



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

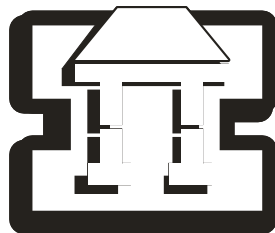
CREENCIAS DE SALUD Y
HÁBITOS POSITIVOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
ALLEN MICHELL GRANADOS ANDRADE
MARTHA PATRICIA NÚÑEZ TOSCANO

ASESORES:

MTRO. ENRIQUE BERNABÉ CORTÉS VÁZQUEZ
MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMÍREZ GUERRERO
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres y hermanos:

Porque me enseñaron de manera análoga lo dicho por Newton: “*la gente construye demasiadas murallas pero no bastantes puentes*”. De esta forma, día a día trato de construir un puente que no sólo me permite pasar por el sino que lo comparto con todo aquél que quiera recorrerlo. Así, debido a las construcciones de mis propios puentes, he concluido este trabajo, sin olvidar que ustedes mi familia son parte de los cimientos de dichas construcciones.

A mis asesores:

Porque todos los conocimientos de psicología de la salud, han sido y serán pauta fundamental para mi desarrollo tanto personal como profesional. Además, que todo proyecto en mejora de la psicología es una gran contribución para futuras generaciones, aunado, a un mejor desarrollo de la salud siendo este punto relevante, ya que actualmente, en pocas personas se manifiesta. De tal manera, que su proyecto es una gran aportación para aquellos que lo tomen en cuenta.

Les agradece

A. Michell Granados Andrade

A mi mamá:

Para la persona que más admiro porque a pesar de sus caídas, ha sabido levantarse y es quien me ha enseñado, que vale la pena vivir. Mil gracias: Ma. Teresa Toscano. Te amo.

A mis tíos y hermanas:

Porqué sé que han estado conmigo, por demostrarme que soy importante para ustedes y en especial para mi tío Hilario, por considerarme como una hija y por el apoyo que me dio cuando más lo necesité.

Les doy las gracias a todos por permitirme ser parte de su vida.

Mil gracias, los quiero mucho.

Martha Patricia Núñez Toscano

INDICE

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo I. Modelos explicativos del proceso salud-enfermedad	10
1. Proceso salud-enfermedad	10
1.1 Modelos explicativos y su definición del proceso salud-enfermedad	13
Capítulo II. Antecedentes de la psicología de la salud	23
2.1 Antecedentes de la psicología de la salud	23
2.2 Psicología clínica	23
2.3 Psicología médica	26
2.4 Medicina psicosomática	27
2.5 Medicina conductual	29
2.6 Salud conductual.....	31
2.7 Psicología comunitaria	32
2.8 Psicología social	34
2.9 Psicología experimental	35
2.10 Psicología cognitiva	35
Capítulo III. Surgimiento y definición de la psicología de la salud	36
3.1 Surgimiento de la psicología de la salud.....	36
3.2 Definiciones de psicología de la salud	40
Capítulo IV. El papel del psicólogo de la salud y tendencias actuales	46
4.1 Funciones del psicólogo de la salud	46
4.2 El psicólogo de la salud y la prevención	50
4.3 La psicología de la salud y su estado actual.....	57
4.4 Investigación	57
4.5 Ejercicio profesional del psicólogo de la salud.....	59
4.6 Formación del psicólogo de la salud.....	62
4.7 Contribuciones de la psicología de la salud	63
4.8 Perspectivas futuras.....	64
Capítulo V. Hábitos positivos de salud	71
5.1 Estilo de vida, calidad de vida y hábito de salud.....	72
5.2 Determinantes de los hábitos de salud	75
5.3 Hábitos positivos de salud.....	78
5.3.1 Ejercicio físico.....	80
5.3.2 Nutrición adecuada.....	83
5.3.3 Dormir.....	91
5.3.4 Evitación de sustancias nocivas	92
5.3.5 Comportamientos de seguridad.....	97
5.3.6 Adherencia terapéutica.....	98

5.4 Limitantes para llevar a cabo hábitos positivos de salud	100
5.5 Modificación de hábitos.....	102
Capítulo VI. Modelo de creencias de salud	107
6.1 Definiciones de creencias	107
6.2 Creencias mágico religiosas y salud-enfermedad.....	109
6.3 Creencias de salud-enfermedad relacionadas con la medicina .	110
6.4 Creencias actuales de la salud enfermedad	110
6.5 Modelo de Creencias de Salud	112
6.5.1 Antecedentes y origen del Modelo de Creencias de Salud	112
6.5.2 Constructo teórico del Modelo de Creencias de Salud .	114
6.5.3 Usos aportaciones del Modelo de Creencias de Salud	118
6.5.4 Críticas al Modelo de Creencias de Salud.....	122
Capítulo VII. Método y resultados.....	125
7.1 Método	125
7.2 Resultados	129
7.2.1 Características generales de la población.....	130
7.2.2 Hábitos positivos correlacionados con el género.....	133
7.2.3 Creencias correlacionadas con el género.....	150
7.2.4 Hábitos positivos correlacionados con creencias	161
Capítulo VIII. Discusión y conclusiones.....	289
Anexo N° 1 Instrumentos elaborados por Ramírez y Cortés (2003): “Funcionamiento de la salud” “Funcionamiento Psicosocial”.....	316
Referencias	323

RESUMEN

La presente investigación, es no experimental, descriptiva y de diseño transversal. Tiene como objetivos: describir y analizar los hábitos positivos de salud, de la población que vive en la zona metropolitana, determinando si existe correlación significativa entre el género, creencias y cada hábito positivo de salud. Además, de analizar la influencia, aportaciones y críticas de la psicología de la salud, en el proceso salud-enfermedad. Para recopilar los datos, se utilizaron los instrumentos de "Funcionamiento de la Salud" (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP). La muestra fue de 988 sujetos, cuya edad oscila entre los 17 a 77 años. Se aplicó la prueba chi cuadrada, utilizando el programa SPSS. Los resultados, refirieron que la gente no posee hábitos positivos de salud. En la correlación género y hábitos, se encontraron algunas diferencias significativas; en hábitos saludables y creencias, se analizó, que éstas son influyentes pero no determinantes para la ejecución de los hábitos.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades de carácter crónico, son una de las principales causas de muerte, por ende, surge, la necesidad teórica y social, de conservar la salud y prevenir la enfermedad. Existen diversas áreas, que se han preocupado por la salud, sin embargo, hasta el momento, los esfuerzos han sido fallidos, es por ello, que se le otorga relevancia a la psicología de la salud, surgiendo como una disciplina, abocada, al papel de la prevención y enfocada más a la salud que a la enfermedad.

Este trabajo, surge a través de la necesidad, de encontrar respuestas, a la mejora de salud. Por tanto, desarrollamos una serie de capítulos, que llevan al análisis del proceso salud-enfermedad, así como también, delimitando nuestro trabajo metodológico, en el área de correlación entre hábitos positivos de salud y creencias.

Dentro del capítulo I, mencionamos los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad, uno de ellos, es el biomédico, el cuál, define a la salud como la ausencia de enfermedad; el modelo alternativo, destaca que la enfermedad, se relaciona con factores sociales; el sociomédico, sostiene que salud y enfermedad son resultado de la sociedad y factores biológicos; el ecológico menciona que la salud es adaptación y enfermedad es desadaptación. Sin embargo, era necesario desarrollar un acercamiento, en donde factores biológicos, psicológicos y sociales, se relacionaran como determinantes en la interacción de la salud y enfermedad, nace así el modelo biopsicosocial.

En el capítulo II, destacaremos los antecedentes de la psicología de la salud, aunado al proceso salud-enfermedad, mencionándose las diferentes áreas de la psicología, que contribuyeron en el desarrollo de la psicología de la salud, a través, de sus técnicas progresos y deficiencias.

En el capítulo III, se destaca, el papel de la psicología en el área de salud, así como, se refieren los avances y deficiencias establecidas, para que surgiera la psicología de la salud, ante una demanda teórica y social. Además, se mencionan las diferentes definiciones de la salud, pero coincidiendo que principalmente, la psicología de la salud se aboca a la prevención de salud.

En el capítulo IV, referimos la importancia del papel del psicólogo de la salud, encontrando que dicho papel es fundamental, no sólo, para la evolución de la psicología misma, sino para un mejor desarrollo de la salud. Se encuentran diferentes opiniones respecto, al papel del psicólogo de la salud, sin embargo, los autores coinciden que el desenvolvimiento de dicho profesional se distingue por: a) la investigación de salud y enfermedad, b) promoción de salud y prevención de enfermedad, c) intervención psicológica de la enfermedad y c) mejoras en políticas de salud. Un trabajo esencial, por parte, del psicólogo de la salud, es el de la prevención primaria, ya que de esta forma, el psicólogo, trabaja antes de que exista un problema de salud, previniendo el desarrollo de enfermedades.

En cuanto, al estado actual de la psicología de la salud, va aunado, a la preocupación y relevancia, que los diferentes países hacen a la prevención de salud. En México, se encuentra una psicología de salud, que a penas se difunde, limitándose a la investigación e intervención en problemas médicos, sin embargo, existe ya, la preocupación por desarrollarla, evidenciándose en investigaciones, establecimiento de posgrado y doctorado. Las perspectivas futuras, del psicólogo de la salud, sobre todo, se enfocan a un mayor compromiso a nivel prevención primaria y a un trabajo arduo biopsicosocial dependiente de la multidisciplina.

Un aspecto, que se relaciona con la prevención primaria, es la ejecución de hábitos positivos de salud, por ello, en capítulo V, mencionaremos su definición, determinantes y limitantes para ejecutarlos. Los diversos autores, coinciden que las personas, deben poseer los siguientes hábitos: practicar ejercicio físico, tener nutrición adecuada, dormir 7 a 8 horas, evitar sustancias nocivas y practicar

comportamientos de seguridad. Se comprende, como el establecimiento y limitantes de ejecución de los hábitos positivos, están en función de diversos aspectos que abarcan desde los personales hasta los sociales.

En el capítulo VI, mencionamos como la psicología de la salud, se ha preocupado, por dar una explicación en mejora de la salud, por ello, se han hecho investigaciones sobre las creencias de salud y su relación con las conductas de prevención de salud. Existen diferentes Modelos de Creencias en Salud, pero su sustento, refiere que las conductas saludables se relacionan con la percepción de amenazas de salud y la posibilidad de que un determinado comportamiento reduzca esas amenazas, dependiendo, de estos dos factores, la persona actuará. No obstante, diversos modelos agregan otros factores psicosociales que influyen en la ejecución de hábitos.

A partir, de estos aspectos teóricos, surge la pregunta de investigación, que nos lleva a cuestionar si existe correlación entre el género, creencias y los hábitos positivos de salud. Es por ello, que se utilizó el instrumento de Ramírez y Cortés (2003), enfocado en la población mexicana, utilizando, una población de 988 sujetos cuya edad va de los 17 a los 77 años de edad, recabando los datos a través de los instrumentos de "Funcionamiento de la Salud (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP), aplicando la prueba chi cuadrada.

Es así, como llegamos al VII capítulo, área de resultados, en donde referimos la influencia del género en algunos hábitos de salud y la importancia de las creencias para la ejecución de los hábitos.

CAPÍTULO I. MODELOS EXPLICATIVOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

1. Proceso salud - enfermedad

Jiménez (1998), enfatiza que para comprender las conceptualizaciones del proceso salud- enfermedad, se deben estudiar los dos puntos más importantes dentro de su historia que son: la separación cuerpo-mente y la incorporación de aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

En el punto de separación cuerpo-mente, entra una concepción naturalista (no religiosa) y otra dualista de la enfermedad. El enfoque naturalista, abarca la Grecia clásica y el enfoque dualista, proviene de la filosofía de René Descartes, teniendo su mayor auge con el surgimiento del capitalismo (Jiménez, 1998).

De acuerdo con el enfoque naturalista, Amigo, Fernández y Pérez (1998), comentan que en la antigua Grecia, se consideraba que la mente y el cuerpo estaban unidos, por lo que se creía que la enfermedad se debía a causas naturales. Los griegos, destacaban que la salud era un estado de equilibrio del individuo, mientras que, la enfermedad era desequilibrio.

Durante la misma época, en la antigua China, la salud era entendida como un balance de fuerzas y la enfermedad sería cuando no existiera dicho balance; tanto la salud como la enfermedad eran explicadas como fenómenos naturales y al mismo tiempo, cuerpo y mente eran inseparables (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Apoyado en este enfoque natural, surge la doctrina humoral de Hipócrates, según el cual, la enfermedad es resultado del desequilibrio en el organismo de elementos que integran el cosmos (fuego, tierra, agua y aire). Cada uno de los elementos, abundan en los fluidos corporales, el fuego se concentra en la sangre, la tierra en

la flema, el agua en la bilis amarilla y el aire en la bilis negra. Cuando estos fluidos, se encuentran en desequilibrio, la persona, enferma. Por lo tanto, la salud era un estado de mezcla armoniosa de humores (Ballester, 1998).

Por el contrario, durante la Edad Media, la enfermedad no era vista como fenómeno natural, sino como consecuencia de una fuerza divina. Predominaba la separación entre el bien y el mal, por tanto, la enfermedad se relacionaba con espíritus, al mismo tiempo que para curar a la persona enferma, tendría que arrepentirse de sus pecados. Esta conceptualización, tuvo auge debido a que beneficiaba a la iglesia, ya que, con la implantación de dicha creencia, poseía más seguidores (López, 1993 y Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Otra forma de estudiar la salud y la enfermedad, es por medio de la sociedad, así Baena y Montero (1989) y Castillos, Hernández y Rosales (1989), mencionan que en las sociedades primitivas, los hechiceros ejercían influencia, considerando la enfermedad como algo sobrenatural. Se trataba de combatir a los espíritus malignos que causaban el daño, de ahí, que la persona encargada de curar a los enfermos, fuera el brujo que habitaba en su comunidad.

Más adelante, se dio paso a la sociedad esclavista, en la cual se presentó la división de las clases sociales; a las que pertenecían, por un lado, los amos y por el otro, los esclavos. Sin embargo, permanecía la concepción mágica del proceso salud- enfermedad, además, de utilizar algunas plantas o yerbas para aliviar al paciente. En estas sociedades, la salud giraba en torno a la fuerza humana, inicialmente física y posteriormente de poder (Baena y Montero, 1989; Castillos, Hernández y Rosales 1989).

Durante el feudalismo, la clase dominante, se apegaba a los avances médicos europeos con mayores conocimientos científicos de anatomía y fisiología. No obstante, al presentarse múltiples epidemias, se estimuló la creación de medidas

sanitarias, las cuales estaban en manos del clero, y eran aplicadas únicamente a los nobles, olvidándose de las clases bajas (Baena y Montero, 1989).

En el Renacimiento, se tuvo un interés fundamental en las ciencias, lo que dio pauta al surgimiento del dualismo mente-cuerpo, es decir, se consideraba que el cuerpo, era parte de una realidad física y la mente, del espíritu. El cuerpo era parecido a una máquina, por tanto, la enfermedad sería el resultado de alguna deficiencia o fallo de la misma y el trabajo del médico era repararla. Todo esto, llevo a encuadrar la salud y enfermedad como fenómenos bioquímicos, considerando la salud como ausencia de enfermedad, esto último, es la premisa del llamado modelo biomédico (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Jiménez, 1998).

Ya en el capitalismo, se generan dos concepciones del proceso salud-enfermedad: por un lado, la revolución industrial ocasiona incremento de enfermedades colectivas, lo que hace que se le dé un enfoque social; por otro lado, los médicos sostuvieron que las condiciones de trabajo intervenían sobre los problemas de salud (Castillos, Hernández y Rosales, 1989).

A partir del capitalismo, se da un cambio determinante en el proceso salud-enfermedad, considerando la salud como algo que había que conservar frente agresiones (auge del modelo biomédico). Por ello, se dio un desarrollo en la tecnología, invención de nuevos fármacos, vacunas, el suministro de agua y leche, estado y creación de sistemas de alcantarillado más eficaces, entre otros (Brannon y Feist, 2001).

Durante este período, también se dio la distribución diferente del uso y posesión de los medios de producción. Por una parte, se encuentra la clase burguesa, la cual tenía todos los privilegios de la medicina, al adquirir los medicamentos más caros y la posibilidad de viajar a los lugares en donde se encontraban los mejores hospitales, para atender sus padecimientos. Por otra parte, se encuentra la clase

baja, para quienes los medicamentos, eran de segunda clase, sin contar que la atención en centros de salud y hospitales está permanentemente saturada por exceso de demanda (Baena y Montero, 1989).

Podemos destacar, que a lo largo de la historia, del proceso salud-enfermedad, han existido diferentes modelos que lo tratan de explicar, así como proporcionar una definición del mismo. Generalmente, los modelos han estado relacionados con la concepción ya sea negativa o positiva de la salud-enfermedad, así, desde una concepción negativa la enfermedad es entendida como la limitación de actividades de una persona, debido al dolor o padecimientos que sufre; mientras la salud, es percibida como la ausencia de enfermedad y desde una concepción positiva, la salud es el bienestar físico, mental y social. A continuación detallaremos con más precisión los modelos y sus definiciones.

1.1 Modelos explicativos y su definición del proceso salud-enfermedad

El *modelo biomédico*, define la salud como la ausencia de enfermedad, es decir, la salud vista como un estado caracterizado por incapacidad o invalidez, por lo que se presentan anomalías o alteraciones orgánicas y/o mentales, que tienen poco que ver con procesos psicológicos y sociales. Por lo tanto, este modelo afirma que el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, ya que tan sólo es la víctima de fuerzas ajenas a él (Godoy, 1999; León y Medina, 2002).

En cuanto a la enfermedad, se conceptualiza como un fenómeno objetivo, que se caracteriza por la alteración del funcionamiento biológico o por la acción de bacterias y virus, por ende, algunas veces se le considera como anomalía anatómica, morfológica o fisiológica (Llor, Abar, García y Nieto, 1995; León y Medina, 2002).

Cabe destacar, que el auge del modelo biomédico, se da en gran parte, por el descubrimiento de nuevos medicamentos o aparatos, que pueden aliviar al hombre, pero a pesar, de las contribuciones, se dejan de lado factores importantes como los psicosociales, es decir, hay que reconocer la importancia de la medicina en el proceso salud-enfermedad, pero no hay que negar, la trascendencia de otras ciencias que influyen y son determinantes en este proceso.

Es necesario hacer énfasis, en que nuestra opinión, referente ha tomar en cuenta otras áreas a parte de la biología en el proceso salud-enfermedad, ha sido también planteada por diversos autores, no obstante, las limitantes relacionadas con la mayor importancia al modelo biomédico actualmente son vigentes.

Así se señala, que anteriormente las enfermedades infecciosas, ocupaban el primer lugar, entre los padecimientos del siglo XX, y en la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, transmisibles, el suicidio y el homicidio han ocupado un lugar importante para llamarlas las enfermedades de la civilización (Gómez, 1996; Ballester, 1998).

Cabe destacar, que a lo largo del siglo XX, el modelo biomédico ha permitido a la medicina conquistar o controlar muchas de las enfermedades, que han asolado a la humanidad, sin embargo, este modelo, define a la salud en términos de ausencia de enfermedad, lo que resulta limitante (Brannon y Feist, 2001).

En el transcurso del último cuarto del siglo XX, muchos médicos, psicólogos y algunos sociólogos, han empezado a cuestionar la utilidad del modelo biomédico, coincidiendo en que el modelo biomédico ha estimulado el progreso, en lo que respecta al tratamiento de la enfermedad; sin embargo, cuestionan su limitada definición de salud y su grado de utilidad refiriéndose a la consideración de los actuales patrones que imperan, tanto acerca de la enfermedad como de la muerte (Brannon y Feist, 2001).

De este modo, el modelo médico ha sido criticado, por ser considerado reduccionista ya que no explica por qué un mismo agente patógeno no produce siempre la enfermedad en individuos diferentes; además, que conceptualizar la salud como la ausencia de enfermedad, puede ser confuso por dos razones principales: en primer lugar, para definir la salud en términos negativos habría que trazar el límite entre lo normal y lo patológico, y ello no es siempre posible; en segundo lugar, los conceptos de normalidad varían con el tiempo (Piédrola, Del Rey, Domínguez, Cortina, Gálvez, Sierra, Saenz, Gómez, Fernández, Salleras, Cueto, Gestal, 1991).

El modelo médico, da pauta a otras críticas, destacando que el considerar la enfermedad únicamente desde un punto de vista biológico es limitante, por ignorar que las cuestiones bioquímicas son elementales para un diagnóstico y además hay otros factores que influyen como los psicológicos y los sociales (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Desde nuestro punto de vista, añadiendo a las críticas, hay que referir, que si se toma en cuenta el concepto donde salud es opuesta a la enfermedad y ésta es el resultado de agentes patógenos, se podría caer en el error de que el único profesional que intervendría en el proceso salud-enfermedad fuera el médico y el psicólogo tendría nula cabida en este proceso.

Así Gómez (1996), comenta que el hombre se desenvuelve en el ambiente en el que vive y al comportarse de cierta manera existen factores que pueden poner en riesgo su salud, además, los comportamientos del hombre se pueden modificar para que no llegue al extremo de emplear la cirugía y medicamentos para salvar su vida, de esta manera, podría contemplarse el aspecto psicológico.

A partir de las limitantes del modelo biomédico, se da pauta a la construcción de nuevos modelos, para explicar el proceso salud-enfermedad. Uno de ellos, es el *modelo alternativo*, el cuál, destaca que la enfermedad se relaciona con diversos factores sociales, sin embargo, no hace un análisis en la influencia que éstos tienen dentro de la salud o enfermedad (Beltrán y Torres, 1986).

Por las deficiencias de los modelos médico y alternativo, surge una nueva concepción, que refiere que tanto la salud como la enfermedad son también un proceso social, en donde se considera el modo de producción y las relaciones sociales, como agentes causales de salud o enfermedad. Bajo esta premisa es que surge el *modelo sociomédico*, el cual, sostiene que la salud y la enfermedad son resultado de la historia de su sociedad (Beltrán y Torres, 1986).

Si se analiza el modelo sociomédico, puede destacarse que su principal contribución para mejorar la visualización de la salud, es la preocupación por fenómenos de tipo social influyentes en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, también se puede considerar insuficiente por dejar a un lado los factores de tipo psicológico.

Otro modelo, que también se origina es el *ecológico*, en el que la salud es identificada como adaptación al medio, mientras que la enfermedad es la desadaptación. Asimismo, la salud es equilibrio entre factores internos y externos, y enfermedad es desequilibrio entre los mismos. Este modelo, fundamenta su teoría en el supuesto que plantea que el hombre debe adaptarse al medio, el cual contempla tres aspectos principales: lo físico, lo biológico y lo psicosocial. Así, si hay una perturbación en uno de éstos va perjudicar directamente a los otros; por lo que, se provocará una enfermedad si la persona no se adapta a las condiciones (Álvarez, 1998).

Castillos, Hernández y Rosales (1989) mencionan que la principal ventaja del modelo ecológico es que puede estudiar la enfermedad considerando los diferentes momentos de su evolución, lo que permite proponer acciones preventivas en cada uno de esos momentos. Sin embargo, la principal crítica es que no establece la jerarquía de cada uno de los factores que intervienen en la enfermedad, lo que imposibilita una explicación profunda.

Era necesario desarrollar un acercamiento mas comprensivo, en el que los factores biológicos, psicológicos y sociales, se relacionan como determinantes en la interacción de la salud y la enfermedad, nace así, el *modelo biopsicosocial* (León y Medina, 2002).

El modelo biopsicosocial, surgió a partir de la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1948, la cual conceptualiza la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no como ausencia de enfermedad, siendo necesario, incorporar dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico. Así este modelo, refiere que la salud se logra cuando la persona satisface sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Latorre, 1994; Durán, 1998; Dubos, 2000).

En este sentido la salud implica diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicológico y social, de calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgo de enfermedad (Godoy, 1999).

Entre las ventajas, que se han encontrado en este concepto, es incorporar las áreas social y mental y no sólo la biológica, además, de que se define en términos positivos, lo que implica no tomar a la salud como una simple carencia de enfermedad (Piédrola, Del Rey, Domínguez, Cortina, Gálvez, Sierra, Saenz, Gómez, Fernández, Salleras, Cueto, Gestal, 1991).

Según Amigo Fernández y Pérez (1998), el modelo biopsicosocial lleva a que se promueva un diagnóstico multidisciplinar, es decir, que dentro de la evaluación se contemplen aspectos de tipo biológico, psicológico y social. Además, en caso de que la persona requiere un tratamiento, éste deberá acoplarse a sus particularidades tomando en cuenta estos tres aspectos.

Dicho modelo, resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales enfermedades, como el cáncer, el SIDA y el estrés, las cuales no pueden ser explicadas por los clásicos modelos de enfermedad, dado que la causa no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta- ambiente (Buela- Casal y Carrobes, 1996).

Sin embargo, también existen desventajas, una de ellas es equiparar bienestar a salud, esto podría ser erróneo ya que una persona drogadicta puede no presentar molestias cuando ha ingerido la droga; la segunda es el hecho de mencionar “un completo bienestar”, puede ser utópico debido a que la completa salud, es difícil de alcanzar; la tercera, es considerarla una definición estática y no tomar en cuenta que la salud es dinámica, es decir, que cambia constantemente, además, de que varía porque a veces se puede tener salud biológica pero no psíquica (Piédrola, Del Rey, Domínguez, Cortina, Gálvez, Sierra, Saenz, Gómez, Fernández, Salleras, Cueto, Gestal, 1991).

Añadiendo a las desventajas de este modelo Hernán (1993), destaca que el comparar la salud con una sensación de bienestar físico, mental y social complica el problema de evaluación del estado de salud, debido a que se introduce un factor subjetivo.

Por las deficiencias planteadas acerca del modelo biopsicosocial, ha surgido otro modelo como el de *Terris* en 1980, quien define la salud y enfermedad en dos términos: el objetivo y el subjetivo, la salud se define como el bienestar (sentirse bien en diferentes grados) y también como capacidad de funcionar (por ejemplo poder trabajar o estudiar), en cuanto, a la enfermedad se define como la incapacidad de funcionar y un estado de malestar. Por lo tanto, *Terris* conceptualiza la salud como un estado de bienestar, físico, mental y social, así como la capacidad de funcionamiento (Piédrola, Del Rey, Domínguez, Cortina, Gálvez, Sierra, Saenz, Gómez, Fernández, Salleras, Cueto, Gestal, 1991).

Se hacen algunas críticas al término capacidad de funcionamiento, ya que, éste también es posible en personas con patologías y no sólo saludables, puesto que hay enfermos en sus primeras fases que se desenvuelven normalmente en su medio ambiente (Piédrola, Del Rey, Domínguez, Cortina, Gálvez, Sierra, Saenz, Gómez, Fernández, Salleras, Cueto, Gestal, 1991).

Otro modelo que también retoma aspectos biopsicosociales, es el realizado por el ministro canadiense *Lalonde*, quien menciona, que la salud o la enfermedad son producto de la interacción de cuatro niveles: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria, los cuales, están influidos por factores sociales, destacando la influencia de los estilos de vida para que una persona padezca alguna enfermedad (Cruz y Aguilar, 2002; Torio y García, 2002).

En suma, de todas las posibles modelos y sus definiciones de salud se coincide con lo siguiente:

“No parece hoy posible definir la salud en términos absolutos y sólo objetivos; tampoco pensar que ella es la simple ausencia de enfermedad. La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (Hernán, 1993, p .12)”.

Es decir, que de todas las definiciones escritas se puede concluir que para estudiar el proceso salud-enfermedad, se deben tomar en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya que, de forma contraria no se comprendería el origen, las causas y el mantenimiento de la salud o posible cura de la enfermedad.

Cabe señalar, lo mencionado por López (1993), quien refiere que los conceptos de salud-enfermedad existentes, han servido para orientar las acciones sanitarias a nivel individual y colectivo. A pesar de que la definición de la OMS, es blanco de múltiples críticas, lo rescatable, es el buscar una mejor calidad de salud tanto individual como social.

Por su parte Durán (1998), analiza el proceso salud-enfermedad ha sido estudiado por diferentes disciplinas, con divergentes enfoques y perspectivas; así, la medicina lo estudia desde la perspectiva puramente biológica, la psicología lo aborda por medio del comportamiento de los individuos y por último, la sociología lo analiza a través de las condiciones socioeconómicas de la población.

Cada una de estas áreas, ha estudiado la salud bajo su propia perspectiva dejando casi siempre de lado los posibles nexos con las otras disciplinas, sin tomar en cuenta un manejo integral que considere al individuo como un ser biopsicosocial (Durán, 1998).

Así, analizamos que el concepto de salud–enfermedad ha cambiado con el tiempo de acuerdo a la visión que cada disciplina tiene de este concepto y la forma en que se han incluido aspectos de tipo social, cultural e incluso individual, ya que, actualmente no sólo es necesario una visión biológica, sino también, psicológica y social. Sin embargo, a pesar de las nuevas definiciones o modelos propuestos donde se incluyen y contemplan aspectos psicosociales; es evidente, que en muchos lugares, la mayoría de la gente relaciona el estar enfermo con una causa puramente biológica, aunado a ello, el incremento de las enfermedades crónicas y de mortalidad, por las mismas.

Por ello, cabría mencionar lo propuesto por Palomino y Hernández (2003), los cuales reiteran que definir el concepto de salud sería ambicioso además de no ser responsabilidad de la psicología, sin embargo, sería necesario aclarar el contexto donde se ubica la persona, es decir, una relación objetiva (relación con familia, amigos, hábitos, etcétera) y subjetiva (pensamientos, creencias, concepción de su cuerpo, etcétera) para explicar su construcción sobre el proceso salud-enfermedad).

Nosotras añadiríamos, como gran responsabilidad de la psicología, no sólo, preocuparse por aclarar o explicar el proceso salud-enfermedad de las personas desde una visión global, sino también, hacer evidente una promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde un enfoque psicológico, biológico y social; es decir, que para relacionarse, tanto con la salud como la enfermedad, las personas no solo acudan a lecturas o profesionales especializados en aspectos biológicos y sociales.

A pesar, de no tratar de dar una nueva definición de salud-enfermedad, podríamos mencionar que para nosotras, de todas las definiciones descritas concordamos con el modelo ecológico, por el hecho de contemplar aspectos biopsicosociales y de no fragmentar al hombre en cuerpo y mente, además, de tomar en cuenta la

prevención, por estudiar los diferentes momentos de la evolución de la enfermedad.

La definición de la OMS, innovó la forma de ver el proceso salud-bienestar y como gran ventaja se encuentra la contemplación de aspectos biopsicosociales, sin embargo, el hecho de mencionar a la salud como “un completo bienestar”, nos parece casi imposible de definir, por las razones ya planteadas.

Coincidimos que la salud es entendida como la adaptación al medio y equilibrio entre factores internos y externos, mientras que la enfermedad es la desadaptación y un desequilibrio de factores internos y externos, así tanto la salud como la enfermedad, están íntimamente relacionados con factores de tipo biológico, psicológico y social.

Hay que referir, que a partir de la preocupación por una visualización más holística o global de la salud, es que surge la psicología de la salud. En el siguiente apartado, destacaremos los antecedentes relacionados con el surgimiento de la psicología de la salud.

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 Antecedentes de la psicología de la salud

Continuando, con el análisis del proceso salud enfermedad, cabe decir, que aunado a los problemas de dicho proceso, el pensamiento y práctica psicológica se han visto influenciados, es por ello, que han surgido áreas relacionadas con la salud y que dan surgimiento a la denominada psicología de la salud (Morales, 1999; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). En los siguientes puntos, se dará una explicación de las áreas que contribuyeron en el desarrollo de la psicología de la salud, así como, en qué se diferencian de la misma.

2.2 Psicología clínica

La psicología clínica, se remonta a partir del laboratorio de Wundt y de la clínica de enfermos mentales en Rusia. En sí, se consideró propiamente como psicología clínica cuando surge la primera clínica psicológica fundada por Witmer. Desde entonces, ha evolucionado, según la influencia de diversas corrientes psicológicas, variando de forma considerable a través de los diferentes países (Buela-Casal y Carrobbles; 1996).

Cabe mencionar, que se puede definir la psicología clínica, como un área de la psicología, en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación y prevención de trastornos psicopatológicos. Por tanto, el campo de trabajo del psicólogo clínico, es un espacio dedicado al diagnóstico e intervención, los cuáles contemplan la evaluación de los distintos problemas mentales en continua interacción con su tratamiento (Buceta, 1992; Buela-Casal y Carrobbles; 1996).

La psicología clínica, contribuyó al surgimiento de la psicología de la salud en lo relacionado con el contexto asistencial, por medio de sus técnicas, diagnóstica y de tratamiento ante diversos problemas y /o situaciones, es así, como los psicólogos de la salud ocupan dichas técnicas para ayudar a sus pacientes (Jiménez, 1998; Morales, 1999).

En cuanto, a la divergencia entre psicología de la salud y clínica, existen controversias, con respecto, a su objeto de estudio. Algunos autores, plantean que la psicología clínica puede abarcar los aspectos que retoma la psicología de la salud; otros mencionan que cada área tiene su propio objeto de estudio, la psicología clínica, estudia los trastornos mentales y la psicología de la salud, la enfermedad física, además, existen otros autores que manejan que la psicología de la salud es una innovadora área que bien puede sustituir a la psicología clínica.

Así, por mencionar algunos autores, Gil, Roales y Luciano (1996), citado en Ballester (1998), comentan que la psicología clínica, existía antes que la psicología de la salud, de esta forma la psicología clínica cubre temas que también abarca la psicología de la salud, pero un aspecto que fue olvidado por esta última fue el proceso salud-enfermedad, por lo que, la psicología de la salud lo abarcó. Sin embargo, para dichos autores, la separación de estas dos disciplinas sería enfocarse a la dualidad mente-cuerpo.

Para Morales (1999), la diferencia entre psicología de la salud y psicología clínica, consiste en que ésta última, se ha centrado en la enfermedad más que en la salud; enfocada hacia el individuo, más que a un grupo o la comunidad; enfatizando en los trastornos mentales, además, de dirigirse al diagnóstico y al trabajo dentro de los hospitales más que a la atención primaria.

Por su parte, Ballester (1998), comenta que es necesario reconocer que en sus inicios, la psicología de la salud se preocupó más por el análisis y el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, esta área tiene una extensa literatura abocada a la promoción de la salud y aunque ha sido poca la práctica, sí se ha ejercido. Además, que una cosa, es lo que puedan hacer los psicólogos clínicos y otra es lo que realmente hacen; así, maneja que estos psicólogos pueden hacer prevención pero realmente no la manejan.

Por tanto, para Ballester (1998), sería idóneo, que se reconociera el papel de la psicología de la salud, sin que se corriera con el error del dualismo, es decir, la psicología clínica, abocada a los trastornos mentales y la de la salud, a las enfermedades físicas. Lo mejor, sería que la psicología clínica reconociera sus errores formando un espacio para la prevención y tratamiento de la salud y enfermedad, ya sea física, psíquica o ambas. Concluyendo que, sea cual sea la decisión de los teóricos (que se sustituya la psicología de la salud por la clínica o viceversa), se debe hacer énfasis, en lo óptimo para la salud de las personas y superar el dualismo que ha perdurado por años.

Enfatizando, que la gran deficiencia que ha tenido la psicología clínica, es solo abocarse a la enfermedad, así, actualmente la psicología clínica, ha retomado temas que no solo conciernen a trastornos mentales, como por ejemplo, ocuparse del comportamiento de los pacientes a la acoplación a los hospitales, fomentar la adherencia a tratamientos o al alivio de ciertos dolores, sin embargo, no deja de ser su campo de estudio la enfermedad, olvidando el papel de la salud y por tanto, incitando a la fragmentación del hombre en cuerpo y mente (Morales, 1995).

Por ello, coincidimos con la postura de Ballester, en cuanto a la incitación a los psicólogos por una psicología no nueva, pero si mejorada, es decir, la psicología de la salud tiene sus raíces en diversas áreas, una de ellas es la psicología clínica, pero una diferencia que debe persistir, es la no fragmentación del hombre y por que su objeto de estudio no sea sólo enfermedad sino también la salud.

2.3 Psicología médica

Para Alonso (1989), “la psicología médica, abarca todos los conocimientos de la psicología, los cuales, son útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia” (p.3).

Por su parte Morales (1999) y Martín (2003), mencionan que la psicología médica, es la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de los problemas emocionales de los enfermos y de las enfermedades somáticas, además del estudio de la relación médico paciente.

Se dice que, el objeto de estudio de la psicología médica, es sobre todo, preparar médicos generalistas con una formación psicológica suficiente. Reiterando, lo que menciona Schneider, el cuál destaca: que la meta primordial es preparar psicológicamente al médico, con objeto de que comprenda al enfermo, independientemente de la afección o etiología de su enfermedad (Alonso, 1989)

Si se analizan estos puntos, es importante mencionar, que la psicología médica contribuye en cuanto a la situación del hombre enfermo y su relación con el trato médico-paciente, sobre todo, a la importancia del papel que el médico tiene en el tratamiento de la persona enferma. Todos estos puntos también son retomados por la psicología de la salud. Cabe decir, que una gran contribución de la psicología médica, fue acercar al médico al campo de la psicología, aunque sea de manera lejana, ya que, se limitan a aspectos de la personalidad, olvidando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Cabe mencionar, que la diferencia entre psicología médica y psicología de la salud, consiste en que esta última, se basa más en la enfermedad y proporcionar cambios en el comportamiento de las personas para que mejoren en su salud; además de que enfatiza en la relación médico paciente (Morales, 1999).

Además, Rosales-Nieto (1996), citado en Amigo, Fernández y Pérez (1998), dice que la psicología médica, no ha podido abarcar el ámbito de trabajo que caracteriza a la psicología de la salud, olvidando el papel de las profesiones clínicas en el cuidado de la salud, y limitando el campo psicológico a la subordinación hacia el médico.

2.4 Medicina psicosomática

La base de la investigación relacionada con la medicina psicosomática, tuvo sus inicios en la observación de Walter Cannon, realizada en 1932, acerca de los cambios fisiológicos relacionados con la emoción. La investigación de Cannon, demostró que la emoción, conducía a cambios fisiológicos que se relacionaban con el desarrollo de enfermedades físicas, es decir, se plantea que, la emoción puede producir cambios que a su vez provocan enfermedades (Brannon y Feist, 2001).

