la salud. Así, el instrumento FP, incluye sub escalas que miden auto eficiencia, valores de salud y vigilancia de la salud, (Ramírez y Cortés, 2003), importantes todos, porque como hemos venido defendiendo, son producto de la eficacia que el individuo debería poseer para el cuidado de su salud, y es por ello que ponemos énfasis en ello.

5.3 Autoeficiencia

La mayoría de los psicólogos coinciden que la conducta humana es resultado no sólo de la operación de partes específicas, sino también de las relaciones entre ellas, “La conducta humana generalmente expresa patrones, organización e integración” (Pervin y John, 1999, p. 16). Es por ello que, el individuo o sus actividades mentales no pueden estar aisladas del entorno social e histórico, eso aplica para todo con lo que él, se relacione, por ejemplo, el estrés, las emociones o situaciones actuantes en él, y, siguiendo con el mismo ejemplo, es a la sociedad a la que se le adjudica como generadora de demandas estresantes para el individuo, pero a su vez y paradójicamente, la misma sociedad es utilizada por el individuo para prevenir éste estrés o ansiedad, y de la misma manera estas dos últimas condiciones llegan a considerarse también como factores influyentes en la cultura e incluso hasta se les ha llegado a considerar convenientes para el orden social. Todo ello sitúa al individuo en un círculo dentro del cual es muy difícil, más no imposible, su actuación “individual” en el quehacer que le encamine a una autoeficiencia dirigida a lo que de manera cotidiana él considera sentirse bien, en otras palabras, a trabajar por su salud.

La autoeficiencia hace referencia a la percepción de que uno tiene la habilidad de ejecutar comportamientos particulares, que son necesarios para dominar los desafíos de la vida (Kleinke, 1998).

Las experiencias individuales deben permitir comprender la relación entre comportamientos y estados de salud o enfermedad, de modo que un individuo pueda asumir con autonomía y responsabilidad el cuidado de su salud de manera individual y colectiva.

El concepto de autoeficiencia, proviene de una amplia tradición de investigación y teoría acerca de la importancia que tienen las expectativas de las personas de que ellos pueden afrontar con éxito situaciones difíciles (Kirsch, 1990).

En términos generales la autoeficiencia hace referencia a; hasta que punto una persona se siente con confianza respecto a ser capaz de llevar a cabo determinados comportamientos, en una amplia gama de situaciones.

Una forma de propiciar en los individuos eficiencia para cuidar su salud es desarrollando comportamientos saludables. Es decir, se trata de desarrollar hábitos, habilidades y actitudes que den a la persona las capacidades necesarias para proteger su salud integral.

El concepto de sí mismo, es primordial para la autoeficacia del individuo para cuidar su salud. Este concepto se refiere a los procesos que forman parte del funcionamiento psicológico de la persona. Un aspecto particular de la percepción de si mismo ha llegado a ser central para el pensamiento de Bandura “el que atañe a la autoeficacia o la capacidad que se percibe para enfrentar situaciones específicas” (Bandura, 1995). Según Bandura, los juicios de autoeficacia influyen sobre las actividades que se llevarán a cabo, en cuánto esfuerzo se invierte en una situación, en qué tanto se persiste en una tarea y en las reacciones emocionales mientras uno se anticipa a una situación o se involucra en ella.

De acuerdo con el modelo de autoeficacia, se deben dar tres condiciones para que un individuo este dispuesto a realizar el esfuerzo de alcanzar una meta o enfrentarse a un desafío (Bandura, 1997).

- La persona cree que una meta particular es alcanzable. También tiene la expectativa de que si esta dispuesto a realizar el esfuerzo necesario la meta será alcanzada.
- La persona cree que posee las competencias necesarias para alcanzar la meta.
- La meta es lo suficientemente valiosa como para merecer el esfuerzo.

Como podemos ver, el concepto de autoeficacia se relaciona con los juicios que hace la gente con respecto a su capacidad para actuar en una labor o situación específica.

En la medida que se comprenda que la salud es un continuo, en el cual se puede estar más próximo o mas alejado del bienestar, se debe en lo posible y a edades muy tempranas, favorecer la autoestima, la responsabilidad y la autonomía, la comunicación, fortalecer la resistencia a la frustración y estimular una actitud crítica ante la publicidad y la información que actualmente bombardea con productos y estereotipos nocivos y es necesario, sobre todo, poner énfasis en la búsqueda de una autoeficiencia; propiciar en los individuos un significado de salud, amplio, dinámico, positivo y, en definitiva, lo más cercano posible de sus creencias y experiencias.

No existe una receta mágica que proporcione a los individuos autoeficiencia en el cuidado de su salud pero si se puede desarrollar en ellos, aquellos rasgos de personalidad que se constituyan en factores de protección contra el uso indebido de drogas, la afectación de su salud por tabaquismo, el cuidado de enfermedades por contagio sexual, así como, de otros problemas que van en contra de su salud. En tal sentido nunca será demasiado el énfasis que se pone al proponer:

- El fortalecimiento de su identidad personal mejorando los niveles de autoconcepto y afianzando los sentimientos de autoestima.

- Promover la expresión adecuada de sentimientos y a manejarlos apropiadamente para preservar la salud y evitar conflictos en las relaciones interpersonales.
- Desarrollar las habilidades para la toma de decisiones a fin de optar por alternativas positivas frente a situaciones de riesgo relacionadas con su salud.
- La vivencia y práctica permanente de valores como sustento del comportamiento sano.

Según la teoría cognoscitiva, las percepciones de autoeficacia tienen implicaciones importantes en las reacciones emocionales ante las situaciones y en la motivaciones para emprender diversas conductas (Bandura, 1995). Dicho concepto parecería tener consecuencias importantes para la salud en términos de la comprensión de las respuestas emocionales y conductuales de la gente ante condiciones de mucha tensión y programas relacionados con la salud. Varios estudios indican que los sentimientos de baja autoeficacia están asociados con las respuestas de mucho estrés, respuestas deficientes ante el dolor y una menor motivación para dedicarse a programas relacionados con la salud. Por el contrario, los altos sentimientos de autoeficacia se asocian con un menor autoinforme de estrés, un decremento en las respuestas fisiológicas que indican estrés, mayor capacidad de enfrentamiento y una mayor participación en los programas de atención a la salud.

En un programa con pacientes artríticos, se proporcionó un tratamiento para mejorar su autoeficacia percibida para enfrentar sus dificultades, y aunque no se menciona en que consistió el tratamiento, el resultado es el que importa. El tratamiento no sólo cumplió con esto, sino también tuvo como resultado la reducción del dolor de la inflamación de las articulaciones, así como, una mejoría en el funcionamiento psicosocial. En otro programa de tratamiento con bulímicos, se descubrió que los incrementos en la autoeficacia se asociaban con un mejor autocontrol al comer y una disminución en la frecuencia de los vómitos. Para terminar en un tercer programa, se descubrió que los cambios en la autoeficacia

percibida al caminar estaban asociados con un incremento de ejercicio en un programa de actividad prescrito para pacientes con riesgo de enfermedades cardiacas. (Bandura, 1995; O'Leary, 1993; O'Leary, 1988; Schneuder, 1987; Schunk y Cox, 1986).

Como podemos observar la autoeficiencia tiene implicaciones importantes para diversas conductas relacionadas con la salud, y volvemos a citar los ejemplos clásicos; dejar de fumar, la capacidad para experimentar y manejar el dolor, el control del peso y la comida, así como la participación en programas preventivos de salud.

En la salud intervienen infinidad de factores que en su dinámica tocan todo aquello que tiene que ver con el individuo, por ello, la protección, mejora y fomento de la salud no es responsabilidad de los servicios de salud solamente, corresponde también a él, y su autoeficiencia, a la sociedad, y todos los elementos ya mencionados el salvaguardar la salud y mantenerse alejados de la enfermedad, dándole un especial interés a la educación desde la niñez en temas encaminados hacia una autoeficiencia que en estas edades es casi imperceptible, pero que a medida que transcurre su infancia se va arraigando en su vida diaria llegando a ser parte integrante de su cotidianeidad el vivir una vida con actitudes saludables hasta llegar a su madurez, preservando en ese trayecto la salud de una manera tan natural como respirar.

CAPITULO 6

METODO Y RESULTADOS

6.1 Objetivo General

Conocer si la población dependiendo de su género y escolaridad son capaces de vigilar su salud.

6.2 Objetivos Específicos

1. Detectar la percepción de la población de su estrés de vida.
2. Describir la evolución del concepto de salud y enfermedad, así como las distintas definiciones.
3. Mostrar el desarrollo de la psicología de la salud, sus antecedentes, su vinculación con otras disciplinas.
4. Identificar si el psicólogo tiene participación en el ámbito de la salud y cual sería su campo de acción.
5. Conocer el funcionamiento de salud de la población según sus creencias y actitudes, su escolaridad y sexo.
6. Evaluar si la autoeficiencia de la población es determinante en el funcionamiento de su salud, así mismo su relación con la escolaridad y sexo.
7. Evaluar si las creencias y valores de la población influyen en su salud.
8. Describir si existe relación significativa entre el género, escolaridad, estrés de vida, autoeficiencia, valores de salud y creencias y actitudes saludables.

6.3 Hipótesis

No se formula hipótesis, ya que las características del diseño no lo admiten como tal. Se consideran los datos por sí mismos, a partir de las variables (sexo, escolaridad), para identificar la autoeficiencia, la vigilancia sobre la salud, los valores de salud y el estrés de vida de la población.

6.4 Sujetos

Se tomó una muestra no probabilística. Se utilizó una muestra de 984 sujetos, de los cuales 444 son hombres y 540 son mujeres, cuya edad va de los 17 a los 77 años en ambos sexos.

La población la conforman:

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

6.5 Escenario

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados.
- Comunidades: Sociedad de Colonos del Fracc. Bosques de Aragón, S.C. y Sociedad de Colonos Lindavista, S.C.
- Familias: se solicitó la participación de familias cuyos hijos asisten a los colegios; Escuela primaria “Thomas Alva Edison” A.C., Secundaria “Colegio Cultural México” A.C. y Escuela Nacional Preparatoria N° 3 UNAM.
- Instituciones: profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.

6.6 Definición de variables

Se determina la relación que existe entre las variables independientes, con cada uno de los reactivos que evalúa el Funcionamientos de la salud, Creencias y Actitudes Saludables y El estrés percibido el año pasado.

V.I. = Sexo y Escolaridad

V.D. = Creencias y Actitudes de Salud y Estrés total.

6.7 Materiales e Instrumentos

Materiales:

- 984 formatos de los Instrumentos “Funcionamientos Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cortés, 2000)
- Bolígrafos.

Instrumento:

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés, (2003) (Ver anexo N° 2):

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

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

Para el presente trabajo se utilizaron los siguientes reactivos de cada escala (Ver Anexo 2)

Instrumento “Funcionamiento Psicosocial”

Escala	Reactivos N°
Estrés de Vida	18

Instrumento “Funcionamiento de la Salud”

Escala	Reactivos N°
Creencias y actitudes saludables:	
Subescalas: Autoeficiencia	50, 61, 62, 64
Vigilancia de salud	46, 47, 53, 59, 65
Valores de salud	52, 55, 63, 68

6.8 Procedimiento

Diseño de la investigación:

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

Fases:

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones ya mencionadas, con el consentimiento institucional y personal

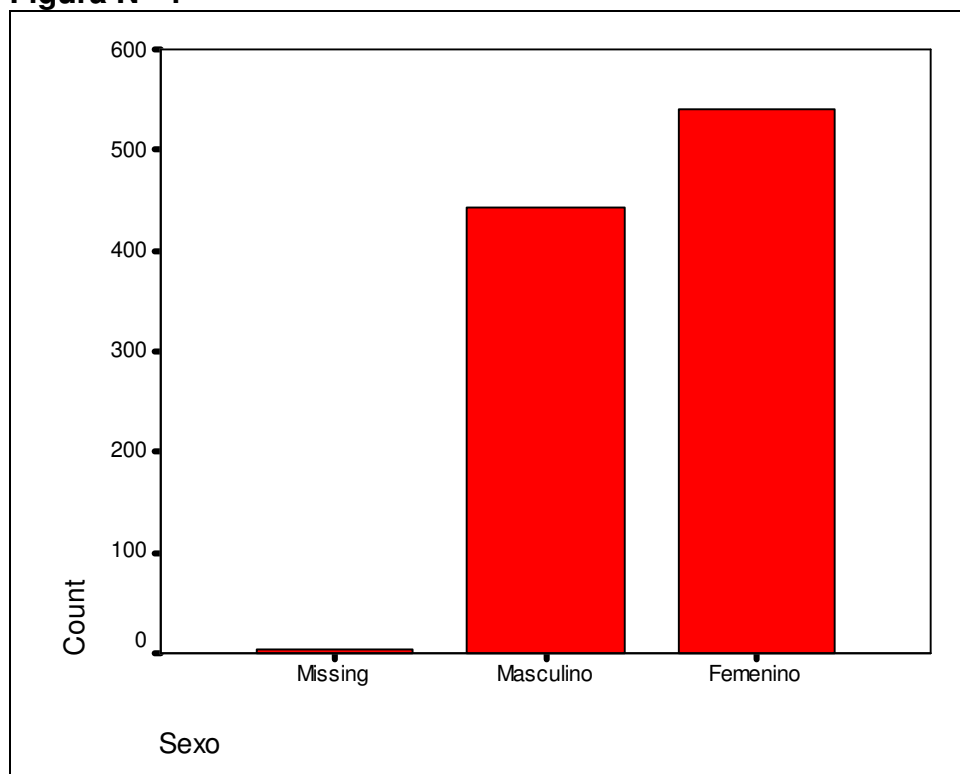
de cada individuo. En algunos casos (hospitales públicos) se administró grupalmente ya que algunas salas de espera se encontraban hasta 25 personas al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una vez para cada sujeto.

2. Captura de datos: los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el programa estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (χ^2 cuadrada y coeficiente de Pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI, VD).

6.9 Resultados

Con fundamento en los objetivos expuestos en la presente investigación, los que están dirigidos a la detección de la percepción que la población tiene de su estrés de vida y el funcionamiento de su salud, según sus creencias y actitudes saludables; se aplicó el instrumento ya descrito a una población consistente en 988 sujetos (n = 988) de los cuales 444 son hombres y representan el 45.1% de la población y 540 mujeres que representan el 54.9% de la población, ambos grupos con edades entre los 17 y 77 años. (Ver tabla y figura N° 1).

Figura N° 1



Representa a la población participante según el género (Masculino, Femenino)

Tabla N° 1

		Frequency	Porcentaje
Valid	Masculino	444	44.9
	Femenino	540	54.7
	Total	984	99.6
Missing	System	4	.4
Total		988	100.0

Representa el porcentaje de la población participante según el género (masculino y femenino)

Escolaridad:

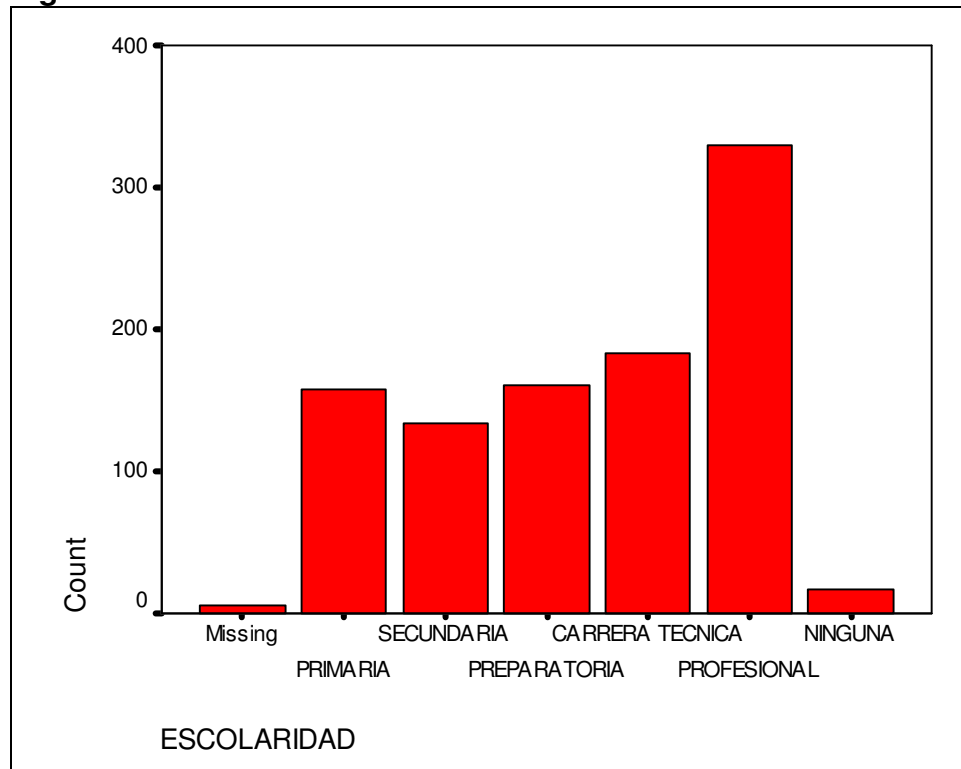
Con respecto a la escolaridad, los datos obtenidos nos muestran que la población estudiada cuenta con la siguiente escolaridad, primaria el 16%, secundaria el 13.6%, preparatoria 16.3%, carrera técnica 18.5%, profesional 33.3% y el 1.7% no tiene ninguna escolaridad.

Tabla Nº 2
ESCOLARIDAD

		Frequency	Percent
Valid	PRIMARIA	158	16.0
	SECUNDARIA	134	13.6
	PREPARATORIA	161	16.3
	CARRERA TECNICA	183	18.5
	PROFESIONAL	329	33.3
	NINGUNA	17	1.7
	Total	982	99.4
Missing	System	6	.6
Total		988	100.0

Representa los porcentajes pertenecientes a la escolaridad de la población.

Figura Nº 2



Nota: Representa la frecuencia de la población con respecto a su escolaridad.

Escolaridad / Sexo

En la correlación aplicada a escolaridad/sexo, los resultados arrojaron diferencias significativas (.000), lo que indica que si existe relación estadística entre la escolaridad y el género. En lo que se refiere a la escolaridad primaria, secundaria, carrera técnica; los porcentajes más altos corresponden a las mujeres con respecto a los hombres, ya que en el caso de estos los mayores porcentajes se observaron en preparatoria y carrera profesional excepto en la categoría de ningún estudio, en la cual fue mayor el porcentaje para las mujeres. La diferencia observada entre el género y los profesionales es 7.78% más para los hombres (ver tabla y Figura N° 3).

Tabla N° 3

ESCOLARIDAD / Sexo				
		Sexo	Sexo	Total
		Masculino	Femenino	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	57	101	158
	SECUNDARIA	60	74	134
	PREPARATORIA	89	72	161
	CARRERA TECNICA	65	118	183
	PROFESIONAL	167	162	329
	NINGUNA	4	13	17
Total		442	540	982

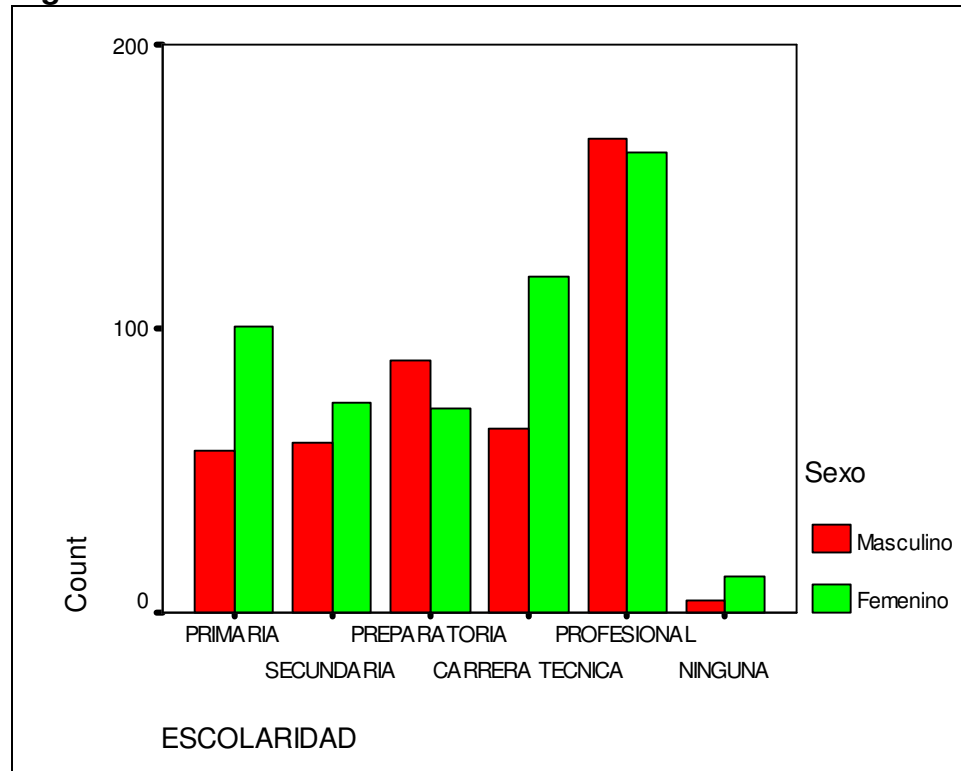
Chi-Square Tests

	Valor	Df	Sig.
Pearson chi-Square	26.182	5	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.161	.000

Nota: Representan los resultados obtenidos con la prueba ji aplicada a la variables sexo y escolaridad.

Figura N° 3



Nota: Muestra la frecuencia del género con la diferente escolaridad

Sexo / tensión año pasado

En lo que corresponde a la variable sexo, con el reactivo “el año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo” al aplicar la prueba ji cuadrada, los resultados arrojan una sig. = .002, lo cual reporta que sí existe relación entre el sexo y que tanto estrés percibieron el año pasado.

La respuesta “regular” alcanza los puntos mas altos en ambos géneros (masculino, femenino) manteniendo los puntajes más altos las mujeres (232) que representa un 42.96% de un total de 539 mujeres y los hombres (178) con un 40.9% de la población masculina (440). (Ver tabla y figura N° 4).