El concepto más moderno de la psicología psicosomática, recibió impulso por parte de Sigmund Freud, quien destacó la relevancia de los factores psicológicos inconscientes, en el desarrollo de síntomas de carácter físico (Brannon y Feist, 2001).

De esta forma, la medicina psicosomática se basa en los fundamentos psicoanalíticos, para explicar la relación de enfermedad con los conflictos psicosexuales; por ello, se menciona que, vivencias, necesidades no resueltas y fobias, pueden estar aunados al desarrollo de enfermedades (Morales, 1999).

Ésta área, en un inicio destacó que los procesos inconscientes, generan un papel patógeno en la enfermedad, posteriormente, prestó mayor atención a los procesos fisiológicos, después, enfatizó el papel de la actividad nerviosa, más tarde, se mencionaron los acontecimientos de la vida, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, entre otros (Morales, 1995).

Así, se dice que la medicina psicosomática, es una especialidad de la biomedicina, abocada a estudiar los elementos psicológicos que se relacionan con el desarrollo y avance de la enfermedad física (Bishop 1994; citado en Jiménez 1998).

Otros autores, como Brannon y Feist (2001), mencionan que dicha área se refiere al análisis de los comportamientos emocionales y psicológicos, relacionados con las enfermedades físicas, y a los factores psicológicos y somáticos, que interactúan produciendo enfermedades.

De esta manera, la principal contribución de la medicina psicosomática al desarrollo de la psicología de la salud, es la importancia, del papel que muchas veces tiene elementos psicológicos sobre la enfermedad. Se contempla, que la enfermedad puede ser producto de factores emocionales y/ o biológicos.

Por otra parte, las diferencias encontradas entre la medicina psicosomática y la psicología de la salud, es que, en la primera, su objeto de estudio son las enfermedades psíquicas que se manifiestan biológicamente, además, que el modelo que utiliza es el psicoanálisis y en la segunda, por lo general tiene una corriente conductual y que toma en cuenta enfermedades de cualquier índole y aspectos relacionados con la salud.

2.5 Medicina conductual

Cuando inició la medicina conductual, se relacionaba con el *biofeedback*, sin embargo, el concepto que actualmente se da, es el siguiente: disciplina interdisciplinaria que integra a la psicología conductual y a la medicina, así como, el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Buela-Casal y Carrobbles, 1996).

Algunos otros teóricos, la definen como: “un campo interdisciplinario, que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad” (Miller, 1983; citado en Morales, 1999, p. 75).

Otra definición, es la que describe a la medicina conductual como: un campo interdisciplinario que maneja técnicas conductuales, tanto para la salud como para la enfermedad; además, de aplicarlas a nivel preventivo, de diagnóstico y de tratamiento (Schawartz y Weiss, 1978; citado en Morales 1999).

Es importante referir, que existen diferentes opiniones acerca de las diferencias entre psicología de la salud y medicina comportamental. Para Bayés en 1979, la psicología de la salud, supone un término más propio del psicólogo que el de medicina conductual por el hecho de sustituir medicina por psicología (Ballester, 1998).

Otros teóricos, las diferencian en cuanto a sus características, así Taylor en 1986, destaca que la medicina comportamental, es un área interdisciplinaria y la psicología de la salud es una disciplina que hace contribuciones a la salud, incluyendo el área de la medicina comportamental. Además, Ibáñez y Belloch en 1989, refirieron que la psicología de la salud, se centra más en aspectos preventivos que en curativos y en lo social más que en lo individual (Ballester, 1998).

Kaptein y Van Roojen (1990) citado en Ballester (1998), y Amigo, Fernández y Pérez (1998), coinciden en que la medicina comportamental, es interdisciplinar mientras que, la psicología de la salud, es una rama dentro de la psicología. Además, que la psicología de la salud, se enfoca en aspectos preventivos y la medicina comportamental, en la rehabilitación y tratamiento; aunque no niegan que muchos psicólogos combinan ambos elementos.

Por su parte, Morales (1999), encuentra que la diferencia entre la psicología de la salud y la medicina conductual, es que esta última, da mayor peso a la enfermedad y no da tanta relevancia como la psicología de la salud a la promoción de la salud.

Algunos autores destacan que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, desde el punto de vista social, es a lo que mayor importancia toma la psicología de la salud, mientras que la medicina conductual, la pone, al tratamiento y la rehabilitación desde un punto de vista individual (Ballester, 1998).

Cabe reiterar, algunas deficiencias de la medicina conductual como son: que su tratamiento se basa en los síntomas y signos, aventurándose a no tomar en cuenta a la persona y los aspectos que se relacionan con la misma, donde es posible que se encuentre parte de muchos de sus problemas (Morales, 1999).

Otras limitaciones, son: incorporar principios y técnicas de múltiples marcos teóricos, entre los que no existe coherencia conceptual; además, presenta un pragmatismo tecnológico, sin una revisión de sus supuestos y tiene un valor relativo en la rehabilitación, tratamiento, investigación y prevención (Buela-Casal y Carrobes, 1996; Morales, 1999).

Sin embargo, entre las principales contribuciones de esta área a la psicología de la salud, sería el desarrollo de la intervención conductual, en el tratamiento de pacientes enfermos o como mantenimiento de la salud, es decir, muchas de las técnicas utilizadas por la medicina conductual, fueron recopiladas y utilizadas por psicólogos de la salud y sus deficiencias tratan de ser superadas.

2.6 Salud conductual

Esta área, comienza a emerger casi al mismo tiempo que la medicina conductual, sin embargo, pone especial énfasis en la mejora de la salud y la prevención de la enfermedad en personas saludables, en lugar de centrarse en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos producidos en individuos afectados por enfermedades, es decir, tiene como objetivo la intervención centrada en el campo de la prevención (Buceta, 1992; Brannon y Feist, 2001).

La salud conductual, incluye la prevención de daños, el consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol, la dieta y el ejercicio, es decir, todos aquellos comportamientos o estilos de vida que mantienen o mejoran la salud (Brannon y Feist, 2001).

Se podría decir, que sus principales contribuciones a la psicología de la salud, es en cuanto, a sus postulados referentes a la prevención y en lo que se diferencia de la psicología de la salud, es que la salud conductual, se preocupa principalmente por la prevención y la psicología de la salud no sólo abarca este nivel, sino también, la intervención y rehabilitación.

2.7 Psicología comunitaria

Surge en los años sesenta en los Estados Unidos, debido a la preocupación por la prevención de las enfermedades, así como, por la promoción de la salud; debido a esto la comunidad era el objeto de intervención (Morales, 1999).

Para Rapport (1977), citado en Phares (1996), es más eficaz hablar de psicología comunitaria, en términos de una perspectiva, que tratar de realizar un concepto. Así, identifica tres aspectos elementales: la relatividad cultural, la diversidad y la ecología (adecuación entre personas y ambiente).

En el primer aspecto, se refiere, a que los psicólogos comunitarios necesitan tomar en cuenta la correspondencia entre ambientes y personas. En el segundo, menciona que la atención de los psicólogos comunitarios, se dirige a las capacidades de las personas y a su ambiente. En el tercero, destaca, que estos psicólogos no deben apoyarse en una sola norma, sino buscar la diversidad (Phares, 1996).

De manera diferente, Godoy (1999), menciona que algunos autores, si plantean una definición de psicología comunitaria, conceptualizándola como un área destinada a la comprensión, explicación y solución, desde un punto de vista social o comunitario, enfocando su atención, en cambios relacionados con el medio.

Morales (1995), la psicología comunitaria, ha desarrollado programas preventivos en salud mental, sin embargo, este desarrollo se ha empleado en relación con otras enfermedades, como la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, o la prevención de enfermedades cardiovasculares. Este modelo, ofrece aportaciones a la atención primaria en el sector salud.

Es importante mencionar, que la psicología comunitaria, se basó en el modelo de competencia propuesto por Albee en 1980, el cuál menciona, que los problemas de salud de la comunidad son dependientes de las causas orgánicas, estrés ambiental, autoestima y apoyo social (Morales, 1999).

Por su parte, Morales (1999), identifica que las principales funciones de un psicólogo comunitario son: 1) la promoción de conductas saludables, 2) influir en el entorno ambiental, 3) facilitación a los servicios de salud, 4) fomentar el apoyo social, 5) influir para que la comunidad participe en los proyectos de salud, 6) facilitar acceso a servicios de psicología, 7) ser capaces de evaluar las intervenciones dentro de la comunidad y 8) trabajar a nivel interdisciplinario.

Las críticas que se realizan a la psicología comunitaria, son: 1) el modelo de competencia en el que se sustenta, ya que, no explica por completo las variables psicológicas del proceso de salud-enfermedad; 2) su orientación se limita al campo de la salud mental y 3) sus procedimientos están formulados de manera muy general, lo que implica, que no puedan aplicarse a situaciones de trabajo concretas (Morales1995, 1999).

De todo esto, se puede analizar, que las principales aportaciones que se retoman de la psicología comunitaria a la psicología de la salud, son: la preocupación por la prevención, así como sus proyectos y políticas de promoción de la salud.

Jiménez (1998), menciona que la psicología comunitaria, se considera como un complemento a la psicología de salud, ya que, ella estudia procesos de tipo psicológico, social, médico, cultural y de estos principios, se basa o refuta la psicología de la salud, para emplear novedosas funciones del psicólogo de esta misma.

El aspecto disímil, que se encuentra entre psicología comunitaria y la psicología de la salud, es que la primera, está vinculada más con problemas de tipo mental, en cambio la segunda, se preocupa por el proceso salud- enfermedad en todos sus rubros.

2.8 Psicología social

Un importante exponente de los inicios de la psicología social, es Kart Lewin (1890- 1947), quien desarrolla y demuestra hipótesis, sobre la inserción del individuo en grupos sociales y la importancia de éstos para él mismo. Cabe destacar, que a partir del desarrollo de la psicología social y otros campos de las ciencias sociales, como la sociología, la antropología, la economía y las ciencias políticas, el individuo es considerado dentro de un contexto histórico, cultural y social (Cruz y Aguilar, 2002).

Por lo tanto, la psicología social, ha demostrado un desarrollo significativo, en cuanto a las investigaciones, mismas que aportó a la psicología de la salud, además, del desarrollo de teorías Jiménez (1998), menciona algunas de estas investigaciones: la relación del paciente con profesionales de la salud, estrés y apoyo social, promoción y prevención de la salud.

Otras investigaciones que se han realizado por parte de la psicología social, han sido sobre las actitudes, estereotipos, influencia social, percepción social, relaciones intergrupales, cognición social, atribuciones, representaciones sociales, dinámica de grupos, entre otros, los cuales, han contribuido para poner los conocimientos de los profesionales al servicio de la comunidad (Cruz y Aguilar, 2002).

2.9 Psicología experimental

La psicofisiología experimental, puede definirse, como un área de especialización de la psicología en la que por medio de técnicas psicofisiológicas se investiga, evalúa y trata los componentes psicofisiológicos de la conducta normal y de los trastornos físicos y psicopatológicos. Intenta explicar, procesos conductuales por medio de sus componentes psicológicos y biológicos (Buela-Casal y Carroble, 1996; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Esta área según Jiménez (1998), contribuyó a la psicología de la salud en cuanto al desarrollo de técnicas como el *biofeedback*, que se ocupa de la autorregulación de las funciones anatómicas; además, que dio un papel decisivo en el análisis de las vías por las que las respuestas fisiológicas, son influenciadas por los factores psicológicos y variables situacionales.

2.10 Psicología cognitiva

La psicología cognitiva, ha colaborado en los procesos cognitivos que regulan la conducta, sobre todo en aquellos que se implican en la comprensión y recuerdo sobre instrucciones que tengan que ver con la salud, así como, su nexa con la toma de decisiones y resolución de problemas (Jiménez, 1998).

Se analiza, que todas estas áreas son importantes para el surgimiento de una disciplina más completa, dentro del campo de la salud, sin tratar de minimizar las áreas mencionadas, cabe destacar, que todas ellas son relevantes en cuanto a que en su momento histórico, jugaron un papel, que clarificó algunos aspectos referentes al proceso salud enfermedad, así como, también dejan limitantes y por estas últimas es que surge la psicología de la salud, a continuación detallaremos este surgimiento.

CAPÍTULO III. SURGIMIENTO Y DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 Surgimiento de la psicología de la salud

La psicología se ha relacionado con el campo de la salud, desde hace mucho tiempo, no sólo a partir del surgimiento de la psicología de la salud, sino desde sus inicios, porque como se sabe, la salud implica aspectos de tipo mental, conductual, biológico, entre otros; y éstos se han relacionado con la psicología desde sus orígenes. Por ello, es necesario mencionar los antecedentes de la psicología general, para estudiar los antecedentes de la psicología de la salud.

Así, se encuentra que Wundt, realizó un material relacionado con el dolor como uno de los sentidos básicos. Por su parte, William James, realizó trabajos sobre temas de salud, en donde trataba la invalidez crónica, la curación metafísica e hizo descubrimientos, sin saberlo, de la personalidad tipo A. Otra figura, que también mostró preocupación por la salud fue Hall, quien incluyó, en uno de sus libros un capítulo llamado “Enfermedades del cuerpo y la mente” (Ballester, 1998).

Dentro de los antecedentes, también se encuentra la primera acción casi oficial organizada por la APA, que fue celebrada para considerar cómo la psicología podría aportar a la educación y práctica médica. Además, de que la APA señaló, que sería necesario impartir en las facultades de medicina el área de psicología (Ballester, 1998).

En cuanto a la investigación, la psicología clínica, realizó algunos trabajos relacionados con el proceso salud-enfermedad, como por ejemplo, estudios dirigidos a la aplicación de la terapia en problemas, que presentaban síntomas físicos y psicológicos; trabajos que tenían la finalidad de mejorar algunos problemas físicos que estaban influenciados por estrés e investigaciones sobre el

impacto de la preparación psicológica en pacientes ante una cirugía (Ballester, 1998).

Por otra parte, Rodin y Stone (1987), citados en Ballester (1998), hicieron una revisión sobre artículos relacionados con la psicología de la salud, encontraron 136 artículos que trataban en su mayoría de los efectos del estrés, el dolor y salud sexual. En 1960, aumentaron los artículos a 257, con el desarrollo de nuevos temas como eran las actitudes y conductas de salud, aunque estos puntos no eran estudiados siempre por psicólogos, indujeron a cambios en la visualización de la salud y enfermedad, lo que originó en parte el desarrollo de la psicología de la salud.

Ballester (1998) y Jiménez (1998), mencionan que el nacimiento de la psicología de la salud se da a partir de que William Shofield en 1969, quien publicó un artículo en el *American Psychologist*, destacando que los trabajos en su mayoría trataban de enfermedades mentales e incitaba a los psicólogos a realizar nuevas investigaciones de salud. Este artículo provocó que muchos autores se preocuparan por nuevos temas y que la APA en 1973, formara un grupo de trabajo referente a la investigación en salud, con la finalidad, de difundir información sobre el estado de la investigación en conductas de salud. De aquí, se analizó que eran pocos los psicólogos preocupados por los problemas de salud y enfermedad, incluyendo el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Después de lo ya planteado, es importante decir que la psicología de la salud no solo nace por una necesidad teórica y /o científica, sino también, por un emergente proceso social, que trata de cambiar la concepción de salud-enfermedad por cuestiones económicas, políticas e individuales.

Jiménez (1998), menciona tres razones principales por las que surge la psicología de la salud: 1) razones de tipo teórico o científico, 2) razones de tipo epidemiológico y 3) razones de tipo económico.

Con respecto a las razones de tipo teórico, se pueden referir los cambios o modalidades en cuanto a la definición de salud, ya que, anteriormente era vista como la ausencia de enfermedad, sin embargo, se ha mencionado que la salud es más integral y abarca el bienestar físico, social y mental, es decir, se sustituye el modelo médico por el biopsicosocial (Valádez y Landa, 1993; Jiménez, 1998; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En las razones epidemiológicas, abarca el cambio radical en la tasa de morbilidad y mortalidad, anteriormente la mayor preocupación de los profesionales de la salud se enfocaba en el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles y en las enfermedades por carencias nutricionales, sin embargo, se ha dado un giro importante en el tratamiento de las mismas, ya que, en la actualidad, las enfermedades que han incrementado el nivel de morbimortalidad son las crónicas no transmisibles como los accidentes, el suicidio, la drogadicción y el alcoholismo y los efectos de la contaminación ambiental. Además, de existir factores que contribuyen para el desarrollo de dichas enfermedades como el nivel económico y la accesibilidad a los grupos de salud (Grau, 1998; Jiménez, 1998).

Así Grau (1998), analiza que las enfermedades de tipo infeccioso, pueden curarse gracias a los avances de la medicina, por medio de vacunas y tratamientos a través de fármacos, sin embargo, las enfermedades de tipo crónico no pueden ser resueltas totalmente, con el perfeccionamiento tecnológico de la medicina. Por lo que, se ha tomado especial énfasis en la necesidad, de que los aspectos psicológicos estén presentes en posprogramas para la salud.

En este mismo rubro Latorre (1994), menciona que en algunos países la salud ha sido considerada un derecho social básico, sin embargo, existen diversos problemas con relación al cambio radical de morbilidad y mortalidad de cada vez más personas, para lo cual, es importante mencionar la aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento a muchos problemas de salud, así como, el hecho de que cada vez, resulta más difícil asistir a alguna institución de salud por el elevado costo de los servicios sanitarios.

En lo que se refiere a las razones económicas, cabría mencionar que en las últimas décadas se disparan los costos de salud, por lo que hay una preocupación a nivel preventivo, relacionado al cambio de conductas no saludables por otras que mejoren su salud biopsicosocial (Valadez y Landa, 1993; Jiménez, 1998; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Analizando el por qué surge la psicología de la salud, podría mencionarse también la enorme influencia que tiene la psicología sobre la salud, así, según Jiménez (1998), indica que existen cuatro modos de influencia:

El primero, se refiere a que las conductas aprendidas, constituyen variables del autocuidado y salud; el segundo, plantea que los componentes psicológicos pueden determinar el desencadenamiento de enfermedades de importancia social como es el SIDA o las adicciones; el tercero, refiere que cuando el nivel fisiopatológico es el fenómeno más importante que afecta a la salud, los elementos psicológicos pueden jugar un papel relevante en el agravamiento o resolución del proceso; y el cuarto punto, dice que la conducta de la persona puede tener alteraciones que provocarán un desequilibrio personal, pero que puede deberse a factores puramente psicológicos (Jiménez, 1998).

Se afirma, que las variables psicológicas, inciden de manera directa o indirecta en los trastornos o enfermedades. Además, de reconocer que los factores psicosociales influyen determinantemente en el éxito o fracaso de la salud. También, hay un reconocimiento por la necesidad de modificar ciertos patrones de conducta de las personas pese a que son parte de su cultura, todo por bien, de la salud (Jiménez, 1998).

De esta forma, se enfatiza que la psicología de la salud, surge como una demanda de trabajo, que se da a través del proceso salud-enfermedad, así, por medio de éste la psicología estudia al hombre sano y la conducta del enfermo, la importancia del medio ambiente en el comportamiento del sujeto (hábitos y estilos de vida) que acapara más allá de la familia, influyendo también, la cultura (Palomino y Hernández, 2003).

Reiterando, que la psicología de la salud nace ante una demanda teórica y social, sin embargo, cabría destacar, qué es la psicología de la salud, por lo que se describirán sus distintas definiciones.

3.2 Definiciones de psicología de la salud

Una de las definiciones más formales de psicología de la salud, es la de Matarazzo la cual destaca que: “es la suma de las contribuciones científicas, educativas y profesionales, que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones afines, al análisis y mejora del sistema sanitario y a la configuración de políticas sanitarias” (Matarazzo, 1980, p.815; citado en Jiménez, 1998).

Por su parte, la OMS, destaca que la psicología de la salud tiene como objetivo la aplicación de conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación psicológica a la prevención y tratamiento de la enfermedad y a la promoción y mantenimiento de la salud (OMS, 1982; citado en Jiménez, 1998).

También se identifica, que algunos profesionales, manejan que la psicología de la salud es el campo dentro de la psicología, que trata de comprender la influencia de la misma, sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma (Taylor, 1986 citado en Latorre, 1994).

Otra definición, es la de Bloom en 1988, quien destaca que la psicología de la salud es aquella que estudia desde un punto de vista científico la conducta, ideas actitudes y creencias que se relacionan con la salud y / o la enfermedad (Morales, 1999).

Por su parte, Stone (1988), refiere una extensa definición, concibiendo que la psicología de la salud es el desarrollo y aplicación de la teoría y las competencias psicológicas a las acciones del sistema de salud. Comenta que esta área maneja la aplicación de la psicología (ya sea técnica o conocimiento) dirigida a los problemas del sistema de salud. Por ello, para definir la psicología de la salud habría que explicar las competencias del psicólogo y el sistema de salud.

Entendiendo por competencias, como la investigación y práctica de las necesidades individuales; relacionadas con la intervención en diferentes situaciones por medio de métodos variados, como son la modificación de conducta, biorretroalimentación, terapia de grupo, educación y consulta organizacional (Stone, 1988).

El sistema de salud, está compuesto por los elementos del ambiente y del sistema social, que afectan la capacidad de la persona para tener una vida productiva. Este sistema puede estar dividido en cuatro partes: 1) riesgos ambientales, sociales y mentales para la salud; 2) acciones y entidades que afectan la existencia y distribución de tales riesgos y apoyos; 3) acciones y entidades que afectan la exposición de los individuos a los riesgos para la salud y 4) acciones y entidades que perjudiquen la restauración de la salud (Stone, 1988).

En cuanto, a los problemas del sistema salud, Stone (1988), dice que incluyen la disminución de riesgos ambientales para la salud, identificación de cuándo se requiere recurrir a un tratamiento, así como, guiar a la persona para que acuda a dicho tratamiento.

Anexando, una definición más, se nombrará la de Taylor propuesta en 1991, quien destaca que la psicología de la salud es un campo de la psicología que trata de explicar la influencia de factores psicológicos y sociales en la salud; así como también, el proceso que efectúa una persona para enfermar (Jiménez, 1998).

Seligson (1992), citado en Reynoso-Erazo y Seligson (2000), define la psicología de la salud, como un campo que se relaciona con la ciencia de la conducta y se necesita para la comprensión de la salud y enfermedad física y para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, siendo su campo de estudio multidisciplinario.

También, se comenta que la psicología de la salud, es un subcampo de psicología, que estudia las relaciones entre aspectos psicológicos, incluyendo la conducta y la salud física (Bishop, 1994 citado en Jiménez 1998).

Carrobles en 1993, nos dice que la psicología de la salud es un área de la psicología que se centra en los problemas de salud, con la finalidad de prevenir, rehabilitar estos problemas y estas funciones los realizarán a través de la psicología conductual, teniendo en cuenta factores biológicos y sociales (Buela-Casal y Carrobles, 1996).

Morales (1999), define la psicología de la salud como una rama de la psicología, abocada al comportamiento relacionado con el proceso de salud enfermedad, así como también, a la atención de la salud. Destacando, que la psicología de la salud se preocupa por los aspectos psicológicos que determinan la salud o el riesgo de enfermedad; y también, por la recuperación de las personas.

Brannon y Feist (2001), manejan que la psicología de la salud, es la rama de la psicología cuyo objetivo es el análisis de los comportamientos y estilos de vida individuales, que afectan la salud física de las personas. Incluye contribuciones de la psicología, a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud y la mejora del sistema sanitario.

Por su parte, Martín (2003), dice que la psicología de la salud se puede definir como una rama aplicada de la psicología, que estudia los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Le incumben los aspectos psicológicos que intervienen en la salud, en el riesgo de contraer una enfermedad y en la rehabilitación, así como, las circunstancias interpersonales que se evidencian en la prestación de salud de la población. A nivel práctico, incluye acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, atención a enfermos y a personas con secuelas y adecuación de servicios según las necesidades de la población.

En cuanto, a la definiciones de la psicología de salud, Morales (1999), hace las siguientes especificaciones que es trascendente destacar: 1) es necesario que el termino de salud sea comprendido en términos amplios incluyendo tanto a la salud como a la enfermedad, la salud física y mental, así como trastornos específicos y diagnósticos; 2) el campo de la psicología de la salud no debe limitarse a la investigación o construcción de teorías, sino también, a su aplicación, con la finalidad de promover la prevención y tratamiento.

Además señala, que la psicología de la salud es una rama de la psicología, no es una nueva psicología, ya que su preocupación principal es todo lo que se relaciona con variables psicológicas, que se implican en el proceso salud-enfermedad que tienen un origen multicausal. Enfatizando, que la psicología de la salud se ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos, sino también por la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Por último, habría que decir que la psicología de la salud se aboca a enfermedades con manifestaciones mentales y /o corporales (Morales, 1999).

Después, de describir estas definiciones, se puede concluir que la definición más completa y clara es la de Matarazzo, ya que abarca promoción, mantenimiento, prevención de la salud y rehabilitación de la enfermedad y no sólo se retoma el concepto de salud sino también el de enfermedad, eliminando la controversial y limitante dualidad cuerpo-mente; además que ésta es la reconocida por la División de Psicología de la Salud de la *American Psychological Association*.

La definición de Martín (2003), es muy específica y completa, sin embargo, al mencionar que la psicología de la salud estudia los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de atención a la salud, puede llevar a limitantes entre cuerpo y mente por concebir lo meramente subjetivo y dejar a un lado el papel objetivo.

Una vez mencionadas las definiciones de psicología de la salud, es importante, destacar cuál es el papel del psicólogo de la salud, para conocer la trascendencia de dicha área.

Hay que referir, que a partir de los noventa, la psicología tuvo interés en marcar cuál era su campo de trabajo en la salud; para algunos autores como Ribes el campo de trabajo se encuentra en el comportamiento y elementos relacionados con la prevención y tratamiento de la enfermedad (Ribes, 1990 citado en Palomino y Hernández, 2003). A continuación se explicara más específicamente cuál es el papel y campo de trabajo del psicólogo de la salud.

CAPÍTULO IV. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD Y TENDENCIAS ACTUALES

4.1 Funciones del psicólogo de la salud

Existen diversas visiones, acerca de la labor que debe y puede tener un psicólogo de la salud, así, se encuentra que:

Para algunos autores, las cuatro actividades, en las que debe trabajar un psicólogo de la salud son: investigación, enseñanza, asesoramiento a otros profesionales y la provisión de servicios directos a los pacientes. Los lugares donde puede trabajar son: las facultades de medicina, psicología, hospitales y clínicas, organizaciones de mantenimiento de la salud, centros asesores y práctica privada (Adler, Cohen y Stone, 1979 citado en Ballester, 1998).

Por su parte, Tulkin en el año de 1987, mencionó que los psicólogos de la salud, tienen la capacidad, de prestar los siguientes servicios: proporcionar alternativas al tratamiento farmacológico, como el *biofeedback*; asistencia primaria, a los pacientes con enfermedades físicas; servicios relacionados, con la psicología clínica; ayuda a los enfermos hospitalizados, con respecto, a afrontar sus problemas; y ayudar, a que el paciente, tenga adherencia al tratamiento (Ballester, 1998).

Además Tulkin (1987), citado en Ballester (1998), destaca que los psicólogos de la salud, también, pueden desarrollarse a nivel investigativo, con la finalidad, de contribuir al área médica y a la misma psicología.

Stone (1988), menciona que las actividades de los psicólogos, se pueden dividir en tres niveles: el primer nivel, es el de actividad y abarca la investigación básica, diseño, selección, ejecución y evaluación de las aplicaciones; el segundo nivel, es el objetivo de la intervención, que incluye al individuo cuya salud está en juego,

personas que se relacionan con éste, personas que trabajan profesionalmente en el sistema de cuidados de salud; y personas, organizaciones e instituciones del sistema mayor de salud; y el tercer nivel, se refiere al tipo de intervenciones, a las cuales, se va a dirigir la actividad psicológica, incluyendo, el cambio corporal y cognitivo, así como, factores educacionales.

Simón (1993), menciona que algunas de las actividades del psicólogo de la salud son: las actividades de evaluación, de educación y promoción de la salud, de investigación y de prevención. Con respecto, a las actividades de evaluación, se refiere al diseño y comprobación de instrumentos válidos y fiables, para la detección, tanto de los comportamientos de riesgo, como de las variables que los mantienen. Las actividades de educación y promoción, ayudan para transmitir a la población conocimientos, así como, promocionar conductas saludables para conseguir cambios en cada uno de los miembros.

Las investigaciones, juegan un papel muy importante, ya que, las técnicas y recursos utilizados por la psicología, son susceptibles de evaluación, por lo tanto, se emplea el método experimental, el cuál, permite al psicólogo probar hipótesis, valorar diferentes tipos de tratamiento, o analizar, cómo algunos comportamientos influyen para que la persona padezca alguna enfermedad (Simón , 1993).

Latorre (1994), describe que el psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud, estudiando los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, enfocando su atención, sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones; también, el psicólogo de la salud se preocupa por el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud, sobre el comportamiento de los pacientes, además, de desarrollar recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Belar y Deardoff (1995), citado en Ballester (1998), refieren que algunas de las actividades del psicólogo de la salud son: evaluación de candidatos para la implantación de prótesis de pene; desensibilización de miedos, que se producen en el ambiente médico; tratamiento para afrontar el dolor; intervenciones para controlar síntomas, en enfermedades graves como el cáncer; grupos de apoyo para enfermedades crónicas; entrenamiento para superar traumas de enfermedades; programas de cambio conductual, como en el caso de fumadores, o personas estresadas; tratamiento de problemas de los equipos médicos, adherencia a tratamientos; promoción de la salud y desarrollo de servicios psicosociales.

Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (APA), ha establecido objetivos que conciernen al psicólogo de la salud, tales como: comprender y evaluar la interacción entre salud y factores biológicos, psicológicos y sociales; entender las teorías, metas y principios psicológicos tanto en la promoción como en el tratamiento a la salud; comprender el estrés y cómo incide en la salud; ayudar a los enfermos por medio de la postura cognitivo conductual; además, de comprender las molestias de los enfermos, así como, enseñar a afrontarlas (Buela-Casal y Carrobbles, 1996).

Ballester (1998), comenta que el papel del psicólogo de la salud, se entiende claramente por medio de su definición, así, que las funciones del psicólogo de la salud son: 1) investigación acerca de la relación entre salud y enfermedad; 2) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 3) intervención psicológica en la enfermedad y 4) mejoras en las políticas de salud.

Otros autores, destacan que el campo de los psicólogos de la salud, también, considera investigaciones que abordan, problemas con pacientes enfermos o concernientes a los tratamientos médicos; por lo que, es trascendental, retomar asimismo, el problema relacionado con la aceptación y ajuste de su familia para la condición del paciente (Ortega y Salguero, 1998).

Jiménez (1998), refiere que Jansen y Weinman, identifican que los psicólogos de la salud, se deben abocar al estudio y práctica de los comportamientos, como: factores que se relacionan con el riesgo de enfermar, el mantenimiento de la salud influenciado por el estilo de vida, las cogniciones que se relacionan con la salud-enfermedad, la comunicación, la adherencia a los medicamentos, el contexto en que se dan los tratamientos y el afrontamiento de las personas ante la enfermedad.

Morales (1999), menciona que dentro de las funciones del psicólogo de la salud, entran las siguientes: estrategias de tratamiento de la obesidad, la prevención de accidentes en niños, estudios sobre el estrés; estudios de las acciones y estrategias para prevención y tratamiento; promoción de patrones de comportamiento saludables en los niños y sobre aspectos generales, del desarrollo de los adolescentes, que pueden influir en su salud.

Además, menciona que un psicólogo de la salud, se debe abocar a: 1) investigación científica, relacionada con los problemas de salud; 2) educación, aunada a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; 3) servicios para ofrecer tratamiento y rehabilitación y 4) planeación, en donde, se incluyen políticas para mejorar la salud (Morales, 1999).

Palomino y Hernández (2003), dicen que se debe contemplar, que la labor del psicólogo es amplia, abarcando un campo de trabajo que serían las poblaciones en riesgo; un objeto de estudio, que implica los factores psicosociales y variables del comportamiento; y una demanda fundamental, la cuál, es la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida; además, de tener la tarea de trabajar en conjunto con el médico.

De las ya mencionadas actividades del psicólogo de la salud, coincidimos con las de Latorre (1994) y Ballester (1998), ya que, se abocan a la definición que toma en cuenta la investigación, promoción, prevención e intervención y al no ser tan

específicas no limitan la labor del psicólogo de la salud, pero sí clarifica que su trabajo tiene que ver tanto con la salud como la enfermedad.

Además, una de las funciones más importantes y que hace diferenciar al psicólogo de la salud, del clínico, con el que generalmente se confunde, es el de la prevención, por eso en el siguiente punto se menciona el papel que juega el psicólogo en este rubro.

4.2 El psicólogo de la salud y la prevención

La incidencia tan frecuente de enfermedad, originó que organizaciones como la OMS y la UNICEF, reunieran a las principales autoridades de 140 países, en la Conferencia de Alma Ata, con la finalidad, de buscar formas para mejorar la salud. (Cruz y Aguilar, 2002).

Estas organizaciones plantearon que la atención primaria de la salud, era un elemento primordial para evitar enfermedades, así como, mantener la salud. Los objetivos de la atención primaria, según Dhillon y Phillip (1995), son: enseñar como evitar los problemas de salud, promover que se tenga suministro de agua potable, planificación familiar, vacunación a personas, además, de llevar un tratamiento indicado y de suministrar los medicamentos.

Según Turubíán (1995) y Pritchard (1996), la atención primaria de la salud, es la asistencia encaminada a la resolución de las necesidades y problemas de salud, tanto individuales como de cada comunidad, los cuales, se abordarán con actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con la finalidad de incitar a la autorresponsabilidad.

Además, la atención primaria de salud, tiene cuatro facetas: la primera, tiene que ver con actividades como son la educación sanitaria, nutrición adecuada, agua potable, atención materno-infantil, prevención y control de enfermedades

endémicas, tratamientos a los problemas de salud y provisión de medicamentos; la segunda, se refiere al nivel de atención, es decir, el primer contacto, de la población con el cuidado sanitario profesional; la tercera, es la realización de una estrategia que debe ser accesible y con un costo-beneficio eficaz y la cuarta faceta, indica una filosofía que abarca justicia social, igualdad, solidaridad internacional y autorresponsabilidad (Turubián, 1995).

Para Morales (1999), la atención primaria, es una forma de organizar, la atención de la salud de las personas, haciéndose lo más próximo posible a ellas, incluyendo, su lugar de vida y trabajo, teniendo los recursos más óptimos. En cuanto, al trabajo en atención primaria, destaca que puede ser muy variado, dependiendo de las particularidades de la comunidad, sin embargo, lo que es fundamental realizar es un diagnóstico de los problemas de salud, así como, programas de prevención, promoción, atención y rehabilitación.

Las actividades que el psicólogo realiza en la atención primaria, no sólo pueden ser a nivel individual, sino que deben y pueden trabajarse, en grupos como por ejemplo, familias, instituciones y la comunidad en general (Morales, 1999).

Cabe mencionar, que muchas veces, se confunde la atención primaria de la salud, con prevención primaria, por lo que, Turubián (1995), destaca que la atención primaria a la salud comprende prevención primaria, secundaria y terciaria, tratamiento, rehabilitación y promoción.

Piña (1992), destaca que es necesario definir la prevención, conceptualizándola como una estrategia, que contempla el diseño e instrumentación, de acciones específicas dirigidas al mejoramiento o fortalecimiento de la salud de la población, antecediendo, el curso de un trastorno o enfermedad, mediante la evaluación, modificación y/o eliminación, de los eventos que los hacen probables.

Algunos autores, hacen más especificaciones de tres fases de prevención de la salud: la prevención primaria, secundaria y la terciaria.

Rochón (1991), menciona que la prevención primaria, actúa sobre las causas del problema de salud y Phares (1996), destaca que contrarresta las circunstancias dañinas, antes de que hayan provocado una enfermedad.

Para Ardila (1992), la prevención primaria, implica protección de la salud, promoción, educación para la salud, investigación y mejores servicios de salud.

Algunos ejemplos, de prevención primaria, son: programas para reducir la discriminación laboral, mejorar los programas de estudio en las escuelas, mejorar las condiciones de vivienda y proporcionarle ayuda a niños que provienen de hogares destruidos (Phares, 1996).

Por otra parte, Morales (1999), comenta que Diekstra en 1991, propone algunas categorías en las cual el psicólogo puede intervenir en un nivel primario: 1) problemas de ansiedad y estrés; 2) trastornos de hábitos; 3) dificultades y decisiones ocupacionales; 4) problemas interpersonales, sociales y maritales y 5) ajuste psicológico a la enfermedad física y a otros acontecimientos significativos de la vida.

En este nivel, se debe trabajar diseñando intervenciones que protejan a las personas de adquirir alguna enfermedad. Esta, es una de las intervenciones que puede realizar el psicólogo de la salud, trabajando y educando sobre las conductas que ponen en riesgo la salud, mediante esquemas que proporcionen mayor información (Santos, 1998).

Otra intervención, que puede realizar el psicólogo de la salud es la capacitación para prevenir enfermedades, capacitar a la gente para que ejerza sus derechos y asuma responsabilidades y por último, capacitar a la gente para que participe en organizaciones que inciten la salud (Dhillon y Philip, 1995).

Para algunos autores, como Martínez y Calvo en 1994, las acciones de la promoción de la salud incluyen: la elaboración de una política sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de acciones comunitarias, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de servicios sanitarios (Morales, 1999).

Así, según Morales (1999), los psicólogos de la salud tendrían una función relacionada con la promoción de la salud enfatizada en cuatro principales aspectos: 1) determinar los modelos de salud; 2) fomentar estilos de vida sanos; 3) establecer estrategias de comunicación social y 4) desarrollar técnicas de trabajo comunitarios.

Anexando a esto, también, Morales (1999), hace seis recomendaciones para el trabajo de los psicólogos: 1) identificar problemas que necesitan atención prioritaria; 2) basarse en información de la comunidad para tomar decisiones; 3) laborar en equipo con profesionales de otras disciplinas; 4) evaluar resultados de la intervención, 5) utilizar divergentes procedimientos creativos y 6) estimular la participación de la comunidad.

Así, la prevención primaria, decrementa los factores de riesgo y aumenta los factores de protección, entendiendo que el papel de la educación sanitaria, debe facilitar que las personas aprendan a disminuir conductas de riesgo, tales como, el alcohol o tabaco y que aumente la protección por ejemplo que pongan cinturón de seguridad al viajar en automóvil (Rochón, 1991).