Tabla N° 4

		TENSION AÑO PASADO					Total	
		NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	12*	
Sexo	Masculino	27	97	178	102	35	1	440
	Femenino	14	89	232	129	74	1	539
Total		41	186	410	231	109	2	979

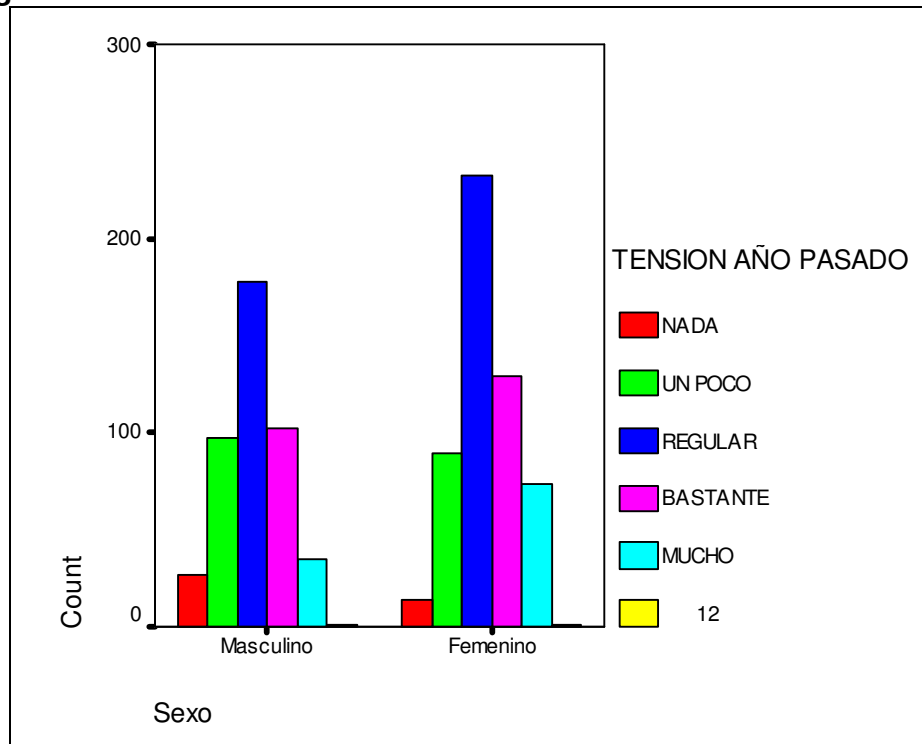
	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	18.870	5	.002

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.138	.002

Nota: Representa los puntajes obtenidos de ji cuadrada para determinar las diferencias entre el género y la tensión o estrés percibido el año pasado.

***Nota:** En todas las figuras donde aparece el N° 12, solo se muestran los datos perdidos.

Figura N° 4



Nota: Representa la percepción de tensión o estrés el año pasado según el sexo.

Escolaridad / Tensión o estrés percibidos el año pasado

En la variable escolaridad correlacionada con el reactivo “el año pasado ¿Qué tanto estrés o tensión tuvo?” (18 FP), los datos obtenidos (sig. = .341) no muestran relación estadística, lo que nos dice que no tiene que ver la escolaridad con la tensión percibida el año pasado. (Ver tabla N° 5)

La figura nos muestra gráficas iguales, lo que nos dice que guardan la misma tendencia y solo cambia el tamaño de éstas por el número de la población en cada escolaridad. (Ver figura N° 5)

Tabla N° 5

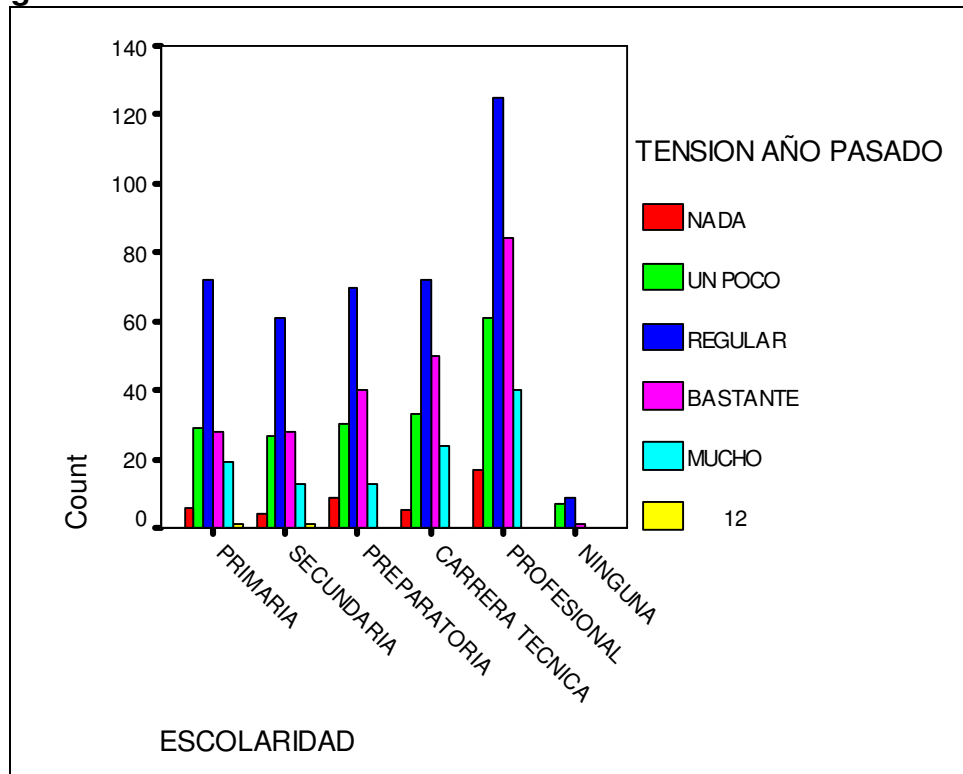
		TENSION AÑO PASADO							Total
		NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	12*		
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	6	29	72	28	19	1	155	
	SECUNDARIA	4	27	61	28	13	1	134	
	PREPARATORIA	9	30	70	40	13		162	
	CARRERA TECNICA	5	33	72	50	24		184	
	PROFESIONAL	17	61	125	84	40		327	
	NINGUNA		7	9	1			17	
Total		41	187	409	231	109	2	979	

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	27.309	25	.341

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.165 .341
Interval by Interval	Pearson's R	-.007 .828
Ordinal by Ordinal	Spearman correlation	.013 .674

Nota: representa los datos obtenidos con la prueba aplicada a la variable escolaridad con el reactivo (18 FP) "el año pasado ¿Qué tanto estrés o tensión tuvo?"

Figura Nº 5



Nota: Muestra la tensión percibida el año pasado en relación con la escolaridad

El año pasado, ¿Qué tanto estrés o tensión tuvo? / Autoeficiencia.

En lo que concierne al reactivo “El año pasado, ¿Qué tanto estrés o tensión tuvo?” correlacionado con cada uno de los reactivos de autoeficiencia (ver anexos) los resultados son como sigue:

Tensión año pasado / Conocimientos sobre salud

“El año pasado, ¿Qué tanto estrés o tensión tuvo?” / “Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud” obtuvo como resultado de la prueba aplicada una relación significativa (.003), que quiere decir que si existe una relación entre la tensión percibida el año pasado y los conocimientos que se tienen sobre salud. Las respuestas “regular” en ambos lados de la figura (tensión.../conocimientos...) guardan los porcentajes más altos. (Ver figura y Tabla N° 6).

Tabla N° 6

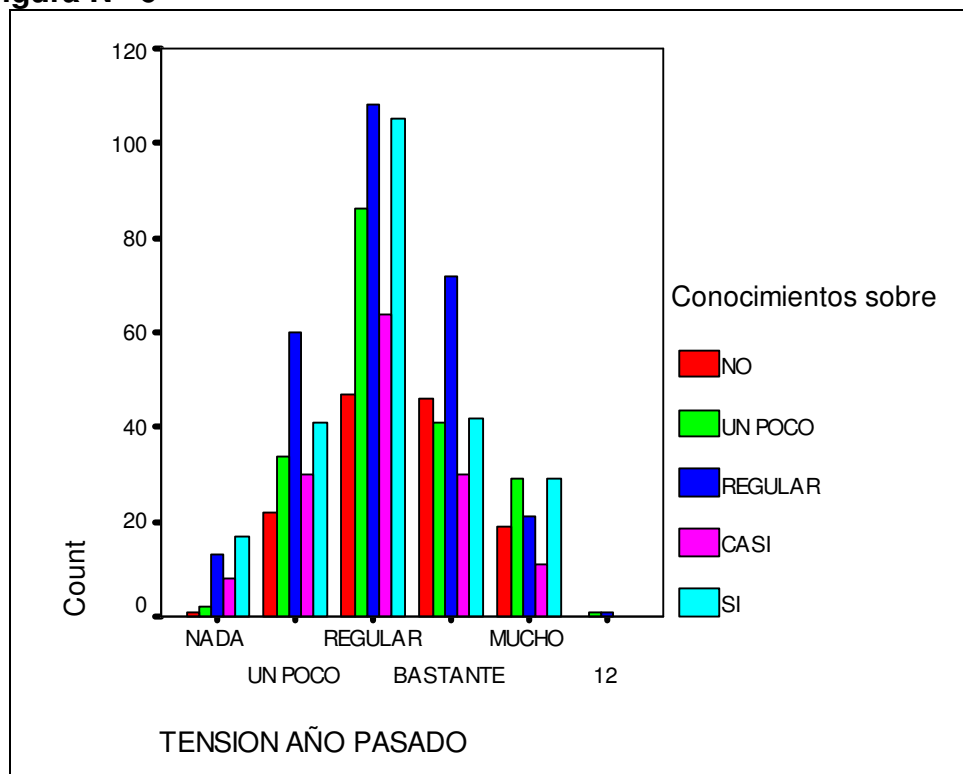
		CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSIÓN	NADA	1	2	13	8	17	41
	UN POCO	22	34	60	30	41	187
AÑO	REGULAR	47	86	108	64	105	410
	BASTANTE	46	41	72	30	42	231
PASADO	MUCHO	19	29	21	11	29	109
	12*		1	1			2
Total		135	193	275	143	234	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	42.147	20	.003

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.203	.003
Interval by Interval	Pearson's R	-.115	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman correlation	-.113	.000

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a los reactivos “tensión el año pasado” y conocimientos sobre salud.

Figura Nº 6



Nota: Muestra la tensión percibida el año pasado con respecto a los conocimientos sobre su salud.

Tensión año pasado / Bueno para cuidar salud.

En la prueba aplicada a tensión año pasado /bueno para cuidar salud, los resultados nos muestran una sig. = .005 lo que nos indica que existe una relación significativa entre la tensión percibida el año pasado y el considerarse bueno para cuidar su salud. (Ver figura y tabla N° 7).

Tabla N° 7

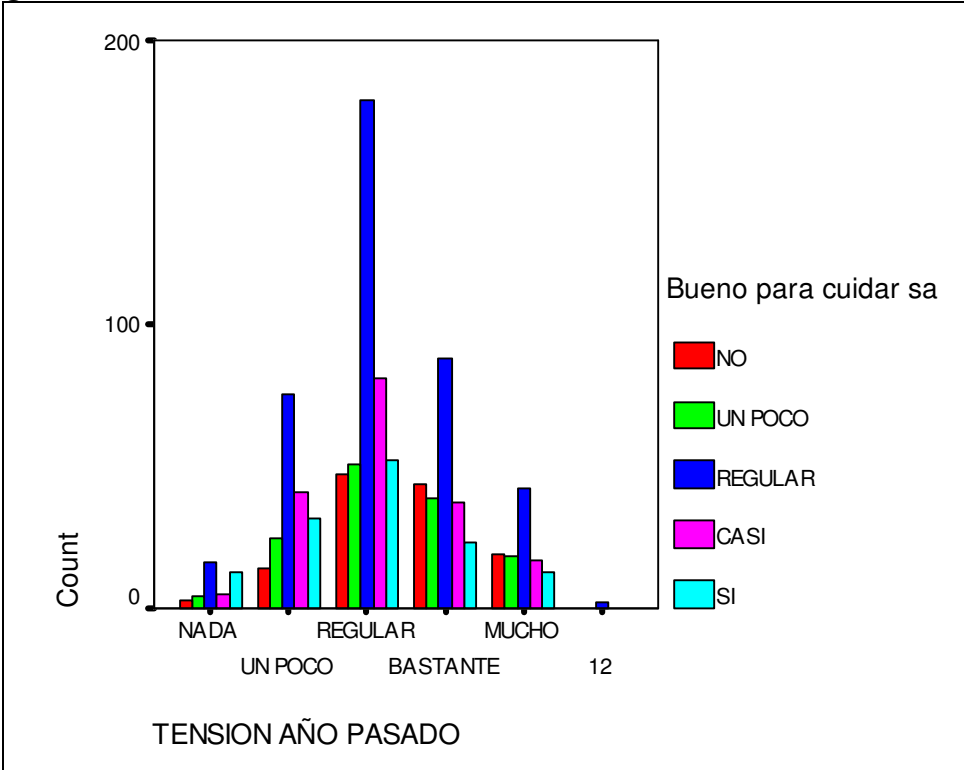
		BUENO PARA CUIDAR SALUD					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA	3	4	16	5	13	41
	UN POCO	14	25	75	41	32	187
AÑO	REGULAR	47	51	179	81	52	410
	BASTANTE	44	39	88	37	23	231
PASADO	MUCHO	19	18	42	17	13	109
	12			2			2
Total		127	137	402	181	133	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	39.818	20	.005

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.198	.005
Interval by Interval	Pearson's R	-.141	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman correlation	-.150	.000

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba chi cuadrada, aplicada a los reactivos, "El año pasado, ¿que tanto estrés o tensión tuvo?" y "Soy muy bueno para cuidar mi salud"

Figura N° 7



Nota: muestra la tensión percibida el año pasado con respecto a si soy bueno para cuidar mi salud.

Tensión año pasado / Capaz de cuidar salud.

La prueba ji cuadrada nos reporta que no existe significancia (sig. = .078) entre la tensión percibida por la población el año pasado y el reactivo “soy muy capaz de cuidar mi salud”, lo que nos dice que la tensión percibida el año pasado no tiene que ver con su capacidad de cuidar su salud. (Ver tabla y figura N° 8).

Tabla N° 8

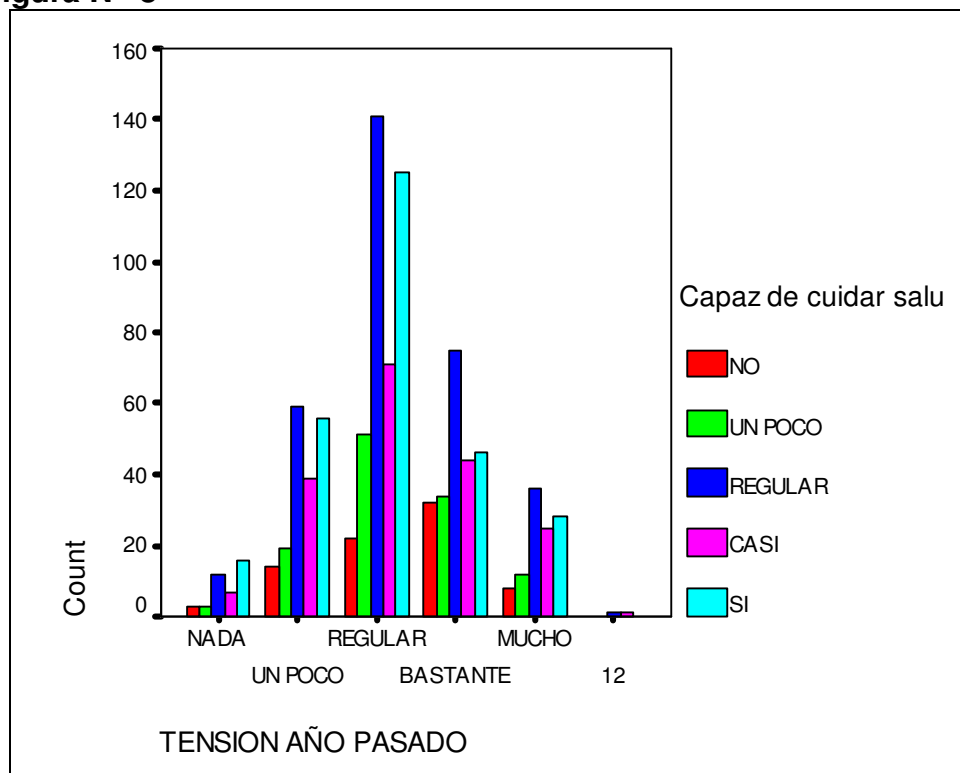
		CAPAZ DE CUIDAR SALUD					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA	3	3	12	7	16	41
	UN POCO	14	19	59	39	56	187
AÑO	REGULAR	22	51	141	71	125	410
	BASTANTE	32	34	75	44	46	231
PASADO	MUCHO	8	12	36	25	28	109
	12			1	1		2
Total		79	119	324	187	271	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	29.498	20	.078

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.171	.078

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba chi cuadrada, aplicada a los reactivos, “El año pasado, ¿que tanto estrés o tensión tuvo?” y “soy muy capaz para cuidar mi salud”.

Figura N° 8



Nota: muestra la tensión percibida el año pasado con respecto a si se es capaz de cuidar su salud.

Tensión año pasado / Conocimientos adecuados para atender mis enfermedades.

Las pruebas ji cuadrada y Pearson's, aplicada a los reactivos; "tensión año pasado" y "conocimientos adecuados para atender enfermedad, nos reportan que si existe una relación significativa (sig. = .022) en la correlación de estos datos lo que quiere decir que la tensión percibida en el año pasado si tiene que ver con tener los conocimientos adecuados para atender alguna enfermedad. Como podemos ver en la tabla la respuesta "Regular" ocupa el lugar mas alto en frecuencia en las dos categorías; en conocimientos para atender su salud 139 veces, y la tensión percibida el año pasado, con 293 veces. La segunda respuesta mas alta es "NO" 222 personas reconocen que no tienen conocimientos para atender su salud. (Ver tabla y figura N° 9)

Tabla N° 9

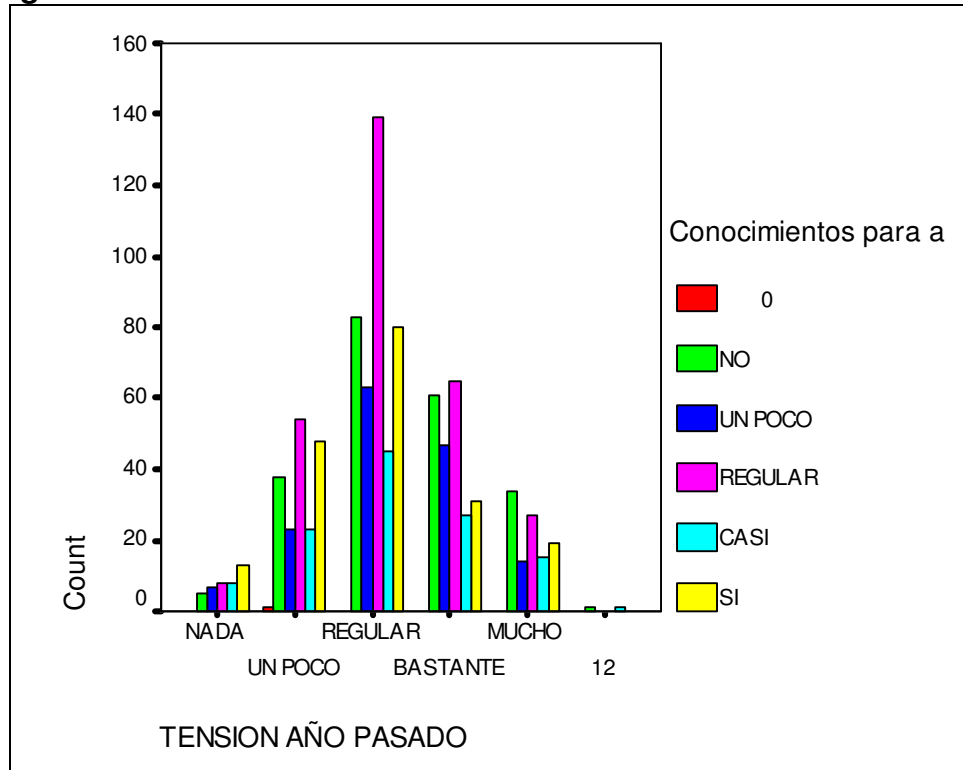
		CONOCIMIENTO		ADECUADOS PARA ATENDER ENFERMEDADES		Total		
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA		5	7	8	8	13	41
	UN POCO	1	38	23	54	23	48	187
AÑO	REGULAR		83	63	139	45	80	410
	BASTANTE		61	47	65	27	31	231
PASADO	MUCHO		34	14	27	15	19	109
	12		1			1		2
Total		1	222	154	293	119	191	980

	Valor	df	. Sig.
Pearson Chi-Square	41.101	25	.022

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.201	.022
Interval by Interval	Pearson' s R	-.120	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.126	.000

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a los reactivos, "El año pasado, ¿que tanto estrés o tensión tuvo?" y "Tengo los conocimientos adecuados para atender mi enfermedad"

Figura N° 9



Nota: muestra la tensión percibida el año pasado con respecto de tener conocimientos adecuados para atender la enfermedad.

Escolaridad / Autoeficiencia

En la variable “escolaridad” correlacionada con cada uno de los reactivos de “autoeficiencia” (Ver anexos) los resultados son como sigue:

Escolaridad / Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud.

Los datos obtenidos con la prueba ji cuadrada aplicada a los reactivos “escolaridad” y “Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud” nos reportan relación significativa (sig.=.000) que nos informa que sí tiene que ver la escolaridad con los conocimientos sobre la salud en la población, manifestando el mayor conocimiento sobre salud en el rubro de los profesionistas, con la respuesta “regular” seguido de la respuesta “Si” tener conocimiento sobre su salud en el mismo rubro (profesionistas), encontrándose los menores conocimientos sobre salud en la educación media básica (primaria y secundaria) en general, aunque sobresalen las respuestas “regular” y “si” (Ver tabla y figura N° 10).

Tabla N° 10

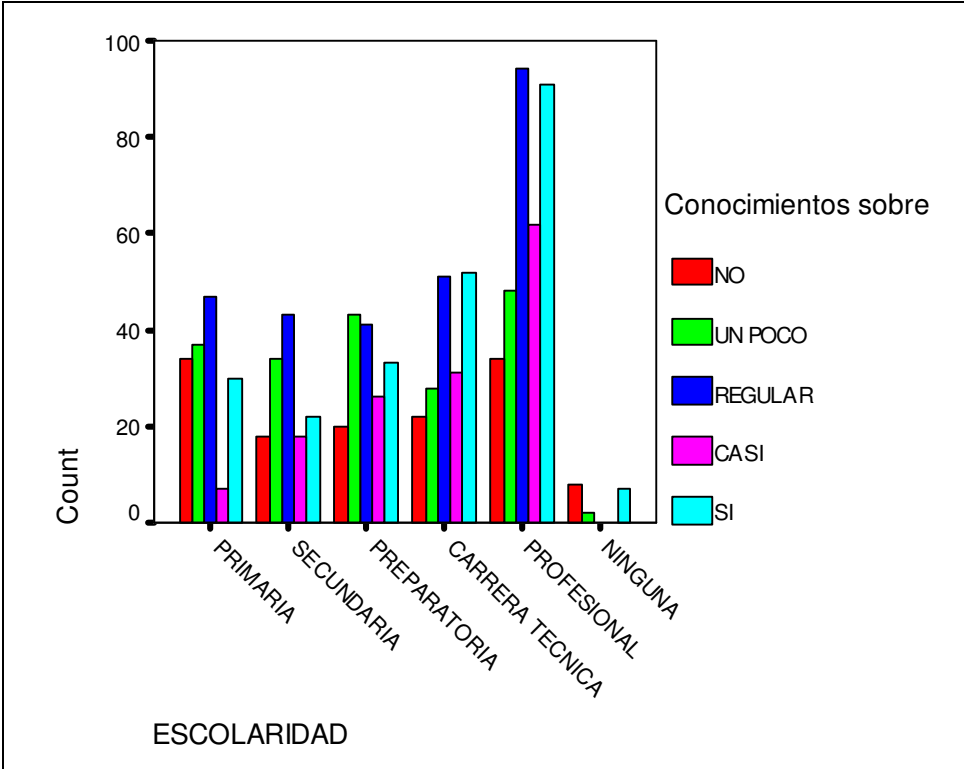
		CONOCIMIENTOS		SOBRE SALUD		Total	
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
ESCOLA	PRIMARIA	34	37	47	7	30	155
RIDAD	SECUNDARIA	18	34	43	18	22	135
	PREPARATORIA	20	43	41	26	33	163
	CARRERA TECNICA	22	28	51	31	52	184
	PROFESIONAL	34	48	94	62	91	329
	NINGUNA	8	2			7	17
Total		136	192	276	144	235	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	74.201	20	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.265	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	.162	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.161	.000
N of Valid Cases		983	

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, “Escolaridad” y el reactivo, “Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud”

Figura N° 10



Nota: muestra los conocimientos para cuidar su salud, con respecto de la escolaridad.