Cabe mencionar, que en los países industrializados se ha hecho promoción a estilos de vida más saludables, así como, prevención a enfermedades irremediables como el SIDA. A pesar, de la información dada, aún existen muchas personas que enferman de SIDA y de otras enfermedades, que también, se promocionan como poco saludables, como el tabaquismo o alcoholismo (Dhillon y Philip, 1995).

Con respecto, a la prevención secundaria, Rochón (1991), menciona que es aquella actividad, que detecta los problemas de salud que apenas inician. Por su parte, Torio y García (2002), dice que este tipo de prevención pretende preparar a las personas para que atiendan su enfermedad (que ya se diagnosticó) y antes de que se pueda hacer crónica, es decir, realizar el tratamiento clínico adecuado, para lograr una mejora en la salud del individuo y de esta forma, el control o la cura de la enfermedad.

Simón (1993), destaca que el objetivo de la prevención secundaria, es actuar sobre los individuos que ya padecen alguna enfermedad.

Phares (1996), menciona que en prevención secundaria, existen programas que promueven el pronto diagnóstico de los trastornos mentales y de esta manera, proporcionar un tratamiento oportuno. Entre algunos ejemplos, de prevención secundaria, se destaca: la detección y tratamiento de individuos con problemas dañinos relacionados con el alcohol.

En el nivel secundario, el psicólogo puede trabajar con las personas, para que éstas se realicen los exámenes correspondientes ante determinada enfermedad y puedan recibir atención temprana. Por lo tanto, es importante ofrecer consejería, ya que, al padecer alguna enfermedad se encuentran involucradas algunas emociones, puede presentarse depresión, melancolía, tristeza, miedo, ansiedad, quejas somáticas e ideas suicidas (Santos , 1998).

En la prevención secundaria, se necesita facilitar el aprendizaje de conductas, dirigidas a identificar los problemas de salud, como: las enfermedades cardiovasculares, depresión, violencia familiar, entre otras (Rochón, 1991).

En cuanto, a la prevención terciaria, está relacionada con la prevención de recaídas. Las personas a las que se aplica, ya presentan un padecimiento con síntomas, por lo tanto, la enfermedad es de carácter crónico. El trabajo, con dichos sujetos, consta del tratamiento médico, la rehabilitación (persuasión, información, apoyo, biblioterapia) y la inserción de la persona al ambiente social (Beltrán y Torres, 1986; Rochón, 1991; Torio y García, 2002).

Con respecto, a este tipo de prevención, es necesario el aprendizaje de conductas, que conduzcan a la prevención de una posible recaída en un problema de salud (Rochón, 1991).

De lo ya mencionado, referente a la prevención, Ardila (1992), analiza que es la alternativa más adecuada en los programas gubernamentales de salud, en todos los países del mundo. La prevención primaria, que se realiza antes de que empiece el problema, es preferible, a la prevención secundaria, cuando ya el problema ha aparecido y a la terciaria, mediante rehabilitación. La prevención, implicaría la mejor inversión social en salud y una adecuada calidad de vida.

El aspecto importante, dentro de la prevención es la magnitud del problema, ya que éste, afecta a muchas personas que se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad, además, de ocasionarse una mortalidad prematura, que pudo haberse prevenido, si la persona se hubiera realizado estudios, cambiara sus estilos de vida y algunas otras conductas, ya que, la enfermedad tiene repercusiones en el individuo a nivel personal, familiar y social (Torio y García, 2002).

Desde el enfoque biomédico, se pensaba que mediante seguros de salud nacionales, un mayor número de médicos y el uso de costosas tecnologías y servicios hospitalarios se mejoraría la salud; de esta forma, se pasó a un enfoque, que presume que la responsabilidad individual por la propia salud, contribuirá a los cambios en los estilos de vida necesarios para mantener la salud a nivel individual y colectivo. Bajo este último enfoque, se asigna a la prevención de enfermedades, alta prioridad para mejorar la salud individual, familiar y comunitaria. Como consecuencia de esto, muchos trabajadores de la salud intentan a través, de la prevención primaria, secundaria y terciaria, mejorar, mantener y recuperar la salud (Santos, 1998).

Por lo tanto, es necesario lograr un alto nivel de participación ciudadana y trabajar con una variedad de acercamientos, que van más allá, de la educación e intervención individual. La educación para la salud, contribuye a la salud de la población, facilitando a los individuos y grupos, alcanzar las metas que éstos se han establecido en relación con su salud, aumentando y manteniendo la calidad de vida, previniendo muertes innecesarias, enfermedades e incapacidades, aumentando la interacción humana y la autonomía de los pacientes en escenarios de cuidado y tratamiento (Santos, 1998).

Para promover la salud, hay que crear las condiciones, a fin de que, la población adopte los comportamientos favorables para la salud, por ello, hay que educar, suponiendo un proceso de formación de nuevas conductas que se pueden adoptar para fomentar la salud, esto significa, que la información es el paso inicial, para un cambio de conductas efectivas (Piña, 1992).

Como último punto, Beltrán y Torres (1986), mencionan que la psicología de la salud, posee tres niveles educativos: 1) nivel preventivo (informar, motivar capacitar, promover la salud educativa); 2) nivel curativo (detectar problemas y motivar para salud educativa) y 3) nivel de rehabilitación (orientar, dar apoyo y asesoría a problemas educativos, los cuales, son importantes para proporcionar

atención a las personas que padezcan alguna enfermedad y sobre todo, darle mayor peso a la prevención de ésta, explicando los niveles por los que puede pasar, si la enfermedad no se detecta a tiempo) .

Una vez analizados los antecedentes de la psicología de la salud y el papel del psicólogo de la salud, cabe mencionar, el desarrollo actual de dicha disciplina, especificando más detalles de su desarrollo en México.

4.3 La psicología de la salud y su estado actual

El estudio del desarrollo, de la psicología de la salud, como es de esperarse es distinto, de acuerdo, a las condiciones geográficas, económicas, ideológicas y / o políticas. Es por ello, que la evolución de esta área, no ha sido igual en los diferentes países, algunos cuentan con programas e investigaciones concretas, mientras que en otros, ni si quiera ha surgido la psicología de la salud, sin embargo, a pesar de las diferencias en el desarrollo se podría decir que esta área ha tomado un rápido avance en poco tiempo (Ballester, 1998; Rodríguez y Rojas, 1998).

4.4 Investigación

En países desarrollados, lo que ha predominado es la investigación de factores psicológicos, relacionados con la salud y la enfermedad. Por su parte, Suecia ha realizado estudios psicofisiológicos del estrés, también, ha localizado estresores físicos y ambientales e intentado eliminarlos. Rusia, Alemania, Inglaterra y Finlandia se han preocupado por investigación detallada sobre los factores psicosociales que intervienen en la salud (Ballester, 1998).

Rodríguez y Rojas (1998), mencionan que América Latina, comprende un gran rubro del proceso salud enfermedad, en cuanto, al área investigativa, abarcando desde promoción de la salud, prevención de la enfermedad, hasta rehabilitación de pacientes, ya sea de forma, individual grupal y/o comunitaria.

Los psicólogos que se han preocupado por la investigación han realizado estudios sobre los modelos de creencias, por medio, de los cuales, se explican la conducta saludable relacionada con la amenaza de enfermar, además, de estudiar el papel de factores cognitivos a través, de la teoría de acción razonada, la cual, plantea que los sujetos hacen uso racional de la información que poseen; y el llevar a cabo un comportamiento, depende de las creencias comportamentales y normativas que posee el individuo, para hacer una valoración negativa o positiva de la conveniencia de la conducta (Martín, 2003).

Además, se ha trabajado en encontrar una integración conceptual, al tomar en cuenta modelos de aprendizaje, factores sociales y cognitivos, para determinar los estilos de vida saludables, así como, analizar la conducta para realizar promoción de la salud (Martín, 2003).

Se han estudiado, factores de riesgo para determinar una enfermedad, en este caso, el tema mas estudiado ha sido el estrés, descubriendo factores ambientales, internos (cognitivos) y biológicos en el desarrollo del mismo. Además, que por el estudio de este tema, se ha podido descubrir la psiconeroimmunología, que permitió identificar que el sistema inmune está mediado por factores psicológicos (Martín, 2003).

Dos estudios, también importantes, por la psicología de la salud son: el papel de la personalidad y propensión a enfermedad; y la visión optimista y pesimista ante la patología, descubriendo que la primera ayuda a prolongar una vida más sana (Martín, 2003).

No menos importante, son los estudios de las variables psicosociales, en relación, con la enfermedad, anexando, las investigaciones de variables de naturaleza social, psicológica y médica en la adherencia a los medicamentos (Martín, 2003).

4.5 Ejercicio profesional del psicólogo de la salud

Hay países en los que existe énfasis en la enseñanza o formación psicológica, dirigida a los médicos, por ejemplo, Alemania, donde se prefiere el término psicología médica al de psicología de la salud. También en Austria, Francia y Argentina el papel fundamental de los psicólogos, se aboca a la enseñanza psicológica a los estudiantes de medicina (Ballester, 1998).

Por su parte, existen países en los que han prevalecido aplicaciones clínicas, en Gran Bretaña, la psicología clínica, se encuentra integrada a los servicios médicos generales, en Noruega, la psicología está centrada en el cerebro y en Australia, alcanzan responsabilidad en educación sanitaria, desarrollándose en intervenciones clínicas; desde el enfoque conductual, la psicología clínica se encuentra integrada a los servicios médicos generales. En Egipto, el papel del psicólogo clínico esta bien establecido, pero la medicina comportamental, a penas, está surgiendo (Ballester, 1998).

En México, pese a los problemas económicos, hay una psicología aplicada, más desarrollada y una psicología de la salud que se empieza a difundir (Ballester, 1998). En un estudio realizado por Urbina y Rodríguez (1993), citado en Rodríguez y Rojas (1998), se encontró que en México de 1546 psicólogos empleados en el sector salud, el 46 por ciento proporcionaba servicios psicológicos profesionales, 26 por ciento tenía servicios no personales y 28 por ciento ejercía funciones profesionales indistintas a la psicología.

Durán (1998), menciona que la psicología de la salud, se ha visto limitada en México, debido, a que en muchos de los centros de salud, se han dedicado a la atención de enfermos, más que a las acciones de promoción y prevención de enfermedades, además, que algunas de las poblaciones, no están educadas para demandar un servicio, en busca de una orientación o atención para mantenerse sanos o privados de enfermedades.

Dentro de las pocas cosas concernientes a la salud, por las que se empiezan a preocupar los mexicanos, es por la vacunación y planificación familiar, pese, a ello, la mayoría de las personas piensan en acudir a un área de salud únicamente cuando están enfermas (Durán, 1998).

Por su parte Reynoso-Erazo y Seligson (2000), dicen que el gobierno de México trató de incrementar las acciones de salud con el propósito de mejorarla. Así, en 1982, se desarrollaron programas tanto preventivos como curativos y en esa época se trabajó en campañas de vacunación y diseño de cartillas que todavía se utilizan.

Además, en 1985 se modificó la Ley de la Administración Pública Federal, la cuál, provocó una preocupación en la atención a la población. También, se dio cambio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de salud, lo cuál, incidió en la responsabilidad del estado, la prestación de servicios de atención a la salud, modificando formas de atención y de prestación del servicio en áreas diversas como las preventivas, sin embargo, cabe señalar que no se ha notado una diferencia en la labor del psicólogo ya que aparece con actividades de evaluación clínica, muchas veces evaluadas por psiquiatras (Palomino y Hernández, 2003).

Para Palomino y Hernández (2003), los cambios institucionales en México, van encaminados a fortalecer formas de trabajo a nivel preventivo, sin embargo, no hay una organización adecuada, ya que, muchas veces no se toma en cuenta la

labor del psicólogo en los hospitales, por ello, sería necesario difundir su ejercicio profesional.

Reynoso-Erazo y Seligson (2000), coinciden con lo anterior, ya que mencionan que la prevención, ha sido poco desarrollada, muchos programas han sido mal enfocados, ya que hay enfermedades que se han vuelto endémicas como por ejemplo, el paludismo, por la falta de atención primaria y prevención.

Añadiendo, que el papel de la salud en México, es poco optimista desde el punto de vista de organización y planeación de servicios de salud, ya que, por lo general en éstos, solo participan los médicos, relegando el papel del psicólogo y por lo tanto, tomando el proceso salud-enfermedad, desde una visión fragmentada e incompleta, que conlleva a la poca solución de los problemas de salud (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000).

El papel que más recientemente tiene la psicología de salud en México, ha tomado la forma de investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos, dicha psicología, se encuentra en proceso de desarrollo, a pesar de la necesidad de estudiar más y actuar en el proceso salud-enfermedad (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000).

Así, el modelo de atención a la salud en México, ofrece una cobertura en un primer nivel, el cuál, es representado por los centros de salud que no ofrecen atención a la mayoría de los problemas, el segundo nivel, es abarcado por la consulta externa de los hospitales generales, éste se encuentra limitado, ya que, no da la atención necesaria a todos los pacientes que la solicitan y en el tercer nivel, se identifican las subespecialidades, en donde la cobertura también es mínima (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000).

Por otra parte, entre los países en desarrollo, en donde hay importancia trascendental en el desarrollo comunitario, se encuentra Cuba en donde el concepto de psicología de la salud, apareció muy pronto. También, se identifica Costa Rica, en donde se han realizado interesantes programas comunitarios. Por su parte, en la India, también ha visualizado el desarrollo comunitario, pero desde la perspectiva de la medicina comportamental (Ballester, 1998).

En los países donde ejercen los psicólogos de la salud, han trabajado para estimular conductas que se reaccionen con estilos de vida, que estén aunados a comportamientos o hábitos saludables, como son: prácticas nutricionales, realización de ejercicio, prácticas de higiene, participación en programas promocionales y preventivos, reducción de estrés, entre otros (Martín, 2003).

4.6 Formación del psicólogo de la salud

En los ochenta, se establecieron en América Latina, los primeros, programas de formación de psicólogos de la salud, principalmente desarrollando algunos campos como la salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, y atención de pacientes crónicos (Rodríguez y Rojas, 1998).

Es elemental, destacar que Brasil, fue el primer país que creó las residencias en psicología de la salud, en los tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1998).

En América Latina, Brasil y México, son los que han tenido mayores avances con respecto, a la capacitación de psicólogos de la salud, seguidos por Venezuela, Colombia y Cuba (Rodríguez y Rojas, 1998).

Cuba, es un país con gran desarrollo de la psicología de la salud, tiene posgrados del área, en tres universidades, cuenta con programas de especialización posgraduada (Rodríguez y Rojas, 1998).

Por su parte, en México en 1986, se estableció, el primer, programa a nivel de posgrado, este programa es universitario de nivel maestría en la Facultad de Psicología de la UNAM, tiene una duración de tres años y el residente recibe beca económica, como es el caso de los médicos residentes. Además, en la Universidad de Guadalajara, surgió un programa de doctorado en psicología de la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Son distintos los eventos académicos, que se han dado sobre la psicología de la salud. En 1992, en México, se organizó el congreso internacional de psicología de la salud y en 1996, la UNAM, ofreció la conferencia latinoamericana de psicología de la salud. En 1996, Cuba realizó un evento, que incluyó un seminario sobre la atención primaria y una conferencia internacional sobre psicología de la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

En cuanto, a Colombia, se crea un programa de especialidad en psicología de la salud; y Venezuela, cuenta con una residencia en psicología de la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Este importante desarrollo, tanto a nivel investigativo como práctico, por parte, del psicólogo de la salud, ha conllevado a diversas contribuciones en la visión de la salud.

4.7 Contribuciones de la psicología de la salud

La psicología de la salud, ha contribuido en varios aspectos, respecto al proceso salud-enfermedad, su desarrollo en algunos países ha sido relativamente rápido, no obstante, las deficiencias persisten, pero, dan pie para mejorar y contribuir con bases fundamentadas que ayuden en la comprensión de dicho proceso. En seguida, se explicaran con más detalle estos puntos.

Según Jiménez (1998), la psicología de la salud ha contribuido en cuatro formas: 1) acercando el sistema de cuidado de la salud a la comunidad; 2) incorporando aspectos metodológicos y conceptuales a la salud; 3) facilitando investigaciones y programas multidisciplinarios y 4) reestructurando la formación de profesionales de la salud.

En la primera forma, destacaremos lo mencionado por Jiménez (1998) y Godoy (1999); respecto, a la facilitación de programas en el área de habilidades sociales para que el personal de sector salud y paraprofesionales se comuniquen de manera más asertiva, incluyendo una mejoría en las relaciones con los pacientes, preparar a estos últimos para exámenes o intervenciones sanitarias o la hospitalización y aumentando el cumplimiento por parte de los pacientes en el régimen sanitario.

Con respecto, a los demás puntos, Jiménez (1998), comenta que la segunda forma, abarca el cuestionamiento o enriquecimiento de la etiología de las entidades clínicas. En la tercera modalidad, implica la facilitación para la investigación, acerca, de las variables que intervienen en la salud. Por último, la cuarta modalidad esta relacionada con amplificar áreas de conocimientos como: habilidades didácticas de educación para la salud, manejo de recursos epidemiológicos y estadísticos, competencias en evaluación de servicios y programas, actividades que promuevan el trabajo en equipo y entrenamiento en habilidades sociales.

4.8 Perspectivas futuras

Se ha descrito de manera general, como es el papel del psicólogo de la salud en diferentes partes del mundo, aunque, se han especificado más detalles de México puesto que, nuestro trabajo, va encaminado a este país, por ende, las perspectivas futuras del psicólogo de la salud que se planteen a continuación mostrarán más detalles sobre dicho país.

Ballester (1998), menciona que se han analizado una serie de factores, que podrían ser importantes en la determinación del posible futuro de la psicología de la salud, tales como: las características demográficas de la población, disponibilidad de recursos, estado de la tecnología, sistemas económico y político que existan en el lugar, comportamientos, actitudes y creencias políticas, problemas de salud a los que se dirigen los recursos, financiación de los servicios sanitarios, creencias y valores de la gente relacionados con la salud, teoría psicológica, métodos psicológicos y contexto social de la psicología.

Así Sarafino (1994), citado en Ballester (1998), menciona que las grandes metas sobre el futuro de la psicología de la salud, deberían, centrarse en incrementar los esfuerzos para prevenir la enfermedad, seguir mejorándola a través de las técnicas para enfrentarla y demostrar su eficacia, por medio, del coste beneficio.

Por su parte, Morales (1995), maneja que la psicología de la salud necesita concretar sus bases en: 1) una concepción general del proceso salud-enfermedad; 2) un modelo que explique el comportamiento en la salud y enfermedad; 3) un enfoque de salud pública (enfocarse a los problemas de salud más importantes dentro de la comunidad); 4) colaboración activa entre investigación básica y aplicada; 5) el desarrollo de tecnologías apropiadas; 6) la formación de recursos humanos calificados y 7) el ejercicio profesional interdisciplinario.

Rodríguez y Rojas (1998), destacan que las tareas futuras de la psicología de la salud, son: mayor presencia de los psicólogos de la salud, en sistemas de atención, sobre todo, en primer nivel; definir el papel del psicólogo de la salud en las políticas de servicios; definir y operar programas de entrenamiento y actualización de los psicólogos que laboren en el sistema de salud e incremento del financiamiento para llevar a cabo investigación.

De esta manera, el futuro de la psicología de la salud, depende tanto del desarrollo de investigaciones, como de la práctica clínica. Con respecto, a la investigación, es fundamental seguir aportando información acerca de la naturaleza del vínculo entre la mente y el cuerpo, desarrollar modelos teóricos fundamentados, que expliquen e integren los hallazgos empíricos y evaluar las intervenciones en los distintos problemas relacionados con la salud (Ballester, 1998).

Todo ello, debido a que en muchos países, la investigación en psicología de la salud, aún es muy limitada, si se compara con la investigación realizada en la psicología clínica y en la medicina conductual. Ha resultado difícil conseguir financiaciones, para investigar la forma de prevenir problemas que no están presentes, y en el campo de la psicología de la salud, las investigaciones necesitan una muestra considerable, lo cual no es fácil de conseguir (Buela- Casal y Carroble, 1996).

Con relación a la práctica clínica, es importante encontrar métodos eficaces de manejar el estrés, aplicar los conocimientos sobre el cambio de conductas, a la prevención de la enfermedad, tratar problemas de salud tan importantes en la actualidad como el SIDA (Ballester, 1998).

Así, es necesario delimitar las líneas que deberá seguir la psicología de la salud y los retos a los que tendrá que enfrentarse para sobrevivir y seguir desarrollándose como disciplina y como profesión. Por lo tanto, se destaca la trascendencia de profundizar en el análisis de la influencia psicológica en la enfermedad, en segmentos concretos de la población que por su edad, género o sus características socioculturales que pueden mostrar aspectos específicos de interés (Ballester, 1998).

Dentro del aspecto profesional, un punto, que se debe retomar es la atención de la educación, respecto, a los futuros psicólogos, teniendo como objetivo que no se formen profesionales con puros conocimientos teóricos sino también prácticos, y que poco a poco, se haga conocer al estudiante la trascendencia de la psicología de la salud, con la finalidad, de que no todos los psicólogos se formen como clínicos y abran su campo a nuevos servicios de salud, ya que, la psicología clínica sigue siendo la que acapara la atención de los estudiantes de psicología (Morales, 1995; Ballester, 1998).

Morales (1995) y Rodríguez y Rojas (1998), comentan que también es elemental que se desarrollen más programas de maestría y doctorado en psicología de la salud, que visualicen la promoción de la salud y no solo el diagnóstico del deterioro de la salud física y mental. Además, manejan que sería trascendental realizar más reuniones científicas, publicaciones, seminarios, talleres internacionales, programar trabajos de colaboración, incrementar revistas y medios de difusión sobre la psicología de la salud y aumentar organizaciones académicas, que promuevan la certificación en la práctica profesional, de tal forma que se pueda tener una representación más actual de lo que esta ocurriendo con la psicología de la salud.

Un punto no menos importante, es que los médicos y profesionales de la salud conozcan los contenidos de la psicología de la salud, con la finalidad de fomentar el trabajo interdisciplinario (Morales, 1995).

Para Brannon y Feist (2001), la aceptación de los psicólogos, en los centros sanitarios, especialmente, por parte, de los profesionales médicos y el personal de enfermería, constituyen el principal reto al que se enfrentan los psicólogos de la salud. También, mencionan que las personas aceptarían la idea de que la prevención y la intervención psicológica son más efectivas que el tratamiento para reducir gastos sanitarios.

Así Ballester (1998), plantea que como una perspectiva a futuro, es que será necesario defender la salud para todo el mundo, a través de una combinación de distintas estrategias: disminuir los factores ambientales de riesgo, un fuerte apoyo e incluso obligación para llevar a cabo conductas favorecedoras de la salud y un sistema sanitario apoyado por una tecnología extremadamente sofisticada.

Desaparecerá la distinción entre enfermedad física y mental, y la principal actividad de los psicólogos será ayudar a las personas, en su desarrollo pleno individual. Los psicólogos de la salud, pondrán un especial énfasis en su investigación sobre la importancia de las actitudes y los valores en las conductas de salud y su modificación. Posiblemente, dentro de algunos años, los psicólogos de la salud, tendrán que poner mayor atención a la responsabilidad individual respecto, a la propia salud (Ballester, 1998).

Además, este mismo autor destaca que el futuro de la psicología de la salud, depende básicamente de tres factores: 1) los problemas económicos y su repercusión en las políticas de salud; 2) la formación futura de los psicólogos de la salud y 3) los nuevos desarrollos en la medicina.

De tal forma, podemos analizar, que tal vez, para algunos países el desarrollo de la psicología de la salud, sea o es, más rápido, ya que, cuentan con los servicios necesarios para sobrevivir (agua, luz, comida, techo), además, de tener una economía y quizá política más estables y por tanto, pueden abocarse a aspectos tan importantes, como el cuidado de salud abarcando un nivel no solo físico sino también psíquico. Lamentablemente, otros países tienen mayores dificultades económicas, políticas y sociales lo que se relaciona con un total descuido de la salud, uno de estos países es México, el cuál ha tenido progresos en psicología de la salud, pero también enormes deficiencias.

Por ello Beltrán y Torres (1986), mencionan que en México se tendrían que analizar temas, como la relación médico paciente (muchas veces, el médico ve al paciente como un conjunto de órganos, sin tomar en cuenta sus emociones), el enfermo ante una intervención quirúrgica o ante una enfermedad mortal; así como, análisis de estos puntos dentro de los hospitales. Algunas propuestas de temas son: emociones del médico y paciente, medición de ansiedad ante cirugías, terapias a padres y niños con enfermedades terminales, psicoterapia a personas con enfermedades crónicas, y relaciones personales de la consulta.

Cabe mencionar, que se citó a Beltrán y Torres (1986), como perspectiva futura de la psicología de la salud, pese, a que es una propuesta ya pasada, pero actualmente no retomada, así, por ejemplo, muchos médicos de servicios de salud del gobierno, tratan al paciente como número de una cama y no como persona; además de no comprender el sufrimiento de familiares y del mismo enfermo, por ello, serían necesarias investigaciones y propuestas al respecto.

También, a nivel de investigación Reynoso-Erazo y Seligson (2000), mencionan que es necesario realizar estudios longitudinales referentes al estilo de vida y la enfermedad, con la finalidad, de identificar relaciones funcionales generadoras de enfermedad, como la identificación de personas de riesgo, para después, crear acciones a nivel primario de prevención.

Según estos mismos autores, las dos principales tareas de la psicología de la salud en México deben consistir en: 1) el empleo de técnicas, para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento médico y /o psicológico, se perseguiría la meta de alterar las conductas de enfermedad por conductas saludables y 2) prevenir patologías e intervenir en enfermedades terminales o crónicas, sobre todo realizando programas preventivos enfocados a cambiar el estilo de vida Reynoso-Erazo y Seligson,2000)

Un lugar, que el psicólogo, también, debe tomar, es la integración como acompañante terapéutico en procesos donde hay enfermedad terminal, ya que, muchas veces es tomada por profesionales que lo manejan de forma intuitiva. De esta forma, se facilitaría el proceso de esta vivencia tanto para el paciente como para sus familiares (Palomino y Hernández, 2003).

Así, notamos que en México, es trascendental incrementar no solo la promoción y prevención de la salud, sino también, el papel del psicólogo de la salud, en el tratamiento y rehabilitación, ya sea, física, psíquica o ambas, ya que, en muchas instituciones (centros de salud o ciertas clínicas del ISSSTE) no cuentan ni siquiera con el servicio psicológico.

Además, el papel de la prevención en México, sería fundamental, ya que, al igual que en muchos países los índices de mortalidad, son debidos a enfermedades de tipo crónico, sin embargo, falta hacer evidente el papel del psicólogo, como promotor de la salud, y no solo, como terapeuta de enfermedades de tipo mental.

Concluyendo, a estos puntos, cabría decir, que Morales (1995), maneja que las dificultades de la psicología de la salud, deben comprenderse como desafíos, de esta forma, la psicología de la salud, deberá esforzarse para dar respuesta a las limitaciones actuales.

CAPÍTULO V. HÁBITOS POSITIVOS DE SALUD

Se han descrito y analizado, los elementos que dieron origen a la psicología de la salud, así como, la explicación de la misma, ahora cabría especificar, una de sus principales preocupaciones y contribuciones, esta es el papel de los hábitos de salud, en la vida de las personas, ya que, si estos se conocen, podemos prevenir muchas enfermedades. Por ello, en este capítulo nos enfocaremos a los hábitos de salud, para poder comprender que son, como se forman y como podemos modificarlos.

Es trascendental reiterar, que en la actualidad, muchos problemas de salud en las sociedades desarrolladas, tienen origen en gran medida a partir de hábitos inadecuados, ya que, las principales causas de muerte, ya no son las enfermedades infecciosas, sino, las que provienen de conductas y estilos de vida poco saludables, por tanto, las principales causas de muerte en la actualidad son las enfermedades crónicas como el cáncer, la hipertensión, la diabetes y los problemas cardiovasculares (Aranceta, 1995; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Sin embargo, en algunas ocasiones se presentan enfermedades de carácter hereditario por medio de los genes de los padres, además, que éstas se han incrementado, por ejemplo, el asma, la dislexia, la hipertensión, la diabetes y la alergia. En este caso, se menciona la prevención de tales enfermedades, para evitar su aparición cambiando los hábitos alimenticios y realizando prácticas deportivas (Gómez, 1996).

Analizando los dos párrafos anteriores, podemos mencionar que la genética es importante para el desarrollo de enfermedades, no obstante, si se desarrollan hábitos positivos de salud, se podrían evitar muchas de estas patologías. Para sustentar esto, hacemos mención en los siguientes apartados de diversos autores que fundamentan la relevancia de los hábitos positivos de salud.

Antes de mencionar los hábitos de salud, cabría destacar dos términos de los cuales se derivan, estos son: la calidad y estilo de vida.

5.1 Estilo de vida, calidad de vida y hábito de salud

La relación del estilo de vida con la salud, ha sido, estudiada con mayor frecuencia desde la mitad del siglo, y en las últimas décadas (Marín, 1995). El estilo de vida es el conjunto de conductas, que se adoptan para bien o para mal, del bienestar social de manera habitual, el cual, depende de la personalidad, del modo de vida, que incluye las condiciones socioeconómicas y geográficas en que vive (González, 2003).

El término estilo de vida, ha sido definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, como la forma de vivir, de esta manera, nuestra forma de vivir o nuestro estilo de vida, tiene una relación directa con los aspectos que se refieren a nuestra salud. Conductas como: fumar cigarrillos, tomar alcohol, comer en exceso o consumir dietas inadecuadas, hacer poco ejercicio físico y conducir de forma imprudente, están estrechamente relacionadas con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad, el corazón, el cáncer y los accidentes automovilísticos (Marín,1995).

Por su parte Jiménez (1998), conceptualiza el término estilo de vida, como el conjunto de pautas de conducta y hábitos regulares de una persona, o bien, su forma de vivir. Cabe decir, que el estilo de vida integra características de la personalidad, acontecimientos vitales, hábitos de vida, estrategias de afrontamiento y vulnerabilidad (Ibáñez, 1991, citado; en Jiménez, 1998).

Por otra parte, el término “calidad de vida”, comenzó a utilizarse a partir de los años setenta. La *calidad de vida*, está relacionada con condiciones de vida, con aspectos como: educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos (Castro, 2001).

Por tanto, la calidad de vida puede considerarse una evaluación de la experiencia, que de su propia vida, tiene el sujeto. Es decir, conocer cómo viven los sujetos, cuales son sus condiciones de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen (Castro, 2001).

Castro (2001), menciona que es posible considerar algunos aspectos, al referirse al término calidad de vida: el primero, incluye aspectos que se consideran importantes para el bienestar general del individuo (trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos); el segundo, tiene relación con las contribuciones del ambiente (calidad ambiental, el ruido, la calidad del agua); el tercero, se refiere al ámbito de naturaleza psicosocial (relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre) y el cuarto, se hace referencia a aspectos de orden socio-político (participación social, la seguridad personal y jurídica).

Se analiza, que el estilo de vida es el conjunto de conductas que influyen en los aspectos que conciernen a la salud, incluyen los propios hábitos y modo general de vida. En cambio, calidad de vida es el conjunto de condiciones que llevan al sujeto a tener determinadas conductas o hábitos de salud. Obviamente el estilo de vida va estar influenciado por las condiciones o calidad de vida.

Dentro del estilo y calidad de vida, se involucra un término fundamental en el desarrollo o no de las enfermedades, este es el hábito de salud. Un hábito es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el comportamiento del sujeto y que lo ejecuta de manera automática , es decir, sin que el sujeto tenga conciencia de ello (Beneit, 1994).

La noción de hábito es preferible para darse cuenta de la presencia persistente y automatizada de comportamientos específicos (por ejemplo, fumar), mientras que la expresión patrón de conducta, suele relacionarse con una variedad de prácticas

vinculadas con la personalidad, comportamientos ligados a emociones y un estilo de vida (Coreil, Levin y Gartly, 1992; citado en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

Los hábitos, se desarrollan inicialmente porque son reforzados por determinadas consecuencias positivas, pero a través del tiempo se ejecutan con independencia de los procesos de reforzamiento, siendo mantenidos por factores ambientales con los que por lo general se asocian. Por esta razón, los hábitos son muy resistentes al cambio. Así, un elemento de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas, por lo que se adquieren, mantienen y se extinguen por medio de las leyes del aprendizaje (Hunt y col., 1979; citado en Beneit, 1994).

Se ha sugerido, que la salud en la edad avanzada depende más de la elección del estilo de vida que de los genes. Entre más pronto se adopten hábitos saludables, mayores serán las probabilidades de vivir muchos años (Clínica Mayo, 2003).

Por otra parte, un término que se relaciona y que suele confundirse con los hábitos de salud, es el comportamiento saludable, este último es una conducta que se relaciona con la salud, pero no es estereotipada. En cambio el hábito es parte ya de la vida diaria del sujeto, por lo que es automático, además, que un hábito de salud puede ser positivo o negativo. Para comprender más esta diferenciación mencionaremos las siguientes definiciones:

MacAlister (1981), citado Costa y López (1986), ha definido al comportamiento saludable como la acción que se relaciona con la probabilidad de consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que afectan al bienestar físico y a los años de vida.

Cabe decir, que una conducta de salud es cualquier comportamiento preventivo de la enfermedad o promotor de la salud, es decir, los comportamientos que las personas realizan estando sanos o enfermos, independientemente de la condición de salud del sujeto (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

Las conductas de salud incluyen los comportamientos que promueven un estado de salud general, como tener una dieta equilibrada. Las conductas de salud son trascendentales, porque están implicadas en los procesos de salud y enfermedad y además porque pueden convertirse en hábitos positivos (Beneit, 1994).

Entonces, un hábito positivo sería primero una conducta de salud; cuando dicha conducta forma parte de la vida diaria del sujeto, se puede decir que es un hábito positivo de salud.

Cabe señalar, que las conductas de salud se caracterizan por ser inestables, y autónomas, lo que da referencia a la escasa o nula relación entre diferentes conductas en una misma persona. Los comportamientos de salud son generados y mantenidos por diferentes factores, según las distintas personas y situaciones (Beneit, 1994).

Una vez especificado la definición de hábitos, cabría mencionar cómo se forman, o bien, señalar cuales son los determinantes de los hábitos de salud.

5.2 Determinantes de los hábitos de salud

Existen algunos determinantes de las conductas y hábitos de salud, entre los que encuentran los intraindividuales o personales y los sociales.

En relación, con los factores personales que controlan los hábitos de salud, se identifican: la autopercepción de síntomas, los factores emocionales y las creencias y actitudes (Beneit, 1994).

La autopercepción de síntomas, es un proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales, es decir, las personas interpretan estas señales, como indicadores (síntomas) de ciertos problemas físicos, estableciendo

relaciones causales entre los síntomas y los hábitos de salud (Beneit, 1994; Jiménez, 1998).

Por otra parte, los factores emocionales, son importantes para determinar las conductas de salud, por ejemplo muchas personas fuman o toman, en relación, con ciertas reacciones emocionales, es decir, el estado emocional negativo se relaciona con la disminución de ejercer comportamientos saludables o preventivos de salud (Beneit, 1994).

En este mismo punto, se menciona que las necesidades y estados emocionales, pueden tener efecto sobre las conductas de salud, así, muchos malos hábitos de salud, se encuentran relacionados en personas que padecen de estrés, ansiedad o aburrimiento (Mechanic 1978, citado en Jiménez 1998).

Cabe mencionar, a los factores cognitivos, puesto que la práctica de muchas conductas de salud están en función de los pensamientos y creencias de las personas (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998; Jiménez, 1998).

Por consiguiente, Beneit (1994), menciona que las creencias y actitudes, son importantes en la práctica de conductas y hábitos de salud, la creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como, también la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, son factores que se relacionan con la ejecución de una conducta de salud determinada.

Por otra parte, algunos autores mencionan ciertos determinantes de tipo social, los cuales, pueden hacer más o menos probable la realización de los hábitos positivos, entre los que se mencionan:

Las experiencias de socialización, así, Jiménez (1998), describe que los padres y el contexto familiar favorecen determinadas conductas de salud que determinarán los hábitos de sus hijos. Los comportamientos están determinados por primeras

experiencias de socialización, en concreto con las de origen familiar. Los padres inculcan determinados comportamientos, que poco a poco, se convertirán en hábitos que pueden perdurar toda la vida y que son resistentes al cambio.

Otra determinantes sociales, son los valores y normas asociados a una cultura, se refiere a que las conductas estarán determinadas, en gran medida por la sociedad, por ejemplo, en algunas sociedades el ejercicio físico puede ser considerado como indeseable (Taylor, 1989, citado en Jiménez, 1998).

Por lo tanto, en la práctica de los hábitos de salud, también influyen los valores culturales. Se trata de ciertas normas, más o menos explícitas, que incluyen valores estéticos hasta definiciones del papel que juegan los diferentes miembros de la comunidad (Langlie, 1974, citado en Beneit, 1994).

Igualmente, se relacionan las influencias de grupo como determinantes de los hábitos de salud. Como por ejemplo, los grupos de amigos o pandillas juveniles son factores significativos en la adquisición de hábitos (Levental y Cleary, 1980, citado en Beneit, 1994).

Por consiguiente, las influencias de los grupos, también son importantes, por ejemplo, Jiménez (1998), menciona que algunos estudios han demostrado que las personas que participan en actividades sociales y que cuentan con un nivel de apoyo social, tienen mayor probabilidad de practicar conductas de salud.

Otro factor social, es el acceso al sistema sanitario, es decir, tanto someterse a campañas de vacunación, como acudir a exámenes periódicos, se relacionan con el tipo de asistencia sanitaria a la que, la persona puede acceder (Kirscht, 1983; citado en Beneit, 1994).

También, en lo concerniente, a los sistemas de salud, se dice que las personas que reciben con regularidad servicios de salud tienen más probabilidad de practicar conductas saludables. Así, algunos estudios, señalan que los individuos con mayor nivel socioeconómico tienen mayor facilidad para acceder a más servicios de salud (Kirtscht, 1983 citado en Jiménez, 1998).

En cuanto a las variables sociodemográficas, por ejemplo, se muestra la relevancia en un estudio realizado por Gotleb y Green (1984) citado en Jiménez (1998), se encontró que las conductas de salud, fueron practicadas comúnmente por los jóvenes, los más educados, los de menor estrés y los de mayor apoyo social.

Cabe destacar, que cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestro estado psicológico y el contexto en el que vivimos, por lo tanto, la salud de las personas depende de comportamientos como: adoptar hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, entre otros (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

5.3 Hábitos positivos de salud

En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, descubiertos a través de algunas investigaciones. Hay diversos autores que opinan respecto a los que pueden ser comportamientos saludables y que como óptimo deberían ser adoptados en la vida diaria del sujeto, es decir, sería necesario que se forjaran como hábitos positivos de salud.

Algunos autores, mencionan que ciertas conductas que alteran el estado de salud y que debe practicar un individuo para lograr un estado de vida saludable, son: 1) dormir de siete a ocho horas diarias, 2) desayunar casi todos los días, 3) realizar tres comidas al día, 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales, 5) practicar ejercicio físico regularmente, 6) uso moderado de alcohol o no beberlo y

7) no fumar (Belloc, 1973; Belloc y Breslow, 1972, citados en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Otros investigadores comentan que existen diferentes conductas de salud, Harris y Guten (1979) citado en Ferrero, Toledo y Barreto (1998), refieren las siguientes: 1) prácticas de salud (dormir ocho horas, hacer ejercicio, comer moderadamente, etcétera , 2) prácticas de seguridad (uso de material de seguridad en el trabajo, tenencia de botiquín), 3) cuidados preventivos de salud (revisiones médicas, vacunación, medicación preventiva, entre otros; 4) evitación de ambientes peligrosos y 5) evitación de sustancias nocivas (no fumar, no beber, etcétera).

Según Taylor (1991), citado en Jiménez (1998), existen varios tipos de hábitos de salud, entre las que se mencionan: 1) las que dependen al acceso de la persona al sistema de salud (vacunaciones, exámenes médicos; 2) las recomendadas por los profesionales de la salud (seguir dieta controlada, no fumar, etcétera) y las que son totalmente independientes al acceso al sistema de salud (como usar cinturón de seguridad, conducir con prudencia, entre otros).

Por su parte, Jiménez (1998), menciona siete conductas básicas que ayudan a nuestra salud: 1) dormir de 7 a 8 horas cada noche, 2) desayunar todos los días, 3) hacer tres comidas al día sin picar entre las mismas, 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales, 5) practicar metódicamente ejercicio físico activo, 6) uso moderado o nulo de alcohol y 7) no fumar.

Para Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), algunos de esos comportamientos son: 1) practicar ejercicio, 2) tener una nutrición adecuada, 3) adoptar comportamientos de seguridad, 4) evitar al consumo de drogas, 5) practicar el sexo seguro, 6) desarrollar un estilo de vida minimizando las emociones negativas como el estrés y 7) hacer caso a las prescripciones médicas.

Encontramos, que estos autores coinciden en que los hábitos positivos son: 1) practicar ejercicio físico regularmente, 2) tener una nutrición adecuada (desayunar todos los días, hacer tres comidas al día, mantener el peso corporal, etc.), 3) dormir siete a ocho horas diarias, 4) evitación de sustancias nocivas (no fumar, no consumir drogas y uso moderado o nulo de alcohol) y 5) practicar comportamientos de seguridad (utilizar el cinturón de seguridad), además nosotras coincidiríamos como un hábito saludable muy trascendente, en la salud del sujeto, la adherencia al tratamiento.

A continuación detallaremos breve y concretamente, estos hábitos positivos de salud, explicando desde cómo afecta no llevarlos a cabo, hasta los beneficios implicados en la ejecución de los mismos.

5.3.1 Ejercicio físico

Actualmente la sociedad no practica ejercicio de manera regular, de esta forma, las personas que se encuentran entre 17 y 21 años son muy pocas, además, de ser las personas mayores de 21 años, quienes no se comprometen en alguna actividad física (Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Por ejemplo, muchos niños no realizan ejercicio, ya que, se dedican a ver la televisión o jugar con la computadora, y muchos adultos olvidan que el ejercicio es elemental en nuestra vida diaria, por lo que, ponen pretextos como: “no tengo tiempo”, “antes si podía pero ahora no”, “acabo muy cansado”, “para qué”, “no me gusta sudar”, “me da vergüenza ir al gimnasio”, “el resto de mi familia no hace ejercicio”, “tengo que llevar a los niños a la escuela”, “vivo muy lejos de mi trabajo”, “me duelen las articulaciones”, “tengo asma”, “comenzaré a principios de año”, entre otros (Álvarez, 2003).

De tal manera, los especialistas de la salud, han aceptado que el comportamiento sedentario o ausencia de actividad física habitual, es perjudicial para las personas, favoreciendo o agravando el riesgo de padecer diversas enfermedades, al contribuir a deteriorar el funcionamiento cotidiano o impidiendo el disfrute de experiencias diarias (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1996).

El deterioro general del organismo, su mal funcionamiento y las alteraciones de salud, son inevitables como consecuencia del aumento de edad, sin embargo, la actividad física apropiada, puede contribuir a un proceso de desarrollo más lento y a un bienestar y calidad de vida mayores, en el transcurso del mismo. Por ejemplo: una persona de 60 años, que realiza actividad física, puede tener las mismas capacidades que otra persona sedentaria de 40 años (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1996).

Por lo tanto, la actividad física regular, puede ayudar a demorar o reducir la severidad de algunas enfermedades degenerativas (hipertensión, obesidad, diabetes y osteoporosis), además, el ejercicio adecuado y constante ayuda a controlar el peso, a prevención de enfermedades coronarias, normalización de grasas y a metabolizar carbohidratos, añadiendo, que ayuda a fortalecer huesos, estabilizar el estado emocional y mejorar el autoconcepto (Costa y López, 1986; Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Así, se dice que la realización de ejercicio físico, tiene también efectos psicológicos positivos, ya que, se ha observado que el ejercicio físico, puede aliviar estados de ánimo diversos, mejorar variables de estrés como la ansiedad, incluso, prevenir la depresión, desórdenes adictivos (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Otros beneficios que ofrece el ejercicio físico son: la mejora y el mantenimiento de la forma física, la reducción de peso, el aprendizaje de habilidades específicas, la diversión, la ocupación del tiempo de ocio, la obtención de sensaciones diversas,

entre otros, además, de aprender a controlar los riesgos para la salud, como prevenir enfermedades e incrementar el rendimiento físico y mental (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1996).

También, se han realizado diversas investigaciones, que mencionan la importancia del ejercicio, con relación, a la prevención y modificación de conductas adictivas y otros comportamientos perjudiciales de la conducta antisocial; ayudar a desarrollar un estilo de vida basado en la perseverancia, el optimismo, la cooperación, el respeto a las norma y a los demás, el máximo rendimiento y a propiciar el fortalecimiento, la autoconfianza, autoestima y el autoconcepto (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1996).

Algunas enfermedades que se pueden prevenir, al realizar ejercicio físico son: menor riesgo de enfermedad coronaria, prevención de ataques cardíacos, disminución y prevención de la presión arterial, prevenir el deterioro de la mineralización de los huesos, la atrofia en el tejido muscular, el acortamiento y la rigidez de las articulaciones, mejorar la flexibilidad a cualquier edad, prevenir y controlar el dolor muscular, así como, prevención y disminución de trastornos respiratorios (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1996).

En casos, donde ya existe la enfermedad, el ejercicio regular ayuda a controlar el colesterol, la diabetes y la obesidad. El ejercicio es elemental porque incrementa la capacidad del corazón para bombear sangre, aumenta el tamaño de las arterias coronarias y reduce la acumulación de depósitos grasos que contienen colesterol en los vasos sanguíneos (aterosclerosis). Asimismo, decrementa los niveles de colesterol y presión arterial. Además, el cuerpo utiliza más glucosa durante el ejercicio, lo cual ayuda a decrementar los niveles de este glúcido (Clínica Mayo, 2003).

En un principio, el ejercicio debe ser todos los días, después, los expertos aconsejan cuando menos dos veces por semana y aumentar progresivamente hasta cinco días. Recalcando que el ejercicio más adecuado y útil es el que se hace de manera cotidiana, moderada y agradable. Después de los minutos de calentamiento, el ideal será de 20 a 30 minutos de ejercicio con la intensidad que el cuerpo pida, ni más ni menos. Además, un individuo sano debe ingerir por lo menos dos litros de agua, más en climas cálidos o cuando el ejercicio es intenso (Álvarez, 2003).

Lo anterior implica, diseñar y llevar a cabo programas de ejercicio físico, que no se dirijan específicamente a la mejora de la forma física, sino también, a conseguir objetivos más trascendentes como: promover la autoestima y propiciar la autoconfianza, para que la persona se beneficie tanto física como psicológicamente, y posea un estilo de vida favorable (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1996).

5.3.2 Nutrición adecuada

La alimentación, es el principal factor exógeno de crecimiento y desarrollo desde la etapa embrionaria y su adecuación será de mucho interés para el estado de salud en futuras etapas de la vida (Aranceta, 1995).

En la edad infantil, por ejemplo, los hábitos alimentarios van configurando el perfil de preferencias en etapas posteriores y al mismo tiempo, los estilos de vida, disponen de una sólida estructura poco después de la adolescencia. Este patrón de comportamientos estará incidiendo, en sentido positivo o negativo, sobre el estado de salud del individuo, ya que, hoy en día, se sabe que los primeros veinte años de vida, son determinantes para el transcurso cualitativo de la edad adulta y la vejez (Aranceta, 1995).

Álvarez (2003), menciona que en México se ha heredado la tradición alimentaria de los antepasados indígenas y la tradición árabe que trajeron los conquistadores y continuó en la colonia. Así, se puede comer frijoles, tortillas, paella o bacalao. Además cada región tiene sus platillos típicos, aunado a los mismos, sus tradiciones.

Cabe destacar, que los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Por consiguiente, la dieta ha evolucionado, caracterizándose por un mayor consumo de alimentos de origen animal, presencia de productos refinados, en mayor cantidad y alto contenido energético, y bajo consumo de vegetales, además, estas modificaciones de la dieta, se relacionan con cambios en el hábitat y estilos de vida, así también, como una disminución de la actividad física y del gasto de energía, producto de la deambulación y el trabajo (Majem, 2001).

Así, en la actualidad, los hábitos alimenticios, son de naturaleza compleja, ya que se encuentran implícitos diversos factores, como la disponibilidad de alimentos, los recursos económicos y la capacidad de elección.

En cuanto, a la disponibilidad de alimentos, cabe mencionar, que se encuentra relacionada con el factor económico del país, los factores geográficos y climáticos, la infraestructura de transporte y comunicaciones, las políticas agrícolas y las políticas alimentarias y de salud. Los factores que condicionan la elección de alimentos en base a la oferta disponible son muy diversos, tales como: los factores psicológicos, las costumbres, la tradición, la cultura, la religión, los tabúes aspectos económicos (familiares y sociales) y la influencia de los medios de comunicación, así como, la publicidad (Aranceta, 1995).

El entorno familiar, relacionado con la disponibilidad de alimentos, tiene una gran influencia, ya que es la figura de la madre (casi siempre), quien condiciona hábitos y apetencias alimentarias de los niños. También, tienen que ver, la estructura y modos culinarios de la familia, que son muy probables, que continúen vigentes a lo largo de su vida (Majem, 2001).

Además, el medio escolar, constituye un rubro para adquirir nuevos conocimientos sobre la alimentación y el entorno social, es otro factor determinante en los hábitos alimenticios, que se relaciona con diversos aspectos, tales como: la disponibilidad alimentaria (la oferta alimentaria condicionan el modelo de alimentación); modas y costumbres, las creencias religiosas, simbolismo social y tabúes y los medios de comunicación (Aranceta, 1995; Majem, 2001).

Actualmente, se sabe que las causas de mortalidad en países desarrollados, está aunado a la dieta, consumo de alcohol, tabaco y actividad física, sin dejar, de considerar variables genéticas en el desarrollo de las enfermedades. Así muchas patologías podrían disminuirse si se cambiaran los hábitos, uno de ellos son los de alimentación (Majem, 2001).

Los malos hábitos de alimentación, se relacionan con diversas enfermedades, como por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, la obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y trastornos inmunitarios (Majem, 2001).

Por ejemplo, una dieta rica en grasas, aumenta el riesgo de que se padezcan muchos tipos de cáncer, frecuentemente, las personas que padecen cáncer su alimentación carece de frutas y verduras. Por eso es necesario que para reducir el riesgo de contraer esta enfermedad se tenga una dieta rica en fibra, con bajo contenido en grasas y que se consuman frutas y verduras. Además, si una persona tiene niveles indeseables de colesterol, tiene más probabilidad de

desarrollar enfermedades cardiacas y el riesgo es mayor cuando se tiene hipertensión y se fuma (Clínica Mayo, 2003).

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los noventas, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados, ya que, las enfermedades como el cáncer de colon y el estreñimiento, se han relacionado con dietas pobres en fibras. Las dietas ricas en grasa y sal, favorecen el colesterol y la hipertensión, son dos importantes factores de riesgo de enfermedades cardiacas (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Una enfermedad muy frecuente es la obesidad, se relaciona también con un riesgo elevado de padecer hipertensión, cardiopatía coronaria, diabetes, trastornos gastrointestinales y osteoarticulares. En mujeres obesas, se tiene riesgo de que contraigan cáncer en la vesícula biliar y útero. Cabe destacar, que cuando una persona padece diabetes, corre riesgo, de agravar, cuando se está obeso y se consume en gran proporción las grasas y cuando se consumen suplementos como cromo y vitamina E, parece que hay mejoría, en la tolerancia a la glucosa (Majem, 2001).

Por su parte, Álvarez (2003), menciona que mientras las personas no sepan las razones por las que comen en exceso, no podrán resolver su problema. Una falacia, que se utiliza como justificación es el decir: “no tengo fuerza de voluntad”, “no tengo tiempo para comer bien”, “no me fijo en lo que como”; ya que, la alimentación también implica protección, amor, calidez, paz interior, plenitud, escape, amistad, seguridad, confort, tranquilidad, nutrición, alivio de dolores o penas, entre otras cosas. Así, descubrir el porqué se come demasiado, puede ayudar a solucionar el problema.

Sin embargo, la mayor parte de las enfermedades actuales (diabetes, cáncer, hipertensión, obesidad y caries dental), guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia, ya que, una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (minerales, vitaminas y proteínas) y un consumo adecuado, evitando la ingesta excesiva de alimentos, por lo tanto, una dieta saludable, minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Majem, 2001).

Consiguientemente, las prácticas nutricionales adecuadas, es decir, una dieta sana que minimiza el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con la alimentación, dependen de la edad, sexo, cuerpo, condición o estado de salud, (Costa y López, 1986).

Es importante saber, que los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos, empleadas para formar, construir, mantener o reparar el cuerpo a lo largo de la vida, es decir, para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (Holum, 1987, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Álvarez, 2003).

Los carbohidratos son esenciales para la vida ya que intervienen en la mayoría de las actividades de nuestro organismos. Los alimentos ricos en estos son las frutas, miel, cereales, vegetales, pan y el principal carbohidrato es el azúcar, las proteínas de origen animal o vegetal, se van haciendo cada vez más pequeñas hasta convertirse en aminoácidos, sustancias con las que nuestro cuerpo forma los tejidos, músculos y todo lo que somos (Majem, 2001; Álvarez, 2003).

Por otra parte, Álvarez (2003), menciona que las grasas, como nutrientes, se digieren y se utilizan para formar las paredes de las células, para sintetizar diversas hormonas del cuerpo, y la grasa que sobra, es la que se deposita dentro

de las células de grasa (grasa corporal). De esta manera, las grasas se encuentran en las carnes, embutidos, leche y sus derivados, margarina, productos de panadería y repostería. Las grasas pueden dañar el cuerpo si se acumulan en grandes cantidades, ya que bloquean las arterias y los sistemas de defensa del organismo.

Además, algunas grasas son benéficas para la salud, como el aceite de maíz, de soya, las semillas de linaza, las nueces . Por último, las vitaminas son sustancias que se encuentran en los alimentos naturales y sirven para muchas reacciones químicas dentro y fuera de las células del cuerpo (Álvarez, 2003).

Por lo tanto, la ingesta de frutas y verduras puede tener un efecto preventivo sobre el cáncer, y las vitaminas efectos protectores sobre el cáncer nasofaríngeo. En cambio, los alimentos, ahumados, salados y en adobo, así como, alimentos conservados con nitratos, alcohol y algunos contaminantes, tienen efecto cancerígeno, sobre el cáncer gástrico (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Majem, 2001).

Por ello, la Secretaría de Salud de México ha diseñado el llamado plato del buen comer, el cuál contiene tres grupos de alimentos: 1) verduras y frutas, 2) cereales y 3) leguminosas y alimentos de origen animal (Álvarez, 2003).

Así, algunos hábitos alimenticios que se recomiendan para prevenir enfermedades, son: la disminución en el consumo de grasas animales, aumento en el consumo de leche, comer verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcares, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo en grandes dosis de alcohol, de esta manera, la mayoría de las personas que comen saludablemente, no necesita consumir suplementos alimenticios o vitamínicos (Costa y López, 1986; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Por su parte Álvarez (2003), dice que una buena opción para llevar hábitos positivos de alimentación son: 1) hacerle caso al propio cuerpo, así se podrá alimentar más sanamente; 2) disminuir el consumo de carbohidratos, como por ejemplo comer la mitad de lo que comemos de ellos; 3) ingerir dos o tres litros de agua al día, ya que, de esta forma se mantiene al cuerpo hidratado y disminuye la sensación de hambre; 4) no pensar en dietas, sino simplemente cambiar los hábitos alimentarios “aprender a comer”; 5) comer con tranquilidad y 6) masticar bien y comer lentamente.

Alvarez (2003), realiza una propuesta para llevar una buena alimentación: 1) hacer una lista de lo que se compra, almacena en casa, 2) revisar si la alimentación diaria está balanceada o si tiene demasiados productos con grasa o azúcares, 3) hacer una lista con las cosas que se pueden cambiar, sin sacrificar el placer de comer, ya que, se pueden ir disminuyendo progresivamente los alimentos que se comen en exceso y 4) platicar con la familia y decidir que van a comer.

Clínica Mayo (2003), realiza otra propuesta de alimentación, en la cual, hace las siguientes recomendaciones:

Frutas y verduras. Comer por lo menos tres porciones diarias de frutas y cuatro porciones diarias de verduras. Esto ayuda a obtener antioxidantes (sustancias que ayudan a evitar los depósitos grasos), además estos alimentos ayudan a disminuir el colesterol y evitar riesgos de cáncer.

Proteína y productos lácteos. Consumir tres a siete raciones al día. Elegir carnes magras y aves sin piel, reduciendo la ingesta a 200 gramos por día. El pescado, salmón y atún son ricos en ácidos omega-3, los cuales protegen contra la enfermedad coronaria. Los frijoles, lentejas y tofu son buenas proteínas.

Los productos lácteos son fuentes importantes de calcio vitamina D y proveen proteína. Es necesario, elegir variedades de bajo contenido graso o las que no tienen grasa, como leche descremada, y el yogurt y quesos también de bajo contenido graso.

Carbohidratos. Consuma cuatro a ocho raciones al día. Los granos no refinados como el pan y las pastas de trigo entero, la harina de avena, el cereal de grano entero, el arroz integral y cebada, son los mejores. Los granos enteros tienen alto contenido en fibra, lo cual puede ayudar a prevenir el estreñimiento, y pueden reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer.

Para llevar a cabo lo anterior, se puede definir el término educación nutricional como la parte de la nutrición aplicada, que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de hábitos saludables de alimentación, en consonancia con los conocimientos científicos en materia de nutrición, persiguiendo el objetivo la promoción de la salud del individuo y de la comunidad (Aranceta, 1995).

Se puede insistir, en la educación nutricional, y en la promoción de habilidades, para que la familia sea capaz de poner en práctica estrategias alimentarias y estilos de vida más saludables, ya que, la conducta alimentaria representa uno de los aspectos con importante repercusión directa o indirecta sobre la salud (Lloveras, 1995).

Es importante destacar, los procesos ligados al envejecimiento que afectan a la digestión, absorción y utilización de los nutrientes, los procesos patológicos y sus secuelas, junto con aspectos psicológicos y sociales peculiares de las personas mayores, son algunos de los problemas que plantea la asistencia nutricional en los ancianos (Aranceta, 1995)

5.3.3 Dormir

Ernest Hartmann, un psiquiatra norteamericano, ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo al tema del sueño. Hartmann, informó que las personas que duermen poco y las que duermen mucho, eran de tipo de personalidad diferente; por un lado, mencionó que las personas que duermen poco eran eficientes, enérgicas y activas, obtenían mucha satisfacción de su trabajo y de su vida y no estaban dispuesta a quejarse; por otro lado, las personas que duermen mucho eran menos homogéneos (Lavie, 1997)

Las personas que reducen su sueño, pagan un precio en forma de mayor somnolencia durante el día, por tanto, muchas personas, en especial adultos jóvenes, padecen de una deuda de sueño crónica (Lavie, 1997)

En los últimos años, ha habido estudios dirigidos a examinar los efectos de la reducción de las horas de sueño, o la privación completa de sueño, en la conducta y el funcionamiento, los resultados de dichos estudios indican una baja en los niveles funcionales diarios, en las reacciones y el pensamiento. Además, se observaron cambios de humor, depresión y un sentimiento creciente de tensión y de sensibilidad creciente, por tanto, las personas privadas de sueño tienden a retraerse y a responder de manera agresiva a asuntos triviales, además, de acrecentar una sensación de fatiga. Hay que señalar, que el sueño es vital para la regulación y la estabilidad del ambiente interno del organismo, sobre todo del cerebro (Lavie, 1997).

Cabe destacar, que dormir, es indispensable para recuperar las energías perdidas, cada persona tiene un tiempo óptimo de sueño, que va desde cinco horas, hasta las ocho o nueve horas, lo importante es que el sueño sea reparador. Es necesario, que antes de dormir se relaje el cuerpo y la mente, además, que dejemos los problemas y descansemos (Álvarez, 2003).

5.3.4 Evitación de sustancias nocivas

Dentro de la categoría de evitación de sustancias nocivas entra, el uso moderado o nulo de alcohol, ya que si se consume en exceso puede ser motivo de catastróficas consecuencias.

El alcoholismo es el consumo frecuente, excesivo e incontrolado de bebidas alcohólicas. La OMS lo nombró Síndrome de dependencia al alcohol, por lo tanto, para algunos es una enfermedad, para otros un hábito nocivo, adicción o dependencia (Álvarez, 1995, Del Rey y Calvo, 1998).

Algunos datos por conocer son: los jóvenes más susceptibles al alcoholismo son los inseguros, con alteraciones de la personalidad y angustiados, con el tóxico adquieren seguridad y se sienten menos inferiores. Empiezan bebiendo para sentirse interesantes, como juego, los hace sentirse aceptados. Otras veces el joven empieza a beber porque no lo llamen cobarde (Vargas y Palacios, 1993).

El alcoholismo tiene consecuencias negativas para la salud, ya que predispone al padecimiento de úlcera estomacal, cáncer esofágico y cirrosis hepática, gastritis hemorragia digestiva. La intoxicación aguda evoluciona primero con euforia, después con torpeza; las palabras se dificultan, los movimientos son lentos, hay depresión, incoherencia al hablar, dificultad para caminar, se olvidan las acciones, hay sueño; en ingestión excesiva se cae en estado de coma y sobreviene la muerte

Por lo tanto, el consumo de alcohol altera el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono y de los lípidos, y como consecuencia se produce una infiltración grasa del hígado, en los individuos que no se encuentran bien nutridos, el alcohol provoca una hipoglucemia, se incrementa el riesgo cardiaco, además, el alcohol inhibe la actividad cerebral (Del Rey y Calvo, 1998).

Así también, puede ocasionar trastornos mentales como el nerviosismo, irritabilidad, demencia, violencia y psicosis. En el caso, de las mujeres embarazadas que beben de modo exagerado, pueden tener abortos, niños prematuros de bajo peso al nacer y desarrollo anormal, además, de poca resistencia a las enfermedades (Vargas y Palacios, 1993; Álvarez, 1995; Clínica Mayo, 2003,

El alcoholismo puede ocasionar desorganización familiar, maltratos, dificultades económicas, mal ejemplo, para la familia, como es en el caso de niños y jóvenes, en particular. Ocasiona también, problemas de tipo social como: irresponsabilidad y abandono del trabajo, accidentes, violencia y homicidios (Álvarez, 1995; Vargas y Palacios, 1993).

Del Rey y Calvo (1998), mencionan algunos otros problemas que puede presentar el alcohol en una persona, tales como: pérdida progresiva de memoria de hechos recientes, cambios bruscos de humor, celos inmotivados, desinterés por temas familiares importantes, problemas laborales, episodios de agresividad y violencia, calambres y pérdida de apetito.

Una forma de prevenir este problema, es por medio, de la educación a los niños y jóvenes en la familia y en la escuela, el exhortar buenas relaciones familiares y los buenos ejemplos (Álvarez, 1995).

Lo recomendable es beber alcohol moderadamente (consumir no más de dos copas de bebidas alcohólicas por día para hombres menores de 65 años y una al día para mujeres no embarazadas y personas mayores de 65 años de edad), o en su defecto, mejor no hacerlo (Clínica Mayo, 2003).

Por otra parte, otra categoría, considerada como un hábito positivo de salud es el no fumar, ya que, el tabaquismo, es otro hábito que perjudica la salud. Regularmente, se adquiere desde la niñez o la juventud, por imitación, con la

finalidad de hacerse notar o por presión del grupo al que se pertenece como amigos o compañeros (Álvarez, 1995).

El tabaquismo, ha sido, un hecho asociado a diversas culturas, lo cierto, es que el consumo regular de cigarrillos, es un fenómeno que se ha presentado básicamente en el siglo XX, especialmente a partir de la Segunda Guerra Mundial, y que presenta consecuencia médicas, y económicas relevantes, ya que este hábito, es la principal causa de enfermedad prevenible y de la muerte prematura en los países industrializados (Del Rey y Calvo, 1998).

Cabe destacar, que el tabaco es la principal causa de enfermedad en el mundo, con posibilidad de ser evitada. Este hábito, tiene como punto negativo, el ser aceptado socialmente, porque se pasan por alto o se ignoran las consecuencias que ocasiona sobre la salud (Vargas y Palacios, 1993).

Se han identificado más de cuatro mil compuestos químicos diferentes, en el humo del cigarro; de ellos, merecen especial atención, la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán, por ser responsables de la mayor parte de los problemas que ocasionan (Del Rey y Calvo, 1998).

Por lo que respecta al consumo medio del tabaco, se sabe por estadísticas realizadas en diversos lugares del mundo, que un 30% de los jóvenes, empieza a fumar entre los 10 y los 17 años. De ese porcentaje se conoce que el consumo medio empieza siendo de ocho a diez cigarrillos al día y terminan en la edad adulta alcanzando el consumo de treinta a cuarenta cigarrillos al día (Del Rey y Calvo, 1998).

Por otra parte, algunos hechos importantes relacionados con el tabaco son: cuanto más temprana la edad en que se empieza a fumar, más posibilidades hay de fallecer de cáncer; fumar una cajetilla diaria multiplica por tres los días de enfermedad, en comparación con los no fumadores; cuantos más cigarrillos

fumados, más posibilidad de enfermar, por ello; los hijos de fumadores padecen con más frecuencia de los bronquios, al dejar el tabaco disminuyen los riesgos de enfermar (Vargas y Palacios, 1993).

Cabe destacar, que el fumador pasivo, es un sujeto que se expone involuntariamente, a aspirar el humo del cigarro, que se encuentra en el ambiente, que contiene las principales partículas tóxicas del tabaco quemado, que ha pasado, a través, del extremo superior del cigarrillo, y que ha sido despedido por el fumador. Si además, ese fumador tiene alguna patología como, asma, bronquitis, enfisema, rinitis, catarro o alergia, las consecuencias son mucho más severas que las de los adultos previamente sanos (Del Rey y Calvo, 1998).

Como consecuencias, se ha comprobado que puede producir cáncer (de labios, lengua, faringe, laringe, bronquios, enfisema pulmonar, que predispone ha cardiopatías, angina, infartos e hipertensión arterial, grangena de dedos , altera la coagulación de la sangre, modifica el movimiento intestinal, causa bronquitis crónica y en la mujer embarazada puede producir: abortos, partos prematuros o mortinatos (Vargas y Palacios, 1993; Álvarez, 1995).

Durante principios del siglo XX, el cáncer de pulmón no era muy frecuente. Cuando se comenzaron a producir cigarrillos en forma masiva, esta enfermedad incremento. El tabaquismo, es un factor en más de 85 por ciento de los casos de cáncer de pulmón, además de existir relación entre el tabaquismo y otros tipos de cáncer como el de páncreas, esófago y laringe (Clínica Mayo, 2003).

El tabaquismo puede ser causa de padecer cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares y ataque cerebral. Además, agrava enfermedades crónicas, como la diabetes y el asma. El tabaquismo es causa de más muertes prematuras que cualquier otro hábito (Clínica Mayo, 2003).

Cabe destacar, que si un individuo fuma, el riesgo de sufrir ataque cardiaco o cerebral es el doble del de una persona que no lo hace (Clínica Mayo, 2003).

Por otra parte, una forma de prevenir es la formación de hábitos positivos relacionados con el nunca fumar, realizar ejercicio físico para evitar el deseo de fumar, exigir el reglamento de no fumar en áreas públicas y de trabajo y conocer los riesgos del hábito tabáquico (Vargas y Palacios, 1993).

Algunas medidas para prevenir pueden ser: la educación familiar e información de los daños que provoca y las limitaciones que se impongan para producir y distribuir los productos del tabaco, así como prohibir, venta a menores (Álvarez, 1995).

Al igual que el tabaquismo y el alcoholismo, la problemática de las drogodependencias ha alcanzado relevancia social en nuestros días, a pesar, de que no afecta a grandes sectores de la población, la alarma en la sociedad se ha generado porque el tema de las drogas, se ha asociado frecuentemente a otras problemáticas como la delincuencia, el desempleo, las muertes por adulteración y sobredosis o la transmisión de enfermedades como el SIDA o la Hepatitis B.

Desafortunadamente, cada vez más personas, se hacen dependientes de sustancias como el alcohol y el cigarro y no llevan a cabo, hábitos saludables, además, de no hacerse conscientes del daño que se producen ellos mismos y a los demás. Sin embargo, algunas personas, a pesar de saber las desventajas de no llevar a cabo hábitos saludables, poseen algunas limitantes que los llevan a realizar hábitos poco saludables.

5.3.5 Comportamientos de seguridad

Las muertes por accidentes persisten, como la tercera, causa de muerte en los países desarrollados, ya que, los comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, entre otras, son fuente considerable de lesiones (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Los accidentes de tránsito, provocados por automóvil son comunes, tiene las siguientes características: cada veinte segundos hay un lesionado por vehículos de motor; de cada treinta heridos uno fallece, el número de accidentes en hombres duplica al de mujeres; los accidentes mortales, ocurren más frecuentemente en carreteras; se corre más riesgo de noche, los sábados y domingos se corre más peligro; en la mitad de los accidentes el conductor tomó alcohol; la tercera parte, conducía en exceso de velocidad; el mayor número de accidentes se relaciona con conductores menores de veinticuatro años de edad; se eleva el riesgo cuando hay fatiga, ya que, disminuye la atención y las deficiencias visuales o auditivas producen más accidentes (Vargas y Palacios, 1993).

Cabe mencionar, que la mayor parte de estos accidentes pueden evitarse y es posible que muchas de las lesiones derivadas de los mismos, se eliminen, o por lo menos, se reduzcan, adoptando cuatro medidas generales de prevención: 1) eliminar los agentes físicos (como las armas de fuego), 2) reducir la cantidad del agente (como la velocidad de los vehículos), 3) evitar la liberación del agente (dispositivos de seguridad de los vehículos y 4) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos, por lo que, sería necesario ejercer un cambio conductual en prácticas como son el utilizar el cinturón de seguridad, manejar aviones en condiciones ideales y reducir la exposición de niños a exposiciones de riesgo (Costa y López, 1986).

5.3.6 Adherencia terapéutica

Se ha encontrado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los clínicos, ya sea por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en cumplirlos.

Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, deben tenerse en cuenta dos aspectos; en primer lugar, el consejo debe ser acertado; en segundo lugar, debe ser seguido por el individuo. Sin embargo, la realidad es distinta, ya que, a pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud, durante los últimos cincuenta años para solucionar la problemática de adherencia a los tratamientos, es aún, un aspecto pendiente para la psicología de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En el caso de enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, hipertensión y problemas cardiovasculares) las consecuencias de la falta de adherencia a los tratamientos, acarrea consecuencias negativas en la esfera física, psicológica y social del paciente, además, de derivarse en un gasto económico importante (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

La adherencia, a las prescripciones de los clínicos, evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los hospitales, del mismo modo, evitaría hospitalizaciones innecesarias, entre otras (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

La información para las personas no es suficiente, su deseo de hacer un cambio de conducta tampoco suele ser suficiente, sobre todo, cuando tiene que pasar de una situación agradable (conducta sedentaria) a otra desagradable (levantarse temprano para hacer ejercicio), de ahí, que sólo es posible hacer el cambio de conducta partiendo de los conocimientos que proporciona la psicología, la ciencia que estudia el comportamiento, para conseguir los cambios adecuados y mejorar la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En la medida en que los hábitos comportamentales cotidianos de la persona, tienen efectos importantes en su salud, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con malos hábitos comportamentales, por lo tanto, el análisis de los estilos de vida, tiene un interés creciente para las ciencias sociomédicas en general y para la psicología de la salud en particular (Marín, 1995).

Beneit (1994), comenta que se encuentran varias conductas relacionadas con diversas enfermedades, como las siguientes: conductas habituales (por exceso o por defecto, beber alcohol en demasía, no seguir una dieta adecuada o no hacer ejercicio), alteraciones de la salud (como la hipertensión o la diabetes, en las que, a su vez pueden relacionarse con variables psicosociales), carcinógenos ambientales y elevados niveles de estrés.

Así Bayés (1982), citado en Costa y López (1986), destaca que casi siempre los comportamientos no saludables proporcionan una satisfacción real e inmediata lo que implica que las personas no cambien sus comportamientos negativos de salud.

Costa y López (1986), comentan que la forma en que la gente se comporta (como por ejemplo tener hábitos de ejercicio, cuidar sus dientes, etcétera) influye determinadamente en su estado de salud. De esta forma, el estilo de vida del individuo y los riesgos a los que se expone, son los que influyen en su posibilidad de enfermar y en un caso extremo morir antes de lo previsto.

Según Costa y López (1986), lo más importante es lo que la gente hace para su salud y no tanto lo que conoce, así analiza que muchas personas saben lo dañino que es el tabaco para su salud y sin embargo lo hacen, así como, otra serie de conductas como no realizar ejercicios o no tener relaciones sexuales sin protección. Enfatiza que la información es condición necesaria pero no suficiente para que las personas dejen de actuar de un modo perjudicial para su cuerpo.

Todo esto lleva a que se planteen estrategias y procedimientos de adquisición y modificación de conducta.

La gente no lleva a cabo conductas saludables, o no las mantiene, por tanto, no se forman hábitos de salud, a continuación se describirán las razones por las que las personas no forman hábitos positivos de salud.

5.4 Limitantes para llevar a cabo hábitos positivos de salud

Existen diversas limitaciones que hacen que la gente no lleve a cabo hábitos positivos, entre los cuales se mencionan las siguientes:

Costa y López (1986), mencionan que el hombre muchas veces no controla lo que consume y cada vez se hace dependiente del capitalismo, es decir se hace aficionado a comprar productos de “marca”. Aunado a todo esto, también sobresale, que se vive en un mundo bombardeado de publicidad que poco ayuda para que el hombre no tenga vicios o los deje, por ejemplo, la multiplicidad de comerciales referentes a cigarrillos o cerveza.

Por tanto, los riesgos para la salud de las personas, se originan por la variedad de opciones de consumo y prácticas de vida y por la vulnerabilidad del proceso individual de tomar decisiones para elegir entre aquellas, además, esta muy relacionada con la cultura, en la cuál no existe un concepto eficaz de vida saludable (Costa y López, 1986).

Además, se encuentran una serie de valores y actitudes, que pueden limitar la capacidad de las personas para llevar a cabo comportamientos saludables, es decir, la cultura puede generar valores incompatibles con algunas conductas de salud, por ejemplo el éxito profesional, la comodidad, el placer o la aceptación grupal (Jiménez, 1998).

Especificando, en este mismo punto, Jiménez (1998), menciona que, mucha gente considera la salud como un valor, sin embargo, también influyen otros como el éxito, la vida confortable, el dinero, la búsqueda de emociones y placeres, sin embargo, la dificultad comienza cuando dichos valores entran en conflicto con los hábitos de vida saludables. Por ejemplo, el hombre occidental se le educa a ser más agresivo, a fumar y a beber (Jiménez, 1998).

Cabe señalar, que entre algunas actitudes sociales que limitan los hábitos saludables se encuentran tres en particular: 1) actitud fatalista (“de algo se debe morir”), 2) la actitud que equipara los malos hábitos a la calidad de vida (“más vale vivir poco pero vivir bien”) y 3) la actitud favorable hacia los médicos con la creencia implícita de que es más eficaz que la prevención y pensar que la tecnología y la medicina solucionarán los propios problemas de salud derivados de malos hábitos (Levine y Soren-son,1984; citado en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

Por otra parte, se dice que muchos hábitos indeseables (consumo de alcohol, tabaco, alimentos ricos en grasas, etcétera), tienen como resultado una gratificación inmediata, mientras que los hábitos saludables (hacer ejercicio, practicarse un análisis). pueden producir experiencias inmediatas aversivas (Miller, 1983,1984; citado en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

Por su parte, Bayés (1982) citado en Costa y López (1986) comenta dos obstáculos por los cuales las personas no adoptan un hábito de salud positivo el primero dice que es por el carácter placentero-reforzante de los antecedentes de comportamientos no saludables, como por ejemplo, el sabor agradable de los dulces, el dinero obtenido a través de un trabajo estresantes, el placer del reposo al no hacer ejercicio entre otros.

Además, Jiménez (1998), menciona que algunas barreras provenientes de la naturaleza de los hábitos de salud, son los malos hábitos, los cuales, tienen como producto una satisfacción inmediata, en cambio, los hábitos positivos requieren de cierta disciplina y renunciar a las satisfacciones inmediatas.

Por otra parte, la dilatación de tiempo que por lo general, separa la adopción de un comportamiento y la aparición de consecuencias nocivas o aversivas aunadas a los mismos, por ejemplo el cáncer del pulmón relacionado con fumar, lo mismo pasa con la caries, obesidad, etcétera (Bayes, 1982; citado en Costa y López, 1986).