Escolaridad / Soy muy bueno para cuidar mi salud.

Al aplicar la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre “escolaridad” y el reactivo “soy muy bueno para cuidar mi salud” se obtuvo una sig.=.000, por que estadísticamente la escolaridad tiene que ver con que tan bueno se es para cuidar la salud.

Pudimos observar que la respuesta “regular” obtuvo el mayor número en todas las categorías escolares (405) que significa el 41.2% de la población total, encontrándose dentro de estas en su mayor número las respuestas de los profesionistas con 132 que representa el 32.59% dentro de la población de respuestas “regular” que se viene manteniendo como constante. (Ver tabla y figura N° 11).

Tabla N° 11

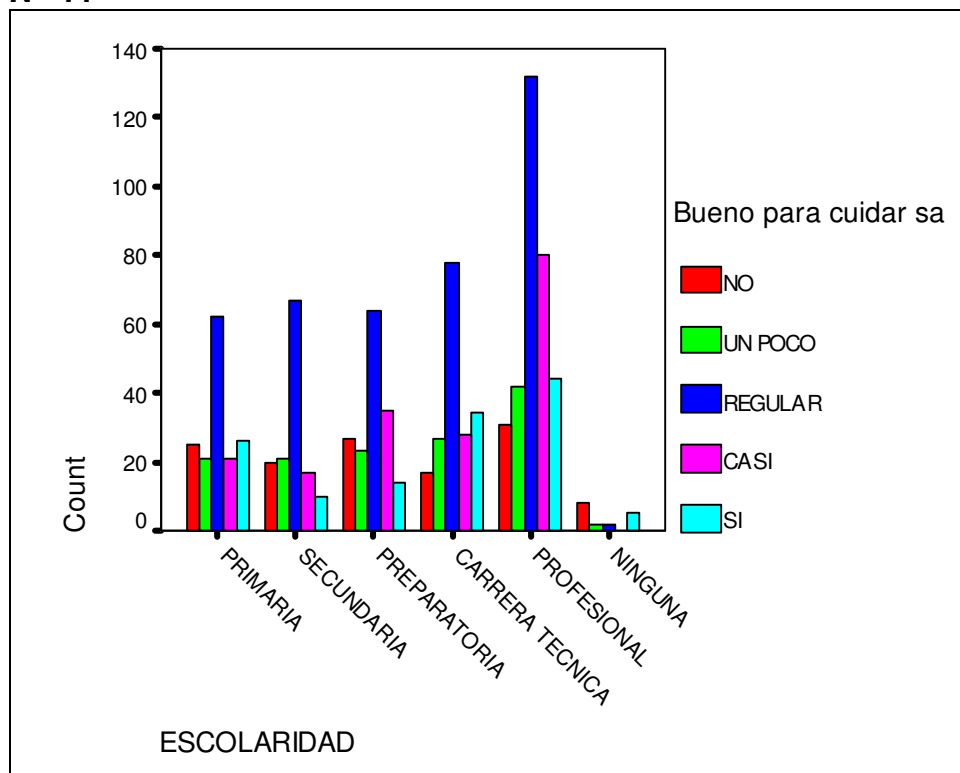
		BUENO	PARA	CUIDAR	SALUD		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	25	21	62	21	26	155
	SECUNDARIA	20	21	67	17	10	135
ESCOLARIDAD	PREPARATORIA	27	23	64	35	14	163
	CARRERA TECNICA	17	27	78	28	34	184
	PROFESIONAL	31	42	132	80	44	329
	NINGUNA	8	2	2		5	17
Total		128	136	405	181	133	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	60.535	20	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.241	.000
Interval by Interval	Pearson's R	.077	.015
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.083	.009
N of Valid Cases		983	

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, "Escolaridad" y el reactivo, "Soy bueno para cuidar mi salud"

Figura N° 11



Nota: Muestra que tan bueno se es, para cuidar su salud, con respecto de la escolaridad.

Escolaridad / Soy muy capaz para cuidar mi salud.

Al determinar la relación entre la escolaridad y la capacidad para cuidar la salud, se encontró una sig.=.000, lo que nos indica que ambas variables se relacionan estadísticamente.

Se mantiene el número mayor en la respuesta “regular” con 325 personas, que representa 33.06% de la población total (983) y 114 de ellos en la categoría de profesionistas que representa el 11.59%. (Ver tabla y figura N° 12).

Tabla N° 12

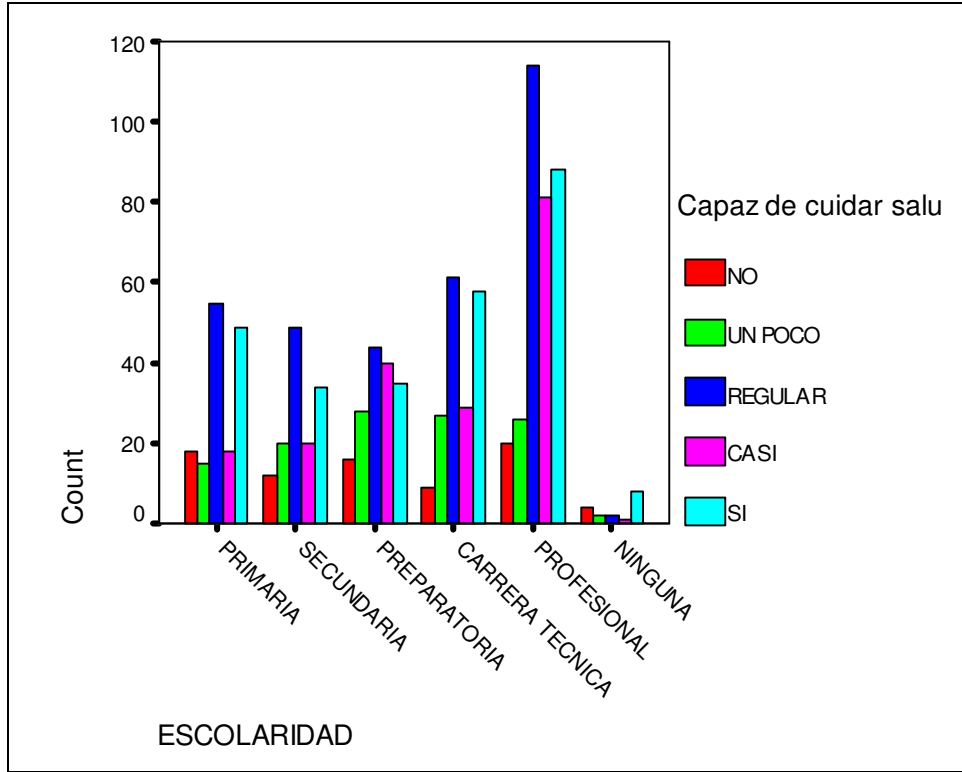
		CAPAZ	DE	CUIDAR	SALUD		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	18	15	55	18	49	155
	SECUNDARIA	12	20	49	20	34	135
ESCOLARIDAD	PREPARATORIA	16	28	44	40	35	163
	CARRERA TECNICA	9	27	61	29	58	184
	PROFESIONAL	20	26	114	81	88	329
	NINGUNA	4	2	2	1	8	17
Total		79	118	325	189	272	983

	Valor	df	Sig .
Pearson Chi-Square	51.136	20	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.222	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	.066	.037
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.067	.035
N of Valid Cases		983	

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, "Escolaridad" y el reactivo, "Soy muy capaz para cuidar mi salud"

Figura Nº 12



Nota: Muestra que tan capaz se es, para cuidar su salud, con respecto de la escolaridad.

Escolaridad / Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades.

Al aplicar la prueba ji cuadrada, para determinar la relación entre escolaridad y tener los conocimientos adecuados para atender las enfermedades, nos arroja una sig.=.000, lo cual nos dice que estos datos si se relacionan.

Es reiterada la respuesta “regular” por la que se inclina la mayoría de la población (294) que es el 29.9% del total, encontrando el número más alto dentro de esta respuesta la categoría de profesional (110) el cual representa el 37.41% dentro de esta respuesta, y el menor número en la categoría de secundaria con 32 personas que representa el 10.88%. (Ver tabla y figura N° 13).

Tabla N° 13

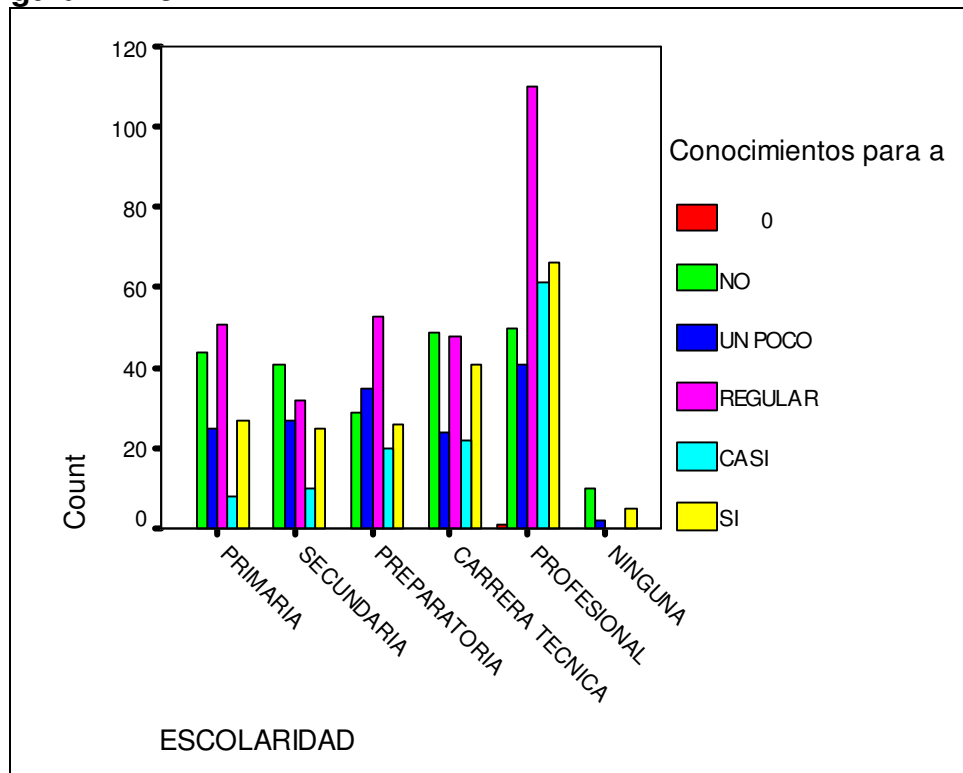
		CONOCIMIENTOS	PARA	ATENDER ENFER				Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA		44	25	51	8	27	155
	SECUNDARIA		41	27	32	10	25	135
ESCO LA RIDAD	PREPARA TORIA		29	35	53	20	26	163
	CARRERA TECNICA		49	24	48	22	41	184
	PROFESIONA L	1	50	41	110	61	66	329
	NINGUNA		10	2			5	17
Total		1	223	154	294	121	190	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	71.501	25	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.260	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	.117	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.124	.000
N of Valid Cases		983	

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, "Escolaridad" y el reactivo, "Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades"

Figura Nº 13



Nota: Muestra la escolaridad y tener los conocimientos adecuados para atender las enfermedades.

Sexo / Autoeficiencia.

En la variable “sexo” correlacionada con cada uno de los reactivos de autoeficiencia (Ver anexos), los resultados son:

Sexo /Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “sexo” y “cuento con los conocimientos para cuidar mi salud”, arroja una sig.=036, lo cual indica que existe relación estadística entre estas variables. (Ver tabla y figura N° 14).

Como podemos ver en la respuesta “regular” se ve favorecida con la mayoría en ambos géneros. Si bien el mayor número en respuesta “regular” corresponde a las mujeres, según muestra la tabla N° 14, 150 corresponde a un 27.67% del total de la población femenina (542), mientras que los 125 hombres representa el 28.34% de la población total de hombres (441), esto es que la mayoría de los hombres se inclinó por esta respuesta (regular).

Tabla N° 14

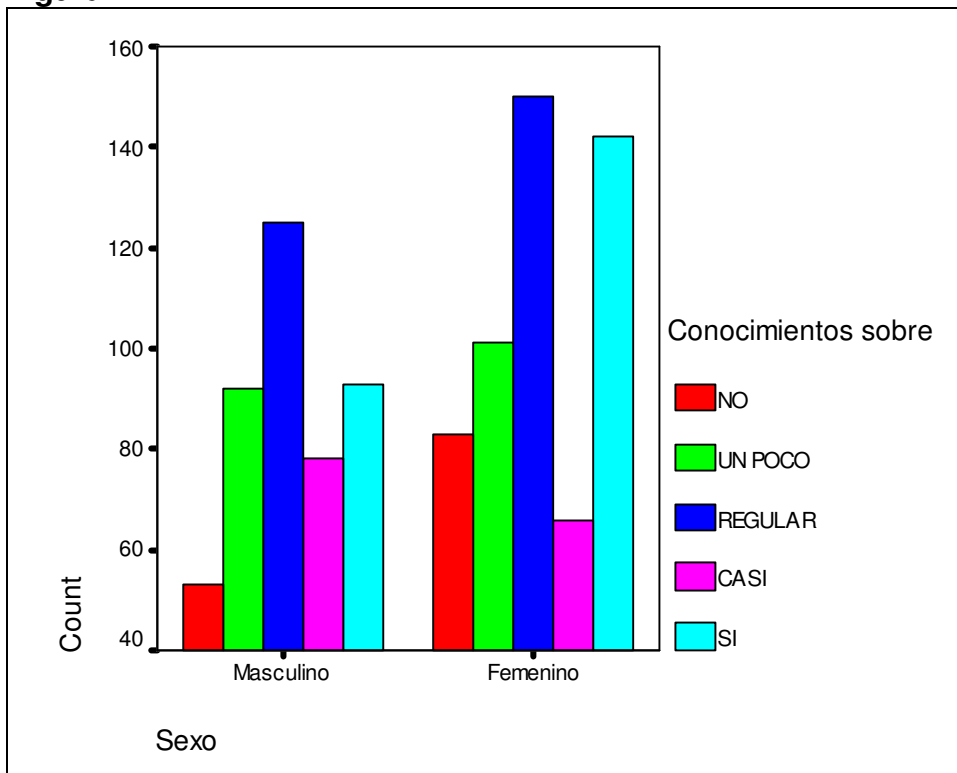
		CONOCI MIENTOS	PARA	CUIDAR	LA	SALUD	Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	53	92	125	78	93	441
	Femenino	83	101	150	66	142	542
Total		136	193	275	144	235	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	10.258	4	.036

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.102	.036
Interval by Interval	Pearson' s R	.001	.968
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.002	.958
N of Valid Cases		983	

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, "sexo" y el reactivo, "cuento con los conocimientos para cuidar mi salud"

Figura Nº 14



Muestra el género aplicado al reactivo “cuento con los conocimientos para cuidar mi salud”

Sexo / Soy muy bueno para cuidar mi salud.

En lo que se refiere a la correlación aplicada a la variable “sexo” y “soy muy bueno para cuidar mi salud”, la prueba ji cuadrada, arroja una sig.=.081, lo que indica que estas variables no se relacionan estadísticamente. No tiene que ver el género con ser bueno para cuidar la salud. (Ver tabla y figura N° 15).

Tabla N° 15

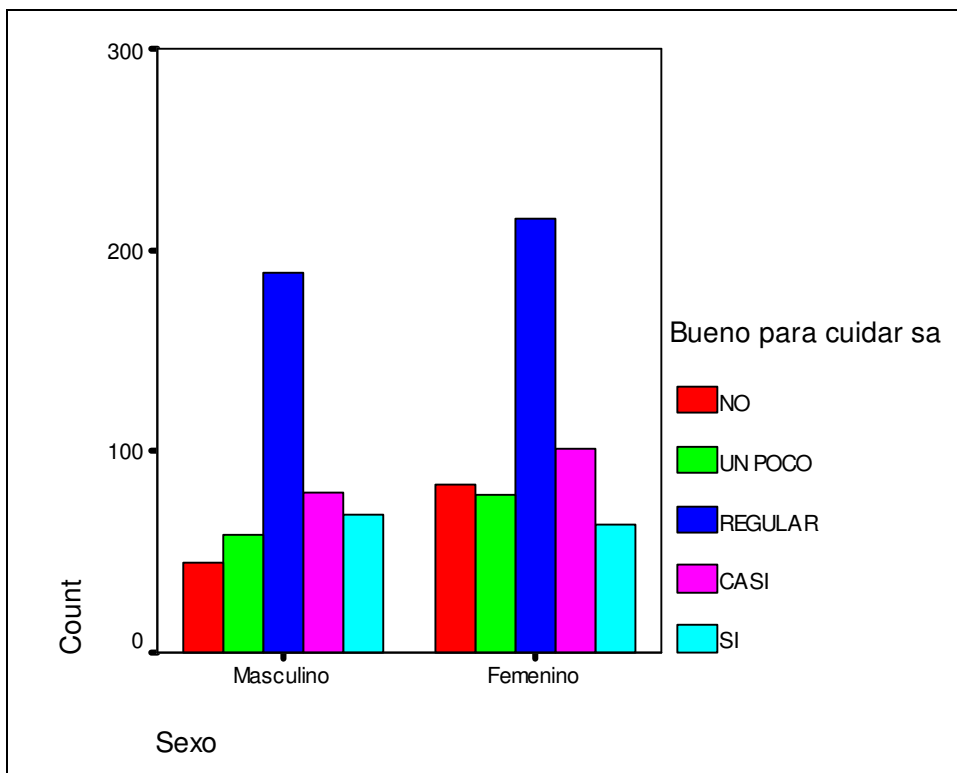
		BUENO	PARA	CUIDAR	SALUD		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	45	59	189	79	69	441
	Femenino	83	78	216	101	64	542
Total		128	137	405	180	133	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	8.303	4	.081

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.092	.081

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, “sexo” y el reactivo, “soy muy bueno para cuidar mi salud”

Figura Nº 15



Nota: Muestra el género, aplicado al reactivo "soy muy bueno para cuidar mi salud"

Sexo / Soy muy capaz para cuidar mi salud.

La correlación aplicada a las variables "sexo" y "soy muy capaz para cuidar mi salud", indican una sig.=.410, lo que nos dice que no existe relación estadística entre estos datos. No tiene que ver el género con la capacidad para cuidar su salud. (Ver tabla y figura N° 15).

Tabla N° 15

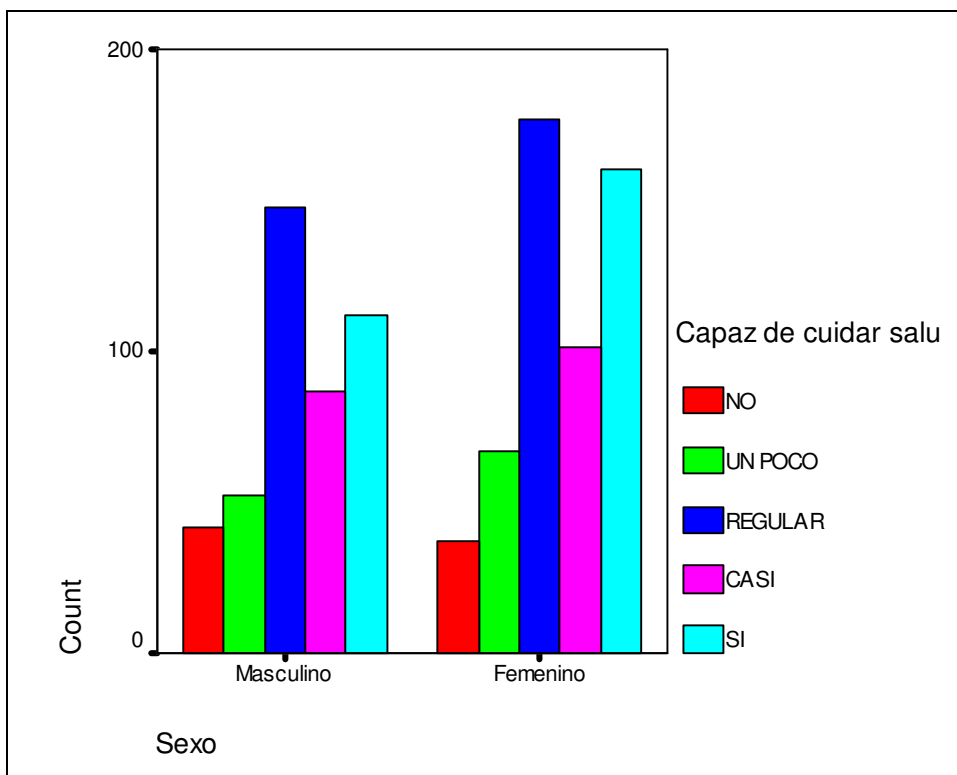
		CAPAZ	DE	CUIDAR	SALUD		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	42	52	148	87	112	441
	Femenino	37	67	177	101	160	542
Total		79	119	325	188	272	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	3.973	4	.410

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.063	.410

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, "sexo" y el reactivo, "soy muy capaz para cuidar mi salud".

Figura Nº 15



Nota: Muestra el género aplicado al reactivo "soy muy capaz para cuidar mi salud".

Sexo / Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades.

En lo referente al género correlacionado con “tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades”, la prueba ji cuadrada, aplicada a estas variables, arrojan una sig.=.069. Dicho resultado nos indica que no existe relación entre los datos. (Ver tabla y figura N° 16).