En cuanto a los obstáculos del sistema sanitario, Costa y López (1986), se refieren, a que las instituciones dedicadas al cuidado de salud, muchas veces limitan sus esfuerzos en los aspectos preventivos (promover hábitos saludables) y se centran más en curar a la persona.

Jiménez (1998), comenta que existen barreras dentro de la psicología, está última ha centrado más sus intereses en aspectos de tipo individual y asistencia mental, lo que impide en gran medida la promoción de la salud y por tanto, la incidencia de comportamientos saludables.

Una vez mencionados, los hábitos de salud, así como, sus repercusiones, cabe analizar, la modificación de los hábitos.

5.5 Modificación de hábitos

Se menciona que la adquisición de un comportamiento saludable o la modificación de algún comportamiento que afecte su salud, constituyen un proceso multideterminado por factores que interactúan entre ellos. Además, destaca que este proceso, se detiene por diferentes etapas, como: el conocimiento de riesgos, la claridad sobre su propia exposición al riesgo, intenciones de involucrarse para

modificar el riesgo, toma de decisiones, elaboración de planes de autocontrol o de manejo de contingencias, el mantenimiento de acciones y los planes de recuperación en caso de recaídas (González, 2003).

Como ya se había mencionado, los comportamientos saludables se adquieren mediante procesos de aprendizaje, por vía de experiencia directa y por modelos sociales (experiencia vicaria), por lo tanto, cuando una persona ya posee comportamientos que adquirió por medio de la experiencia, y los realiza de manera frecuente, tiende a convertirse en *hábito*. Por eso, es necesario desarrollar conductas saludables, tan pronto como sea posible y eliminar las conductas insalubres en cuanto aparezcan (Marín, 1995).

Los comportamientos saludables, se cambian o se extinguen, en el repertorio de la persona, en primer lugar, por condicionamiento, en segundo lugar, los comportamientos se determinan por aprendizaje vicario (observación) y en tercer lugar, los factores cognitivos, tienen un papel importante en la adquisición y mantenimiento, de conductas de protección y promoción de salud (Marín, 1995).

Según Costa y López (1986), la modificación de conducta o adquisición de nuevos hábitos implicaría mejor dominio de la tecnología conductual, coordinación de recursos teóricos y empíricos de otras disciplinas y profesiones, así como también, cambios a nivel social y político.

Cabe destacar, que para cambiar las nociones de salud o bien de hábitos, se necesita un cambio de valor económico, social, familiar, institucional, de comunidades, religioso, por ejemplo, la forma de comer, ésta implica una noción de comercialización dónde se venden alimentos no muy sanos, o en otro caso es el estrés el cuál esta implicado con largas horas de trabajo (Costa y López, 1986).

De tal manera, cada persona valora su estado de salud y toma decisiones acerca de la misma, como: llevar una dieta, fumar o no cigarrillos, hacer o no-ejercicio,

sobre la base de sus creencias que tiene acerca de las enfermedades. Tales creencias son determinantes para las conductas de salud y dependen de los sistemas socio-culturales y en cuanto a las conductas de salud, están determinadas por factores sociales. Por ejemplo, el apoyo social que la persona recibe o no, suele tener un efecto importante en el mantenimiento de comportamientos, o la definición de roles sexuales, en una cultura concreta para determinar, que el nivel de ejercicio físico, que hacen los hombres sea muy superior al de las mujeres (Marín,1995).

Costa y López (1986), mencionan que para cambiar los hábitos negativos de salud por positivos, es necesario no sólo que la gente los conozca sino que también se modifique su conducta por ello propone un plan de educación para la salud, este consta de:

Planificación y programación de los antecedentes (exposición de mensajes persuasivos, en los que se anticipan refuerzos contingentes al seguimiento y cumplimiento de hábitos positivos de salud); clarificación de valores (se debe facilitar el protagonismo de la comunidad, de forma, que se promueva el intercambio de distintos juicios, a través, de coloquios y discusiones con la finalidad que se neutralicen actitudes negativas).

Además, de la exposición de modelos de salud (propiciar que los adultos, sean un buen modelo, para que los niños tengan prácticas saludables; implantación en el ambiente de señales discriminativas (habilitar zonas para no fumadores, retirar ceniceros, colocar carteles, etcétera); disponibilidad de ayuda de profesionales en el cambio de conducta y una planificación de condiciones estimulares reforzantes (cuentos, regalos, apoyo social o refuerzo interno como el alivio de adoptar un hábito positivo).

El cambio de hábitos individuales es una tarea costosa, especialmente cuando coinciden con los hábitos que posee toda la comunidad, por lo que es necesario

llevar a cabo, acciones que permitan involucrar a la comunidad, para lograr el cambio de conductas relacionadas con la salud. Por lo tanto, es importante, poder influir sobre las actitudes de la mayoría, en cuanto a costumbres, tradiciones y conceptos erróneos que mantienen las conductas de riesgo de cada individuo (García, 1993)

Janz y Becker en 1984, mencionaron que la motivación debe tomarse en cuenta para poder explicar las conductas relacionadas con la salud, por lo tanto, se agregó el aspecto motivacional como una “señal para la acción”, la cual puede ser interna (síntomas) o externa (amigos, familia, médicos) y funciona como el detonante para el proceso de toma de decisiones para ejecutar una conducta saludable (Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Para que una persona, lleve a cabo comportamientos protectores de salud, depende de factores motivacionales, los cuales, dependen de la percepción que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, de la eficacia que la persona cree que tiene la conducta para reducir la amenaza, y sobre la atracción que ejercen sobre ella, comportamientos alternativos (Marín, 1995).

Se considera, que para que aparezca un comportamiento saludable, el sujeto debe tener información sobre las consecuencias de dicho comportamiento, que ésta tenga credibilidad y esté en consonancia con el sistema de “creencias y valores” de su medio de influencia. Estos elementos generan una actitud entendida como la tendencia a comportarse, también denominada intención (García, 1993).

Por lo tanto, es necesario que la educación para la salud contemplara una estrategia amplia de promoción de la salud, en donde, no solo se conozcan las conductas saludables sino también se adquirieran (Costa y López, 1986).

Dentro de los objetivos de la educación para la salud, sobresalen cuatro: 1) desarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente, 2) modificar los comportamientos de la gente, cuando son insanos, 3) promover la modificación de los factores externos que dañan la salud de las personas y 4) Lograr que los individuos y grupos pongan como un valor principal a la salud.

La educación para la salud favorece el conocimiento de conductas específicas de conservación y promoción de salud. El elemento cognitivo está presente y es un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables (Soto, Lacoste, Papenfus, y Gutiérrez, 1997).

Cabe reiterar, que la psicología de la salud, se ha preocupado por dicha conservación de la salud, y para ello, se han estudiado los hábitos de salud, pero no solo desde una visión descriptiva, sino explicativa, en este sentido se han propuesto modelos, sobre todo que dan importancia a la cognición y creencias, en este capítulo, en el apartado de determinantes de la salud, ya hemos descrito algunos de estos aspectos, pero es importante dar una explicación aún más convincente, como es, por medio de los modelos en salud.

CAPÍTULO VI. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Como hemos visto, los hábitos de salud, juegan un papel fundamental en el desarrollo de la salud o enfermedad, la gran pregunta sería por qué algunas personas los efectúan y otras no, para ello, la psicología de la salud, ha realizado diferentes modelos que no solo lo explican, sino también, han ayudado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Álvarez (2002), menciona que actualmente los psicólogos han tratado de explicar y comprender cómo las personas entienden el proceso salud-enfermedad, aunado a esto, la relación que tiene con la ejecución de determinados hábitos de salud. El enfoque psicológico no minimiza los factores biológicos que se relacionan con dicho proceso, sin embargo, realizan estudios abocados a otros aspectos importantes, tales como los procesos cognoscitivos relacionados con un simbolismo social (ideas de la gente), no obstante, faltan investigaciones al respecto.

Por lo anterior, nos dedicaremos a describir lo relacionado con las creencias de la salud y enfermedad y como la psicología lo explica (esto nos permitirá entender con mayor claridad, la formación de los hábitos de salud), a través, del Modelo de Creencias de la salud. Antes de ello, nos parece conveniente definir que es una creencia

6.1 Definiciones de creencias

Existen diferentes definiciones de creencias entre algunas de ellas se encuentran:

Las creencias definidas como opiniones (Oskamp, 1977 citado en Obregón, 1996). Lawrence W. Green y colaboradores, en 1980, proporcionaron otra definición del término *creencia*, diciendo que la fe, la esperanza y la verdad son palabras que

se usan para expresar o significar una creencia, es decir, es una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero (Green y Simón, 1988).

Pepitone en 1992, señaló que la cultura tiene gran influencia con las creencias, ya que, ha sido considerada como la que determina estas últimas, por lo que las define como representaciones culturales que tienen existencia para una persona (Obregón, 1996).

Como aspecto importante, Obregón (1996), menciona que las creencias permiten que el individuo se acople a su cultura. De esta forma, para este autor, las creencias permiten comprender uno de los aspectos de las prácticas de los grupos sociales que condicionan las interacciones del organismo con su entorno.

Álvarez (2002), comenta que las creencias son ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición y que se adoptan de forma acrítica por los miembros del grupo comunidad o sociedad, debido a que son interpretadas como correctas o adecuadas.

Así, de todos estas definiciones, coinciden en que una creencia: es una idea, de la que el sujeto, está convencido, independientemente de que sea cierta o no, el individuo la interpreta como correcta porque es parte de su herencia cultural.

Como punto trascendente, encontramos, que existen diversas creencias tanto de la salud como de la enfermedad, algunas vienen desde la antigüedad y pueden ser conservadas por las personas en la actualidad. De acuerdo con Álvarez (2002), dividimos las creencias en diferentes tipos.

6.2. Creencias mágico religiosas y salud-enfermedad

Muchas de las creencias acerca de la salud y la enfermedad, se relacionan con las creencias y valores culturales de la sociedad. A través, del tiempo, se conservan muchos mitos y verdades, es decir, las creencias que la gente ha elaborado, están íntimamente relacionadas con la sociedad en la que vive. Una influencia importante es la magia y religión.

Dubos (2000), maneja que la pérdida de la salud, se atribuye con frecuencia a causas reconocidas en el contexto de la medicina alternativa. En ocasiones dan razones de índole mágica (como el mal de ojo o la pérdida de la sombra) para explicar las enfermedades; en otras, se asigna la ausencia de la salud a espíritus malignos (como los “chaneques”), los más apegados a su religión confirman que la salud es un “don de Dios” y su pérdida se debe a un castigo divino.

Estas creencias provienen desde hace mucho tiempo, por ejemplo, en la cultura azteca, se creía que la salud y/o enfermedad estaban en manos de sus dioses, encontrando, que cuando el dios tenía ira, ocasionaba cierta enfermedad y cuando era bondadoso, daba la salud. Cada patología, era atribuida a diferentes dioses, por decir, los reumatismos eran provocados por el enojo de Quetzalcóatl y las enfermedades digestivas por Amimitl (De Gortari, 1980 citado en Álvarez, 2002).

En la edad media, las creencias también estaban muy relacionadas con la religión, pero en particular, con la cristiana; las enfermedades eran causadas como castigo ante los pecados de la gente o por el pueblo, y Cristo era sanador de las múltiples enfermedades, encontrando como principio del cristianismo la cura por la fe, esta fue una creencia que dominó por mucho tiempo, alentando a los individuos para que fueran buenos cristianos, dando lo superfluo para lograr su salvación. Además, la gente al sentirse pecadora se empezó a flagelar con la finalidad de ofrecer perdón a Dios y así alcanzar la salud de alguien o de ella misma (Álvarez, 2002).

6.3. Creencias de salud-enfermedad relacionadas con la medicina

En el renacimiento, inició la denominada ciencia médica, lo que colaboró para que se elaboraran nuevas creencias basadas en lo objetivo y que la gente creyera que hay una cura para todo, por lo que también, se originaron charlatanes que mencionaban que diversos elementos tenían una alivio para múltiples cosas por ejemplo, se decía que el café curaba flatulencias, fortalecía el hígado, estimulaba el intelecto y curaba la embriaguez (Álvarez, 2002).

Las ideas de que la medicina cura todo, se derivan también del capitalismo y la medicina social, promoviendo como una creencia predominante, que la salud es responsabilidad de la comunidad, implantándose, medidas de higiene, para tener el mantenimiento de la productividad. Además, dominó la creencia de que la salud estaba en manos de los médicos, creyendo que éstos podían fomentar la salud y aliviar la enfermedad, así, los médicos se convirtieron en una figura muy importante de poder dentro de la sociedad (Álvarez, 2002).

6.4. Creencias actuales de la salud-enfermedad

En el punto mágico religioso, podemos decir, que actualmente las creencias mágico religiosas perduran, estas se relacionan con las creencias del modelo médico, de tal forma, que lo que no puede, ser explicado por la medicina es explicado por la religión.

Además, las creencias sobre la enfermedad, anteriormente y actualmente se relacionan con algo maligno, ya sea como un castigo de Dios o también por la misma terminología médica, como lo comenta Álvarez (2002), títulos como “tumor maligno”, “cáncer maligno”, pueden hacer creer que la enfermedad, es algo catastrófico.

La creencia de que un producto único curará muchas de las enfermedades del sujeto, no sólo se dio en el renacimiento, ya que actualmente estamos en un mundo lleno de publicidad y de competencia en el mercado, por lo que hay supuestos productos que todo lo alivian o mejoran, desde la obesidad hasta las uñas frágiles y lo peor “la gente lo cree”. Así, creencias relacionadas con el poder de la medicina, aún persisten.

Otro tipo de creencias actuales, son las relacionadas con la desconfianza del sistema médico, así como hay personas que creen en la medicina hay otras cuantas que dudan de ella, por diversas razones como son: 1) muchos medicamentos están fuera de alcance de las clases media y baja, 2) no se argumentan los fracasos relacionados con la explicación de las enfermedades, 3) se vende el cuerpo perfecto, con productos y cirugías, que muchas veces en lugar de beneficiarlo, lo perjudica (Álvarez, 2002).

Un elemento no menos importante, acerca de la desconfianza del sistema médico, se relaciona con algunos hospitales, que han generado una imagen de desconfianza y temor, hay gente que se agrava en el hospital o que lo compara con una cárcel, debido al maltrato que recibe por parte del personal que además es soberbio y poco comprensivo. Además, del trato, las instalaciones, la disposición física, el mobiliario, suele ser adjetivado por las personas como frío, cruel y agresivo (Baena y Montero, 1989).

Todos estos puntos, son algunas razones por las cuales se originan diversas ideas erróneas sobre la salud-enfermedad. Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) mencionan las siguientes: “yo no creo que los medicamentos funcionen”, “si esta dieta no le surte efecto estoy seguro de que no funcionará conmigo”, “el ejercicio no hará diferencia alguna”, “ cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto”.

Por su parte Beneit y Latorre (1994), refieren que existen creencias que pueden ayudar, a que el paciente no tenga o siga el tratamiento indicado, entre las cuales mencionan: “únicamente se toman medicinas cuando se está enfermo y no cuando uno se siente bien”; “de vez en cuando hay que dar un descanso al organismo y no tomar medicinas”, “no siento que este fármaco me esté haciendo nada”, “el señor curará mi enfermedad”, “mi dolor tiene que tener una causa orgánica”; “realizar los ejercicios no va a producir ninguna diferencia” y “cómo sabré si sigo necesitando las pastillas si continúo tomándolas”.

La cuestión siguiente, sería: ¿cómo explica la psicología de la salud, las creencias y su relación la salud y/o enfermedad?, una posible respuesta, se da por medio de los modelos, como es en el caso del Modelo de Creencias de Salud.

6.5 Modelo de Creencias de Salud

Los modelos en salud aparecen porque se tiene en cuenta, que muchas causas de mortalidad pueden ser prevenidas, ya que éstas, se relacionan con estilos de vida de los individuos, por tanto, los modelos se formulan para conocer porque las personas actúan de determinada manera y a través de este conocimiento lograr que se modifiquen estos comportamientos, un modelo importante es el Modelo de Creencias de Salud (Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

6.5.1 Antecedentes y origen del Modelo de Creencias de Salud

En concreto, el Modelo de Creencias de salud (MCS) es de los más utilizados para explicar el comportamiento saludable. Fue realizado para identificar porqué las personas no emplean los servicios de salud, como el análisis de laboratorio y las vacunas. Se desarrolló en los años cincuenta, por un grupo de especialistas en psicología social, del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades (Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Por su parte, Cabrera, Toscón y Locumi (2001), mencionan que el Modelo de Creencias de Salud se construyó a partir de diversidad de autores y propuestas teóricas referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque es necesario reconocer la influencia de las teorías estímulo-respuesta y la cognitiva.

La teoría conductista, menciona que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta, y justificado por sus inmediatas consecuencias y en la teoría cognitiva, se justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y espera que ésta produzca el resultado deseado (Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Por una parte, los teóricos conductistas, destacan que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento y por otra, los teóricos cognitivos sitúan el reforzamiento influenciado por las expectativas en lugar del comportamiento en sí (Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Además el Modelo de Creencias en Salud se deriva de la teoría de Lewin de la percepción, la cuál considera importante la lectura subjetiva que las personas hacen del contexto. También, continúa con las teorías del valor esperado, las cuales, plantean que la conducta depende de dos variables: el valor que la persona da, a un determinado objetivo y la estimulación acerca de la probabilidad de que al llevar a cabo determinada acción se consiga el objetivo deseado. De esta forma, la teoría plantea que la conducta de las personas enfermas y las recomendaciones médicas están aunadas al pensamiento lógico con el que se lleva a cabo un análisis de la información de los riesgos, beneficios y consecuencias de determinadas conductas (Álvarez, 2002).

6.5.2 Constructo teórico del Modelo de Creencias de Salud

Los creadores originales del Modelo de Salud Basado en creencia (HBM), *Health Belief Model*, eran psicólogos profesionales, uno de ellos fue Rosenstock, quien indica que las cosas reales y los eventos reales no tienen efecto directo sobre las decisiones, son más bien, las percepciones de estos objetos o eventos, lo que es importante (Green y Simon, 1988).

Según Beneit (1994) y Ferrero, Toledo y Barreto (1998), uno de los modelos más utilizados para explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud, es el Modelo de Creencias sobre la Salud de Rosentock en 1966, según este modelo, los factores que determinan la conducta de salud, son la percepción de amenazas sobre la salud y las creencias de los individuos, sobre la posibilidad de que un determinado comportamiento reduzca esas amenazas.

A su vez, la percepción de amenaza depende de tres variables: 1) motivación para la salud (niveles mínimos de información y motivación respecto a la amenaza y la meta de salud concreta), 2) vulnerabilidad o susceptibilidad percibida (creencia de que la condición a evitar puede ser la propia en un en un futuro y 3) gravedad o severidad percibida que es la creencia de que esa condición es realmente indeseable (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

El modelo original, ha sufrido una serie de cambios, entre algunos, se encuentran el de Becker y Maiman en 1974, y Masur en 1981, éste incorporó factores demográficos, psicosociales y experienciales, además, existe la reformulación de Costa y López en 1986 (modificación del modelo de Masur), en ésta se añaden principios del análisis de conducta (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

También, una modificación del MCS, es la realizada por Kasl y Cobb en 1966, citado en Rodríguez (1994), ellos refieren, que la probabilidad, de que, una persona realice una conducta, se relaciona con los síntomas, el distrés, la tolerancia individual al dolor, el nivel de incapacidad, los mecanismos de afrontamiento y las características sociodemográficas. La hipótesis, continuo

siendo igual, pero consideraban que el dolor y la incomodidad asociado a los síntomas, eran influyentes en las percepciones individuales de la amenaza, pero también, influían en la conducta; y las características sociodemográficas, el nivel personal de tolerancia al dolor, la discapacidad y mecanismos de afrontamiento, se relacionan sobre la conducta de forma indirecta.

Con respecto, a la versión Becker y Maiman en 1974, refiere que el MCS se basa en la probabilidad de ejecutar una respuesta, para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona cree en diversas cosas:

En primer lugar, la persona cree que es susceptible de sufrir la enfermedad, en segundo, el individuo cree que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad, en su vida y en tercero, el sujeto cree en tomar una acción factible y eficaz, en particular, porque puede ser benéfico y tener un coste aceptable en su vida al reducir la susceptibilidad superando o representado más importancia que las barreras psicológicas, como pueden ser costos, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva (Soto, Papenfus, Lacoste y Gutiérrez, 1997; Cabrera, Tascón y Locumi, 2001).

Este modelo plantea que las conductas de salud están determinadas por la vulnerabilidad percibida por la persona ante la amenaza de enfermedad (Becker, 1974 citado en Jiménez, 1998).

Así, la disposición para realizar una conducta de salud, está en función de: 1) la amenaza de enfermedad percibida por la persona y 2) la relación costos / beneficios percibidos por la persona, Jiménez (1998), explica los siguiente:

En la amenaza de enfermedad percibida, la persona cree que la enfermedad representada para ella está determinada, por dos variables: la susceptibilidad

percibida por la persona a la enfermedad y la gravedad percibida de las consecuencias (orgánicas y/ o psicosociales) de contraer dicha enfermedad persona.

Además la amenaza percibida se encuentra influenciada por otros dos tipos de factores: 1) los factores modificadores de la amenaza (variables demográficas y psicosociales y 2) factores desencadenantes que constituyen las claves para la acción, es decir, disparan los procesos que llevan a la acción de la conducta de salud adecuada. Estas claves, pueden provenir de fuentes internas (síntomas) y externas (consejos, medios de comunicación, experiencias ajenas, etcétera).

Los factores modificantes, como son los demográficos y el de las claves para la acción, como consejos de familiares o amigos, campañas masivos, todos estos son indispensables para realizar o no una conducta de salud, no obstante, se plantea que dichas variables trabajan por medio de sus efectos sobre las motivaciones y percepciones subjetivas, acerca de la salud que tenga el individuo, más que como causas directas de las acciones saludables (Rodríguez, 1994).

Por otra parte, una modificación del MCS, es el que plantea que la conducta de seguimiento y cumplimiento de una prescripción de salud, está aunado, a las circunstancias ambientales, antecedentes y consecuentes; y la probabilidad de adoptar o cumplir una recomendación de salud, se relaciona, con algunas condiciones antecedentes de la conducta y algunas consecuencias que la fortalecen.

Dicho modelo, es el de Costa y López (1986), quienes mencionan que las creencias de salud se identifican dos puntos muy relevantes. 1) condiciones antecedentes y 2) condiciones consecuentes:

Las condiciones antecedentes, están conformadas por una historia biográfica, la cual plantea, que lo ya vivido influye en determinado comportamiento del individuo. Es decir, la motivación general hacia la salud; el valor percibido de la amenaza de tener

una enfermedad; la probabilidad percibida, de que el comportamiento de seguimiento de la prescripción reducirá la amenaza; y las creencias y atribuciones, en general, son antecedentes disposicionales adquiridos a lo largo de la historia de conducta de un sujeto. Todos estos elementos, son importantes, ya que, facilitan o interfieren en los sentimientos, opiniones e intenciones favorables a tomar decisiones acerca de la adopción o cambio de conducta.

También, en las condiciones antecedentes, se encuentran los factores disposicionales y del medio de contacto, las cuales, están conformadas por características estructurales (acceso a los servicios de salud, menor contacto con una cultura de salud dentro de la comunidad costumbres, etcétera) y demográficas (estado civil, sexo, clase social), las cuales, pueden modificar o facilitar el comportamiento de seguimiento, además, estas características sirven para jerarquizar las necesidades de la gente y modificar su motivación.

Otras variables, de efecto disposicional antecedente, para la adopción de una conducta, son el modelado, la interacción (observar a alguien realizar cierto comportamiento), la comunicación persuasiva (anticipación de condiciones reforzantes o aversivas, que sucederán de seguir o no las prescripciones, es la que informa y aporta la motivación suficiente para que la gente pueda pasar a la acción) y las señales discriminativas (son estímulos que pueden desarrollar conductas saludables, algunos ejemplos, de éstos son las tarjetas, calendarios, relojes que se usan para recordar los medicamentos, también, existen señales internas discriminativas que pueden relacionarse con un determinado comportamiento como un dolor de muelas o la percepción del propio cuerpo).

En cuanto, a las condiciones consecuentes, son estímulos que siguen a una conducta y pueden fortalecerla o debilitarla y hasta extinguirla. Al proceso por el cual, una conducta va seguida de ciertas consecuencias que fortalecen, se le llama reforzamiento, y la extinción es cuando no se realiza una conducta por no tener consecuencias reforzantes. Los hábitos no saludables, se relacionan con estos elementos, por ejemplo, la euforia y desinhibición al ingerir alcohol hacen

que la persona beba, y también, la implantación de un comportamiento saludable esta relacionado con los antecedentes y consecuencias.

Una vez mencionadas, las versiones del MCS, cabría mencionar, que si se analiza, el constructo teórico es el mismo, sólo que cada autor le agrega elementos importantes, como son los factores modificantes, que son elementales para el estudio de las creencias. Así, el modelo de Rosentock y Becker plantea el mismo constructo teórico que el de Beiker y Maiman, sólo que el último le agrega factores modificantes, por lo que se vuelve más completo. En cuanto, al modelo de Costa y López, se torna interesante, pero para explicar un comportamiento más estructurado desde la postura conductual.

El MCS, ha tenido gran importancia, por tratar de explicar las conductas relacionadas con las creencias del sujeto, por ello, cabría mencionar los usos del mismo.

6.5.3 Usos y aportaciones del Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias en Salud, ha sido aplicado en diversas investigaciones, lugares y variados temas. En los años 70, el MCS era usado en varios países para respaldar disertaciones de maestría y tesis de doctorado, así como también, la formulación de investigaciones e intervenciones en salud y ciencias aplicadas al comportamiento (Cabrera, Tascón y Locumi, 2001).

Por medio de este modelo, se descubrieron los orígenes, correlaciones teóricas y aplicaciones, con relación, a prácticas preventivas, al comportamiento durante la enfermedad y al comportamiento de enfermos crónicos (Cabrera, Tascón y Locumi, 2001).

En el área de investigación, Cabrera, Tascón y Locumi (2001), mencionan que algunos teóricos revisaron estudios, en los que los componentes del modelo de creencias de salud, han sido relacionados no sólo comportamientos preventivos en salud, sino también con comportamientos durante la enfermedad (como por ejemplo

cumplimiento de régimen médicos para hipertensión, diabetes y enfermedad renal terminal), así también, ha servido en el empleo de servicios clínicos, investigaciones sobre la enfermedad de Tay-Sachs, autoexamen de los senos y comportamiento sobre factores de riesgo, (dietas, ejercicios tabaquismo y uso de cinturones de seguridad).

La investigación de Tay-Sachs, es muy mencionada, es en las que se investigaron las creencias de los judíos aunado a un programa para promover la exploración genética, con la finalidad de detectar personas portadoras de tal patología (Mayman y Becker, 1974, citado en Álvarez, 2002).

Álvarez (2002), comenta la siguiente descripción de la investigación del Tay-Sachs: la enfermedad se caracteriza por un retraso mental congénito, que conlleva, al comportamiento psíquico de una persona inferior a los tres años, también hay pérdida o disminución de la vista, olor intenso y desagradable en la piel, hipertonía y manifestaciones de pequeños males.

Los investigadores dieron esta información y más referente al Tay-Sachs, comentando como punto trascendente que aparece generalmente en los judíos, pero puede detectarse mediante la amniocentesis o exploración genética, esto con la finalidad de que la gente se hiciera estas pruebas para prevenir el nacimiento de una persona enferma de este padecimiento, en el caso de estar en el vientre de la madre, se daba la posibilidad de abortar.

Como resultado se encontró que 82% de los participantes expresaron su deseo de que sus futuros hijos participaran en programas de exploración genética, el 18% no deseaba participar. Se identificó que las puntuaciones de susceptibilidad percibida fueron las que aportaron más alta correlación en el programa. Además, se analizaron los datos con personas que no tenían información de la enfermedad y quienes si la tenían, encontrando que estos últimos decían que si eran portadores de la enfermedad reducirían el numero de hijos usando la amniocentesis, o no los tendrían, también la mayoría estaba a favor del aborto a

diferencia de quienes no poseían la información, éstos pensaban en no hacerse la prueba o también no tener hijos y no realizarse un aborto.

Un estudio más, fue el de Inui, Yourtee y Williamson (1976), citado en Álvarez (2002), realizado en la clínica de John Hopkins, con 62 pacientes hipertensos. Se les entrevistó para conocer sus creencias acerca de sus enfermedades y sus tratamientos y complacencias con respecto a los mismos. Después, se les dividió en dos grupos, al primero, se le informó y educó acerca de su tratamiento, respecto a las características del mismo y las diversas situaciones que se podían presentar a lo largo de éste, así como, los cambios en los síntomas en las medidas que se debían tomar dependiendo de la evolución de la enfermedad y se realizaron recomendaciones sobre su dieta diaria. Se encontró, que las personas del grupo educado llevaban a cabo las recomendaciones médicas respecto a su dieta diaria, en cambio los no educados la llevaban en una forma muy irregular. Se concluyó, que las personas educadas recibieron información lo que permitió modificar sus creencias y por lo tanto, modificar sus conductas.

Otra investigación es la realizada por Cummins en (1982), citado en Álvarez (2002), quien realizó un programa para la inmunización de personas contra la gripe porcina en áreas rurales, suburbanas y urbana en Michigan. Se realizó con 300 personas que fueron informadas por teléfono sobre los beneficios de la vacuna. Tres meses después, estas personas fueron entrevistadas para conocer las creencias acerca del programa y si se habían vacunado o no. Los resultados mostraron una relación significativa con intención y conducta. Los factores como la percepción de la severidad de la gripe, la vulnerabilidad ante ésta, las creencias acerca de la protección brindada por la vacuna y la percepción de que al obtenerla se estaba seguro mostraron una correlación significativa respecto a la conducta.

Brannon y Feist (2001), comentan que Victoria Champion en un estudio realizado en 1994, utilizó el Modelo de Creencias de Salud para informar a las mujeres sin antecedentes familiares de cáncer de mama sobre los beneficios de la mamografía. Se encontró que las mujeres cuyas intervenciones estaban

orientadas a ampliar sus conocimientos y modificar sus creencias, tenían una mayor disposición a realizarse la mamografía, que un grupo de mujeres que era control. Cabe señalar, que un estudio prospectivo demostraba que una susceptibilidad percibida al cáncer de mama no servía para predecir el uso de la mamografía.

Así, podemos reiterar que el MCS, ha ayudado en conductas preventivas, lo que puede relacionarse como una ventaja del mismo. Anexando a este punto Ferrero, Toledo y Barreto (1998), manejan que el Modelo de Creencias de Salud se ha aplicado a las conductas de prevención, ante la infección del V.I.H., al seguimiento de chequeos dentales, al sometimiento a pruebas diagnósticas de tuberculosis, a las revisiones ginecológicas regulares, al abandono del hábito del tabaco, al seguimiento de dietas hipocalóricas y al cumplimiento de regímenes medicamentarios.

En este mismo sentido, Jiménez (1998), destaca que entre los puntos positivos atribuidas al MCS hay que destacar su utilidad para explicar y predecir determinadas conductas preventivas, como son, la participación en campañas sanitarias, búsqueda de atención médica, cumplimiento de prescripciones terapéuticas y búsqueda de información sanitaria.

El Modelo de Salud basado en Creencia, ofrece algunas guías generales que se aplican a una amplia variedad de situaciones de la educación para la salud: 1) proporcionar a los que aprenden una evaluación realista de los riesgos asociados con un pobre comportamiento de la salud, 2) ayudar a los que aprenden, a desarrollar un punto de vista realista de su susceptibilidad a la amenaza de la salud en cuestión, 3) ayudar a los que aprenden a tener confianza en la eficacia de la práctica de la salud recomendada, 4) ayudar a los que aprenden a corregir, cualquier punto de vista exagerado que pueda tener los riesgos y dificultades que contenga al comportamiento recomendado, 5) proporcionar recordatorios frecuentes de la necesidad y oportunidad para ciertas acciones de la salud, 6)

animar a los estudiantes a dar un valor alto a su salud y 7) ayudar a la gente a reconocer su propio poder para cambiar sus vidas (Green y Simón, 1988).

Otra de las ventajas, es que se basa en percepciones subjetivas de la realidad que son susceptibles de cambio, dando una importancia menor a factores estables (tales como la personalidad o variables sociodemográficas) lo que abre las posibilidades de cambio e intervención (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

Encontramos que el Modelo de Creencias de Salud tiene como ventajas: el poder explicar y predecir determinadas conductas preventivas y la innovación en el área investigativa y aplicada en el rubro de factores cognitivos y sociales en el proceso salud-enfermedad. No obstante, también tiene sus limitantes, a continuación las mencionaremos.

6.5.4 Críticas al Modelo de Creencias de Salud

Algunas críticas que se le han hecho al modelo de creencias de salud son las siguientes:

El modelo considera una relación o congruencia entre las actitudes, creencias del sujeto y su conducta, pero es conocido, que esta relación no es perfecta y varía dependiendo la situación (Fishbein y Azjen, 1975 citado en Álvarez, 2002).

Las investigaciones realizadas concernientes a la utilidad del modelo de creencias de salud, no han tenido resultados consistentes, debido a que los investigadores no utilizaron medidas fiables y válidas para valorar sus elementos (Strecher, Champion y Rosentock, 1977; citado en Brannon y Feist, 2001).

El Modelo de Creencias de Salud de Costa y López en 1986, resulta bastante explicativo, no obstante la mayoría de las investigaciones no toman en cuenta todos estos factores, por ello, los autores mencionan que parece una lista de variables que simplemente no han sido analizadas.

Así, se ha cuestionado si es un modelo o es simplemente una lista de variables, ya que no especifica de modo preciso las relaciones entre ellas, relaciones que también pueden operativizarse de un modo distinto para diferentes conductas de salud. Además, no adjudica la importancia debida al elemento emocional individual y social, suscitado ante determinada enfermedad (Ferrero, Toledo y Barrero, 1998; Levanthal y Cameron, 1987 citado en Álvarez, 2002).

Hacer énfasis en lo abstracto (creencias) y que se ha identificado que muchas veces las personas no se comportan de acuerdo con sus creencias (Ajzen, 1988 citado en Álvarez, 2002).

Los resultados obtenidos en las investigaciones no siempre han sido satisfactorios, lo que implica que no es un modelo suficiente para ayudar a instaurar comportamientos estables que promuevan y favorezcan la salud (Beneit, 1994).

El hecho de tomar la percepción de riesgo como un acto individual que se desprende de la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, no permite al Modelo de Creencias abordar el juicio social, por ejemplo, las opiniones de los demás, la información en la cultura respecto a la susceptibilidad y la percepción de severidad de determinada enfermedad y la percepción de esa enfermedad que tiene el grupo al que pertenece (Paéz, 1994; citado en Álvarez, 2002).

El Modelo de Creencias de salud (MCS), tiene otras limitaciones: 1) para que sea útil deben considerarse todos los factores, ya que sólo la interacción entre ellos permite predecir la conducta de salud, 2) la mayoría de los estudios sobre la eficacia explicativa del MCS son retrospectivos, por lo tanto, resulta imposible,

determinar, si la creencia de salud existía antes o se generó después de la realización de la conducta de salud (Marín,1995).

Considerar al sujeto como un procesador lógico-económico que aplica el principio costo beneficio en el proceso de información referente a las conductas promotoras de salud (Stroebe y Stroebe, 1995; citado en Álvarez, 2002).

La investigación ha hecho, nulo caso en los factores apuntados y sus interacciones de un modo simultáneo relacionados con la conducta de salud, por lo que el modelo no es realmente útil (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

No toma en cuenta la variable referente a las diferentes formas de afrontamiento previas que las personas llevan a cabo ante la enfermedad y no considera la opinión de las personas respecto al modelo institucional médico (Álvarez, 2002).

En conclusión de este capítulo, es importante recalcar, que existen estudios que indican que el modelo de creencias sobre la salud es indicado para explicar y predecir determinadas conductas preventivas.

Así, se analiza que de acuerdo con este modelo gran parte de los hábitos positivos de salud estarían relacionados con las creencias y actitudes que la gente tenga sobre la enfermedad, por lo tanto, nuestra pregunta de investigación es: ¿Existe correlación entre las creencias sobre la salud y los hábitos de salud positivos?

CAPÍTULO VII. MÉTODO Y RESULTADOS

7.1 Método

Objetivo general

Describir y analizar los hábitos positivos de salud de la población que vive en la zona metropolitana y determinar si existe correlación con las creencias sobre la salud.

Objetivos específicos

1. Describir la evolución del concepto de salud y analizar las distintas definiciones actuales.
2. Destacar el desarrollo de la psicología de la salud y su vinculación con otras disciplinas.
3. Identificar si en el ámbito de la salud el psicólogo tiene una función importante y si existe cuál(es) es (son) y cómo la (s) desarrolla.
4. Explicar los factores que determinan la adquisición y mantenimiento de los hábitos de salud y describir los principales hábitos para mantener una salud física, psicológica y social.
5. Describir si existe relación significativa entre el género, creencias y cada hábito positivo de salud.

Definición de variables

Se determina la relación que existe entre las variables independientes, con cada uno de los reactivos que evalúa las creencias y actitudes saludables.

V.I. Sexo

V.D. Creencias y hábitos positivos de salud.

Materiales e instrumentos

Materiales:

- . 985 formatos del instrumento “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la salud” (Ramírez y Cortés, 2003).
- . Bolígrafos

Instrumentos:

Se tomaron los datos obtenidos en el proyecto de Psicología de la Salud en México, que se realiza en la FES Iztacala, en el cual se empleó la escala elaborada por Ramírez y Cortés (2003) (Ver anexo 1):

- “Funcionamiento Psicosocial” (FP), que consta de 4 subescalas y un total de 58 reactivos.
- “Funcionamiento de la salud” (FS) que consta de 4 subescalas y un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba Test-Retest, la cual consiste en aplicar el instrumento a una población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de un cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad de los resultados. Se utilizó un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado, el rango de edad fue de entre los 18 a 80 años. El instrumento se aplicó en 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.

Cuadro de variables

Hábitos Positivos de Salud

HP	Hábitos Positivos	17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38.
----	-------------------	---

Creencias y actitudes de salud

VS	Vigilancia de Salud	46, 47, 53, 59, 65.
VL	Valores de Salud	52, 55, 63, 68.