Tabla N° 16

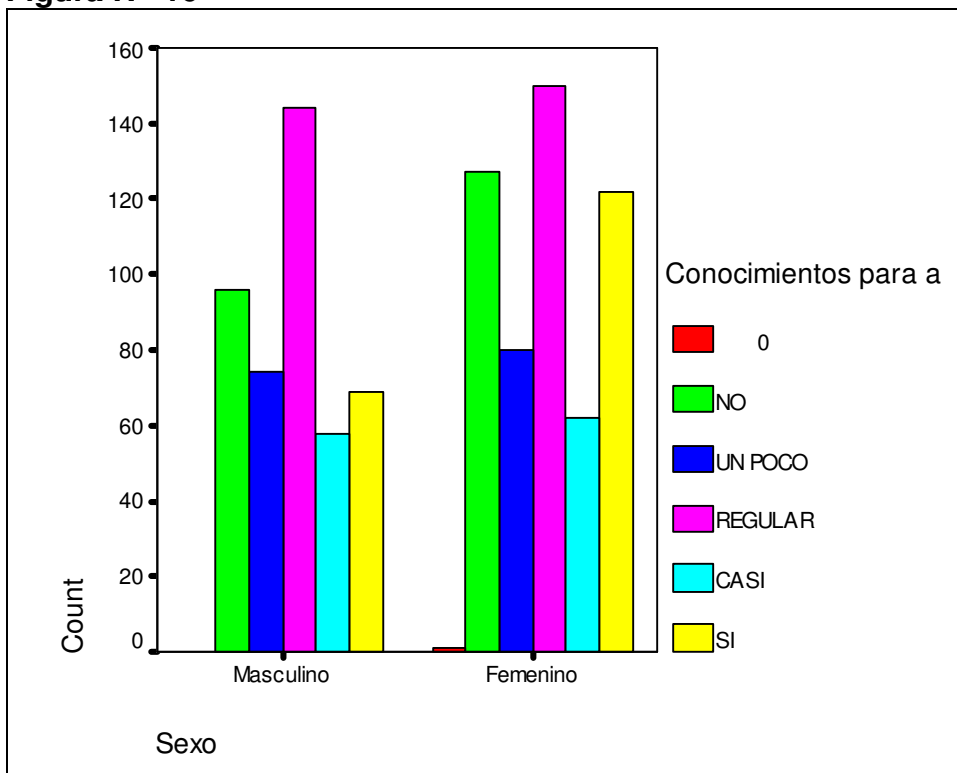
		CONOCI MIENTOS	PARA	ATENDER	ENFER MEDAD			Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino		96	74	144	58	69	441
	Femenino	1	127	80	150	62	122	542
Total		1	223	154	294	120	191	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	10.236	5	.069

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.102	.069
Interval by Interval	Pearson' s R	.036	.259
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.032	.310
N of Valid Cases		983	

Nota: la tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba ji cuadrada aplicada a la variable, "sexo" y el reactivo, "tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades"

Figura Nº 16



La figura muestra la relación entre el género y contar con los conocimientos para atender las enfermedades.

Escolaridad / Vigilancia de salud

En la variable “escolaridad” correlacionada con cada uno de los reactivos de Vigilancia de salud (Ver anexos), los resultados son:

Escolaridad / Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo.

Al establecer la relación entre “escolaridad” y “atiendo al rendimiento de mi cuerpo”, la prueba ji cuadrada aplicada a éstos, nos da como resultado una sig.=.324, lo cual indica que no existe relación entre la escolaridad y atender el rendimiento del cuerpo. (Ver tabla N° 17).

346 personas respondieron “regular” a la pregunta atender rendimiento del cuerpo, de los cuales 121 son profesionistas, encontrándose en esta categoría el número más alto.

La respuesta “regular” tuvo la preferencia en la mayoría de las categorías escolares. 217 personas contestaron atender rendimiento del cuerpo “un poco” de los cuales 70 son profesionistas. Estos son los datos más sobresalientes (Para ver todas las categorías ver tabla y Figura N° 17).

Tabla N° 17

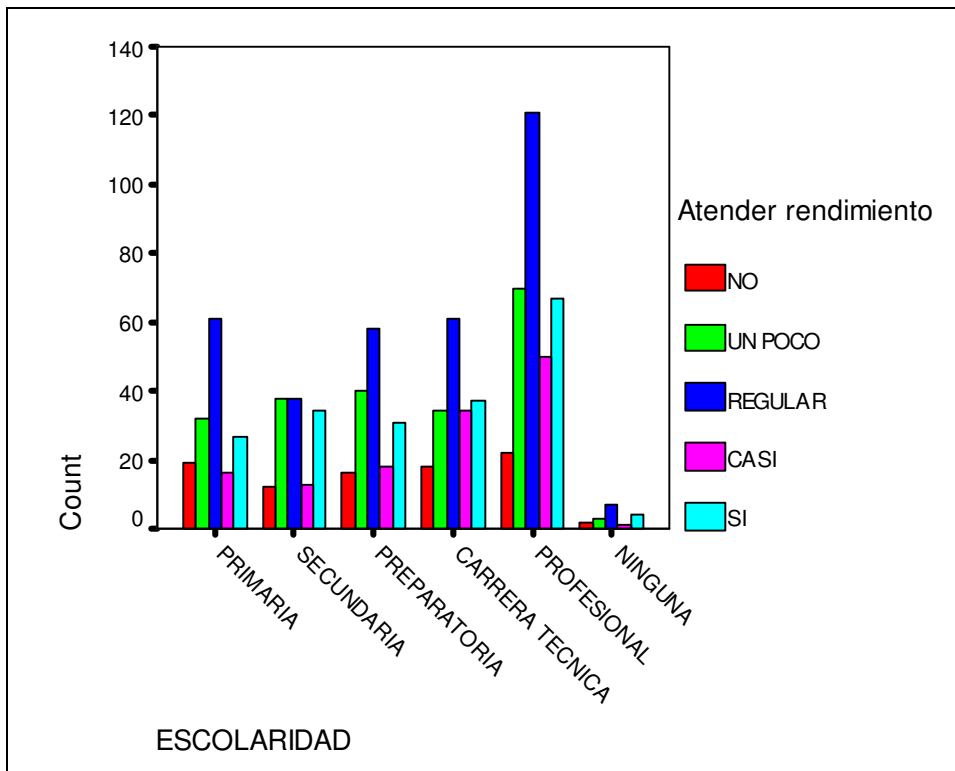
		ATENDER	RENDIMIENTO DE CUERPO				Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	19	32	61	16	27	155
	SECUNDARIA	12	38	38	13	34	135
ESCOLARIDAD	PREPARATORIA	16	40	58	18	31	163
	CARRERA TECNICA	18	34	61	34	37	184
	PROFESIONAL	22	70	121	50	67	330
	NINGUNA	2	3	7	1	4	17
Total		89	217	346	132	200	984

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	22.304	20	.324

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.149	.324
Interval by Interval	Pearson' s R	.057	.076
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.058	.067
N of Valid Cases		984	

Nota: Muestra los resultados obtenidos en la ji cuadrada aplicada a “escolaridad” y “atiendo al rendimiento de mi cuerpo”,

Figura Nº 17



Nota: Muestra la frecuencia entre escolaridad y atender el rendimiento del cuerpo

Escolaridad / Atiendo y cuido mi salud.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “escolaridad y “atiendo y cuido mi salud” la sig. =.000, lo que nos dice que sí existe relación entre la escolaridad y atender y cuidar la salud. (Ver tabla N° 18).

324 personas respondieron atender y cuidar la salud de una forma “regular”, manteniendo en la categoría de profesionistas el mayor numero (123), seguido de preparatoria (56), secundaria (50), primaria (49) y carrera técnica (41).

290 personas contestaron “sí” atender y cuidar su salud, de estos 81 son profesionistas, 59 con carrera técnica, 55 son de primaria, 46 de preparatoria y 43 de secundaria. Se encontró que el mismo número de personas respondieron atender y cuidar su salud “un poco” 160 y “casi” 160 (Ver datos completos en tabla y figura N° 18).

Tabla N° 18

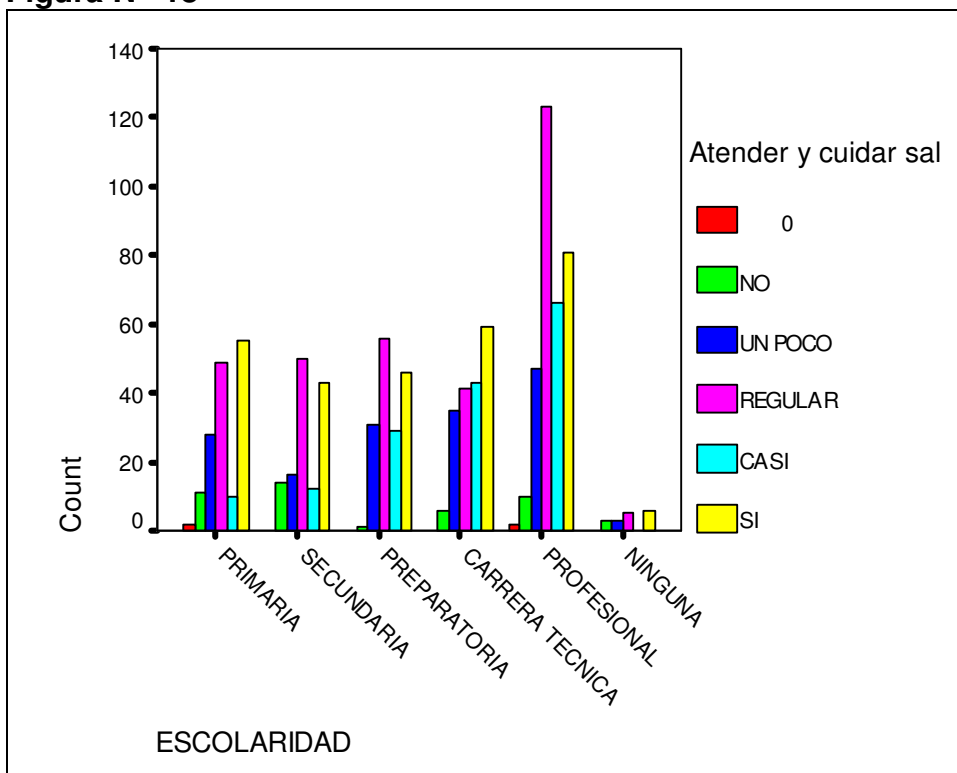
		ATENDER Y CUIDAR SALUD						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	2	11	28	49	10	55	155
ESCOLA	SECUNDARIA		14	16	50	12	43	135
RIDAD	PREPARATORIA		1	31	56	29	46	163
	CARRERA TECNICA		6	35	41	43	59	184
	PROFESIONAL	2	10	47	123	66	81	329
	NINGUNA		3	3	5		6	17
Total		4	45	160	324	160	290	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	76.093	25	.000

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.268	.000

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a las variables “escolaridad y “atiendo y cuido mi salud”.

Figura N° 18



La figura representa la frecuencia entre escolaridad y atender y cuidar la salud.

Escolaridad / Estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo

Respecto a la variable “escolaridad” y el reactivo “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo” la prueba aplicada, nos dio como resultado una sig.=.000 lo que indica que en estas variables sí existe correlación, si tiene que ver la escolaridad con estar pendiente de las reacciones del cuerpo. (Ver tabla N° 19). 509 personas contestaron “sí” estar pendientes de las reacciones de su cuerpo, mas del 50% de la población total (983), 509 de los cuales 166 son profesionistas, 101 tienen una carrera técnica, 81 son de preparatoria, 76 de primaria y 74 de secundaria.

La que le siguió en número de respuestas fue “regular” con 191, de los cuales 61 son profesionistas, 35 de carrera técnica, 32 de preparatoria, 31 de primaria y 28 de secundaria. En la respuesta “casi” con 152 frecuencias, la mayoría son profesionistas (72). (Ver tabla y figura N° 19).

Tabla N° 19

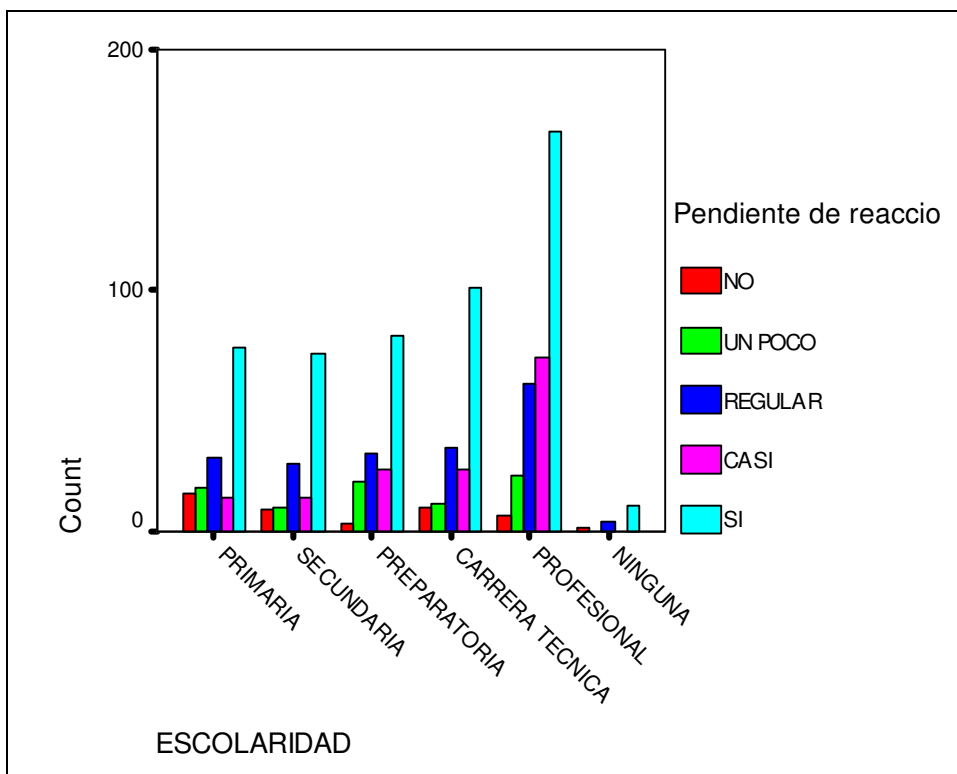
		PENDIENTE	DE	REACCIO NES	DEL	CUERPO	Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	16	18	31	14	76	155
	SECUNDARIA	9	10	28	14	74	135
ESCO LA RIDAD	PREPARA TORIA	3	21	32	26	81	163
	CARRERA TECNICA	10	12	35	26	101	184
	PROFESIONAL	7	23	61	72	166	329
	NINGUNA	2		4		11	17
Total		47	84	191	152	509	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	49.517	20	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.219	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	.093	.004

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a las variables “escolaridad” y “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo”

Figura Nº 19



Nota: Muestra la frecuencia entre “escolaridad” y el reactivo “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo”

Escolaridad / Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud.

Para encontrar la correlación entre “escolaridad” y “soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud”, se aplicó la prueba ji cuadrada dando como resultado una sig.=.000, lo que nos dice que sí existe una relación entre la escolaridad y el anticipar problemas de salud. En esta correlación 294 personas dijeron “no” anticipar problemas de salud, encontrándose el mayor número de respuestas en los profesionistas (81), seguidos por los de primaria con 58, carrera técnica 56, preparatoria 48 y secundaria 41.

Según el número de respuestas otorgadas a anticipar los problemas de salud, “un poco” 191 personas prefirieron esta respuesta de los que 56 son profesionistas, 44 de preparatoria, 35 de carrera técnica, 30 de primaria y 24 de secundaria. (Ver tabla y figura N° 20).

Tabla N° 20

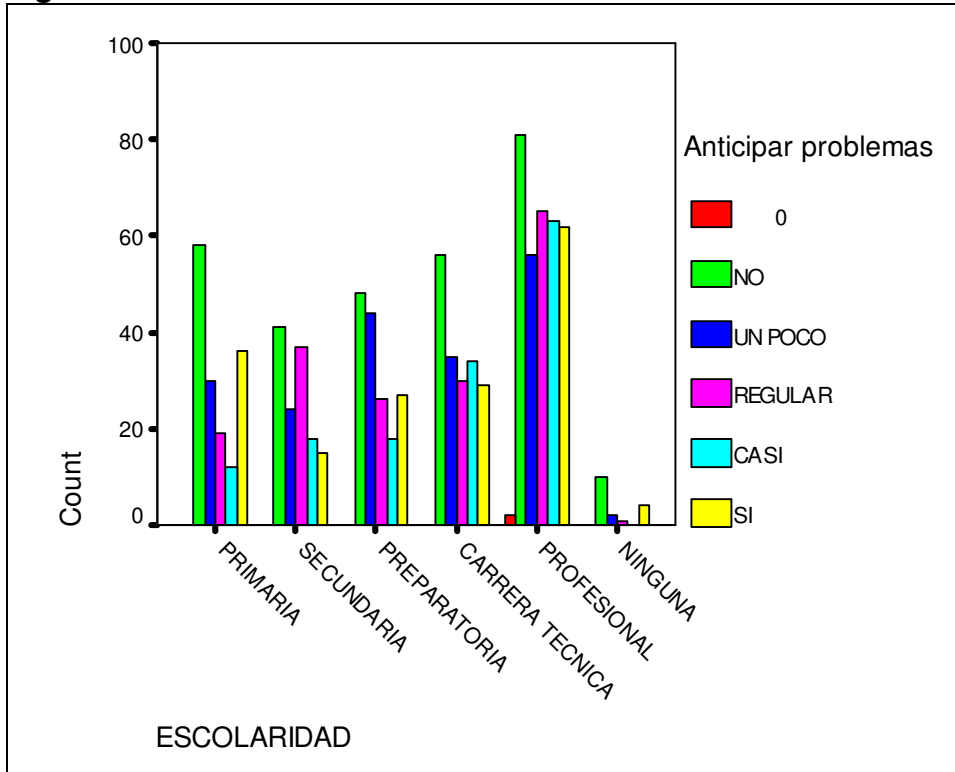
		ANTICIPAR PROBLEMAS EN LA SALUD						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA		58	30	19	12	36	155
	SECUNDARIA		41	24	37	18	15	135
ESCOLARIDAD	PREPARATORIA		48	44	26	18	27	163
	CARRERA TECNICA		56	35	30	34	29	184
	PROFESIONAL	2	81	56	65	63	62	329
	NINGUNA		10	2	1		4	17
Total		2	294	191	178	145	173	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	55.811	25	.000

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.232	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	.067	.036
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.072	.024
N of Valid Cases		983	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “escolaridad” y “soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud”

Figura N° 20



La figura muestra la relación entre "escolaridad" y "soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud".

Escolaridad / Tengo objetivos para conservar mi salud.

Para encontrar la correlación entre la escolaridad y los objetivos para cuidar la salud, se hizo la prueba ji cuadrada, encontrando una sig.=.001 que reporta que sí existe relación entre la escolaridad y los objetivos para cuidar la salud.

534 personas respondieron que “sí” tienen objetivos para cuidar la salud, de los cuales 156 son profesionistas, 116 tienen carrera técnica, 86 son de primaria, 83 de preparatoria y 82 de secundaria. 145 consideran prestar atención “regular” en los objetivos para cuidar la salud y otra vez el mayor número de estos, pertenece a los profesionistas con 60, 30 son de primaria 22 de carrera técnica, 19 de preparatoria y 14 de secundaria. Estos son los resultados mas altos, no por ello los mas importantes, completos se concentran en la tabla y figura N° 21.

Tabla N° 21

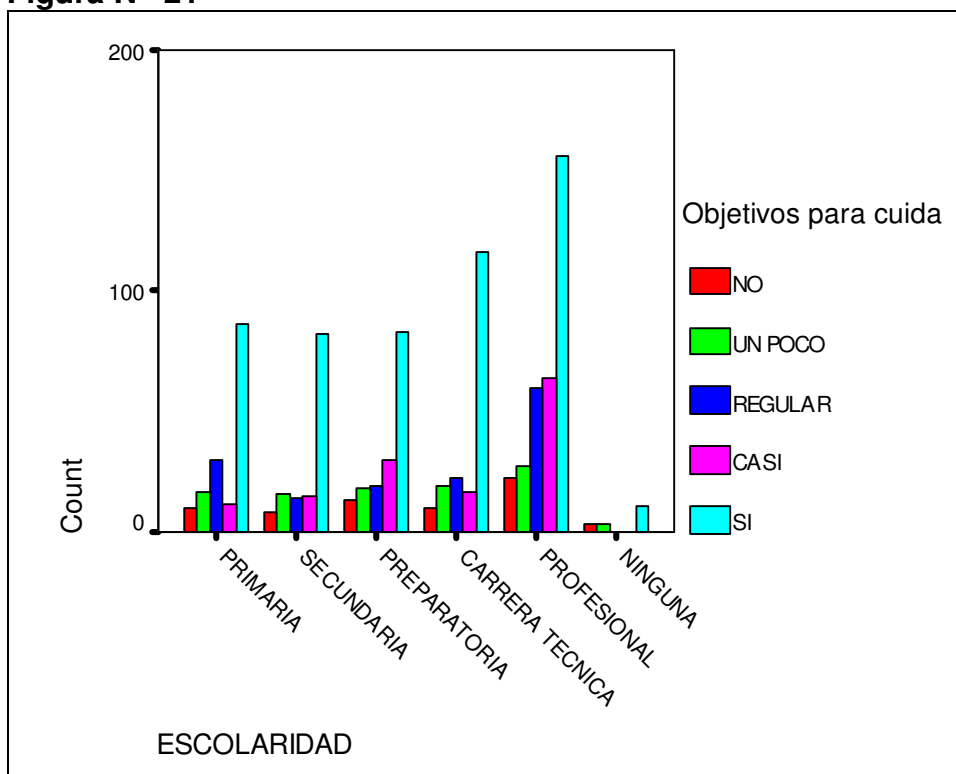
		OBJETIVOS PARA CUIDAR SALUD					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	10	17	30	12	86	155
	SECUNDARIA	8	16	14	15	82	135
ESCOLARIDAD	PREPARATORIA	13	18	19	30	83	163
	CARRERA TECNICA	10	19	22	17	116	184
	PROFESIONAL	22	27	60	64	156	329
	NINGUNA	3	3			11	17
Total		66	100	145	138	534	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	44.918	20	.001

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.209	.001

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “escolaridad” y “tengo objetivos para conservar mi salud”

Figura Nº 21



La figura muestra la relación entre escolaridad y tener objetivos para conservar la salud.

Sexo / Vigilancia de Salud.

Para la variable “sexo” correlacionada con cada uno de los reactivos de “Vigilancia de Salud” los resultados son:

Sexo / Atiendo mucho el rendimiento de mi cuerpo.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a los datos “sexo” y “atiendo mucho el rendimiento de mi cuerpo” dio como resultado una sig.=.095 que nos dice que no existe relación estadística entre estas variables. (Ver tabla y figura N° 22).

Tabla N° 22

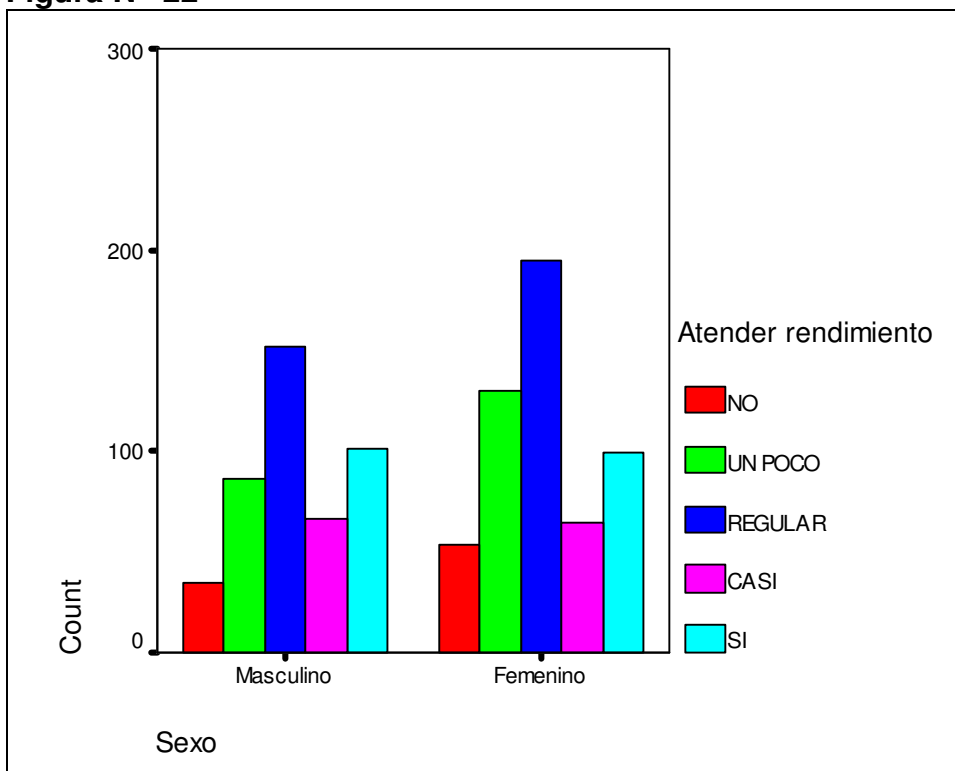
ATENDER RENDIMIENTO DEL CUERPO							Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	35	86	152	67	101	441
	Femenino	54	130	195	65	99	543
Total		89	216	347	132	200	984

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	7.910	4	.095

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.089	.095
Interval by Interval	Pearson' s R	-.085	.008
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.087	.006
N of Valid Cases		984	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “sexo” y “atiendo mucho el rendimiento de mi cuerpo”.

Figura Nº 22



La figura muestra la relación entre el género y la atención al rendimiento del cuerpo.

Sexo / Atiendo y cuido mi salud.

La prueba ji cuadrada aplicada a las variables “sexo” y “Atiendo y cuido mi salud”, el resultado fue una sig.=.022, lo cual indica que existe relación estadística entre las variables. Si tiene que ver el genero, con como atiende y cuida la salud.

En este caso la respuesta “regular” es mas frecuente (323) de los cuales 150 son hombres y 173 son mujeres. La segunda respuesta es “si”, 290 de los cuales 137 son hombres y 153 son mujeres, encontrándose por último la respuesta “No” (45) que en porcentaje es mínimo un 4.5% de los cuales 14 son hombres y 31 mujeres (Ver tabla y figura N° 23).

Tabla N° 23

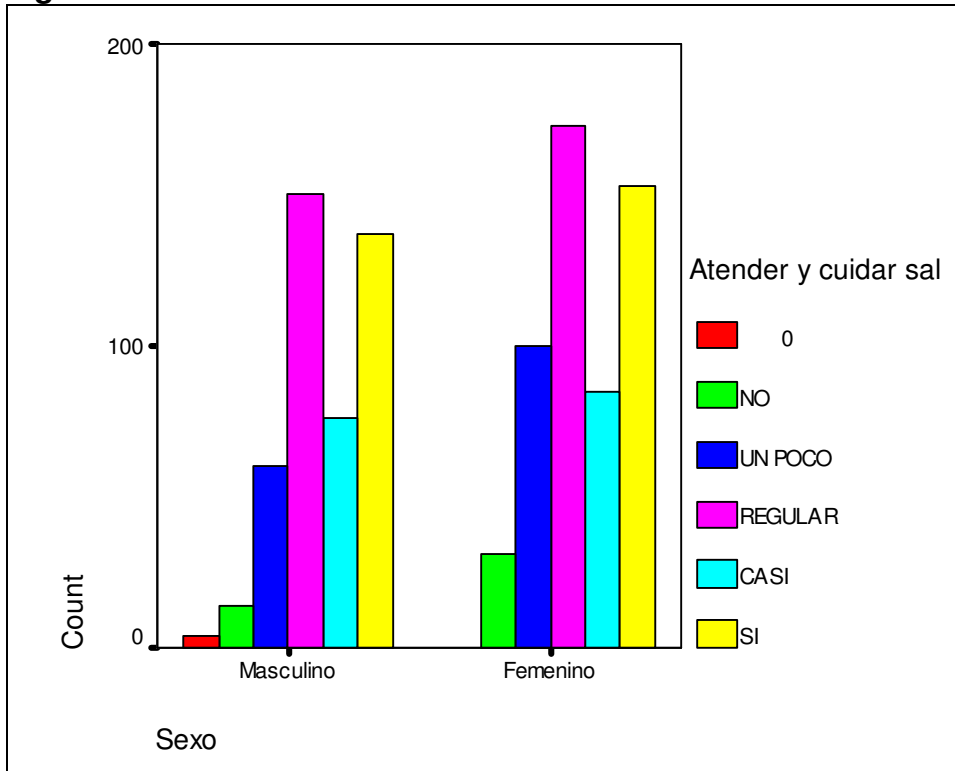
		ATENDER Y CUIDAR SALUD						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	4	14	60	150	76	137	441
	Femenino		31	100	173	85	153	542
Total		4	45	160	323	161	290	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	13.208	5	.022

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.115	.022

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “sexo” y “Atiendo y cuido mi salud”.

Figura Nº 23



La figura muestra la relación entre el genero y atender y cuidar la salud.

Sexo / Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo.

Al correlacionar las variables “sexo” y “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo” con la prueba ji cuadrada, se encontró una sig.=.890, que indica que no existe relación estadística entre las variables mencionadas. Lo cual nos dice que el género no tiene que ver con el estar pendiente de las reacciones del cuerpo.

Las respuestas son muy parejas en ambos sexos y en este caso la frecuencia alta se encuentra en la respuesta “si” con 509 de los cuales 230 son hombres y 279 son mujeres. (Ver tabla y figura N° 24).

Tabla N° 24

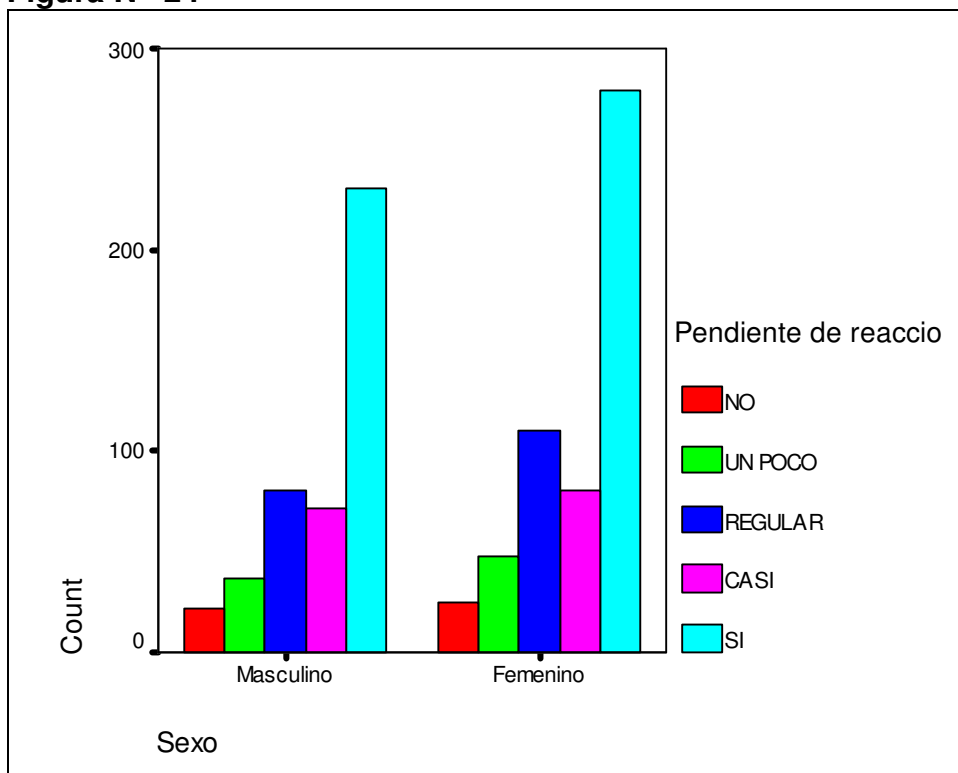
		PEN DIENTE	DE LAS	REACCION ESS	DEL CUERPO	Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI
Sexo	Masculino	22	37	80	72	230
	Femenino	25	48	110	80	279
Total		47	85	190	152	509

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	1.124	4	.890
Likelihood Ratio	1.126	4	.890
Linear-by-Linear Association	.114	1	.736
N of Valid Cases	983		

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.034	.890
Interval by Interval	Pearson' s R	-.011	.736
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.011	.723
N of Valid Cases		983	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “sexo” y “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo”

Figura N° 24



La figura muestra la relación entre el genero y estar pendiente de las reacciones del cuerpo

Sexo / Soy Capaz de anticipar futuros problemas en mi salud.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “sexo” y “soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud, arrojó una sig.=.003, que nos dice que existe relación estadística entre estas variables.

Encontramos que la respuesta “no” a la pregunta “anticipa problemas de salud” registra la mayoría de respuestas de la población (295) que significa un 30% del total de la población de los cuales 107 son hombres y 188 son mujeres que de ese 30% representan el 36.27% y 63.73% de mujeres. En segundo lugar las respuestas se dieron en “un poco” con un número de 190 que es un 19.32% de la población total de los cuales 100 son hombres y 90 mujeres con el 52.63% y 47.37%. Se puede ver la respuesta “regular” en un tercer lugar, con el mismo número de respuestas tanto de hombres (89), como de mujeres (89), (Ver figura y tabla N° 25).

Tabla N° 25

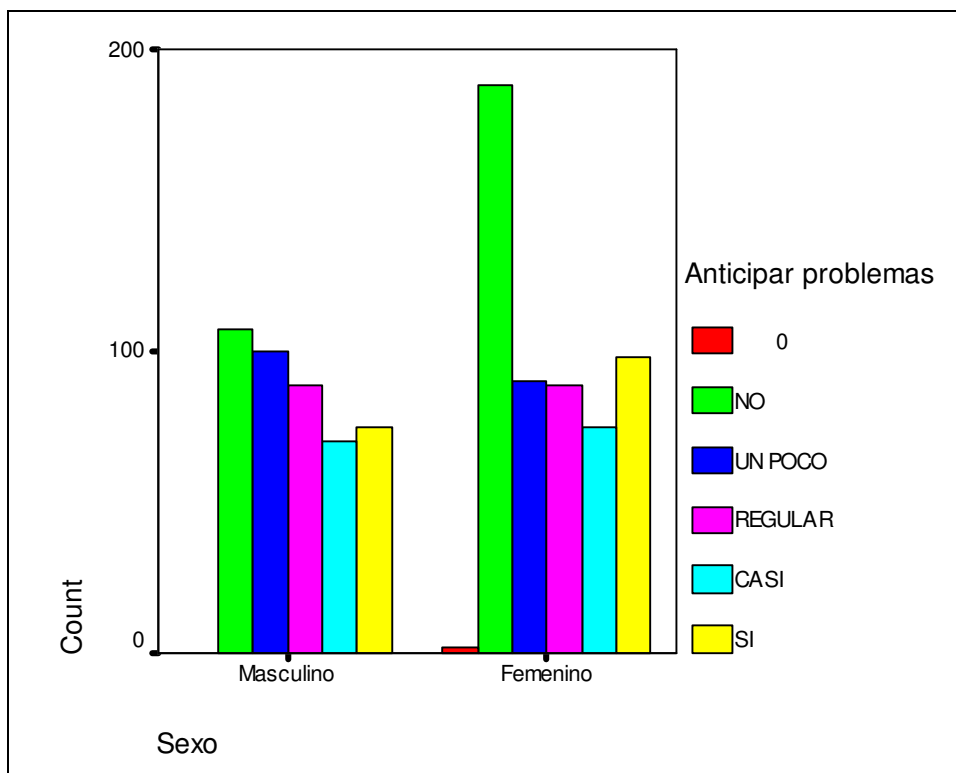
		ANTICIPA	PROB.	DE	SALUD			Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino		107	100	89	70	75	441
	Femenino	2	188	90	89	75	98	542
Total		2	295	190	178	145	173	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	17.808	5	.003

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.133	.003

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “sexo” y “soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud”

Figura Nº 25



La figura muestra la relación entre el genero y el reactivo “soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud”.

Sexo / Tengo objetivos para conservar mi salud.

Al establecer la relación entre “sexo” y “tengo objetivos para conservar mi salud, la prueba ji cuadrada nos da una sig.=.172, lo cual indica que no existe relación entre el género y los objetivos para conservar la salud. (Ver tabla y figura N° 26).

Tabla N° 26

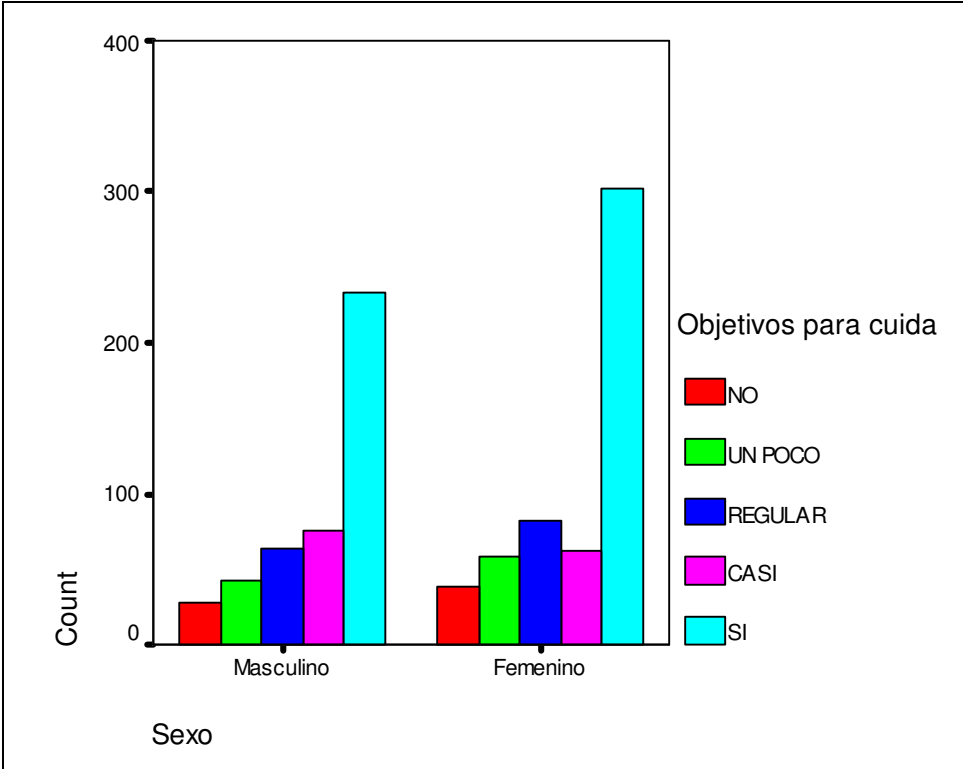
		OBJETIVOS	PARA	CUIDAR	SALUD		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	28	42	63	75	233	441
	Femenino	38	58	82	62	302	542
Total		66	100	145	137	535	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	6.387	4	.172

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.080	.172
Interval by Interval	Pearson' s R	-.009	.784
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.006	.852
N of Valid Cases		983	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “sexo” y “tengo objetivos para conservar mi salud”

Figura Nº 26



La figura muestra la relación entre el genero y tener objetivos para conservar la salud.

Tensión año pasado / Vigilancia de salud.

Para la variable “¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?” correlacionada con cada uno de los reactivos de “Vigilancia de Salud” (Ver anexos), los resultados son como sigue:

¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo? / Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo.

Para conocer la correlación entre “tensión año pasado” y “atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo”, se aplicó la prueba ji cuadrada, con un resultado de sig.=.023, lo que significa que si existe una relación estadística entre la tensión percibida el año pasado y atender el rendimiento del cuerpo. (Ver tabla N° 27).

Ahora bien la respuesta “regular” en ambas variables fue una constante. 345 personas respondieron “atender rendimiento de cuerpo” con una frecuencia “regular”; y 410 personas respondieron haber percibido tensión el año pasado con una frecuencia “regular. Seguida de “bastante” tensión el año pasado con un número de 231 personas.

La respuesta atender el rendimiento del cuerpo “un poco” fue elegida por 216 personas. (Ver tabla y figura N° 27).

Tabla N° 27

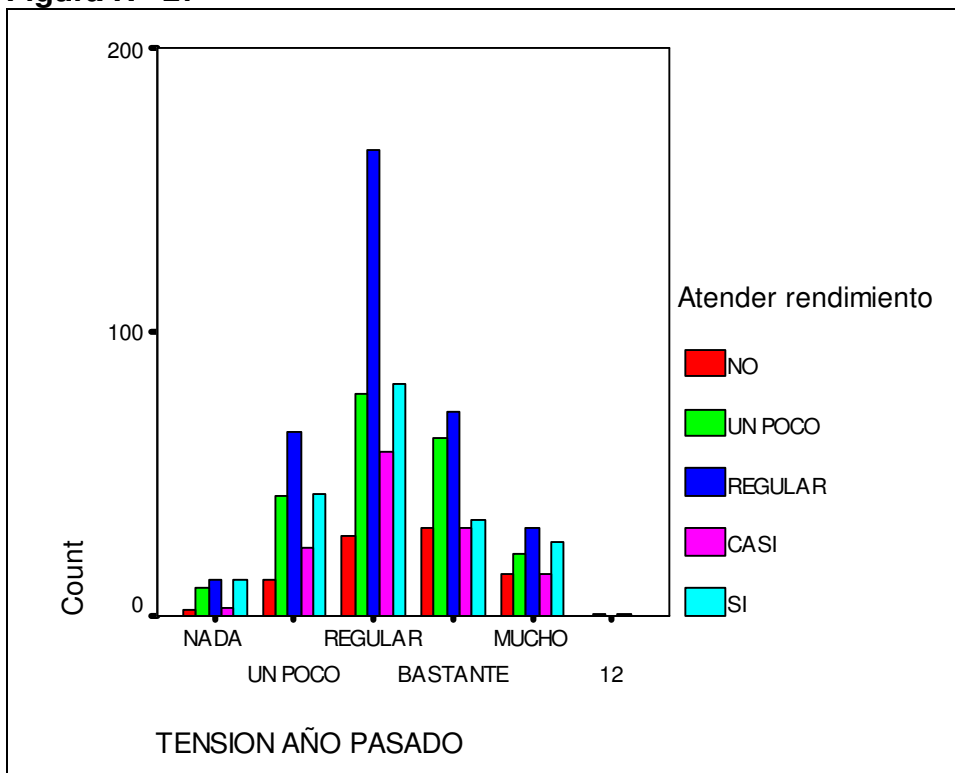
		ATENDER	RENDI MIENTO	DEL	CUERPO		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA	2	10	13	3	13	41
	UN POCO	13	42	65	24	43	187
AÑO	REGULAR	28	78	164	58	82	410
	BASTANTE	31	63	72	31	34	231
PASADO	MUCHO	15	22	31	15	26	109
	12		1		1		2
Total		89	216	345	132	198	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	34.513	20	.023

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.184	.023
Interval by Interval	Pearson' s R	-.073	.022
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.081	.011
N of Valid Cases		980	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?” y “Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo”.

Figura Nº 27



La figura muestra la relación entre el estrés o tensión percibida el año pasado y atender el rendimiento del cuerpo.

¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo? / Atiendo y cuido mi salud.

Para conocer si existe correlación entre las variables “El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo” y “Atiendo y cuido mi salud”, se aplicó la prueba ji cuadrada, dando como resultado una sig.=.000, que nos reporta que si existe relación estadística entre la tensión percibida y atender y cuidar la salud.

La tabla N° 28 nos muestra que la preferencia en la respuesta “regular” a la pregunta “que tanto estrés o tensión tuvo el año pasado es de 410 personas, correspondiendo la misma preferencia “regular” en la pregunta atiende y cuida mi salud de 324 personas. 231 personas, reconocen “bastante” tensión el año pasado y 288 personas manifiestan que “si” cuando se les pregunto si atiende y cuidan su salud. (Ver tabla y figura N° 28).

Tabla N° 28

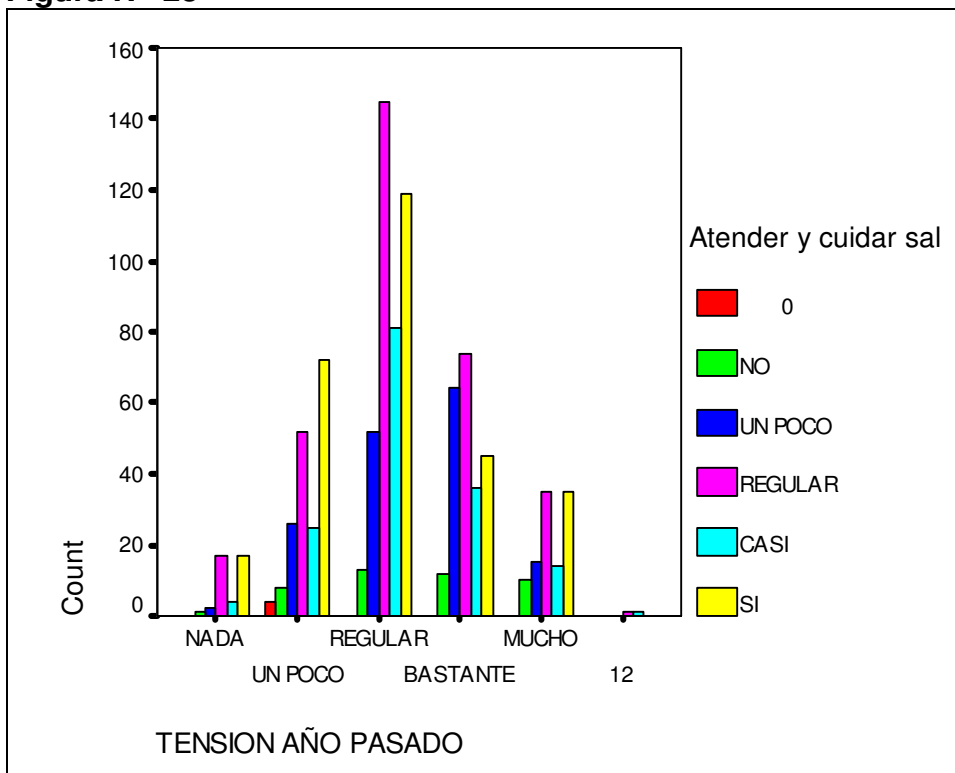
		ATENDER	Y	CUIDAR	SALUD			Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA		1	2	17	4	17	41
	UN POCO	4	8	26	52	25	72	187
AÑO	REGULAR		13	52	145	81	119	410
	BASTANTE		12	64	74	36	45	231
PASADO	MUCHO		10	15	35	14	35	109
	12				1	1		2
Total		4	44	159	324	161	288	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	77.725	25	.000
Likelihood Ratio	72.258	25	.000
Linear-by-Linear Association	10.720	1	.001
N of Valid Cases	980		

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.271	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	-.105	.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.128	.000
N of Valid Cases		980	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?” y “atender y cuidar la salud”.