Diseño de investigación

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

Fases

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FP y FS en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento institucional e individual. En algunos casos (hospitales públicos) se aplicó grupalmente ya que en algunas salas de espera es posible encontrar 25 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requirieran. El tiempo estimado para responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una solo vez para cada sujeto.
2. Captura de datos: los datos obtenidos se capturaron y se analizaron empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (ji cuadrada) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

7.2 Resultados

En esta investigación, se realizó un análisis no paramétrico, utilizando la prueba Chi cuadrada, para determinar si existe o no correlación entre las variables, tomando un nivel de significancia de .05.

Por medio, de un programa computarizado llamado (SPSS), se realizó el análisis estadístico, para identificar si existe correlación en nuestras variables (hábitos positivos de salud y creencias de salud).

En las siguientes tablas y gráficas, se muestran los resultados obtenidos del análisis estadístico, las características de la población, posteriormente se describe la correlación entre hábitos positivos de salud y género, continuando con la correlación entre creencias de salud y género, y después mencionando la correlación entre creencias y hábitos positivos de salud, es importante señalar, que dividimos el análisis, de acuerdo, con nuestros objetivos, antes mencionados.

Otro punto, que hay que referir, es que los hábitos de salud, son los mismos que se utilizaron en el instrumento de Ramírez y Cortés (2003), pese a que, en nuestro marco teórico no están marcados tal cuál, debido a que la literatura es más general, por señalar un ejemplo, se contempla como hábito de salud la alimentación, y hay información teórica al respecto, pero no existe la suficiente, concerniente a las consecuencias de beber sin cafeína, conocer las calorías que se consume, entre otros; así se puede mencionar, que falta más especificidad sobre los hábitos de salud.

En el punto, de creencias, elegimos los reactivos concernientes a vigilancia y valores de salud, de acuerdo con el instrumento de Ramírez y Cortés (2003), excluyendo las categorías de confianza al personal y sistema, ya que dentro de nuestros objetivos, está el analizar, la relación de los hábitos positivos de salud, con las creencias, basándonos en el Modelo de Creencias de Salud, el cual

contempla: la motivación para la salud, la vulnerabilidad o susceptibilidad percibida y la gravedad o severidad percibida, todas estas se acoplan más, a las categorías que elegimos, que son más de tipo cognitivo y a un nivel individual.

En cuanto, a hábitos y creencias, se correlacionaron, los hábitos de salud, con las creencias de las categorías vigilancia de salud y valores de salud, determinando una coherencia en las correlaciones, es decir, si se hacía una correlación azarosa, habría resultados sin trascendencia (por ejemplo, si se intentara correlacionar usar hilo dental con atender rendimiento del cuerpo), es por ello, que hicimos una selección, de forma que pudiera darse una explicación válida.

7.2.1 Características generales de la población

Género

Se aplicó el instrumento, a una población de 988 sujetos ($n = 988$), de los cuales, 442 pertenecen al género masculino y representan el 44.9% de la población y 543 pertenecen al género femenino, que representan el 55.1% de la población, y 3 son los no contestados (ver tabla y figura 1).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Masculino	442	44.7	44.9
Femenino	543	55.0	55.1
Total	985	99.7	100.0
No contestaron	3	.3	
Total	988	100.0	

Tabla 1. Muestra las frecuencias y porcentajes de la población con respecto al género.

*3 personas no contestaron el reactivo.

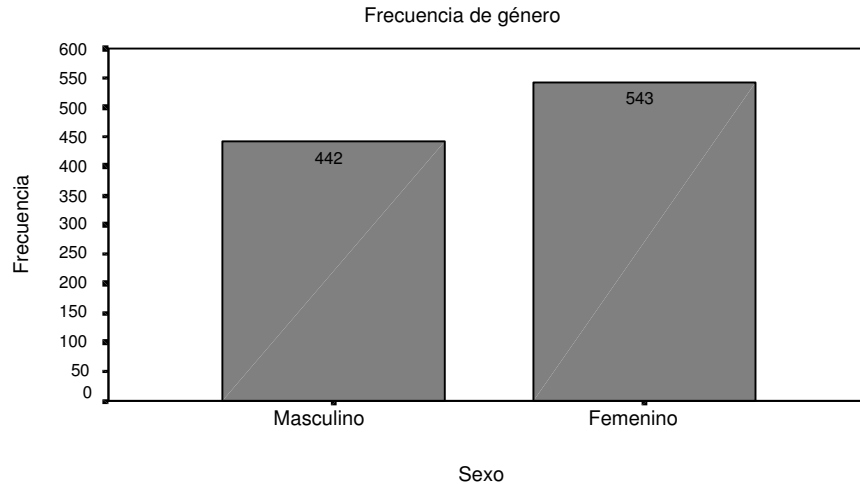


Figura 1. Muestra la frecuencia, de género, de la población participante.

Edad

La edad de los sujetos, de la muestra de esta investigación, varía de los 17 a los 77 años, en la figura 2 puede observar una mayor frecuencia de participación de personas de 21 años ($n= 48$), de acuerdo con la gráfica se obtuvo una participación más frecuente de personas entre los 39 años y 53 años (oscilando entre los 23 y 46 sujetos, por grupo), mientras que la participación menos frecuente fue la de los participantes de 17 años y de 61 años en adelante (de 1 a 3 participantes por grupo).

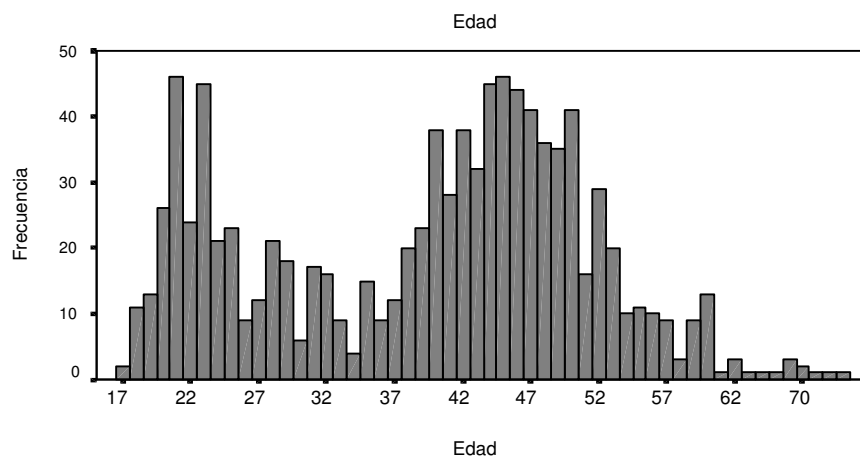


Figura 2. Muestra la frecuencia, de la población participante, con respecto a la edad.

Escolaridad

En cuanto a la escolaridad, en la tabla 3, se puede observar que 985 personas contestaron este ítem, de las cuales un 15.7 % tienen un nivel escolar de primaria, 13.7 % de secundaria, 16.5% de preparatoria, 18.7% carrera técnica, 33.6% estudios profesionales y un 1.7 % ningún nivel académico. En la figura 3, se identifica, que la frecuencia mayor de sujetos es de 331, correspondiente a un nivel profesional y la menor es de 17, correspondiente a ningún nivel académico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Primaria	155	15.7	15.7
Secundaria	135	13.7	13.7
Preparatoria	163	16.5	16.5
Carrera Técnica	184	18.6	18.7
Profesional	331	33.5	33.6
Ninguna	17	1.7	1.7
Total	985	99.7	100.0
No contestados	3	.3	
Total	988	100.0	

Tabla 3. Muestra las frecuencias y porcentajes, de la población, con respecto a la escolaridad.

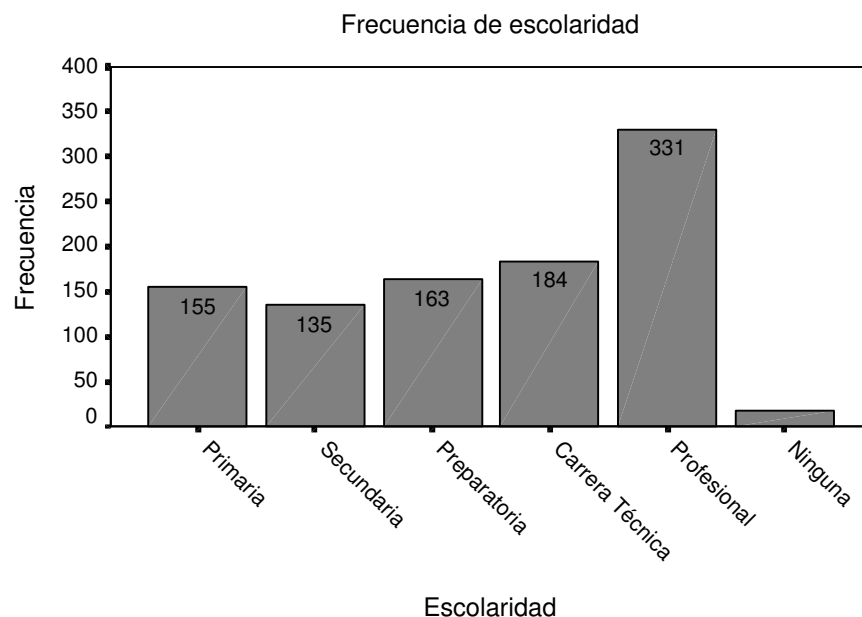


Figura 3. Muestra la frecuencia, de la escolaridad, de la población participante.

7.2.2 Hábitos positivos correlacionados con el género

De acuerdo, con uno de los objetivos, se tiene como finalidad describir si existe correlación entre los hábitos positivos y el género, en este rubro se encontró:

Beber sin cafeína correlacionado con género

En lo concerniente, a las variables, beber sin cafeína correlacionado con el género, se puede observar que la respuesta “diario”, es la que tiene mayor frecuencia (280) en ambos géneros; seguido de la respuesta “algunas veces” con 225, en donde las hombres tienen una frecuencia de 102 y las mujeres de 123; en la respuesta “a menudo”, se obtuvo una frecuencia de 179, con un total de 102 en el género masculino y 77 en el femenino, en cuanto a la respuesta “pocas veces” con un total de 152, los hombres tuvieron una frecuencia de 63 y las mujeres de 89, en la respuesta “nunca”, se obtuvo una frecuencia total de 144, 54 perteneciente al género masculino y 90 al femenino. Se obtuvo como resultado de la prueba chi cuadrada, un nivel significativo de .004 lo que indica que existe correlación, entre ambas variables (Ver tabla y figura 4).

	Beber sin cafeína					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	119	102	102	63	54	440
Femenino	161	77	123	89	90	540
Total	280	179	225	152	144	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	15.153	4	.004

Tabla 4. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables beber sin cafeína y género.

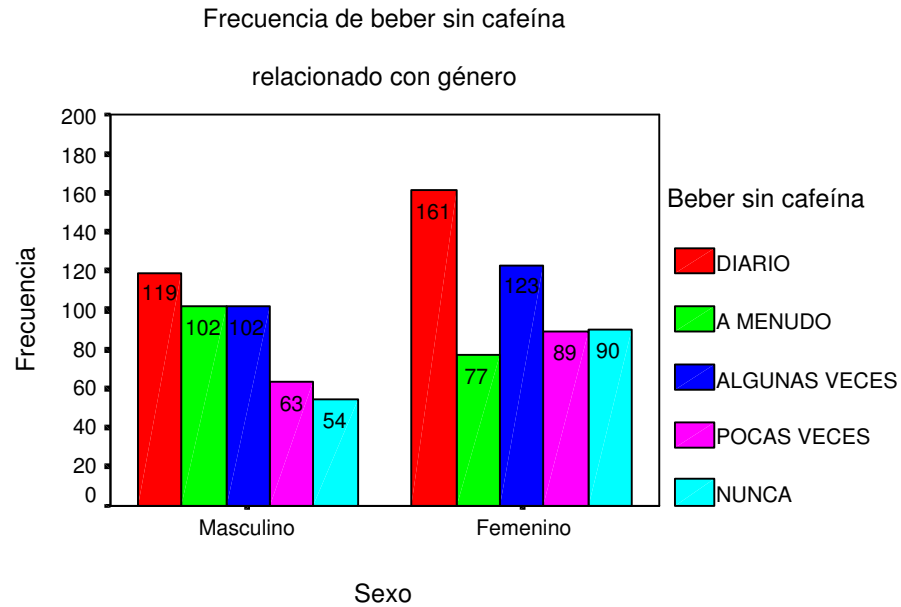


Figura 4. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína,
con relación al género.

Caminar a diario con fuerza y energía correlacionado con género

En la tabla y figura 5, se observa, que la mayor frecuencia, se presentó en la respuesta “diario” con 253, 146 pertenecientes al género masculino y 107 al femenino, en las demás respuestas, la frecuencia del género masculino es menor a la del femenino; en la respuesta “algunas veces”, los hombres tienen una frecuencia de 99 y las mujeres de 136 con un total de 235, en “pocas veces”, se obtuvo una frecuencia total de 219, 92 en hombres y 127 en mujeres; en “a menudo”, con 181, 81 del género masculino y 100 del femenino, y en la respuesta “nunca”, hay un total de 94, con una frecuencia de 23 en hombres y 71 en mujeres. Cabe decir, que en la tabla 4, se indica, que existe Significancia de .000 lo que señala una estrecha correlación entre dichas variables.

	Caminar a diario					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	146	81	99	92	23	441
Femenino	107	100	136	127	71	541
Total	253	181	235	219	94	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	34.106	4	.000

Tabla 5. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables caminar a diario y género.

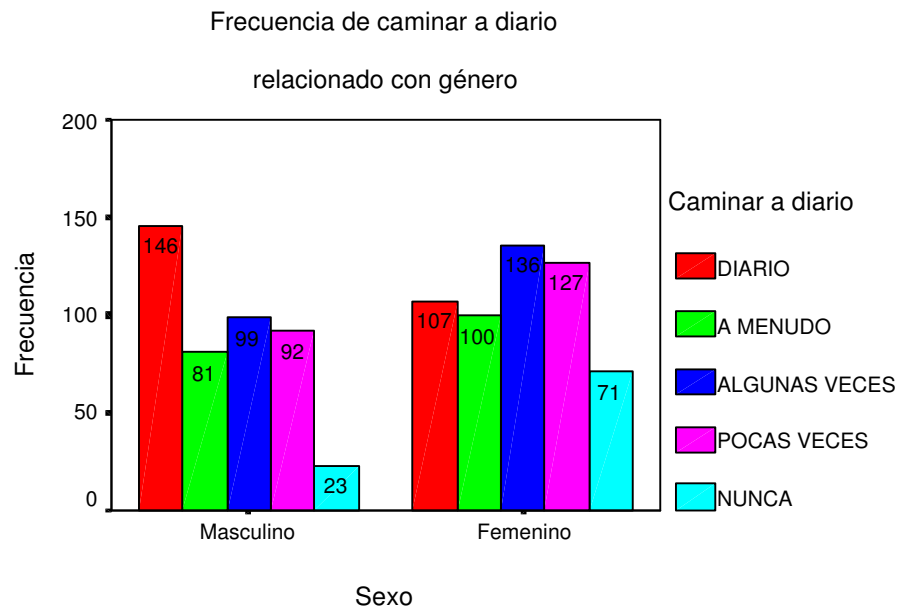


Figura 5. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación al género.

Comer menos correlacionado con género

En la tabla y figura 6, la respuesta con mayor frecuencia fue la de “pocas veces” con 339, en la cual las mujeres obtuvieron el mayor puntaje de 186, por otra parte, en la respuesta “diario”, se obtuvo menor frecuencia (20), no obstante, en esta respuesta las mujeres siguen obteniendo mayor frecuencia. Además se muestran los resultados de la prueba chi cuadrada, cuyo valor es de .216 lo que demuestra que no existe correlación entre comer menos y el género.

	Comer menos					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	6	50	139	156	88	439
Femenino	14	69	190	183	85	541
Total	20	119	329	339	173	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	5.788	4	.216

Tabla 6. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables comer menos y género.

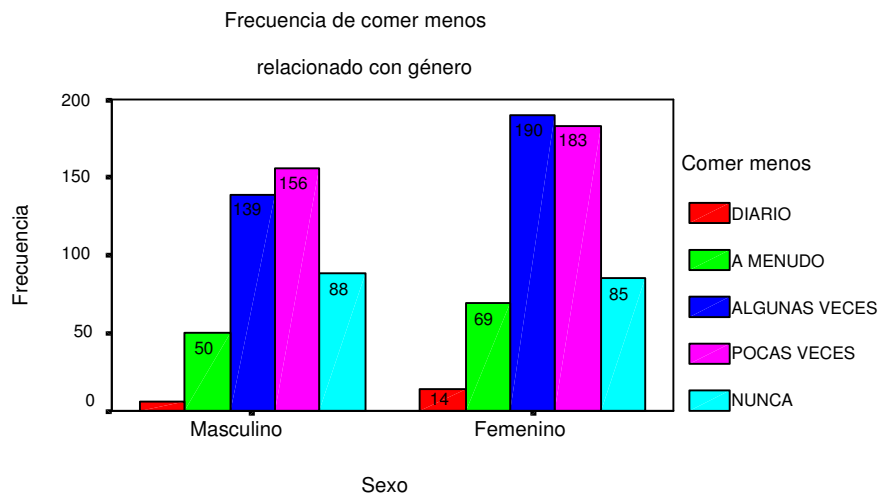


Figura 6. Muestra la frecuencia, de comer menos con relación al género.

Conocer las calorías que correlacionado con género

Las variables, “conocer las calorías que consume” y “género”, se muestran en la tabla y figura 7. La respuesta “nunca”, fue la de mayor frecuencia (512), los hombres con 248 y las mujeres con 264; en “pocas veces”, se obtuvo un total de 198, de la cual 91 son hombres y 107 mujeres; en la respuesta “algunas veces”, se encontró un total de 148, 52 pertenecientes al género masculino y 96 al femenino; en “a menudo”, una frecuencia total de 71, 27 hombres y 44 mujeres; y en la respuesta “a diario”, un total de 51, 21 del género masculino y 30 del femenino. Se observa un nivel de significancia de .040 lo cual, demuestra que existe correlación entre dichas variables.

	Conocer calorías que consume					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	21	27	52	91	248	439
Femenino	30	44	96	107	264	541
Total	51	71	148	198	512	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	10.025	4	.040

Tabla 7. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables conocer calorías en alimentos y género.

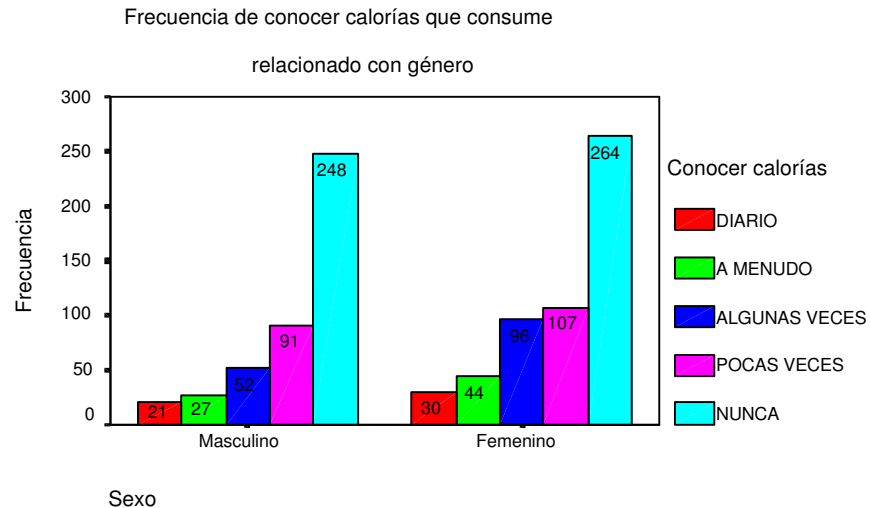


Figura 7. Muestra la frecuencia, de conocer las calorías que consume, con relación al género.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con género

Con respecto, a las variables: “desayunar sustanciosamente” y “género”, la respuesta con mayor frecuencia, fue “algunas veces” con 282, y la de menor frecuencia es la respuesta “nunca” con 88. Por otra parte, la prueba nos reporta que no existe significancia (.101) entre “desayunar sustanciosamente” y el “género”, lo que nos dice que no existe correlación entre ambas variables (ver tabla 8).

	Desayunar sustanciosamente					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	81	96	134	101	28	440
Femenino	98	104	148	129	60	539
Total	179	200	282	230	88	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	7.743	4	.101

Tabla 8. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables desayunar sustanciosamente y género.

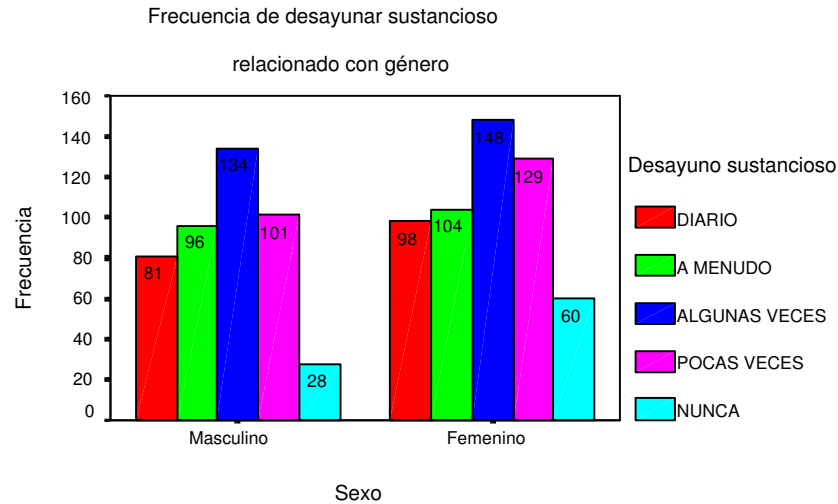


Figura 8. Muestra la frecuencia de desayunar sustanciosamente con relación al género.

Dormir por lo menos siete horas correlacionado con género

En la tabla 9, se puede observar que la frecuencia mayor, es de 208 en la respuesta “a menudo”, y en la respuesta “nunca” se muestra el menor puntaje, de 64. Además, se muestran los valores obtenidos por chi cuadrada, en las variables “dormir al menos siete horas todas las noches” y “género”, se observa un valor de Significancia de .550 lo que indica, que no existe correlación entre dichas variables.

	Dormir al menos siete horas					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	157	95	81	74	33	440
Femenino	205	113	114	80	31	543
Total	362	208	195	154	64	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	3.044	4	.550

Tabla 9. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, dormir por lo menos siete horas todas las noches y género.

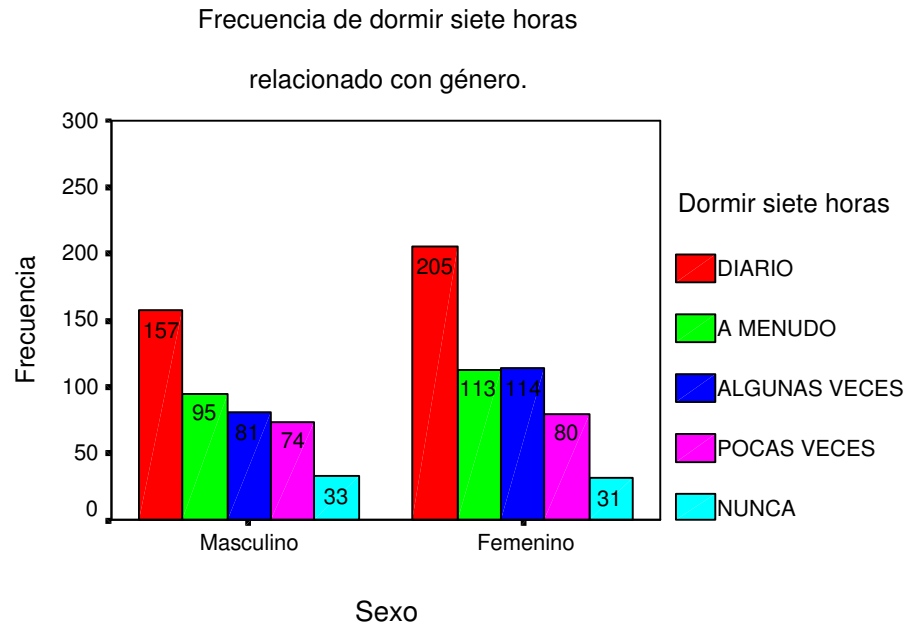


Figura 9. Muestra la frecuencia, de dormir por lo menos siete horas, todas las noches, con relación al género.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con género

En la tabla y figura 10, se muestran las respuestas de las variables: “ingerir alimentos nutritivos” y “género”. En la respuesta “a menudo”, se obtuvo una frecuencia mayor, de 389, de los cuales 163 son de género masculino y 226 del femenino; en la respuesta “diario”, se obtuvo 281, 113 hombres y 168 mujeres, en “algunas veces” un total de 223, 117 hombres y 106 mujeres; en “pocas veces” un total de 74, 39 hombres y 35 mujeres; y en la respuesta “nunca”, se obtuvo una frecuencia total de 14, 6 del género masculino y 8 del femenino. Se obtuvo un nivel de Significancia de .028 lo cual, demuestra que existe correlación, es decir, que influye el género con ingerir alimentos nutritivos.

	Ingerir alimentos nutritivos					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	113	163	117	39	6	438
Femenino	168	226	106	35	8	543
Total	281	389	223	74	14	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	10.899	4	.028

Tabla 10. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, ingerir alimentos nutritivos y género.

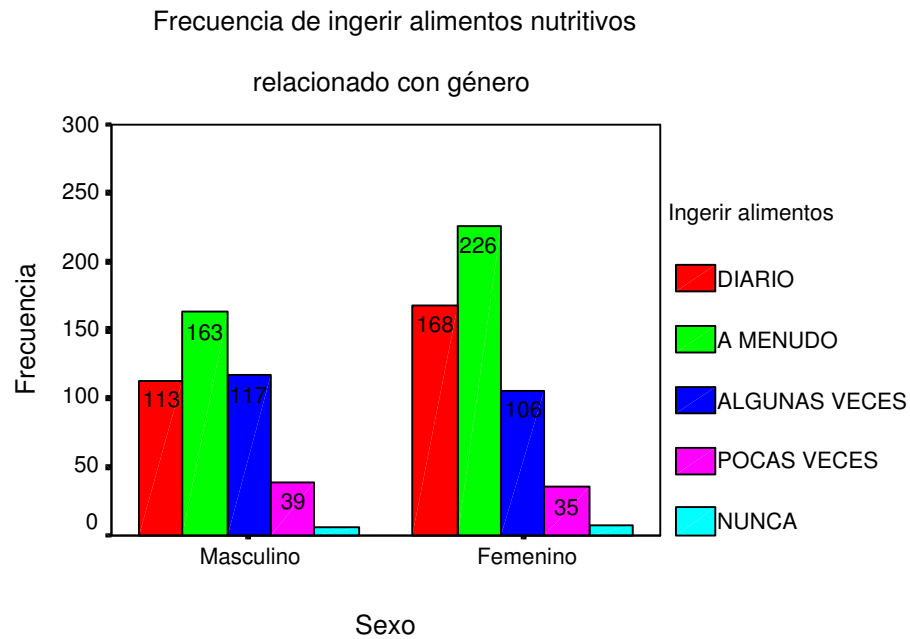


Figura 10. Muestra la frecuencia de ingerir alimentos nutritivos con relación al género.

Ingerir vitaminas correlacionado con género

En las respuestas de las variables “ingerir vitaminas” y “género”, se identificó que, en “algunas veces”, se obtuvo un total de 279, 132 correspondientes al género masculino y 147 al femenino; en “pocas veces”, se encontró una frecuencia de 252, 129 del género masculino y 123 del femenino; en “nunca”, un total de 243 de los cuales 93 son hombres y 150 mujeres; en “a menudo”, se alcanzó un total de 139, 56 hombres y 83 mujeres; y en la respuesta “diario”, un total de 69, 31 del género masculino y 38 del femenino. Además, se muestra un nivel de Significancia de .037 lo cual, indica que existe relación entre las variables: “ingerir vitaminas” y “género”. (ver tabla y figura 11).

	Ingerir vitaminas					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	31	56	132	129	93	441
Femenino	38	83	147	123	150	541
Total	69	139	279	252	243	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	10.197	4	.037

Tabla 11. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, ingerir vitaminas y género.

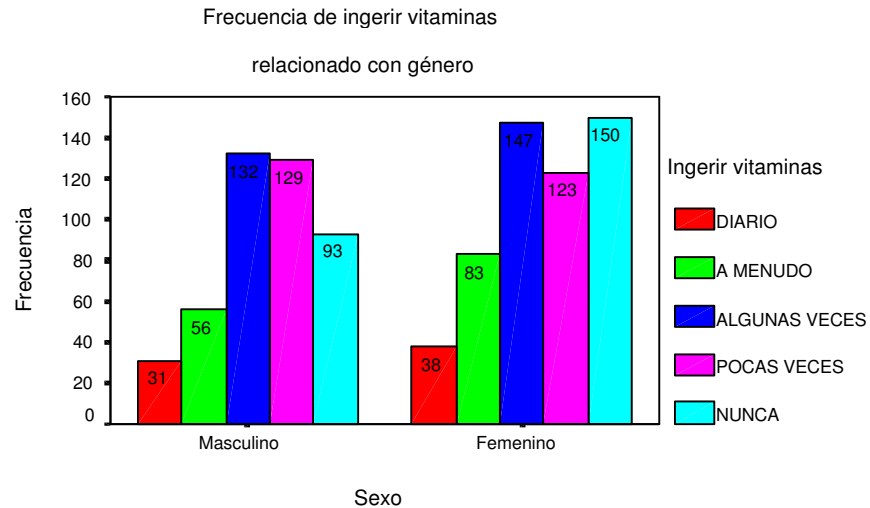


Figura 11. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas, con relación al género.

Leer sobre el cuidado de la salud correlacionado con género

En la tabla y figura 12, se muestra, que la frecuencia más alta, es la respuesta “algunas veces” con 297 y la más baja con 25, en “diario”. Con respecto, a los resultados obtenidos, por medio de la prueba chi cuadrada, indican que las variables: “leer sobre el cuidado de la salud” y “género”, no tienen correlación significativa, ya que el valor obtenido fue de .487.

	Leer sobre cuidado de salud					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	13	58	139	127	104	441
Femenino	12	91	158	161	119	541
Total	25	149	297	288	223	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	3.439	4	.487

Tabla 12. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, leer sobre el cuidado de la salud y género.

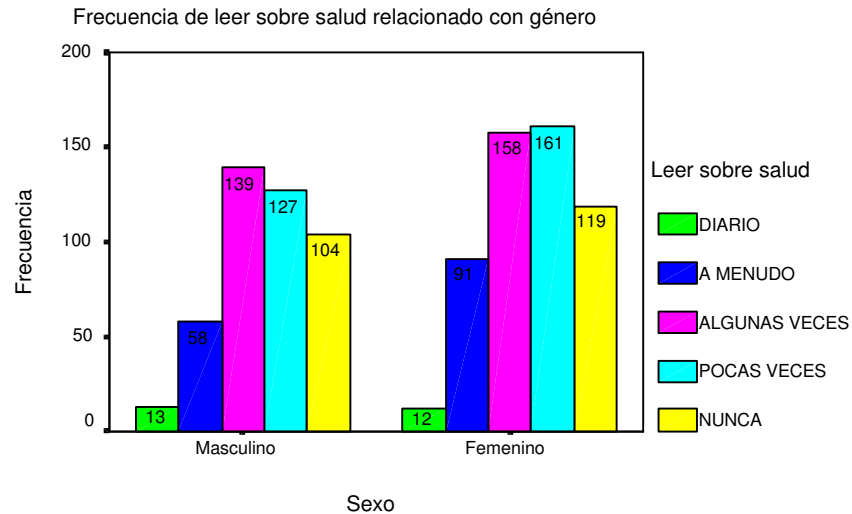


Figura 12. Muestra la frecuencia, de leer escritos sobre el cuidado de la salud, con relación al género.

Medir el colesterol correlacionado con género

En la variable “medir el colesterol”, relacionada con la de “género”, se encontró, que la respuesta “nunca” es la de mayor frecuencia con 584 y la respuesta “diario” es la de menor frecuencia con 27, así, se encuentra, que tanto hombres como mujeres, no miden su colesterol. Por lo tanto, la prueba estadística reveló un valor de .065 lo que significa que no existe correlación entre dichas variables, por lo cual, se puede decir, que no influye el género en la medición del colesterol.

	Medir el colesterol					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	11	18	56	87	269	441
Femenino	16	33	95	83	315	542
Total	27	51	151	170	584	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	8.844	4	.065

Tabla 13. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, medir el colesterol y género.

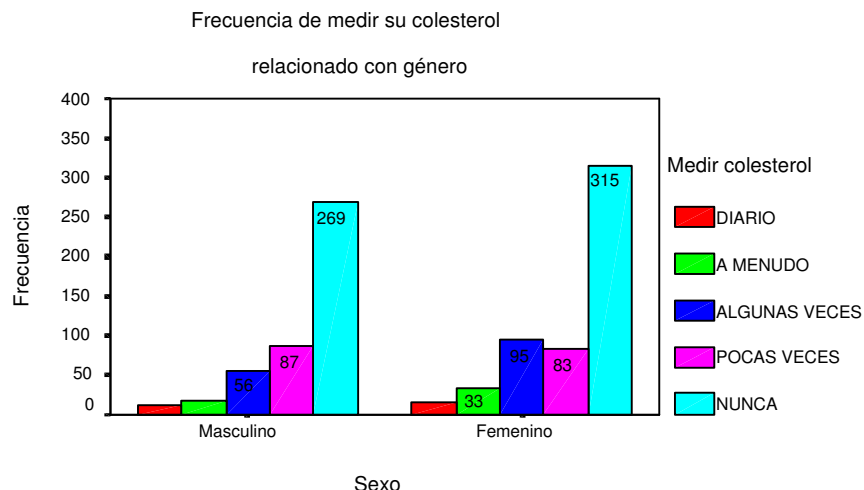


Figura 13. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación al género.

Platicar con amigos sobre salud correlacionado con género

En la tabla 14, se muestra la correlación de “platicar con amigos sobre salud” y “género”, se observa que la respuesta “algunas veces”, tuvo un total de 352, 149 del género masculino y 203 del femenino; en “pocas veces”, un total de 297, 140 hombres y 157 mujeres; en “nunca”, 219, 112 hombres y 107 mujeres, en “a menudo”, un total de 97, 31 del género masculino y 66 del femenino; y en “diario”, una frecuencia total de 18, 9 de cada género. En relación a los resultados obtenidos a través de la chi cuadrada, se demuestra, que hay significancia de .019, es decir, que influye el género al platicar con los amigos sobre salud.

	Platicar con amigos sobre salud					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	9	31	149	140	112	441
Femenino	9	66	203	157	107	542
Total	18	97	352	297	219	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	11.747	4	.019

Tabla 14. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, platicar con amigos sobre salud y género.

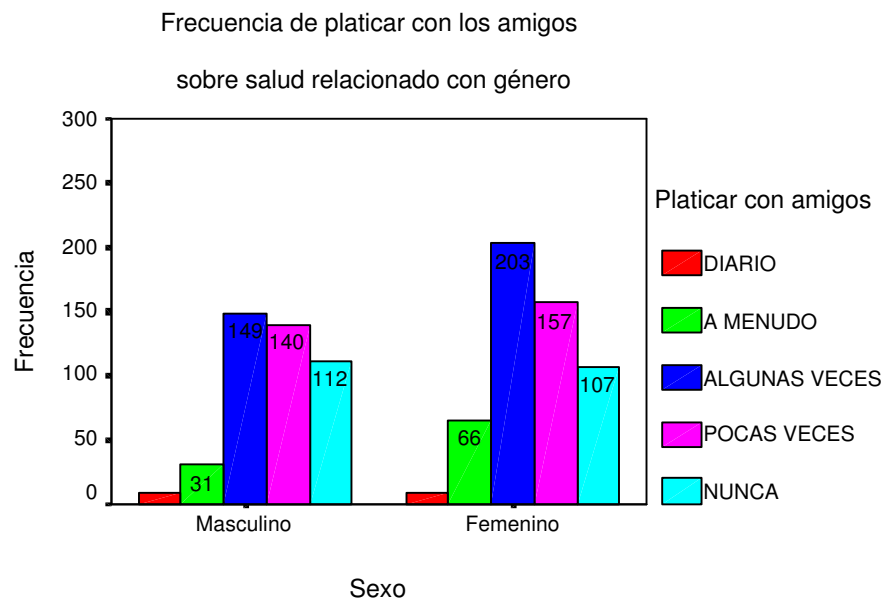


Figura 14. Muestra la frecuencia de platicar con los amigos sobre su salud con relación al género

Realizar ejercicio con energía correlacionado con género

En la respuesta “algunas veces”, de las variables “realizar ejercicio con energía” y “género”, se obtuvo un total de 258, 134 del género masculino y 124 del femenino; en “nunca” 252, 78 hombres y 174 mujeres; en “pocas veces” 222, 86 hombres y 136 mujeres; en “a menudo” 150, 79 hombres y 71 mujeres; y en la respuesta “diario”, se obtuvo una frecuencia total de 101, 63 pertenecientes al género masculino y 38 al femenino. Al analizar las variables “realizar ejercicio con energía” y “género”, se obtuvo un valor de .000 lo que demuestra una estrecha relación entre ambas variables (ver tabla y figura 15).

	Realizar ejercicio					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	63	79	134	86	78	440
Femenino	38	71	124	136	174	543
Total	101	150	258	222	252	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	44.532	4	.000

Tabla 15. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, realizar ejercicio con energía y género.