Figura Nº 28



La figura muestra la relación entre el estrés o tensión percibida el año pasado y atender y cuidar la salud.

¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo? / Estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo.

La correlación entre las variables “El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo” y “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo” con la prueba ji cuadrada, nos da una sig.=.006, lo que indica que si existe una relación entre la tensión percibida el año pasado y el estar pendientes de las reacciones del cuerpo.

507 personas respondieron “si” estar pendientes de las reacciones de su cuerpo y al mismo tiempo reportan en mayor número (228 personas) una tensión “regular” el año pasado. 191 personas respondieron estar pendientes de las reacciones de su cuerpo con una frecuencia “regular” y dentro de esta misma 74 personas reportaron con una frecuencia “regular”, tensión el años pasado. (Ver tabla y figura N° 29).

Tabla N° 29

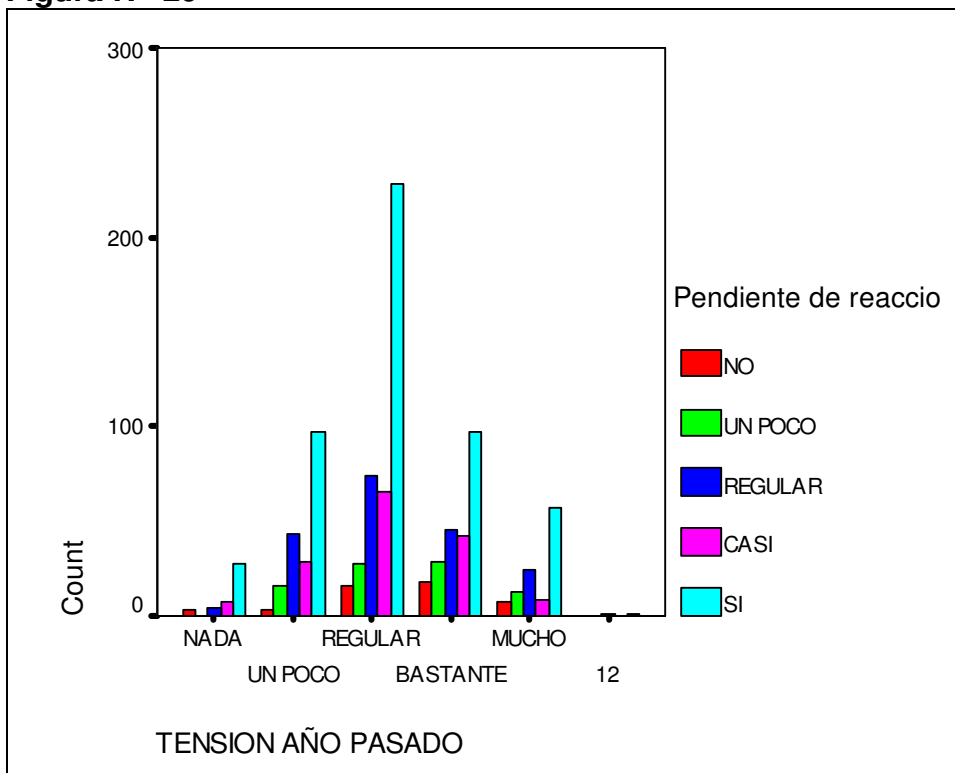
		PEN DIENTE	DE	REACCIO NES	DEL	CUERPO	Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA	3		4	7	27	41
	UN POCO	3	16	43	28	97	187
AÑO	REGULAR	16	27	74	65	228	410
	BASTANTE	18	29	45	42	97	231
PASADO	MUCHO	7	13	24	8	57	109
	12			1		1	2
Total		47	85	191	150	507	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	39.543	20	.006

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.197	.006
Interval by Interval	Pearson' s R	-.101	.002
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.099	.002
N of Valid Cases		980	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba chi cuadrada, aplicada a los datos “¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?” y estar pendientes de las reacciones del cuerpo.

Figura Nº 29



La figura muestra la relación entre el estrés o tensión percibida el año pasado y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo? / Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud.

Al correlacionar las variables El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo? / Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud, la prueba ji cuadrada reporta una sig.=.000 lo que significa que si existe una relación entre que tanto estrés o tensión se percibió el año pasado y el ser capaz de anticipar futuros problemas en la salud.

Los resultados nos muestran que 294 personas respondieron “no” ser capaces de anticipar problemas de salud, encontrando dentro de este número 121 personas que reportaron una “regular” tensión el año pasado. 410 personas respondieron “regular” tensión o estrés el año pasado. (Ver tabla y figura N° 30).

Tabla N° 30

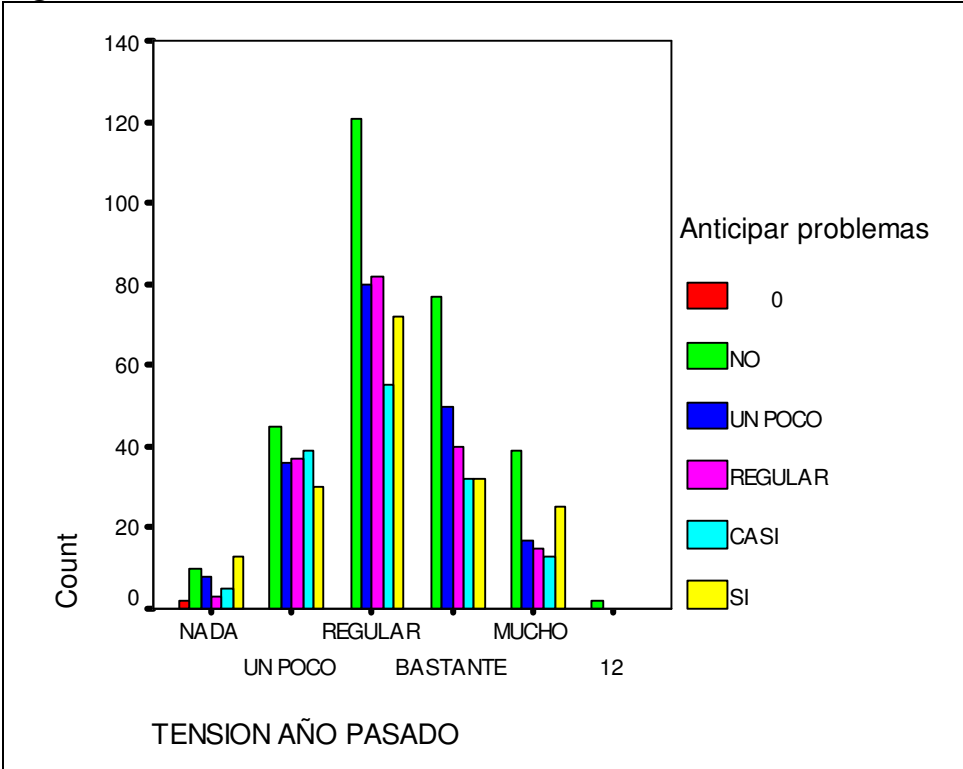
		ANTICI PAR	FUTU ROS	PRO BLEMAS	DE	SALUD		Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA	2	10	8	3	5	13	41
	UN POCO		45	36	37	39	30	187
AÑO	REGULAR		121	80	82	55	72	410
	BASTANTE		77	50	40	32	32	231
PASADO	MUCHO		39	17	15	13	25	109
	12		2					2
Total		2	294	191	177	144	172	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	76.235	25	.000
Likelihood Ratio	42.817	25	.015
Linear-by-Linear Association	5.339	1	.021
N of Valid Cases	980		

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.269	.000
Interval by Interval	Pearson' s R	-.074	.021
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.072	.025
N of Valid Cases		980	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?” y Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud.

Figura N° 30



La figura muestra la relación entre el estrés o tensión percibida el año pasado y anticipar problemas de salud.

¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo? / Tengo objetivos para conservar mi salud.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo” y “Tengo objetivos para conservar mi salud” resulto una sig.=.419 que indica que no existe relación estadística entre las variables. (Ver tabla y figura N° 31).

Tabla N° 31

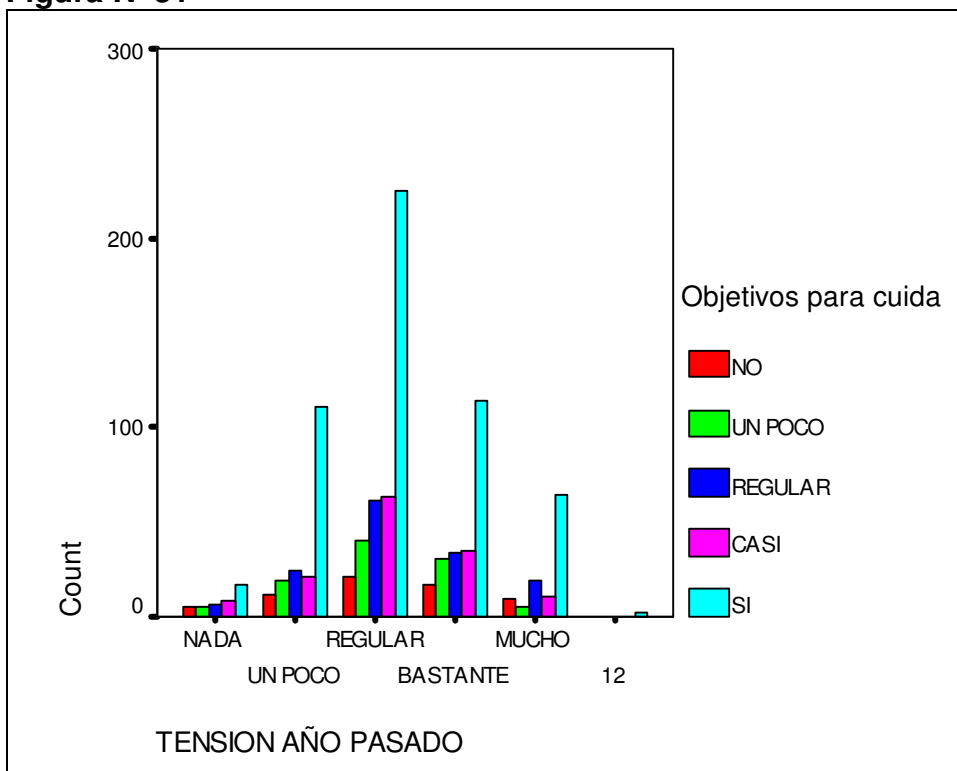
		OBJETIVOS	PARA	CUIDAR	SALUD		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
TENSION	NADA	5	5	6	8	17	41
	UN POCO	12	19	24	21	111	187
AÑO	REGULAR	21	40	61	63	225	410
	BASTANTE	17	31	34	35	114	231
PASADO	MUCHO	10	5	19	11	64	109
	12					2	2
Total		65	100	144	138	533	980

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	20.635	20	.419

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.144	.419
Interval by Interval	Pearson' s R	.008	.799
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.013	.676
N of Valid Cases		980	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “¿El año pasado, que tanto estrés o tensión tuvo?” y tener objetivos para conservar la salud.

Figura Nº 31



La figura muestra la relación entre el estrés o tensión percibida el año pasado y tener objetivos para conservar la salud

Sexo / Valores de Salud.

En la variable "sexo" y cada uno de los reactivos de valores de salud, los resultados son:

Sexo / Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida.

Para encontrar la correlación entre la variable "sexo" y el reactivo "es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida" se aplicó la prueba ji cuadrada a estos datos, encontrando una sig.=.194 lo que indica que no existe una relación estadística entre los datos confrontados. No tiene que ver ser hombre o mujer para saber que es importante tener buena salud para conseguir propósitos en la vida (ver tabla y figura N° 32).

Tabla N° 32

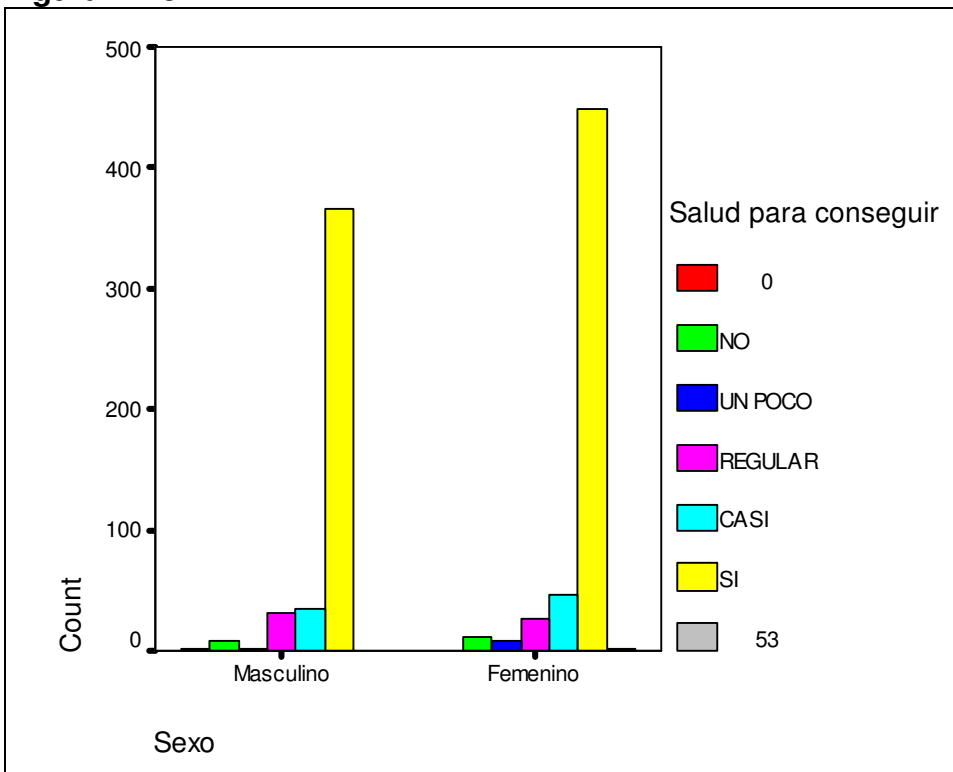
		SALUD	IMPOR	PARA	CONSE	PROPO			Total
		0	TANTE	UN POCO	GUIR	SITOS	SI	53	
Sexo	Masculino	1	8	1	31	34	366		441
	Femenino		12	8	26	46	449	1	542
Total		1	20	9	57	80	815	1	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	8.650	6	.194

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.093	.194
Interval by Interval	Pearson' s R	.024	.455
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.003	.934
N of Valid Cases		983	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos género y si es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida.

Figura Nº 32



La figura muestra la relación entre el género y el tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida.

Sexo / Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

Al establecer la relación entre las variables; “sexo” y “se requiere de buena salud para ser productivo y feliz”, la prueba ji cuadrada, aplicada a estos datos, nos da como resultado una sig.=.021 lo cual indica que si existe relación entre el género y considerar que es necesaria buena salud para ser productivo. La mayoría de las personas (hombres y mujeres) se inclinaron por la respuesta “sí” con un total de 723 de los cuales 331 son hombres y 392 son mujeres, que corresponde al 75.05% de la población total de hombres y 72.32% de la población total de mujeres. (Ver tabla y figura N° 33).

Tabla N° 33

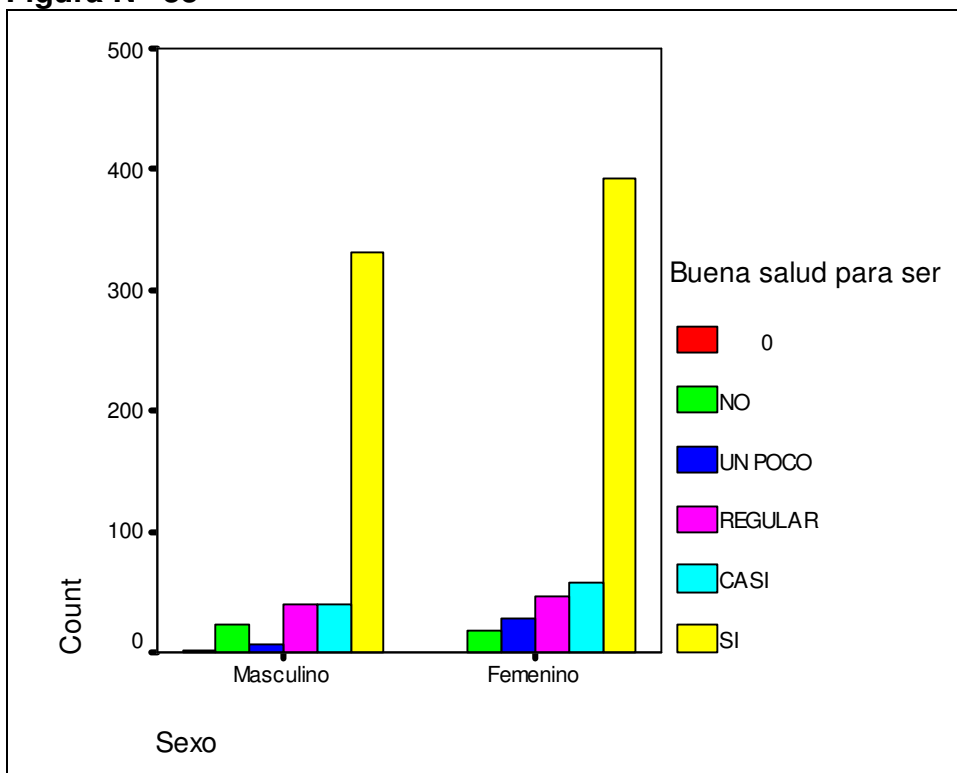
		BUEN A	SALUD	PARA	SER	PRODU CTIVO		Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	1	23	7	40	39	331	441
	Femenino		18	28	46	58	392	542
Total		1	41	35	86	97	723	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	13.259	5	.021

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.115	.021

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “género” y “se requiere de buena salud para ser productivo y feliz”

Figura Nº 33



La figura muestra la relación entre el género y considerar que se requiere buena salud para conseguir propósitos.

Sexo / Tener buena salud es importante para una vida feliz

En lo que se refiere a género relacionado con el reactivo “tener buena salud es importante para una vida feliz”, la prueba ji cuadrada aplicada a estos datos, arrojan una sig.=.030 dicho resultado nos indica que si existe una relación significativa entre las variables (Ver tabla N° 34). Al observar la figura nos percatamos de que no se nota diferencia entre las respuestas masculinas o femeninas, guardan una misma referencia. (Ver figura N° 34).

Tabla N° 34

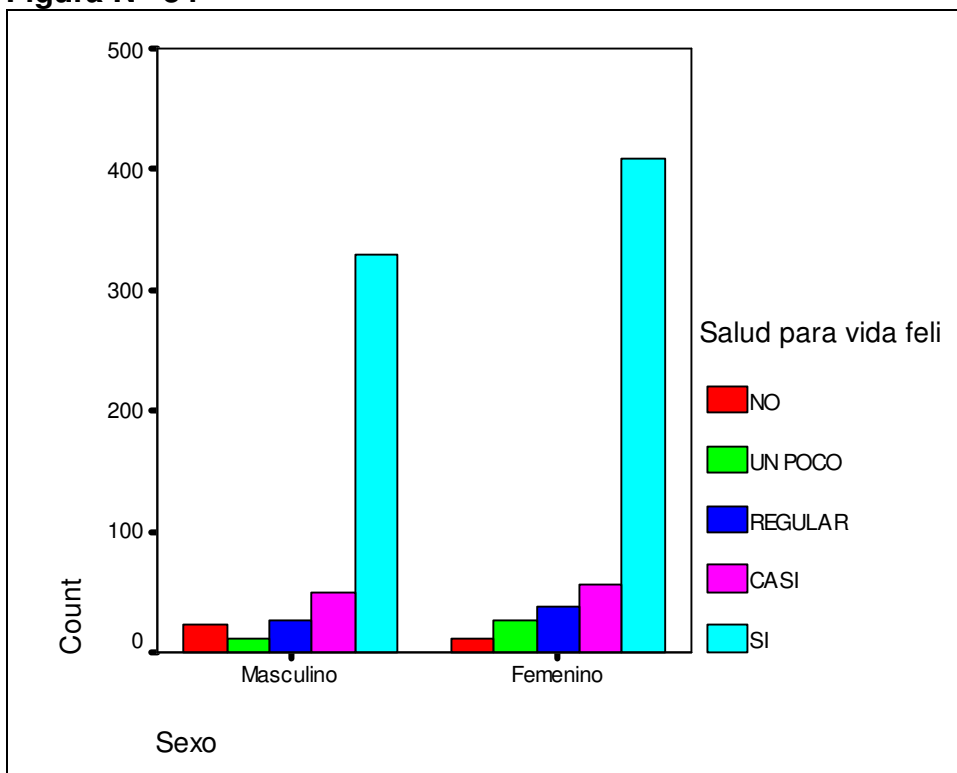
		SALUD	PARA	VIDA	FELIZ		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	23	12	27	50	329	441
	Femenino	11	27	38	57	409	542
Total		34	39	65	107	738	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	10.732	4	.030

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.104	.030

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “género” y “considerar que tener buena salud es importante para una vida feliz”

Figura N° 34



La figura muestra la relación entre el género y considerar que tener buena salud es importante para una vida feliz.

Sexo / Existen cosas más importantes que la salud.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “sexo” y “Existen cosas más importantes que la salud”, arroja una sig.=.034 la cual indica que existe relación estadística entre estas variables. (Ver tabla N° 35)

La respuesta “no” tuvo las respuestas mas altas con un total de 673, de los cuales 299 son hombres y 374 son mujeres dando un porcentaje de 67.80% del total de la población de hombres y 69% del total de la población de mujeres. (Ver tabla y figura N° 35).

Tabla N° 35

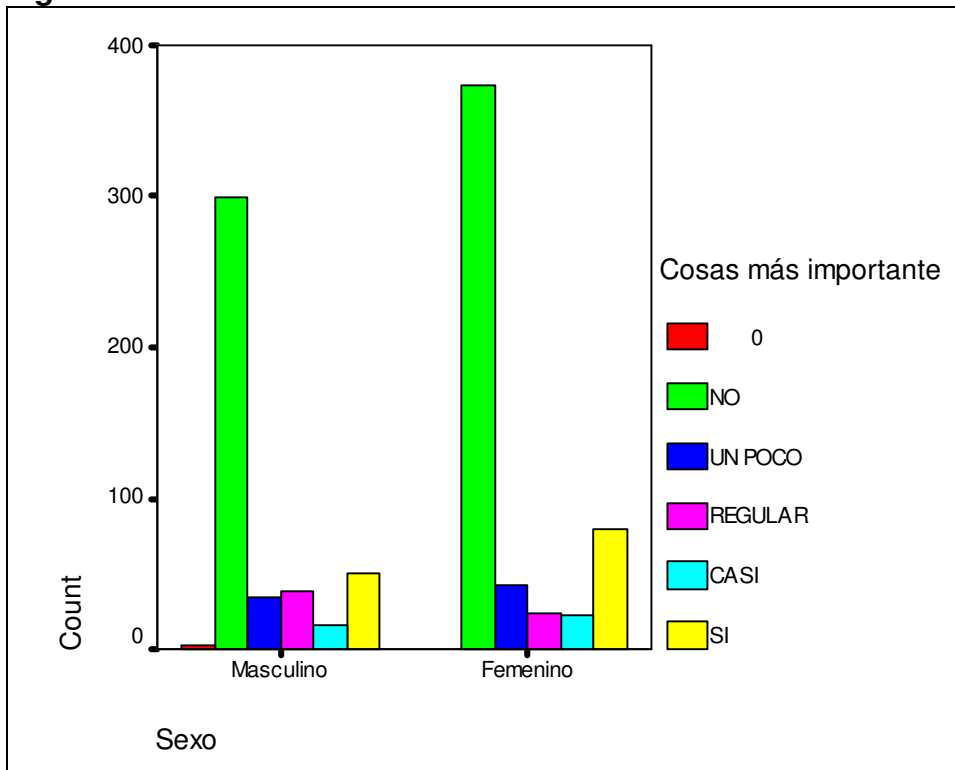
		COSA S	MAS	IMPOR TANTES	QUE LA	SALUD		Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	2	299	35	39	16	50	441
	Femenino		374	42	24	23	79	542
Total		2	673	77	63	39	129	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	12.092	5	.034

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.110	.034

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “género y considerar si existen cosas mas importantes que la salud.