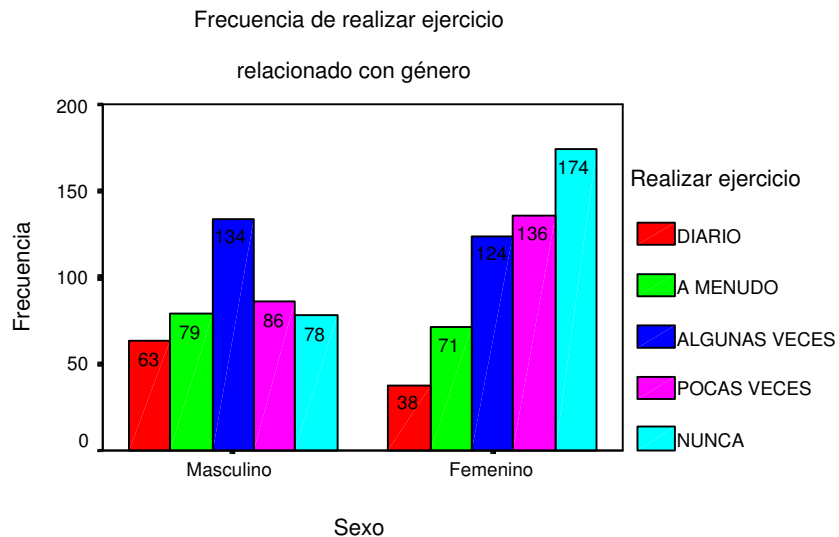


Figura 15. Muestra la frecuencia de realizar ejercicio con energía con relación al género

Usar hilo dental correlacionado con género

En la tabla y figura 16, se muestra, que en la respuesta “nunca” se obtuvo la mayor frecuencia con 509 y en la respuesta “diario” la menor con 60, es decir, que tanto hombres como mujeres no usan hilo dental. Por lo que la prueba estadística, refiere un valor de Significancia de .108 lo que significa, que no existe correlación entre las variables “usar hilo dental” y “género”.

	Usar hilo dental					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	27	38	62	82	232	441
Femenino	33	64	94	75	277	543
Total	60	102	156	157	509	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	7.590	4	.108

Tabla 16. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, usar hilo dental y género.

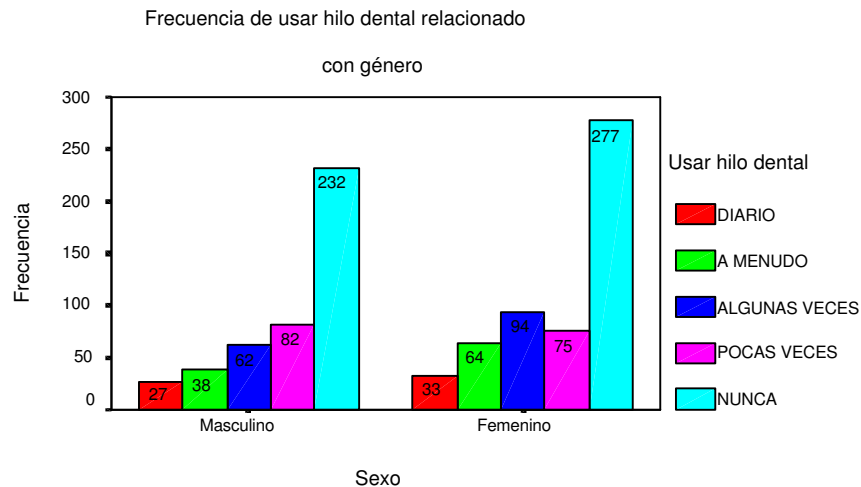


Figura 16. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación al género.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con género

En la tabla y figura 17, se muestran las respuestas de las variables, en “diario”, se encontró un total de 332, 165 del género masculino, 167 del género femenino; en “a menudo” 216, 110 hombres y 106 mujeres; en “nunca” 210, 76 hombres y 134 mujeres; en “algunas veces” 149; 63 hombres y 86 mujeres; y en la respuesta “pocas veces”, se obtuvo una frecuencia total de 77, 27 del género masculino y 50 del femenino. El análisis estadístico, en las variables: “usar cinturón de seguridad” y “género”, nos mostró un valor de .003 es decir, existe correlación significativa

entre dichas variables, por tanto, son más hombres los que utilizan a diario, el cinturón de seguridad.

	Usar cinturón de seguridad					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo Masculino	165	110	63	27	76	441
Femenino	167	106	86	50	134	543
Total	332	216	149	77	210	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	16.126	4	.003

Tabla 17. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, usar cinturón de seguridad y género.

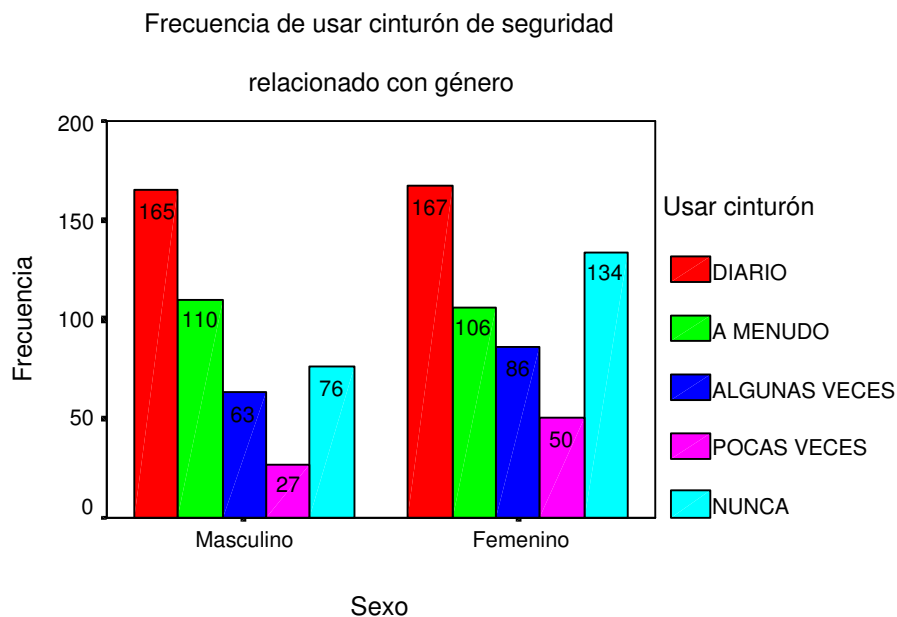


Figura 17. Muestra la frecuencia, de usar cinturón de seguridad, con relación al género.

7.2.3 Creencias correlacionadas con el género

Cabe decir, que otro de los objetivos, mencionados en el método, es describir si existe correlación entre las creencias que las personas tienen acerca de la salud y el género, por lo que en esta sección, se describirá dicha correlación:

Vigilancia de salud

Atender rendimiento del cuerpo correlacionado con género

En las variables atender rendimiento del cuerpo y género, se puede observar que en la respuesta “regular”, se obtuvo la mayor frecuencia, en ambos géneros (347), y en la respuesta “no” se obtuvo la menor frecuencia (89), a pesar de que las diferencias no son significativas, se identifica que las mujeres atienden menos el rendimiento del cuerpo. Se observa que el valor de Significancia de .095 esto nos indica que no existe correlación entre las variables: “atender el rendimiento del cuerpo y género”, es decir no influye el género, con que la persona atienda o no su cuerpo (ver tabla y figura 18).

	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

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	7.910	4	.095

Tabla 18. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, atender el rendimiento del cuerpo y género.

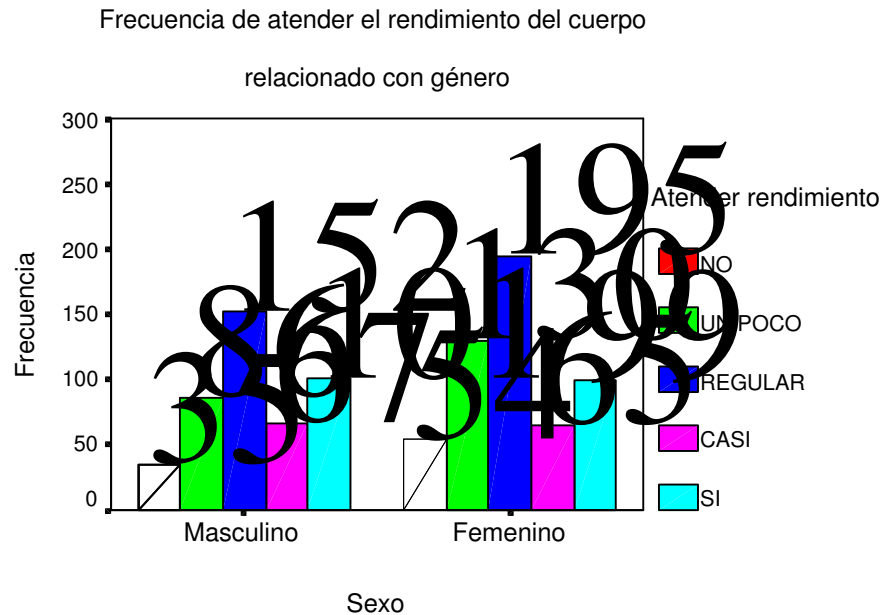


Figura 18. Muestra la frecuencia, de atender el rendimiento del cuerpo, con relación al género.

Atender y cuidar su salud correlacionado con género

En lo referente a las variables “atender y cuidar su salud” y “género”, se señala, que la respuesta con mayor frecuencia, fue “regular” con 357, y la de menor frecuencia fue 45. Así podemos decir, que una gran parte de las personas sea hombre o mujer, dicen que cuidan y atienden “regularmente” su cuerpo, es decir, no es siempre. Así, la prueba estadística, muestra un nivel de Significancia de .082 lo cual, demuestra que no hay correlación en ambas variables, lo que se traduce en, que atender y cuidar la salud no influye con el género (ver tabla y figura19).

	Atender y cuidar su salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo Masculino	14	60	150	76	137	437
Femenino	31	100	173	85	153	542
Total	45	160	323	161	290	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	8.280	4	.082

Tabla 19. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, atender y cuidar su salud, y género.

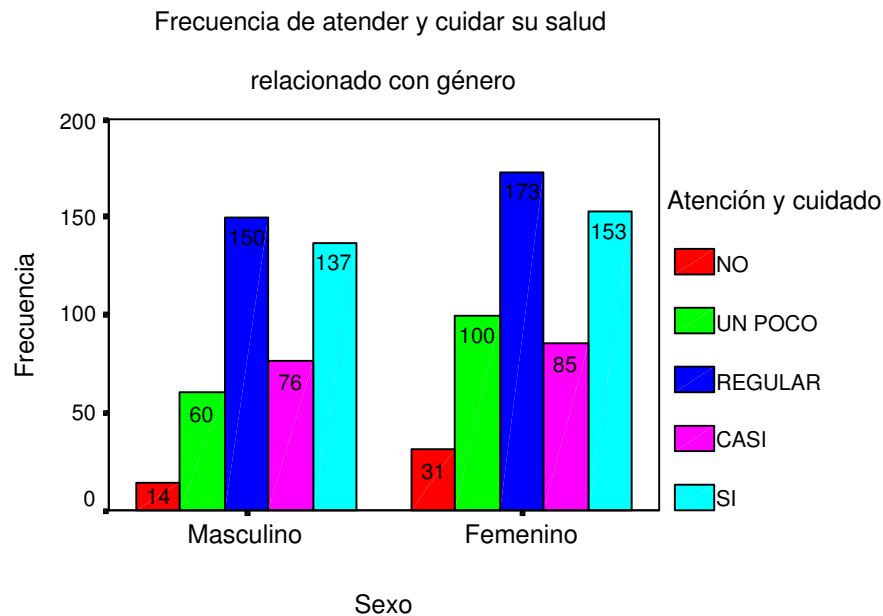


Figura 19. Muestra la frecuencia ,de atender y cuidar su salud, con relación al género.

Pendiente de reacciones de cuerpo correlacionado con género

En la tabla y figura 20, se muestra, que tanto “hombres como mujeres”, dicen que “si” están al “pendiente de las reacciones de su cuerpo”, ya que esta respuesta es la que obtuvo la mayor frecuencia con 509, y la menor frecuencia fue “no”, con 47. El nivel significativo de chi cuadrada, con respecto a las variables: “estar pendiente de las reacciones del cuerpo” y “género”, es de .890 lo que demuestra, que no existe correlación entre ambas variables.

	Pendiente de reacciones del cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo Masculino	22	37	80	72	230	441
Femenino	25	48	110	80	279	542
Total	47	85	190	152	509	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	1.124	4	.890

Tabla 20. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, estar al pendiente de las reacciones del cuerpo y género.

Frecuencia de estar pendiente de las reacciones del cuerpo

relacionado con género

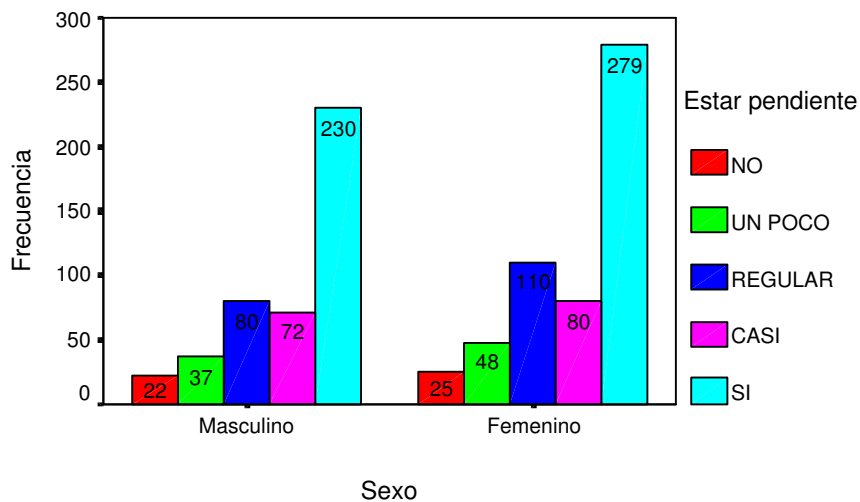


Figura 20. Muestra la frecuencia, de estar pendiente de las reacciones del cuerpo, con relación al género.

Anticipar problemas de salud correlacionado con género

En la tabla y figura 21, se observa que en la respuesta “no”, se obtuvo una frecuencia total de 295, 107 pertenecientes al género masculino y 188 al femenino; en “un poco” 190, de los cuales 100 son hombres y 90 mujeres; en la respuesta “regular” 178, 89 hombres y 89 mujeres, en “si” se obtuvo una

frecuencia total de 173, 75 hombres y 98 mujeres y en la respuesta “casi, se totalizó una frecuencia de 145, 70 son del género masculino y 75 del femenino. La prueba mostró un valor de .003 lo que indica, que existe correlación entre ambas variables.

	Anticipar problemas de salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo Masculino	107	100	89	70	75	441
Femenino	188	90	89	75	98	540
Total	295	190	178	145	173	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	16.171	4	.003

Tabla 21. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, ser capaz de anticipar futuros problemas de salud y género.

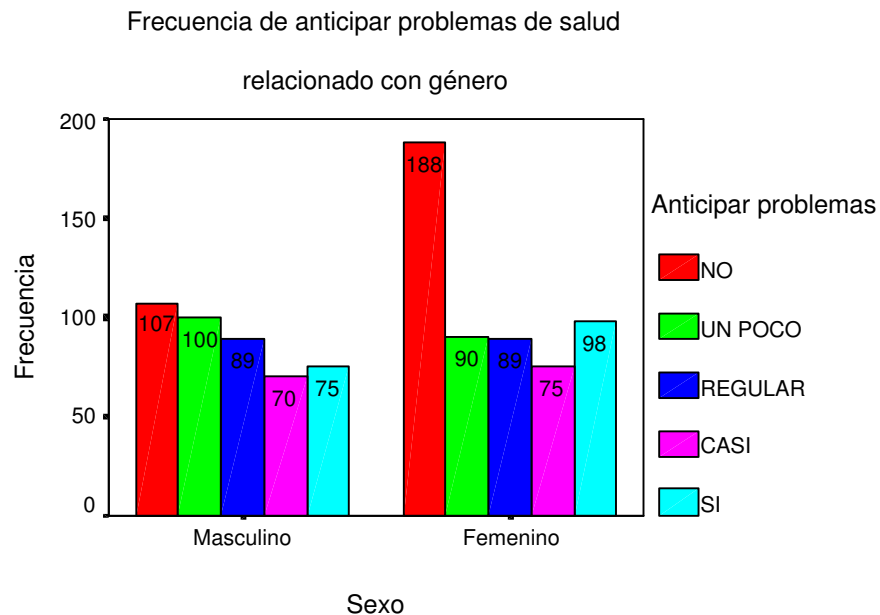


Figura 21. Muestra la frecuencia, de ser capaz de anticipar, futuros problemas de salud, con relación al género.

Objetivos para cuidar su salud correlacionado con género

En la tabla y figura 22, se observa que tanto “hombres como mujeres”, dicen que “sí”, tienen “objetivos para cuidar su salud”, obteniendo la mayor frecuencia con 535, y muy pocas personas, de ambos géneros dijeron que no tienen dichos objetivos (66). Se muestra que los valores de chi cuadrada, tienen un nivel de Significancia de .172 lo que quiere decir, que no hay correlación entre ser hombre o mujer y tener objetivos para cuidar la propia salud.

	Objetivos para cuidar su 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

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	6.387	4	.172

Tabla 22. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, “es importante tener objetivos para cuidar su salud” y género.

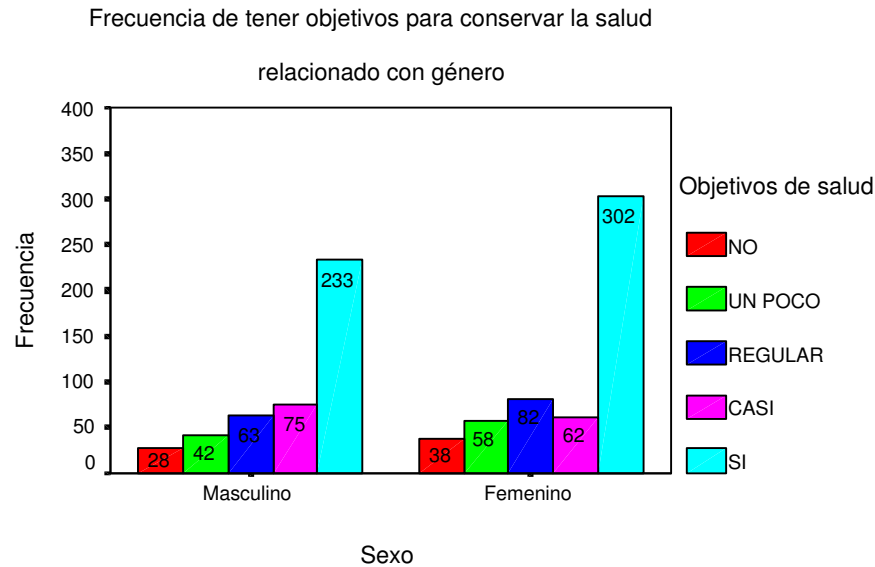


Figura 22. Muestra la frecuencia, de tener objetivos para conservar la salud, con relación al género.

Valores de salud

Salud para conseguir propósitos correlacionado con género

En las variables “importancia de salud para conseguir propósitos en la vida ” y “género”, se identificó mayor frecuencia en la respuesta “si” con 815, y menor frecuencia en “un poco”. La prueba estadística, mostró un valor de Significancia de .191 con respecto a dichas variables es decir, no existe correlación en pertenecer al género masculino o femenino y creer que es importante tener salud para conseguir propósitos en la vida, pese a que la diferencia no es significativa, se nota que hay mas mujeres que hombres, que creen que es importante tener buena salud para conseguir sus propósitos (ver tabla y figura 23).

	Salud para conseguir propósitos					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo Masculino	8	1	31	34	366	440
Femenino	12	8	26	46	449	541
Total	20	9	57	80	815	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	6.607	4	.158

Tabla 23. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, “es importante tener salud para conseguir propósitos” y género.

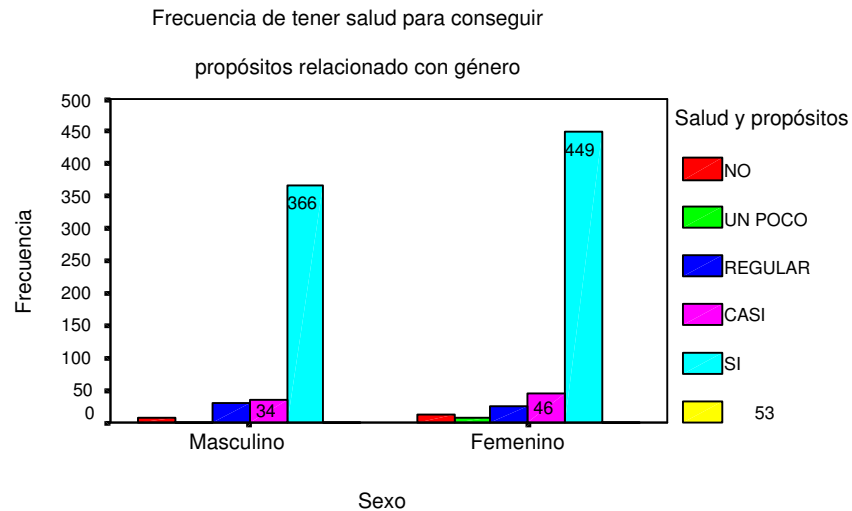


Figura 23. Muestra la frecuencia, de tener buena salud, para conseguir los propósitos en la vida, con relación al género.

Buena salud para ser productivo y feliz correlacionado con género

En la tabla y la figura 24, se muestran las respuestas: en “si”, se obtuvo un total de 723, 331 del género masculino y 392 del femenino; en “casi” 97, 39 hombres y 58 mujeres; en “regular”, un total de 86, 40 hombres y 46 mujeres; en la respuesta “no” 41, de los cuales 23 son hombres y 18 mujeres y en la respuesta “un poco”, se obtuvo una frecuencia total de 35, 7 pertenecientes al género masculino y 28 al femenino. En la tabla 24, se muestran los puntajes obtenidos por medio de la prueba chi cuadrada, la cual indica, que las variables “tener buena salud para ser productivo y feliz” y “género”, tiene relación, al obtener un valor de Significancia de .017.

		Buena salud para ser productivo					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Sexo	Masculino	23	7	40	39	331	440
	Femenino	18	28	46	58	392	542
Total		41	35	86	97	723	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	12.032	4	.017

Tabla 24. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, “buena salud para ser productivo” y “género”.

Frecuencia de requerir salud para ser productivo
y feliz relacionado con género

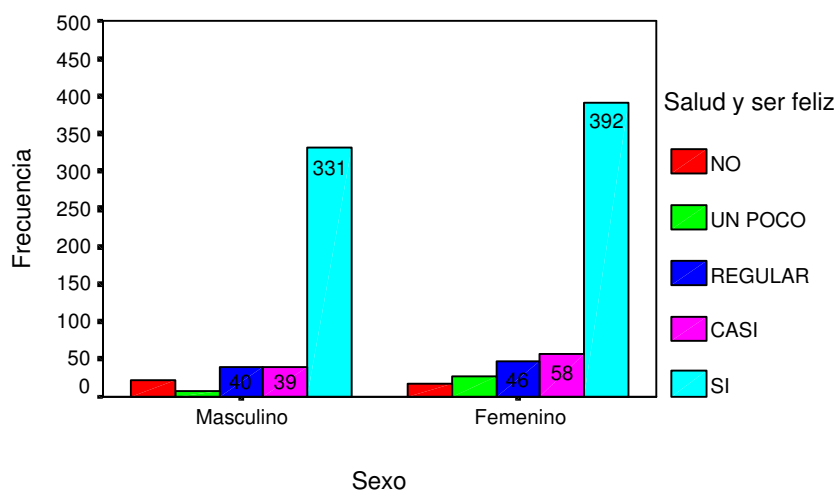


Figura 24. Muestra la frecuencia, de requerir de buena salud, para ser productivo y feliz, con relación al género.

Buena salud para tener una vida feliz correlacionado con género

Con respecto a las variables: “buena salud para tener una vida feliz” y “género, se encontró que, en la respuesta “si” se obtuvo un total de 738, 329 del género masculino y 409 del femenino; en “casi” 107, 50 hombres y 57 mujeres; en “regular” 65, 27 hombres y 38 mujeres; en “un poco” 39, 12 hombres y 27 mujeres

y en la respuesta “no” 34, 23 del género masculino y 11 del femenino. Por medio de la prueba estadística se encontró que dichas variables se correlacionan, al obtenerse un valor de “.030” (ver tabla y figura 25).

	Salud para una 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

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	10.732	4	.030

Tabla 25. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, “tener buena salud es importante para una vida feliz” y “género”.

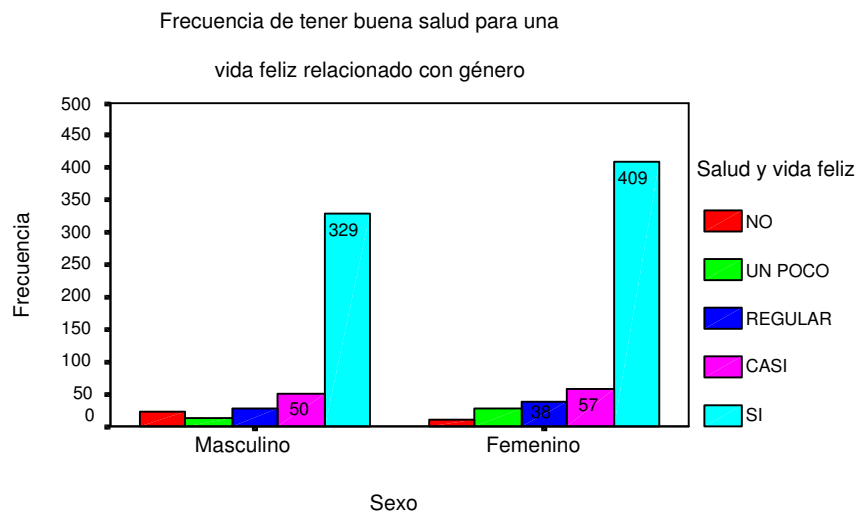


Figura 25. Muestra la frecuencia, de tener buena salud, para tener una vida feliz, con relación al género.

Cosas más importantes que la salud correlacionado con género

En la tabla y figura 26, se muestran las variables: “existen cosas más importantes que la salud” y “género”, en las cuales, se puede identificar que, en la respuesta “no” se encontró un total de 673, de los cuales 299 son hombres y 374 mujeres; en la respuesta “si” un total de 129, 50 hombres y 79 mujeres; en “un poco” 77, 35 del género masculino y 42 del femenino; en la respuesta “regular” un total de 63, 39 hombres y 24 mujeres y en la respuesta “casi” una frecuencia total de 39, 16 del género masculino y 23 del femenino. Se identificó un valor significativo de .047 lo que indica, que existe correlación entre ambas variables.

	Cosas más importantes que la salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo Masculino	299	35	39	16	50	439
Femenino	374	42	24	23	79	542
Total	673	77	63	39	129	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	9.633	4	.047

Tabla 26. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación en las variables, “existen cosas más importantes que la salud” y “género”.

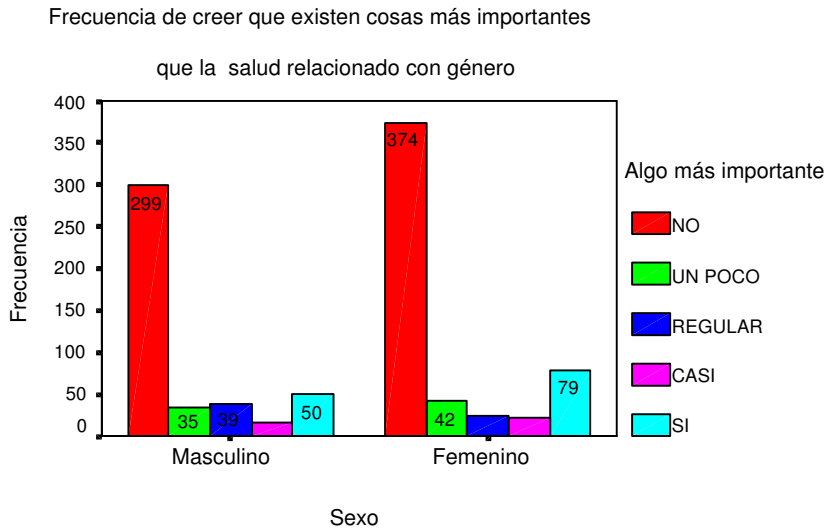


Figura 26. Muestra la frecuencia, de creer que existen cosas más importantes que la salud, con relación al género.

7.2.4 Hábitos positivos correlacionados con creencias

Beber algún líquido sin cafeína

Beber sin cafeína correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

En la tabla y figura 27, se observa, que la frecuencia más alta (91) es para la correlación entre beber sin cafeína a “diario” y “regularmente” atender el rendimiento del cuerpo, seguido de las frecuencias de 72, coincidentes en las siguientes relaciones de variables: a “diario” bebo sin cafeína con “si” atiendo el rendimiento del cuerpo; “algunas veces” bebo sin cafeína con “regularmente” atiendo el rendimiento del cuerpo y “pocas veces” bebo sin cafeína con “regularmente” atiendo el rendimiento del cuerpo. Habría que decir, que las personas que contestaron que “nunca” beben sin cafeína tuvieron una frecuencia mayor en “regular”(48) y “un poco”(34) referente de atender el rendimiento del cuerpo. El valor de dicha prueba es de .002 lo cual, refiere que existe relación en ambas variables, es decir, que existe correlación entre beber sin cafeína y atender el rendimiento del cuerpo.

		Atender el rendimiento del cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber sin	DIARIO	33	46	91	38	72	280
	A MENUDO	9	45	63	24	38	179
Cafeína	ALGUNAS VECES	20	57	72	29	47	225
	POCAS VECES	7	34	72	20	19	152
	NUNCA	20	34	48	21	22	145
Total		89	216	346	132	198	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	37.064	16	.002

Tabla 27. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína” y “atender el rendimiento del cuerpo”

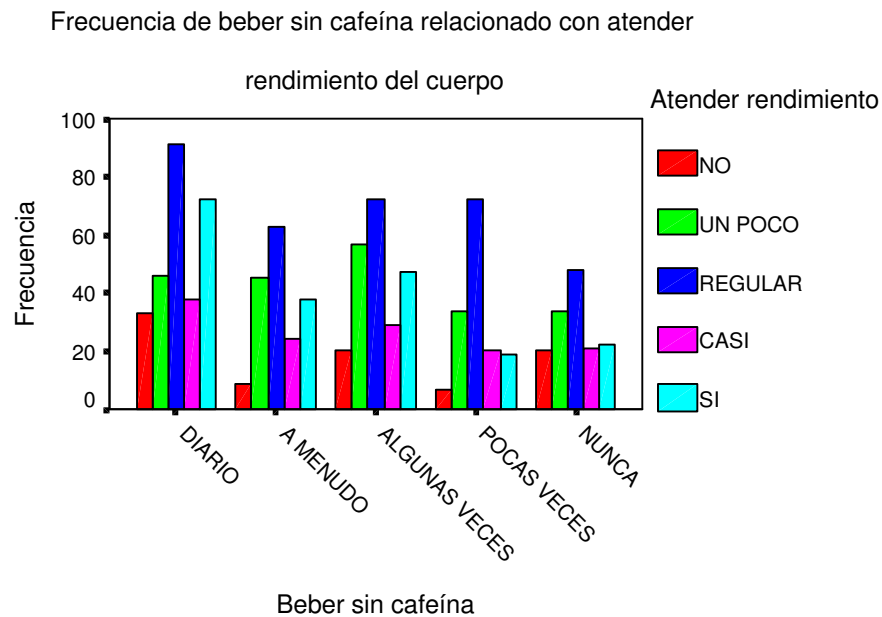


Figura 27. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Beber sin cafeína correlacionado con atender y cuidar su salud

En lo referente a las variables “beber sin cafeína” y “atender y cuidar su salud”, la respuesta con mayor frecuencia es “diario” bebo sin cafeína (87) correlacionada con “si” atiendo el cuidado de mi salud, seguido de la frecuencia 84, concerniente, a “algunas veces”, bebo sin cafeína, correlacionado con “regularmente” atiendo y cuido mi salud. Cabe señalar, que las personas que contestaron que “nunca”, beben sin cafeína, tuvieron una frecuencia mayor también en la respuesta “si” (51) y regularmente (36). Con respecto. a estas relaciones, se obtuvo un valor de Significancia de .000 por lo que, podemos decir que si hay correlación entre atender y cuidar la salud y beber sin cafeína, en este caso se identifica que las personas que beben si cafeína a diario, si atienden y cuidan su salud (ver tabla y figura 28).

		Atender y cuidar su salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Beber sin Cafeína	DIARIO	23	41	77	52	87	280
	A MENUDO	5	31	56	24	60	176
	ALGUNAS VECES	4	41	84	35	61	225
	POCAS VECES	2	21	68	28	31	150
	NUNCA	11	25	36	22	51	145
	Total	45	159	321	161	290	976

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	44.539	16	.000

Tabla 28. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína” y “atender y cuidar su salud”

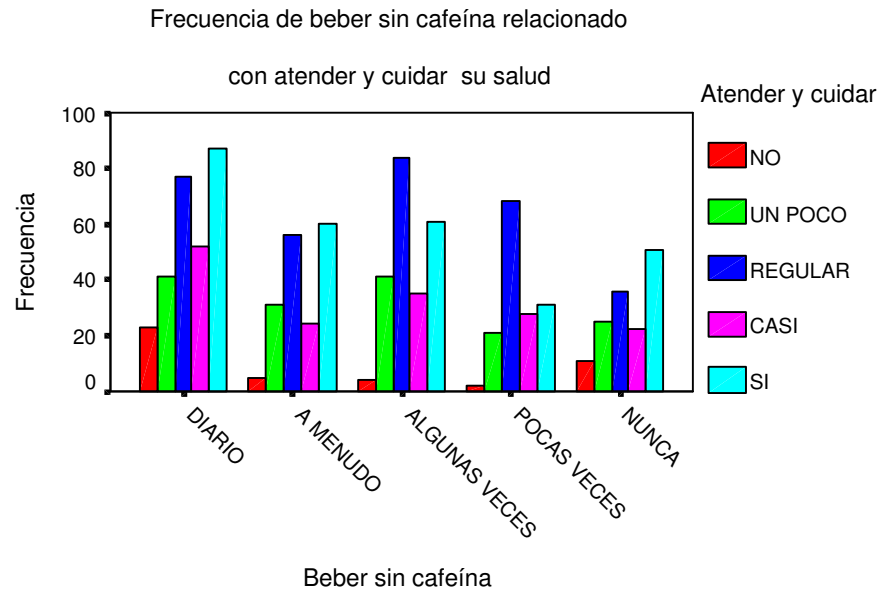


Figura 28. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína con relación de atender y cuidar su salud.

Beber sin cafeína correlacionado con anticipar problemas de salud

En la relación de variables “beber sin cafeína” y “anticipar los problemas de salud”, la mayor frecuencia fue de 91, para la relación “a diario” bebo sin cafeína con “no” anticipó los problemas de salud, la frecuencia que le sigue es 67, referente a la relación “nunca” bebo sin cafeína con “no anticipó los problemas de salud” y la tercer frecuencia más alta es de 60 concerniente a “diario” bebo sin cafeína”, con “si” anticipo los problemas de salud. Cabe observar, en la gráfica de dichas variables, que las personas beben o no sin cafeína, obtienen una mayor frecuencia de respuesta en “no” anticipo los problemas de salud (excepto en algunas veces bebo sin cafeína, en donde la frecuencia mayor es un poco anticipo los problemas de salud). Se encontró un nivel de significancia de .000, lo que refiere estrecha correlación entre beber sin cafeína y anticipar los problemas de salud, es decir, que en su mayoría, aunque las personas beben sin cafeína, no anticipan los problemas de salud (ver tabla y figura 29).

		Anticipar problemas de salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Beber sin cafeína	DIARIO	91	44	41	44	60	280
	A MENUDO	50	37	43	20	28	178
	ALGUNAS VECES	44	57	50	37	37	225
	POCAS VECES	41	28	28	30	25	152
	NUNCA	67	25	16	14	23	145
	Total	293	191	178	145	173	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	50.760	16	.000

Tabla 29. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína ” y “ ser capaz de anticipar futuros problemas de salud”.

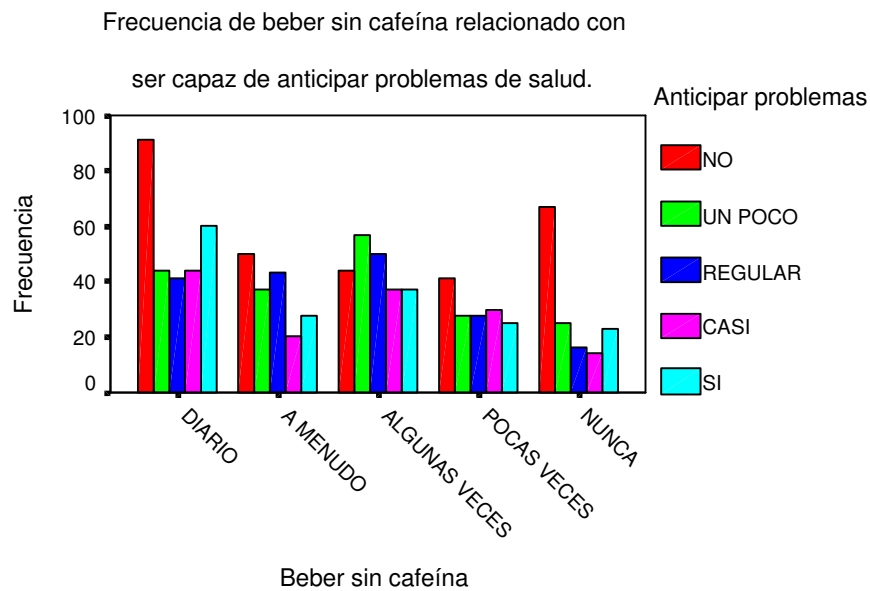


Figura 29. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Beber sin cafeína correlacionado con tener objetivos para conservar la salud

Se puede observar en la tabla y figura 30, la relación entre “beber sin cafeína” y “tener objetivos para conservar la salud”, la frecuencia más alta (173), fue para la relación de a “diario” bebo sin cafeína con “si” tengo objetivos para cuidar la salud; seguida de la frecuencia de 116, para “algunas veces” bebo sin cafeína con “si” tengo objetivos para cuidar la salud. Se obtuvo un valor de .098 lo que indica, que no hay correlación entre estas variables, así, habría que observar, que independientemente de que las personas beban o no sin cafeína, contestaron con mayor frecuencia que si tienen objetivos para conservar la salud.

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber sin cafeína	15	20	38	34	173	280
DIARIO	12	16	35	26	89	178
A MENUDO	14	29	33	33	116	225
ALGUNAS VECES	14	14	26	27	71	152
POCAS VECES	11	19	13	18	84	145
NUNCA	66	98	145	138	533	980
Total						

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	23.616	16	.098

Tabla 30. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína” y “tener objetivos para conservar la salud”.