Figura Nº 35



La figura muestra la relación entre el género y considerar si existen cosas mas importantes que la salud.

Escolaridad / Valores de Salud

En la variable “escolaridad” correlacionada con cada uno de los reactivos de “valores de salud” los resultados son:

Escolaridad / Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida.

Al establecer la relación entre “escolaridad y “es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida”, la prueba ji cuadrada, aplicada a estos datos, nos da como resultado una sig.=.005 lo cual indica que si existe relación estadística entre las variables, quiere decir que la escolaridad si tiene que ver con la creencia que es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida. La respuesta a esta pregunta con 815 preferencias al “si” de un total de 983, nos dice que cualquier categoría de la escolaridad en su mayoría se inclinó por esta respuesta. (Ver tabla y figura N° 36).

Tabla N° 36

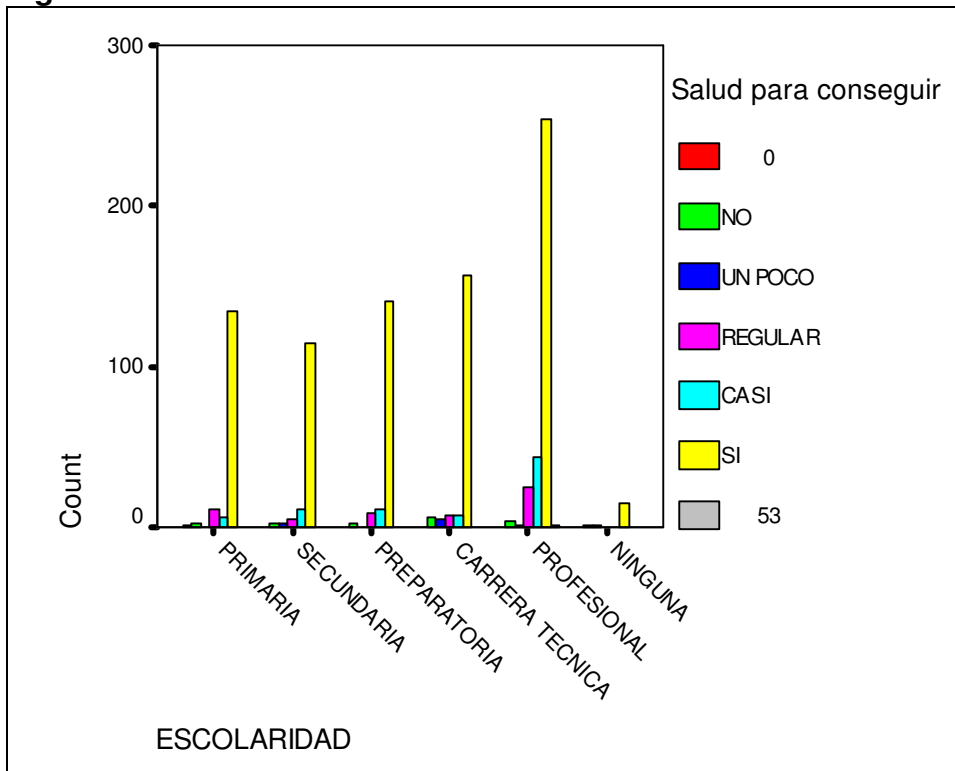
		SALUD	PAR	CONSE	PROPO	EN LA	VIDA		Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	53	
	PRIMARIA	1	3		11	6	134		155
	SECUNDARIA		3	2	5	11	114		135
	PREPARATORIA		2		9	11	141		163
ESCOLA	CARRERA		6	5	8	8	157		184
RIDAD	TECNICA								
	PROFESIONAL		4	1	25	44	254	1	329
	NINGUNA		1	1			15		17
Total		1	19	9	58	80	815	1	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	54.025	30	.005

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.228	.005
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.073	.022
N of Valid Cases		983	

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “escolaridad” y “es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida”

Figura Nº 36



La figura muestra la relación entre la escolaridad y creer que es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida.

Escolaridad / Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

Para encontrar la correlación entre la “escolaridad” y “se requiere de buena salud para ser productivo y feliz”, se hizo la prueba ji cuadrada, encontrando una sig.=.020 que reporta, que sí existe relación entre la escolaridad y creer que se requiere de buena salud para se productivo y feliz. (Ver tabla y figura N° 37).

Tabla N° 37

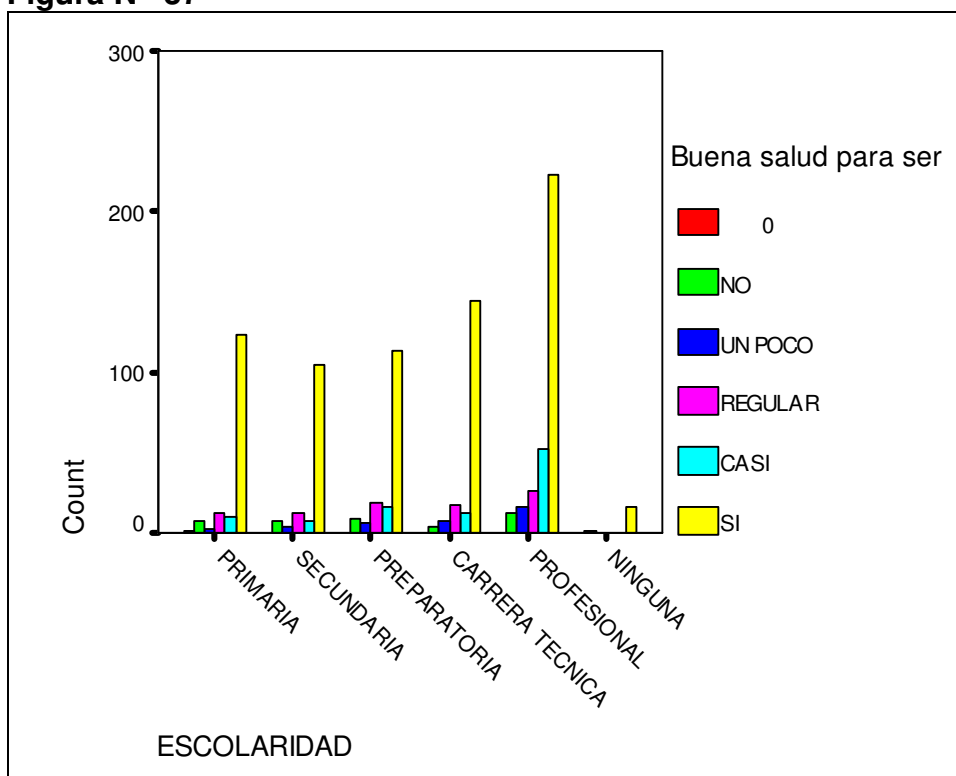
		BUENA	SALUD	PARA	SER	PRODUC		Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	1	7	2	12	10	123	155
	SECUNDARIA		7	4	13	7	104	135
	PREPARATORIA		9	6	19	16	113	163
ESCOLA	CARRERA		4	7	17	12	144	184
RIDAD	TECNICA							
	PROFESIONAL		12	16	26	52	223	329
	NINGUNA		1				16	17
Total		1	40	35	87	97	723	983

	Valor	df	Sig
Pearson Chi-Square	41.503	25	.020

	Valor	Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.201	.020

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “escolaridad” y “se requiere de buena salud para ser productivo y feliz”

Figura Nº 37



La figura muestra la relación entre la escolaridad y creer que se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

Escolaridad / Tener buena salud es importante para una vida feliz.

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “escolaridad” y “tener buena salud es importante para una vida feliz”, la sig.=.001 nos dice que sí existe relación entre la escolaridad y creer que tener buena salud es importante para una vida feliz. La mayoría de las respuestas se dan en la respuesta “si” con 738 frecuencias, mientras que la respuesta “casi” recibe 107, juntas estas dos respuestas hacen la mayor parte, un 85.96% del total de la población que es de 983. (Ver tablas y figura N° 38).

Tabla N° 38

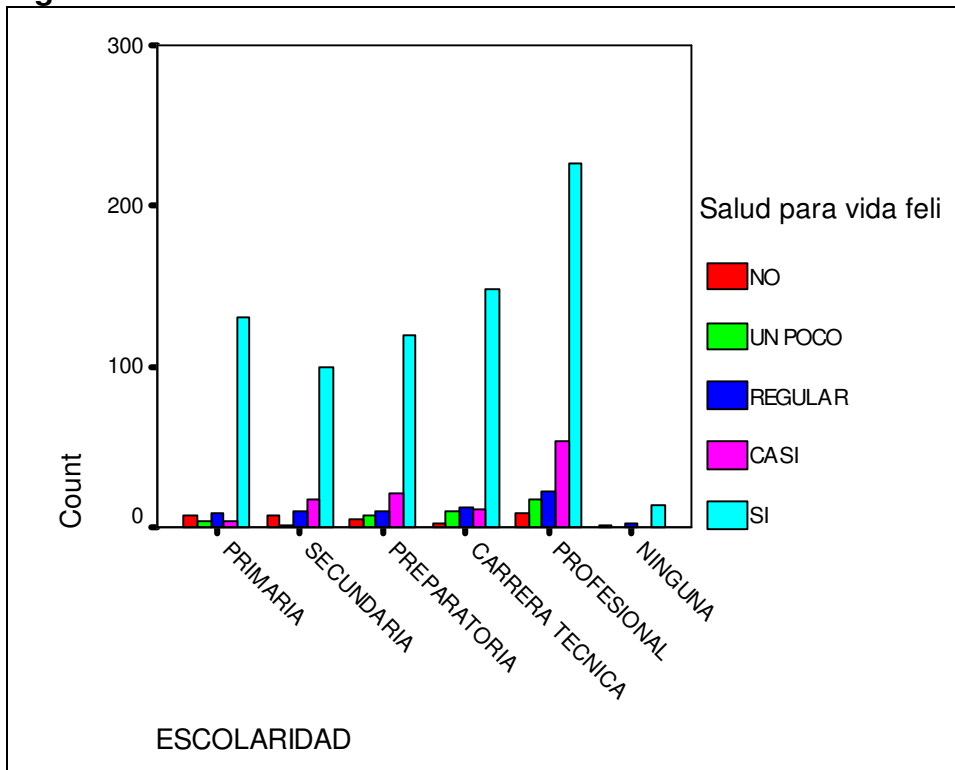
		SALUD	PARA	SER	FELIZ		Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA	7	4	9	4	131	155
	SECUNDARIA	8	1	10	17	99	135
	PREPARATORIA	5	7	10	21	120	163
ESCOLARIDAD	CARRERA TECNICA	3	10	12	11	148	184
	PROFESIONAL	9	17	23	54	226	329
	NINGUNA	1		2		14	17
Total		33	39	66	107	738	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	44.404	20	.001

		Valor	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.208	.001

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “escolaridad” y “tener buena salud es importante para una vida feliz”

Figura N° 38



La figura muestra la relación entre la escolaridad y creer que tener buena salud es importante para una vida feliz.

Escolaridad / Existen cosas mas importantes que la salud.

Para encontrar la correlación entre la variable “escolaridad” y el reactivo “existen cosas más importantes que la salud”, se aplicó la prueba ji cuadrada, dando como resultado una sig.=.000 lo que nos dice que sí existe una relación entre estas variables. La mayor parte de las personas respondieron que “no” (672), en cambio un segundo lugar de respuestas lo tuvo un “si” (129) 68.36% y 13.12% respectivamente que forman entre los dos casi el 82% del total de la población. (Ver tabla y figura N° 39).

Tabla N° 39

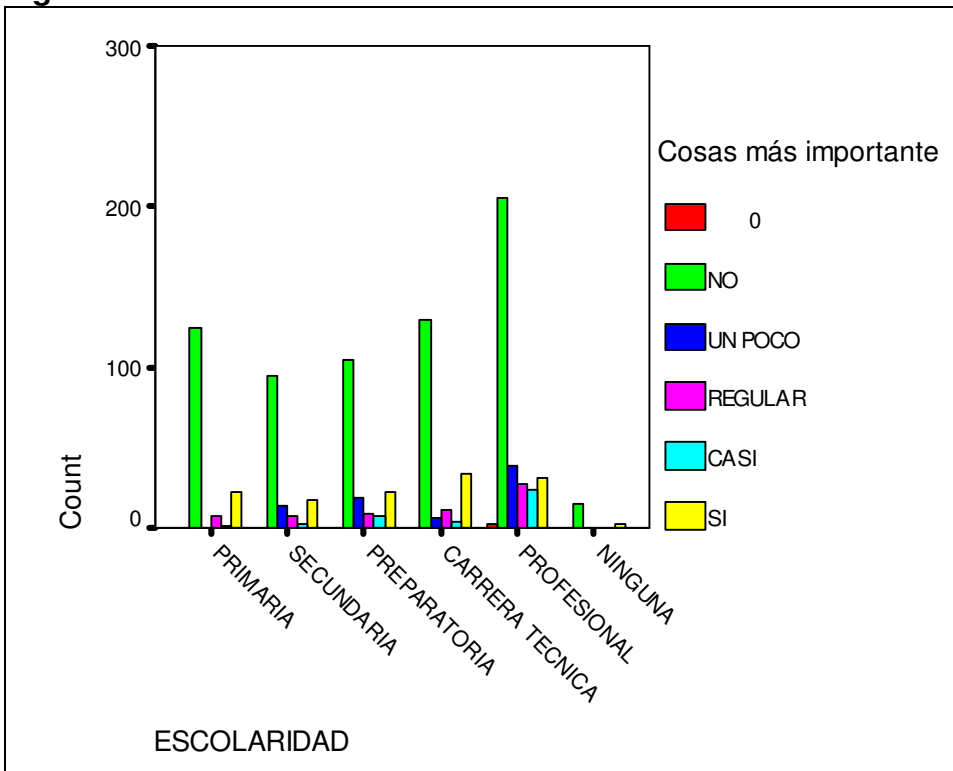
		COSAS	MAS	IMPOR	QUE LA	SALUD		Total
		0	NO	TANTES	REGULAR	CASI	SI	
	PRIMARIA		124	UN POCO	8	1	22	155
	SECUNDARIA		94	14	7	3	17	135
	PREPARATORIA		104	19	9	8	23	163
ESCOLA	CARRERA		129	6	11	4	34	184
RIDAD	TECNICA							
	PROFESIONAL	2	206	38	28	24	31	329
	NINGUNA		15				2	17
Total		2	672	77	63	40	129	983

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	67.240	25	.000

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

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba ji cuadrada, aplicada a los datos “escolaridad” y “existen cosas más importantes que la salud”

Figura Nº 39



La figura muestra la relación entre los datos: “escolaridad” y “existen cosas más importantes que la salud”.

6.10 Análisis de Resultados

Con sustento en el análisis aplicado a los datos mediante el programa estadístico SPSS, primero se presentan las características de la población, seguidas de cada una de las variables aplicadas a los reactivos de creencias y actitudes saludables del instrumento “Factores de Salud” y al estrés total del instrumento “Factores Psicosociales”. (Ver anexo N° 2)

Características de la población:

La población es de 984 personas de los cuales 444 son hombres y 540 son mujeres, con edades de los 17 a los 77 años en ambos sexos.

La escolaridad de la población contiene siete categorías: primaria con 16%, secundaria 13.6%, preparatoria 16.3%, carrera técnica 18.5%, profesionista 33.3% y ningún estudio 1.7%.

Escolaridad / Sexo

Solo se encontró un resultado muy semejante en la categoría de secundaria 13.57% en la población masculina y 13.33% en la femenina, Al observar la tabla N° 3 podemos ver que el mayor numero de personas se encuentra entre los profesionistas del sexo masculino, (37.78% hombres, 30% mujeres), el número de mujeres no parece ser muy diferente con respecto al de los hombres en las tablas, pero recordemos que el número total de mujeres es mas alto que el número total de hombres.

Escolaridad / Tensión o estrés percibido el año pasado

Al correlacionar la variable escolaridad, con la tensión o estrés percibido el año pasado, se tomaron en cuenta las categorías de escolaridad y la tensión percibida

con opciones de “nada”, “un poco”, “regular”, “bastante” y “mucho”, de las cuales la mayor frecuencia en las respuestas corresponde a “regular” en todas las categorías, seguida de “bastante” y “un poco” lo que hace que no sea una respuesta contundente y no obtiene significancia al cruzar los datos (ver tabla N° 5).

Tensión o estrés percibido el año pasado / Autoeficiencia

Al analizar los datos para conocer que tanto estrés tuvo el año pasado con los reactivos de Autoeficiencia FS- 50, 61, 62 y 64 (Ver anexo N° 2) tres de los reactivos resultaron con relación significativa, excepto “soy muy capaz para cuidar mi salud” (FS-62), lo cual quiere decir que la tensión percibida esta ligada con la autoeficiencia para cuidar la salud. En todos los reactivos la elección debería ser entre cinco opciones; “no, un poco, regular, casi y sí” dándose la frecuencia mas alta en la respuesta “regular” en ambos lados de la figura, esto es, en la tensión “regular” y la autoeficiencia “regular” (Ver figuras N° 6, 7, 8 y 9).

Escolaridad / Autoeficiencia

El análisis a escolaridad y los reactivos de autoeficiencia, (FS- 50, 61, 62 y 64), señalan que estos datos tienen relación significativa, demostrando que tiene que ver la escolaridad y la autoeficiencia para cuidar su salud. Es de llamar la atención la respuesta “regular” que se repite en los participantes, encontrándose en ésta el grueso de las respuestas (Ver figuras 10, 11, 12 y 13).

Sexo / Autoeficiencia

Al confrontar para su análisis la variable “sexo con los reactivos de autoeficiencia (FS- 50, 61, 62 y 64), no encontramos relación en ninguno de ellos. Hombres y mujeres respondieron de forma similar en las opciones de respuesta (no, un poco,

regular, casi y si) inclinándose una vez más la mayoría en “regular” en ambos sexos. (ver tablas y figuras N° 14, 15, 16 y 17).

Escolaridad / Vigilancia de salud

Al manejar los datos de escolaridad y los reactivos de vigilancia de salud (FS- 46, 47, 53, 59 y 65), nos muestra que en solo uno de los datos (FS-46), no existe relación, pero los cuatro restantes (47, 53, 59 y 65), reflejan que si tiene que ver el nivel escolar en la forma cómo la población vigila su salud, y son según las cifras los profesionistas en mayor número quienes reiteran vigilar su salud de una forma regular, aunque en esta ocasión a la pregunta que les hizo de, si serían capaces de anticipar problemas en su salud, la mayoría en todas las categorías escolares contestaron “no” (FS-59) y en tener objetivos para cuidar su salud, la mayoría dijo si, (ver figuras y tablas N° 18, 19, 20, 21 y 22).

Sexo / Vigilancia de salud

El análisis efectuado a el genero y los reactivos de vigilancia de salud, no fueron regulares, el reactivo (FS-46) “atiendo el rendimiento de mi cuerpo”, no tiene que ver con el género y la respuesta “regular” fue mas frecuente. El reactivo (FS-53) “pendiente de las reacciones del cuerpo, no tiene que ver con el género, y aquí la respuesta “si” fue contundente en ambos sexos, mientras que el reactivo (FS-65) “objetivos para cuidar salud”, no tiene relación alguna, pero fue muy alta en frecuencia la respuesta “si” a esta pregunta. (Ver figuras y tablas N° 23, 24, 25, 26 y 27).

Tensión año pasado / Vigilancia de salud

En tensión año pasado con los reactivos de vigilancia de salud, confirman la relación entre la tensión percibida el año pasado y la vigilancia de la salud, excepto el último (FS 63) “tengo objetivos para conservar mi salud”, que no obtuvo relación significativa. Con respecto a “atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo” (FS-46) y “atiendo y cuido mi salud” (FS-47), reciben la mayor frecuencia en la respuesta regular, mientras que en “estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo (FS-53) la respuesta fue “sí”, y reportan en este una tensión regular. En el reactivo (FS-59) “soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud”, la mayoría se inclino por la respuesta “no”, manifestando no anticipar los problemas. Todos los reactivos fueron manifestados con tensión regular. (ver tabla N° 28, 29, 30, 31 y 32).

Sexo /Valores de Salud

En género y valores de salud solo uno de los datos confrontados demuestra que ser hombre o mujer no tiene que ver con creer que es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida, en esta, todos (hombres y mujeres) contestaron “sí” es importante. En los restantes reactivos se puede apreciar una relación significante entre el género y cada uno de ellos, la mayoría se inclino por la respuesta “sí” mientras que a la pregunta “existen cosas mas importantes que la salud, contestaron “no” contundentemente ambos sexos. (ver tabla 33, 34, 35 y 36)

Escolaridad / Valores de salud

La escolaridad y los reactivos de valores de salud, (FS-52, 55,63, y 68) (Ver anexo N° 2) analizados dieron como resultado que existe una relación entre el grado escolar y los valores que de salud se tienen, en los primeros la respuesta es sí, definitivamente en todas las categorías escolares, mientras que la última pregunta

recibió de la misma forma avasallante un “no” por respuesta a la pregunta “existen cosas mas importantes que la salud”

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo, hemos podido observar que el interés por el tema de la salud ha cobrado gran relevancia en la época moderna, debido a la aparición de nuevas enfermedades relacionadas con los estilos de vida actuales.

De acuerdo con Jores (1961), la enfermedad no es un evento aislado, sino que se encadena con el resto de la biografía personal; existen enfermedades biológicas y biográficas, estas últimas, se relacionan con el estilo de vida que llevan las personas.

Algunos factores como la biografía, que implica genética, hogar, escuela, nivel económico, creencias culturales, vivencias o experiencias, influyen en los factores psicológicos que desencadenan un buen estado de salud o la presencia de alguna enfermedad (Jores, 1961; San Martín 1969; Vega, 2000).

Ante esta situación, podemos hacer notar que la atención para la salud y la enfermedad ha dejado de ser exclusiva del área médica, y han surgido nuevas disciplinas que se ocupan del estudio de los aspectos que se relacionan con el mantenimiento de la salud o bien, con la adquisición de algunas enfermedades.

Es el caso de la psicología de la salud, la cual desde nuestra posición, se considera como un área de óptima especialización, la cual surge como una alternativa para dar respuesta a una demanda socio-sanitaria, y compartimos con Matarazzo (1982), la definición tan completa que le da a ésta: “ Conjunto de contribuciones educativas científicas y profesionales de la disciplina de 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 las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria”.

Podemos decir que en la psicología de la salud, la participación en el estudio del proceso de salud-enfermedad, recobra importancia debido a que se ocupa del estudio de los factores orgánicos, ambientales y psicosociales, además del estilo de vida, con lo cual se abren nuevas líneas de investigación para dar respuesta, no solo a la explicación del surgimiento de las enfermedades, sino, a un área que nos parece de vital importancia, que es la prevención y promoción de la salud.

Es importante reconocer que la psicología de la salud, como menciona Simón (1999), es un modelo integrador de salud enfermedad de naturaleza biopsicosocial.

Por lo tanto, hemos revisado que uno de sus objetivos es la promoción de la salud, en la cual se realizan investigaciones y se generan programas en donde se aborda la adopción de hábitos y estilos de vida saludables. Además la prevención primaria, sobre las conductas o hábitos de riesgo entre los que se pueden mencionar; el tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, falta de actividad física, falta de higiene, falta de descanso, etcétera, forma parte de un área en la cual nos parece existe una amplia gama de factores que pueden ser el principio de interesantes investigaciones.

Se considera que la prevención primaria, es una de las áreas que nos ofrece un amplio campo de acción para los psicólogos de la salud, y por otro lado, desde nuestro punto de vista, la prevención primaria, puede contribuir a prevenir la adquisición de enfermedades en la población, las cuales representan costos económicos muy altos para las instituciones de salud y también para la población que las padece, debido a que toda enfermedad implica un desgaste físico psicológico, social, etcétera.

Ahora bien, la psicología de la salud, de acuerdo con Simón (1999), mantiene como tendencia una perspectiva ecológica-comunitaria en la cual se mantiene la importancia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La prevención secundaria y terciaria, se refiere a la elaboración de estrategias adecuadas para la evaluación y tratamiento de la enfermedad, tanto a nivel individual como comunitario. Entonces, se requiere, la formación de paraprofesionales y profesionales de la salud, en los que se hace referencia a mejorar la relación con los pacientes, prepararlos para la realización de exámenes, intervenciones sanitarias y hospitalización, con lo que se logra un aumento significativo en el cumplimiento y seguimiento en los tratamientos sanitarios.

Ante esta definición del campo de intervención de la psicología de la salud, se puede concluir que el ámbito de intervención es muy amplio y además en el caso de nuestro país no ha sido abordado con la importancia que se requiere. Por lo que representa una gran oportunidad para la investigación psicológica.

Se considera que los psicólogos se pueden desenvolver en campos tan importantes como la evaluación y el diagnóstico.

Hemos revisado a lo largo de esta exposición, la importancia que tienen los factores psicológicos en relación con el mantenimiento de la salud y también en la adquisición de alguna enfermedad en la cual los comportamientos o hábitos no saludables juegan un papel determinante.

Por este motivo nos parece imprescindible destacar la importancia que tiene la evaluación en el estudio de los hábitos de la población con respecto al cuidado de la salud.

Desde nuestro punto de vista, la evaluación es el pilar fundamental para el conocimiento de los hábitos de salud, creencias y capacidades de los individuos para cuidar su salud y a partir de la evaluación poder planear las estrategias viables encaminadas a la prevención primaria y/o secundaria en el mantenimiento de la salud de la población.

Con base en estas necesidades de evaluación destacamos la creación del instrumento construido por Ramírez y Cortés (2003), el cual fue creado para evaluar el funcionamiento de la salud y el funcionamiento psicosocial.

El instrumento de funcionamiento de salud (FS), consta de cinco escalas con un total de 69 reactivos y comprende las subescalas de; respuesta a enfermedad, hábitos de salud, historia de salud, uso del sector salud y creencias y actitudes saludables.

El instrumento de funcionamiento psicosocial (FP), consta de cuatro escalas con un total de 58 reactivos, las escalas son; Estrés de vida, afrontamiento, apoyo social y salud psicológica o estrés psicológico.

Estos instrumentos, nos parecen de gran relevancia ya que están basados en el estudio de la población mexicana con características muy propias, creencias, valores, hábitos, etcétera.

Ahora bien, para cumplir con el objetivo de la presente investigación, se tomaron del instrumento “funcionamiento de salud” la escala de creencias y actitudes saludables, los reactivos de autoeficiencia, vigilancia de salud y valores de salud, y del instrumento de “funcionamiento psicosocial “ el reactivo estrés total.

Una vez obtenidos los resultados, se encontró que; el género y la escolaridad son importantes en la forma como el estrés es percibido. Esto lo podemos entender si recordamos que Buceta (2001), señala entre uno de los principales tipos de estresantes el psicosocial y menciona que éste es debido a situaciones o estímulos que no causan directamente la respuesta de estrés, sino, que se convierten en estresantes a través de la interpretación cognitiva, o del significado que el individuo le asigna en relación con la salud.

Desde nuestra perspectiva y según la respuesta otorgada a estos reactivos es de llamar la atención la forma reiterada que hombres y mujeres, en todas las categorías de escolaridad se inclinan por la respuesta “regular”.

Esto habla de ciertas características de la población, al responder de esta manera, no hay lugar para inclinarse hacia una postura, ya sea positiva o negativa, la población se mantiene hasta cierto punto al margen con este tipo de respuesta, cree tener los conocimientos para cuidar su salud, lo que nos permite darnos una idea de la necesidad apremiante de poner al tanto a la población de la participación tan importante que tienen en la aparición del estrés en su vida y la relación que guarda con la salud, la enfermedad, etcétera.

Al respecto la subescala de autoeficiencia nos permitió conocer, cómo hombres y mujeres, dependiendo también de su escolaridad, cuentan con los conocimientos para cuidar su salud. En este aspecto conocimos que hay mejor autoeficacia entre los hombres, además que la escolaridad es importante para ello, y en esto los estilos de vida intervienen; ya que como menciona Espinosa (1995), tienen que ver en como la gente piensa, siente, actúa y refleja valores y tradiciones, así como, transformaciones a través de la educación recibida.

Siguiendo dentro de la autoeficiencia se puede concluir que la población, no importa que sea hombre o mujer, contestan que son regulares o un poco, o casi buenos para cuidar su salud, sin embargo, la escolaridad si marca la diferencia para determinar si se es bueno para cuidar la salud, como ya lo vimos en Espinosa (1955).

De acuerdo con los resultados que se obtuvieron acerca de los valores de salud en relación con el sexo y escolaridad, se concluye que si existe relación en ambos aspectos, es decir; si tiene que ver el ser hombre o mujer y la escolaridad con los valores de salud, solo en el caso del reactivo que considera que es importante

tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida no tiene que ver ser hombre o mujer, ya que ambos sexos opinaron que el tener salud si es importante.

En el transcurso de esta exposición se ha revisado la importancia que tiene el estrés en relación con la aparición de enfermedades, que si bien, no es un factor único, ni directamente relacionado, si forma parte de los factores mas importantes en la aparición de enfermedades; cardiacas, respiratorias, digestivas, etcétera.

Es importante, darnos cuenta que el estrés predispone al organismo para el desarrollo de algunas enfermedades y trastornos a la salud, que pueden llegar a causar la muerte (Brannon y Feist, 1997; Gatchel y Blanchard, 1983).

El estrés repercute negativamente en la calidad de vida de las personas, sin embargo, se puede prevenir. Es evidente que en nuestra sociedad mexicana, dadas sus características y condiciones de vida, le es urgente la creación e implementación de programas y medidas preventivas eficaces que difundan en la población la información adecuada acerca del estrés y sus repercusiones en la salud.

Evidentemente y de acuerdo con los resultados arrojados por esta investigación, se debe tomar en cuenta la autoeficiencia en el cuidado de la salud, ya que la importancia que tienen las expectativas de las personas sobre su salud, les ayudan a generar hábitos para afrontar con éxito medidas preventivas y correctivas en el cuidado y mantenimiento de la misma (Kirsch 1990).

En concordancia con Wrubel, Benner y Lazarus (1991), se considera que las creencias juegan un papel de importancia en el campo de la salud, al ser configuraciones cognitivas, formadas individualmente, las personas desarrollan habilidades y actitudes adecuadas o inadecuadas con respecto a su salud.

Un aspecto que nos parece interesante es el mencionado por Lazarus (1991), en el que apoya la idea de que las creencias determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno y modelan el entendimiento de su significado.

Apoyándonos nuevamente en los resultados de la aplicación del instrumento, la evaluación de las creencias de la población con respecto a su salud, es importante, ya que esto nos permite conocer específicamente el campo de acción en el cual se pueden generar conductas autoeficaces en el cuidado y mantenimiento de la salud de una población.

El desarrollo de investigaciones como la que Ramírez y Cortés (2003), llevaron a cabo abre caminos para la inserción de la psicología de la salud en nuestro país, además de que el desarrollo de la misma puede generar grandes contribuciones en el área de los sistemas de salud que tantos problemas tienen en México, y por supuesto el reconocimiento y formación del psicólogo de la salud, como un profesional capacitado para llevar a cabo funciones de evaluación y diagnóstico, investigación, tratamiento, y promoción y mantenimiento de la salud. Se considera que su participación en los grupos multidisciplinarios en el área de la salud es muy valiosa.

Cabe destacar que existe la necesidad de generar más investigaciones acerca de esta nueva área de la psicología en nuestro país, la psicología de la salud, y que creemos, indispensable su expansión en México.

REFERENCIAS

Ajzen, I. (1985). **From intentions to actions: A theory of planned Behavior**. Chicago. Dorsey Press.

Amigo, Vázquez I. (1998). **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Pirámide

Ardila, Rubén. (1992). **Salud y Psicología** Colombia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana: En Oblitas 2000. **Psicología de la Salud**. México. Plaza y Valdés.

Ashton, J. y Seymour, H. (1990). **La Nueva Salud Pública**. Barcelona. Masson.

Balcells Gorina. (1978). **Patología General. Tomo I**. Editorial Toray, Barcelona, 5ª. Ed. p. 11-12

Bandura, A. (1986). **Social Foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.

Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. En: Bandura, A. **Self-efficacy in changing societies**. New Cork. Cambridge.

Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy: The exercise of control**. New York. W.H. Freeman.

Becoña. E. Vázquez, F. Oblitas, L. (2000). **Psicología de la salud. Antecedentes, Desarrollo, Estado actual y perspectivas en E. E Y L. Oblitas (Eds.) Psicología de la salud**.11-51 México. Plaza y Valdés.

Belar, C.D. & Deardorff, W.W. (1995). **Clinical Health Psychology in Medical Settings**. Washington: American Psychological Association.

Bensabat, S. (1984). **Stress**, España. ed. Mensajero.

Blanchard, E. B. 1977. **Behavioral medicine: A perspective**. Cambridge. Ballinger.

Bloom, B.L. (1973). **The Domain of community psychology**. American Journal of Community Psychology.

Buceta J. Bueno A. (2000). **Intervención psicológica en trastornos de la salud**. Madrid. Dykinson.

Buceta J. Bueno A. (2001). **Intervención psicológica y Salud: Control del Estrés y Conductas de Riesgo**. Madrid. Dykinson

Buela-Casal, G. Caballo y Sierra J. C. (1996). **Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**. Siglo XXI. España-

Brannon, L, Feist, J. (2001). **Psicología de la Salud**. España. Paraninfo.

Caballo V, Simón, M. (2000). **Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos**. Universidad de Granada en; Oblitas y Becoña 2000. **Psicología de la Salud**. México. Plaza y Valdés.

Carrobles, J. A. (1982). **Psicología y Medicina**, en M.D. Avia; R. Burgaleta; C. Camarero; J. A. Carrobles; M. Costa; A. Fierro; J.A. de Juan y J. Toro (eds.), La psicología como Ciencia. Madrid. Ayuso.

Durvan, S.A. de Ediciones. (1973). **Gran Enciclopedia del Mundo**. Vol. 7. Bilbao España.

Diccionario Ilustrado Océano de la Lengua española. (2000). Barcelona. Océano.

Dossey Larry. (1986). **Tiempo, Espacio y Medicina**. Barcelona. Kairos.

Espinosa de RH. (1955) **La Epidemiología y las Políticas Públicas Saludables**. Revista Facultad de Salud Pública; vol. 12 (2):37

Fernández-Ballesteros, R. (1994). **Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid. Pirámide.

Fishbein, M. Ajzen, I. (1975). **Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Masachusetts, Addison Wesley.

Ford, D, H. (1987). *Humans as self-Constructing Living Systems: A Developmental perspective on behavior and personality*. Hillsdale, N.J. Erlbaum.

García Diego C. (1985). **Diccionario Etimológico español e hispánico ed 2**. Madrid. Espasa-Calpe.

Gatchel, R. J. y Baum, A. (1983). **An Introduction to Health Psychology**. Reading, Massachusetts. Addison-Wesley.

Godoy, J, F. (1991). *Medicina Conductual*. En **V. E. Caballo. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**. Madrid. Siglo XXI.

Gómez-Rieux y M. Gervois. (1989). **Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene**. México. Limusa.

Green Walter H. (1988). **Educación para la salud**. México. Nueva editorial Interamericana.

Higashida Hirose Berta Yoshico. (1995). **Educación para la Salud**. Interamericana Mc. Graw Hill. México. pp. 302

Howard C. Warren. (1982). **Diccionario de Psicología**. Fondo De Cultura Económica. México.

Junta Directiva de la Alapsa (1997). **Psicología de la Salud: Una perspectiva Latinoamericana**. Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud,

Jores, A, 1961. **El hombre y sus enfermedades**. Labor. Barcelona

Karoly, P. (1993). **Mechanisms of self- regulation: A systems view**. **Annual review of psychology**, 44, 23-52.

Karoly, P. (1993). **Mechanisms of self-regulation: A systems view**. Annual review of psychology.

Kirsch, I. (1990). **Changing expectations: A Key to effective psychotherapy**. C. A. Pacific Grove.

Kleinke, Chris L. (1998). **Principios Comunes en Psicoterapia**. España. Desclée de Brouwer.

Lazarus RS, Folkman S. (1986). **El concepto de afrontamiento**. En: Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez-Roca S.A., Barcelona, pp 140-163.

Levi Nennart. (1981). **Society, stress and disease**. Oxford. Oxford University.

Lopez Luna C. (1993). **Salud Pública**. México. Interamericana Mc. Graw Hill.

Lovallo, William R. (1977). *Stress & Health: Biological and Psychological interactions*. Thousand Oaks, CA. Sage. En Brannon y Feist, (2000). **Psicología de la Salud**. España. Paraninfo.

Mason, J. W. (1975). **A Historical View Of The Stress Field**. *Journal of Human Stres*

Matarazzo, J.D. (1982). **Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology**. *American Psychologist*. 37, 1-4

Mechanic D. (1962). **The concept of illness behavior**. *J. Chron. Dis*; 15: 189-194.

Michelson, Larry. (1991). **Future Perspectives in Behavior Therapy**. New York. Plenum Press. p 3-4

O'Leary, A. (1993). **Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation**. New York. Willey.

O'Leary, A. (1988). *A cognitive-behavioral treatment of rheumatoid arthritis*. New York. Willey.

Outes Diego, Jacinto Orlando. (1982). **Alcmeon de Crotona (El cerebro y las funciones psíquicas) Neuropsiquiatría**, año XIII, nº 1-2, enero-agosto, p. 53-64.

Penso G, Cauda S. (1988). **Medicina Psicosomática: Aportaciones de la psicología conductual a la medicina**. Barcelona. ed. Doyma. p 13

Pervin, L. John, O. (1999). **Personalidad Teoría e Investigación**. México. Manual Moderno.

Phares Jerry J. E. (1999). **Psicología Clínica: Conceptos Métodos y Practicas**. México. Manual Moderno.

Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (eds.) (1979). **Behavioral Medicine: Theory and Practice**. Baltimore. Williams y Wilkins.

Pritchard, Peter. (1985). **Manual de Atención Primaria de Salud**. Madrid. Díaz Santos.

Ramírez, Marisela, Cortés, E. (2003) Evaluación de requerimientos de salud integral en la población mexicana. **Psicología y ciencia social**. En prensa.

Reig, A. (1981). La psicología en el sistema sanitario. en: **M.A. Simón (Ed.) Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Biblioteca Nueva.

Rigol, A. (1991). **Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica**. Barcelona. Salvat.

Rodríguez-Marín, J. (1995). **Psicología Social de la Salud**. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Salleras Sanmarti L. (1990). **Educación Sanitaria**. Barcelona: Días de Santos;; 56-57

San Martín, H. (1979). **Ecología Humana y Salud: El hombre y su ambiente**. México. Prensa Medica Mexicana.

San Martín, H. (1983). **Ecología Humana y Salud**. Prensa Médica Mexicana. México.

San Martín, H. (1988). **Administración en Salud Pública. Teoría practica investigación**. México. Prensa Médica Mexicana.

San Martín, H. (1989). **Economía de la Salud**. Madrid-México. Interamericana, Mc. Graw Hill.

San Martín, H. (1992). **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas**. México. La Prensa Médica Mexicana.

Sarafino, E. (1990). **Health Psychology: Biopsychosocial Interactions**. Nueva York. John Wiley.

Schneider, Pierre Bearnard. (1974). **Psic. Aplicada a la practica médica, Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo**. Buenos Aires. Paidós.

Schneider, J. (1987). **The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia**. In press.

Schwartz, G.A. (1978a y 1978b). en: Simón M.A. (Ed.) **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Biblioteca Nueva.

Simón, M.A. (1993). **Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención**. Madrid. Pirámide.

Simón, M. A. (1999). **Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones** Madrid: Biblioteca Nueva.

Stone G. (1990). An International review of the emergence and development of health psychology. **Health Psychology**. 4, 3-17

Schunk, D. & Cox, P. (1986). Strategy training and attributional feedback with learning disabled students. *Journal of Educational Psychology*.

Valdés, M. De Flores, T. (1985). **Psicología del estrés**. Barcelona. Martínez Roca.

Vega F, L. (2000). La **salud en el Nuevo Concepto de la Salud Pública**. México. Manual Moderno.

Weiss, S.M. (1978a y 1978b) en: Simón, M. A. (Ed.) **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Biblioteca Nueva.

Wrubel, J. Benner, P. y Lazarus R. S. (1981). Social Competence from the perspective of stress and coping; en: J. Wine y M, Syme (eds) **Social Competence**. New York. Guilford

ANEXOS

ANEXO N° 1

**INSTRUMENTOS ELABORADOS POR:
RAMIREZ Y CORTES**

“FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD”

“FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL”

15.	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5	
16.	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5	
17.	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5	
18.	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5	
19.	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5	
20.	¿Comer menos?	1	2	3	4	5	
21.	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5	
22.	¿Consumir tabaco en cigarrillos, puros o pipa?	1	2	3	4	5	
23.	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5	
24.	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5	
25.	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5	
26.	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5	
27.	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5	
28.	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5	
29.	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5	
30.	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5	
31.	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5	
32.	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5	
33.	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5	
34.	¿Tomar vino, jerez, anís, rompopo?	1	2	3	4	5	
35.	¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?	1	2	3	4	5	
36.	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5	
37.	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5	
38.	¿Usar su cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5	

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Pésima Mala Regular Bien Excelente
1 2 3 4 5

39.	¿Como ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	
40.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	

41. ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado más de seis meses) (marque si o no)

0. NO ---- vaya a la pregunta 43
 1. SI ---- vaya a la pregunta 42

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Nada Un poco Regular Mucho Totalmente
1 2 3 4 5

42.	Si tiene una enfermedad crónica, ¿Qué tanto limita sus actividades? (Si no tiene una enfermedad crónica, no responda esta pregunta)	1	2	3	4	5	
-----	---	---	---	---	---	---	--

El año pasado, ¿Cuántas veces llevó a cabo las siguientes actividades? (marque la LETRA a la respuesta)

43.	¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo)	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o más	
-----	---	--------	--------	--------	----------	--------------	--

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

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

NO **Un poco** **Regular** **Casi** **SI**
1 **2** **3** **4** **5**

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

EA V

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

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

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

AO AI

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

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

AO A

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

--

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

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

AO 2

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

33.	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

ES =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere

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

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

IN

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las **últimas dos semanas**

Muy poco Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

38.	¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5
39.	¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5
40.	¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5
41.	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5
42.	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5
43.	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5
44.	¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5
45.	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5
46.	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5
47.	¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?	1	2	3	4	5
48.	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5
49.	¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5
50.	¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5
51.	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5
52.	¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5
53.	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5
54.	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5
55.	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5
56.	¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
57.	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5
58.	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5

CA CU LM EE QS DC SV

TT = =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación

ANEXO N° 2

INSTRUMENTOS:

FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD (FS)

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (FP)

FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD (FS)

RESPUESTA A LA ENFERMEDAD		
AA	AUTOAYUDA	4, 7, 12
AP	AYUDA PROFESION	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8

HABITOS DE SALUD		
HP	HABITOS POSITIVOS	17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38
HN	HABITOS NEGATIVOS	15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 34, 35, 36

HISTORIA DE SALUD		
ST	SALUD TOTAL	40
SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRONICA	41
IE	IMPEDIMENTO ENF CRO	42

USO DEL SECTOR SALUD		
VD	VISITA AL DOCTOR	43
TN	TRATAM. HOSPITALA	44
TE	TRATAM. EMERGEN	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8

CREENCIAS Y ACTITUDES SALUDABLES		
EA	AUTOEFICIENCIA	50, 61, 62, 64
VS	VIGILANCIA SALUD	46, 47, 53, 59, 65
VL	VALORES DE SALUD	52, 55, 63, 68
CP	CONFIANZA AL PERS	49, 56, 57, 58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51, 66, 67
HI	HIPOCONDRIA	48, 54, 60, 69

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

ESTRÉS DE VIDA		
NE	NUMERO DE EVENTOS ESTRESANTES	
EP	ESTRÉS PERCIBIDO	1 a 17
EG	ESTRÉS GLOBAL	18

AFRONTAMIENTO		
HA	TOTAL AFRONTAMIENTO	19 a 24

APOYO SOCIAL		
TS	TOTAL APOYO SOCIAL	
AO	APOYO EMOCIONAL	28, 29, 30
AI	APOYO INFORMATIVO	25, 26, 27
AT	APOYO TANGIBLE	31, 32, 33
IN	INTERCAMBIO NEGATIVO	34, 35, 36, 37

SALUD PSICOLOGICA (ESTRÉS PSICOLOGICO)		
TT	TENSION TOTAL	
CA	CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO	38,52,55
CU	CULPABILIDAD	39, 51, 54
LM	LENTITUD MOTORA	44, 49, 57
EE	ESTADO ANSIOSO	41, 47, 50
QS	QUEJA SOMATICA	46, 48, 53
DC	DISTURBIO COGNITIVO	40, 43, 58
SV	SATISFACCION DE VIDA	42, 45, 56, 55