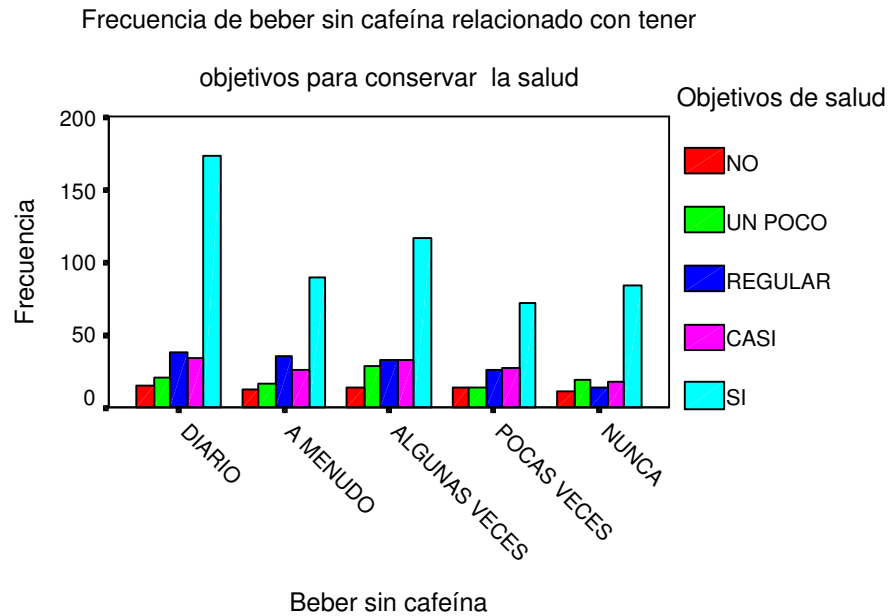


Figura 30. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína, con relación a tener objetivos para conservar la salud.

Beber sin cafeína correlacionado con salud para conseguir propósitos

En lo concerniente, a las variables “beber sin cafeína” y “ la importancia de tener salud para conseguir propósitos en la vida”, la frecuencias mayores fueron 248, 178 y 153, para las correlaciones entre bebo sin cafeína “a diario”, “algunas veces” y “a menudo” con “si” es importante tener salud para conseguir propósitos. La prueba estadística señaló un valor de .001 lo que demuestra, que existe correlación en dichas variables (ver tabla y figura 31).

	Salud para conseguir propósitos					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber sin cafeína DIARIO	4	2	14	12	248	280
A MENUDO	2		7	15	153	177
ALGUNAS VECES	1	4	16	26	178	225
POCAS VECES	4	1	9	18	119	151
NUNCA	9	2	12	9	113	145
Total	20	9	58	80	811	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	38.156	16	.001

Tabla 31. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína” y “la importancia de tener salud para conseguir propósitos en la vida”.

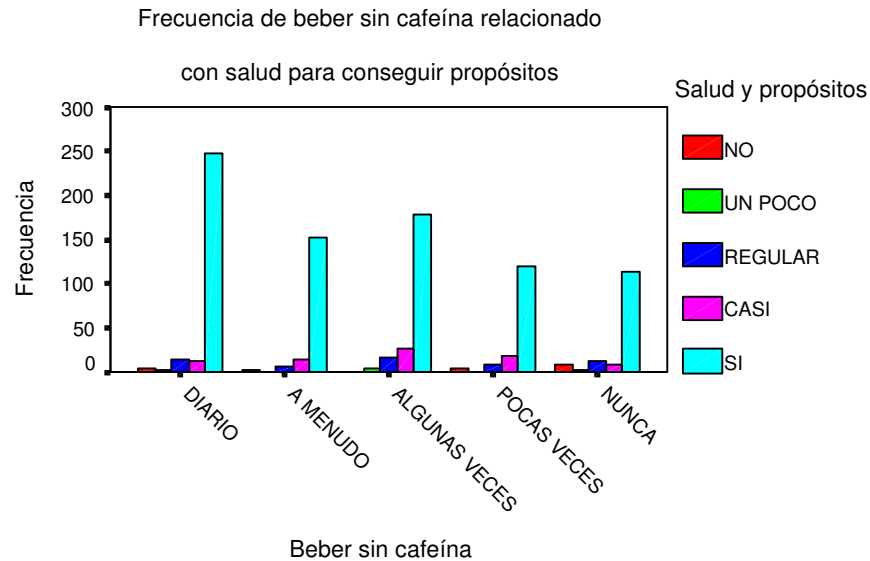


Figura 31. Muestra la frecuencia ,de beber sin cafeína, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Beber sin cafeína correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En las variables “beber sin cafeína” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”, mostraron las frecuencias más altas, 227, 155 y 131, en las respuestas; “diario”, “algunas veces” y “a menudo”, relacionadas con “si” se requiere de “buena salud para ser productivo y feliz”. Se encontró un nivel de Significancia de .000 lo cual, indica que las variables “beber sin cafeína” y “buena salud para ser productivo y feliz” tiene estrecha correlación (ver tabla y figura 32).

Buena salud para ser productivo	
---------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Beber sin cafeína	2	10	23	17	227	279
DIARIO	4	5	13	25	131	178
A MENUDO	8	8	23	31	155	225
ALGUNAS VECES	11	5	9	20	107	152
POCAS VECES	16	6	19	4	100	145
NUNCA	41	34	87	97	720	979
Total						

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	58.548	16	.000

Tabla 32. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "beber sin cafeína" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

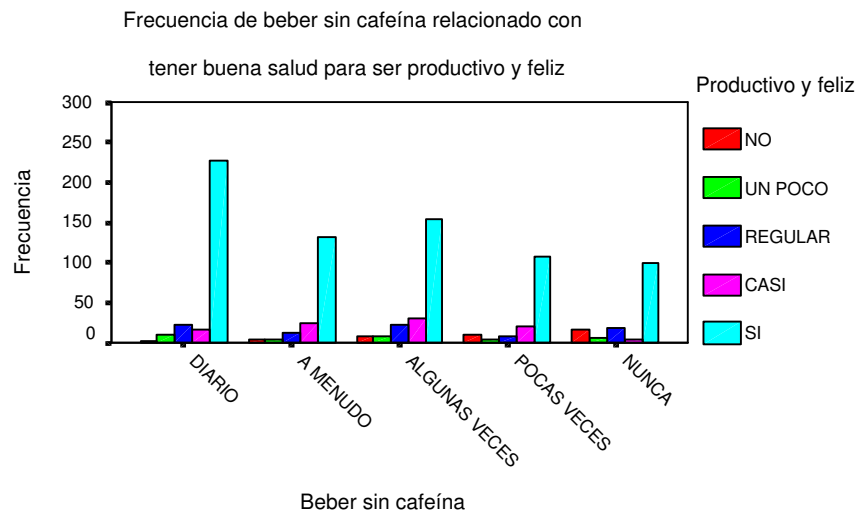


Figura 32. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína, con relación a requerir de buena salud para ser productivo y feliz.

Beber sin cafeína correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

En la tabla y figura 33, se puede observar que la frecuencia más alta , se encontró en la respuesta “beber sin cafeína” a “diario” (225), seguida de “algunas veces” (158) y “a menudo” (115), al correlacionarse con la variable “tener salud para una vida feliz”, habría que señalar que independientemente de que las personas beban o no algún líquido sin cafeína, la mayoría contestó que “si” es importante requerir de buena salud para ser feliz . Por otra parte, se identificó un valor de .004 lo cual, nos indica que las personas que creen que es importante tener buena salud para una vida feliz, beben algún líquido sin cafeína.

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
DIARIO	5	12	10	28	225	280
Beber sin A MENUDO	6	5	10	26	131	178
cafeína ALGUNAS	9	11	23	24	158	225
VECES	7	2	6	22	115	152
POCAS	7	8	17	7	106	145
VECES						
NUNCA						
Total	34	38	66	107	735	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	35.309	16	.004

Tabla 33. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

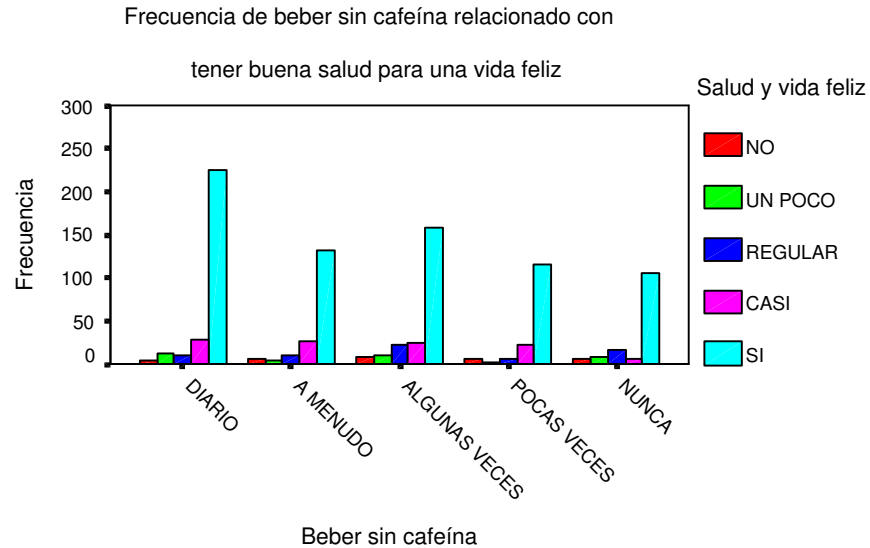


Figura 33. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína, con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Beber sin cafeína correlacionado con cosas más importantes que la salud

En “beber algún líquido sin cafeína” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”, la frecuencias mayores son: 199, 164 y 106, concernientes a la correlación entre beber algún líquido sin cafeína “a diario”, “algunas veces” y “a menudo” con la respuesta “no” existen cosas más importantes que la salud. Cabe referir, que en la figura de estas variables, se observa que independientemente de beber o no algún líquido sin cafeína, la mayoría de las personas contestaron que “no” existen cosas más importantes que la salud. Se reveló un valor de .011 lo que implica, que hay correlación entre dichas variables (ver tabla y figura 34).

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber sin cafeína						
DIARIO	199	12	17	11	41	280
A MENUDO	106	19	18	4	31	178
ALGUNAS VECES	164	17	13	8	23	225
POCAS VECES	97	18	8	12	15	150
NUNCA	104	11	6	5	19	145
Total	670	77	62	40	129	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	31.578	16	.011

Tabla 34. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “beber sin cafeína” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

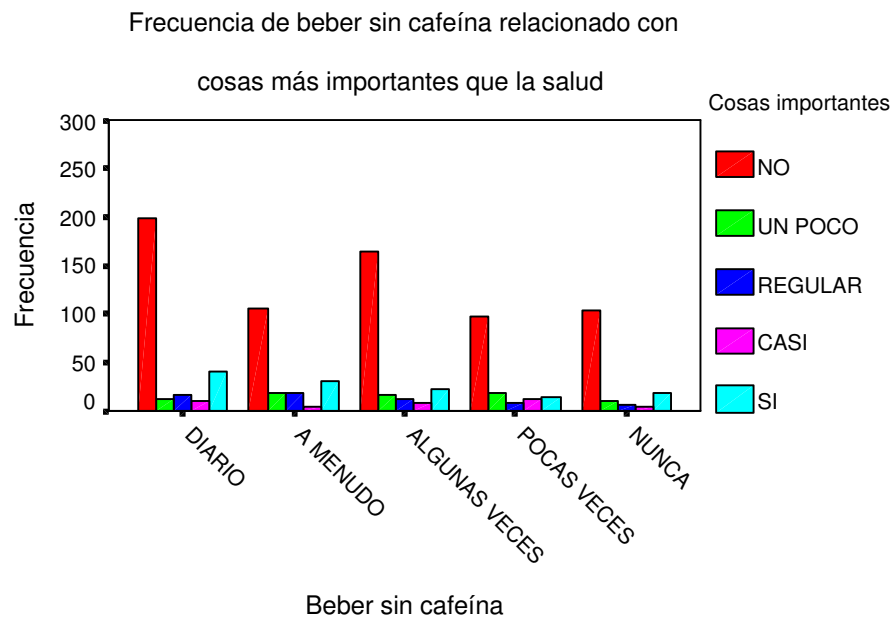


Figura 34. Muestra la frecuencia, de beber sin cafeína, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Caminar a diario correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

Por lo que concierne a “caminar a diario” y “atender el rendimiento del cuerpo”, la frecuencia mayor fue en “algunas veces” camino a diario relacionado con “regularmente” atiendo el rendimiento del cuerpo (106), seguido de la relación “a diario” camino con “regularmente” atiendo el rendimiento del cuerpo (91), otra frecuencia mayor fue en la relación “a diario” camino con “si” atiendo el rendimiento del cuerpo. En dichas variables, se encontró un valor de .000 lo que demuestra, una estrecha correlación.

Atender rendimiento del cuerpo	
--------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Caminar DIARIO	12	44	91	29	77	253
a A MENUDO	11	33	62	37	39	182
diario ALGUNAS VECES	28	47	106	30	24	235
POCAS VECES	21	69	62	30	37	219
NUNCA	17	24	26	6	21	94
Total	89	217	347	132	198	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	79.440	16	.000

Tabla 35. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "caminar a diario" y "atender el rendimiento del cuerpo".

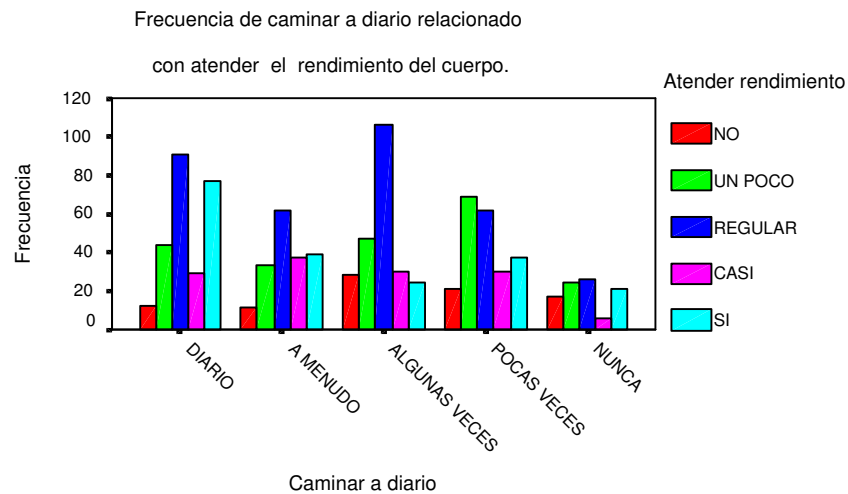


Figura 35. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Caminar a diario correlacionado con atender y cuidar su salud

En la correlación, de las variables “caminar a diario” y “atender y cuidar su salud”, las mayores frecuencias fueron: 95 y 82, la primera frecuencia, concerniente a camino a “diario” y “si” atiende y cuida mi salud, y la segunda, referente a camino a “diario” y “regularmente” atiende y cuida mi salud. Se observa, en la figura que la mayoría de las personas respondieron que “si” y “regularmente” atienden y cuidan su salud. Con respecto, al nivel significativo, se identificó un valor de .000 lo que indica una estrecha correlación entre dichas variables (ver tabla y figura 36).

		Atender y cuidar su salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Caminar DIARIO		6	34	82	33	95	250
a A MENUDO		5	14	52	53	58	182
diario ALGUNAS VECES		13	36	79	47	58	233
POCAS VECES		15	50	75	21	58	219
NUNCA		6	26	34	7	21	94
Total		45	160	322	161	290	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	74.244	16	.000

Tabla 36. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “caminar a diario” y “atender y cuidar su salud”

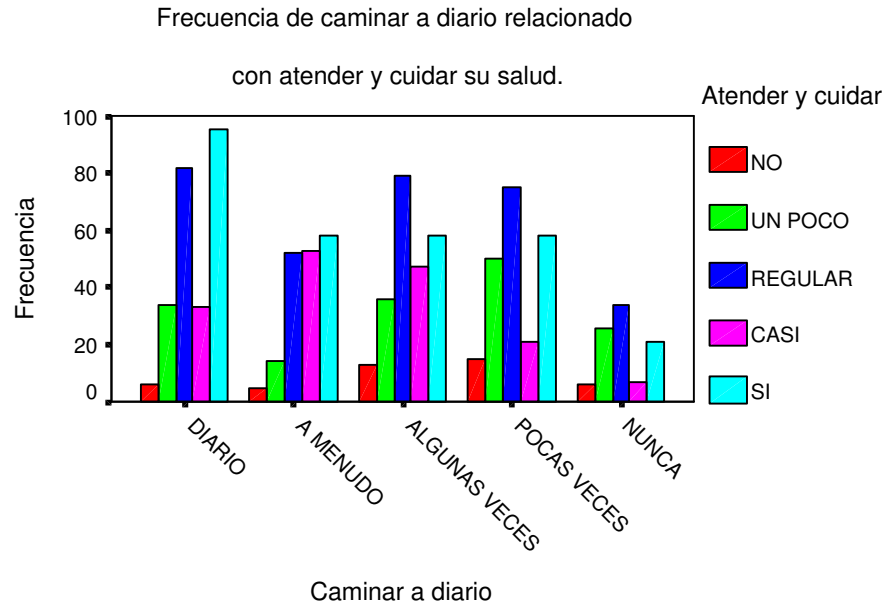


Figura 36. Muestra la frecuencia, de caminar a diario,
con relación de atender y cuidar su salud.

Caminar a diario correlacionado con anticipar problemas de salud

En la tabla y figura 37, se muestra, que las mayores frecuencias fueron: 80, 76 y 70, para las respuestas “diario”, “algunas veces” y “pocas veces” respectivamente refiriéndose a caminar, correlacionadas con la respuesta “no” anticipo los problemas de salud. La prueba mostró un nivel de Significancia de .040 lo que implica, poca correlación en las variables.

		Anticipar problemas de salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Caminar a diario	DIARIO	80	46	31	36	59	252
	A MENUDO	43	31	42	36	30	182
	ALGUNAS VECES	76	53	43	33	30	235
	POCAS VECES	70	41	46	25	37	219
	NUNCA	26	20	16	15	17	94
	Total	295	191	178	145	173	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	27.090	16	.040

Tabla 37. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "caminar a diario " y "anticipar futuros problemas de salud".

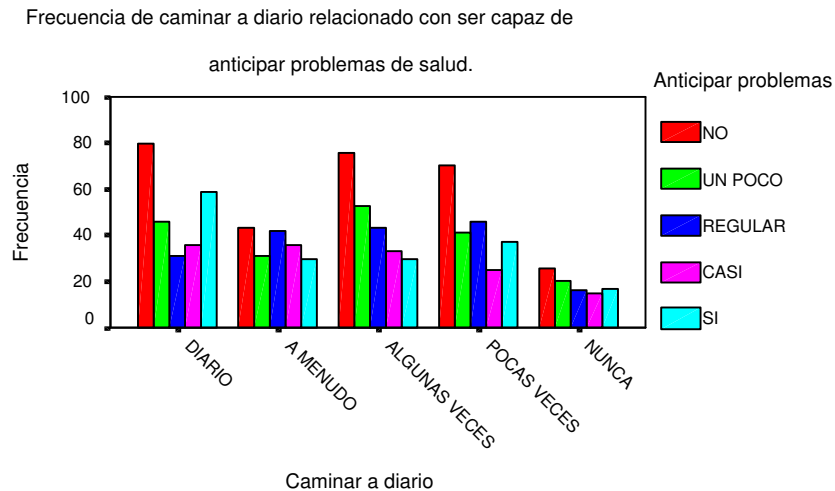


Figura 37. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Caminar a diario correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

En las variables "caminar a diario" y "tener objetivos para cuidar la salud", las frecuencias mayores fueron 152, 128 y 103, para la correlación entre las variables camino "diario", "pocas veces" y "a menudo" (respectivamente) con "si" tengo objetivos para cuidar la salud. En la figura, de ambas variables, se observa que la frecuencia mayor fue obtenida en todos rubros para "si" tengo objetivos para cuidar la salud. El nivel significativo fue .001 lo que indica, que si hay correlación en "caminar a diario" y "tener objetivos para cuidar las salud" (ver tabla y figura 38).

Objetivos para cuidar salud	
-----------------------------	--

		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Caminar a diario	DIARIO	18	18	33	31	152	252
	A MENUDO	3	18	26	32	103	182
	ALGUNAS VECES	18	29	50	40	98	235
	POCAS VECES	17	23	24	27	128	219
	NUNCA	10	10	12	8	54	94
	Total	66	98	145	138	535	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	38.652	16	.001

Tabla 38. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "caminar a diario" y "tener objetivos para conservar la salud".

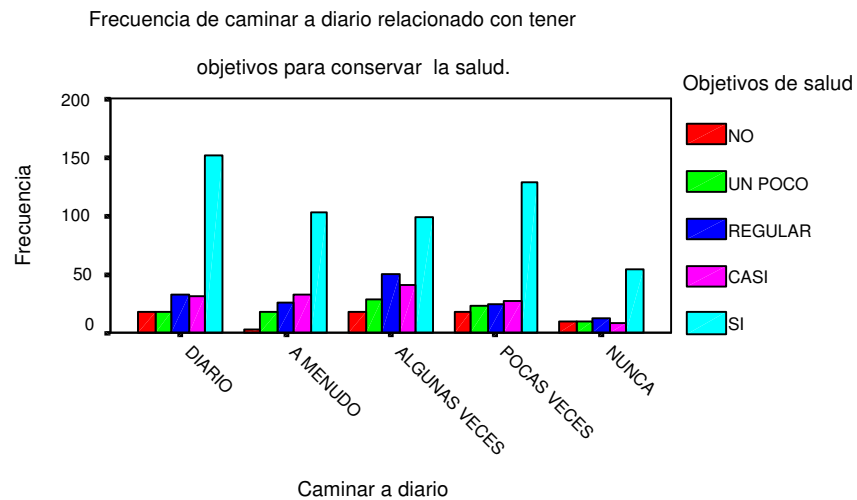


Figura 38. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación a tener objetivos para conservar la salud.

Caminar a diario correlacionado con salud para conseguir propósitos

Con respecto a “caminar a diario” y “salud para conseguir propósitos” , las frecuencias de mayor respuesta, fueron 224, 181, 178 y 149, para la correlación entre camino “a diario”, “algunas veces”, “pocas veces” y “a menudo”, con “si” es importante tener buena salud para conseguir propósitos en la vida. En la figura se observa que independientemente de caminar a diario o no, las personas obtuvieron una mayor frecuencia de respuesta en “si” es importante tener buena salud conseguir propósitos. Además se obtuvo un nivel de Significancia de .005 lo que manifiesta, que si hay correlación entre dichas variables (ver tabla y figura 39).

		Salud para conseguir propósitos					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Caminar a DIARIO	diario	4	2	12	10	224	252
	A MENUDO		1	9	23	149	182
	ALGUNAS VECES	10	2	14	27	181	234
	POCAS VECES	6	4	15	15	178	218
	NUNCA			8	5	81	94
	Total	20	9	58	80	813	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	34.269	16	.005

Tabla 39. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “caminar a diario” y “ importancia de salud para conseguir propósitos”.

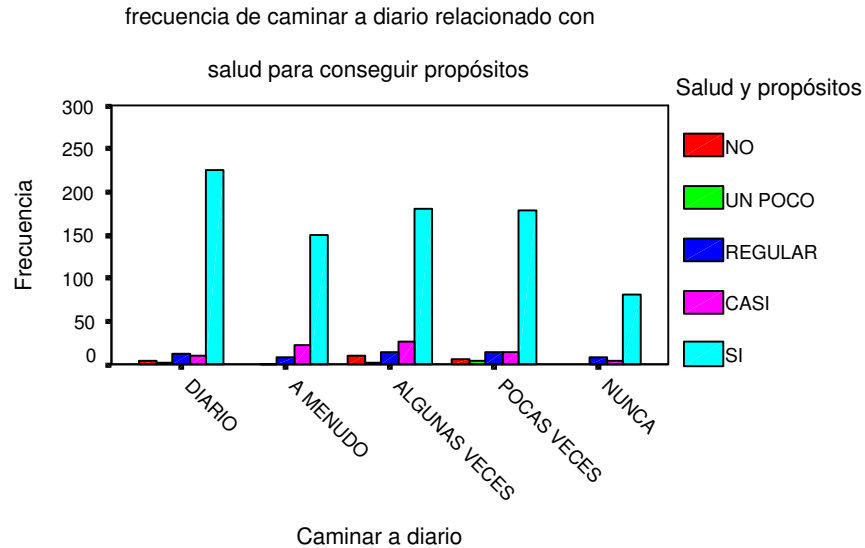


Figura 39. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Caminar a diario correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

Las frecuencias mayores fueron 211, 156, 155 y 125, concernientes a las variables “caminar a diario” y “tener buena salud para ser productivo y feliz”. La primera, frecuencia mayor, fue para la correlación entre caminar “a diario” y “si” es importante tener buena salud para una vida feliz; la segunda, la tercera y la cuarta para la correlación entre “algunas veces”, “pocas veces” y “a menudo” camino a diario (respectivamente) con “si” es importante tener buena salud para productivo y feliz. La prueba estadística dio como resultado un nivel de Significancia de .000 lo que implica, una estrecha correlación entre “caminar a diario” y “tener buena salud para ser productivo y feliz” (ver tabla y figura 40).

		Buena salud para ser productivo					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Caminar a diario	DIARIO	5	9	13	14	211	252
	A MENUDO	3	4	21	29	125	182
	ALGUNAS VECES	16	14	23	25	156	234
	POCAS VECES	11	6	24	23	155	219
	NUNCA	6	2	6	6	74	94
	Total	41	35	87	97	721	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	43.351	16	.000

Tabla 40. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "caminar a diario" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

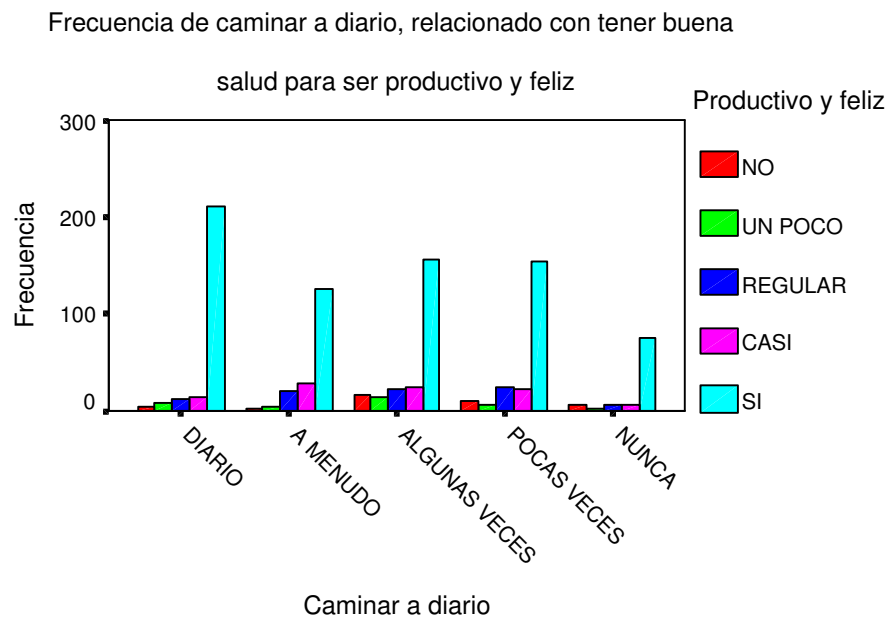


Figura 40. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación a requerir de buena salud, para ser productivo y feliz.

Caminar a diario correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

En la tabla y figura 41, se muestran los resultados de la correlación entre las variables: "caminar a diario" y "tener buena salud para ser productivo y feliz", las frecuencias más altas fueron 212, 166, 152 y 133, para las correlaciones camino "diario", "algunas veces", "pocas veces" y "a menudo" (respectivamente) con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz. Se observa que la frecuencia mayor en todas las correlaciones fue obtenida en "si" es importante tener buena salud para una vida feliz", independiente de caminar o no a diario. Se obtuvo un valor significativo de .000 lo que revela, una estrecha correlación entre dichas variables (ver tabla y figura 41).

Salud para vida feliz	
-----------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
DIARIO	7	8	11	14	212	252
A MENUDO		3	14	32	133	182
ALGUNAS VECES	13	9	12	35	166	235
POCAS VECES	12	15	21	19	152	219
NUNCA	2	4	8	7	73	94
Total	34	39	66	107	736	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	50.474	16	.000

Tabla 41. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “caminar a diario” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

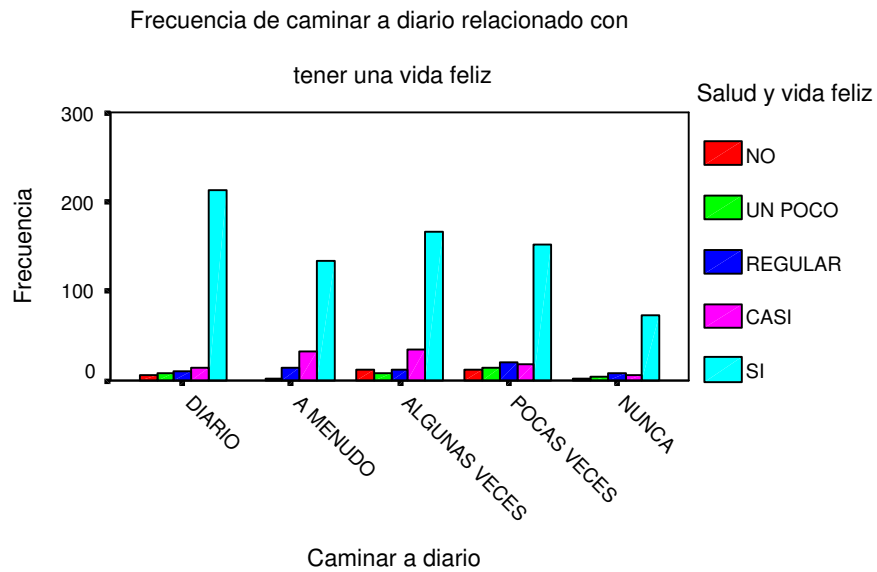


Figura 41. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación a la importancia de tener una buena salud para una vida feliz.

Caminar a diario correlacionado con cosas más importantes que la salud

En la tabla y figura 42, se muestran los resultados de las variables “caminar a diario” y “cosas más importantes que la salud”, las frecuencias más altas, fueron 181, 164, 145 y 123, en las respuestas: “diario”, “algunas veces”, “pocas veces” y “a menudo (respectivamente), de “caminar a diario” con la respuesta “no” existen “cosas más importantes que la salud”. Cabe mencionar, que a pesar, de que no todas las personas caminan a diario, consideran que no existen cosas más importantes que la salud. El valor que arrojó la prueba fue de .005 por lo tanto las variables tienen correlación.

		Cosas más importantes que salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Caminar a diario	DIARIO	181	16	14	7	34	252
	A MENUDO	123	18	14	11	16	182
	ALGUNAS VECES	164	20	19	6	24	233
	POCAS VECES	145	11	13	7	43	219
	NUNCA	58	12	3	9	12	94
Total		671	77	63	40	129	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	34.287	16	.005

Tabla 42. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “caminar a diario” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

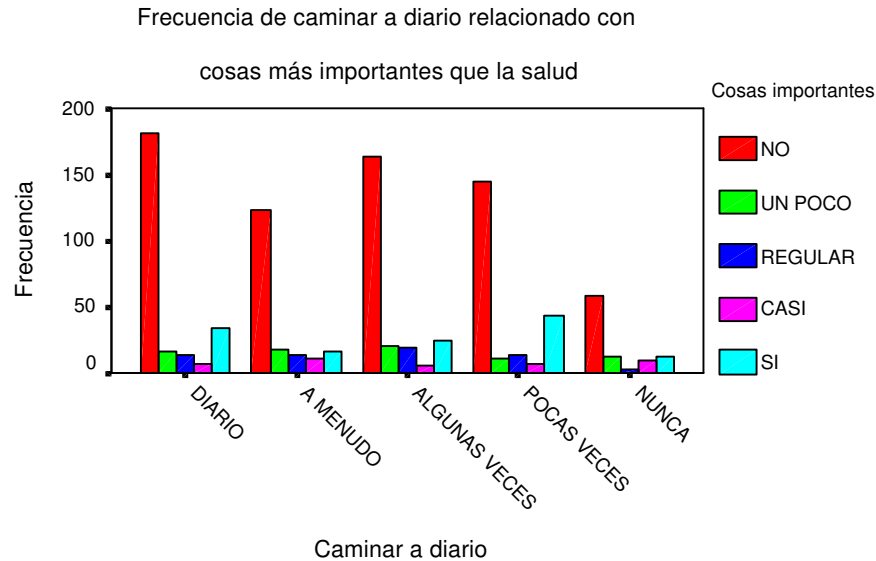


Figura 42. Muestra la frecuencia, de caminar a diario, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Comer menos correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

Para las variables: “comer menos” y “atender el rendimiento del cuerpo”, las frecuencias más altas, se encuentran en las respuestas “pocas veces” (138) y “algunas veces” (115), de “comer menos”, con atender el rendimiento del cuerpo de manera “regular”. La prueba mostró una correlación estrecha de .000 entre las variables (ver tabla y figura 43).

		Atender rendimiento del cuerpo					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Comer menos	DIARIO	7	4	7	0	2	20
	A MENUDO	11	30	35	17	26	119
	ALGUNAS VECES	27	73	115	55	60	330
	POCAS VECES	29	72	138	48	52	339
	NUNCA	15	36	52	12	58	173
	Total	89	215	347	132	198	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	53.287	16	.000

Tabla 43. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

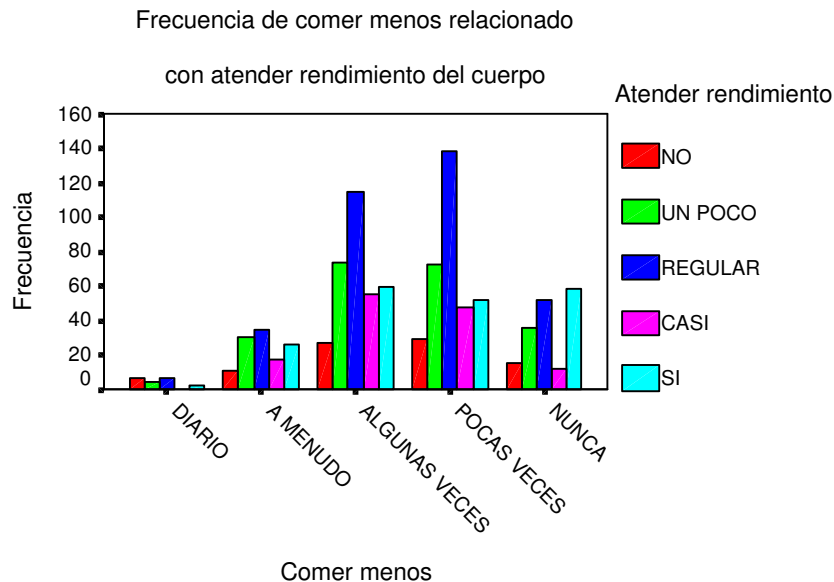


Figura 43. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Comer menos correlacionado con atender y cuidar su salud

En las categorías “comer menos” y “cuidar su salud”, las frecuencias mayores identificadas son: 114 y 112, la primera cifra, es de la correlación entre “pocas veces” como menos con “regularmente” atiendo y cuido mi salud y la segunda para “algunas veces” como menos con “regularmente” atiendo y cuido mi salud. Aunque también habría que señalar, las frecuencias con puntajes de 90, para las relaciones de, “algunas veces” como menos con “si” atiendo mi salud y “pocas veces” como menos con “si” atiendo mi salud”. Con respecto, a la Significancia se reveló un nivel de .008 lo cual muestra, que existe correlación, en este caso, se identifica que la mayoría de las personas que dicen atender y cuidar su salud por lo general no comen menos (ver tabla y figura 43).

Atender y cuidar su salud	
---------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Comer DIARIO	1	5	7	2	5	20
menos A MENUDO	4	22	43	17	33	119
ALGUNAS VECES	12	48	112	66	90	328
POCAS VECES	14	59	114	62	90	339
NUNCA	14	26	46	14	72	172
Total	45	160	322	161	290	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	37.728	16	.008

Tabla 44. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos ” y “atender y cuidar su salud”.

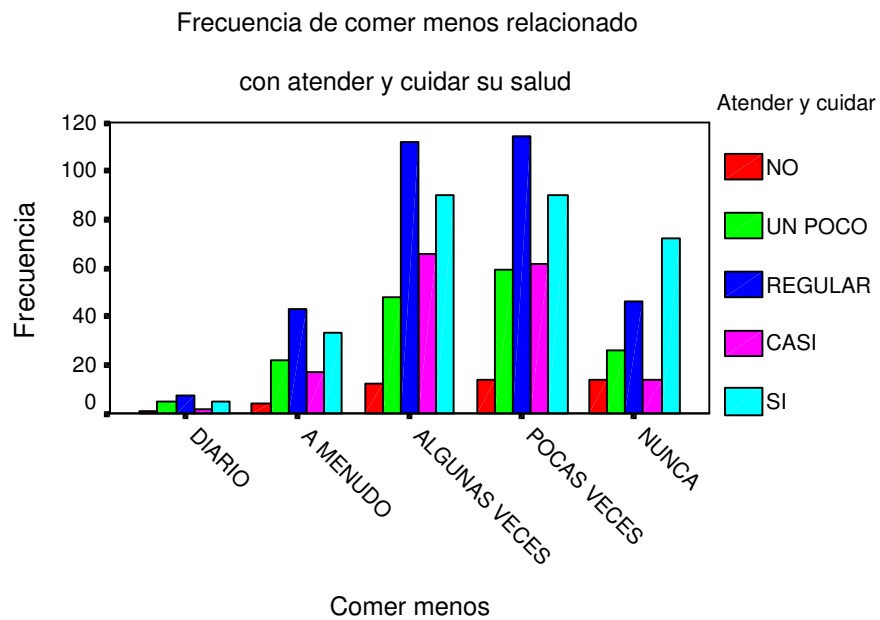


Figura 44. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación de atender y cuidar su salud.

Comer menos correlacionado con anticipar futuros problemas de salud

En las variables “comer menos” y “anticipar futuros problemas de salud”, las frecuencias mayores fueron 114 y 92, para las correlaciones entre “algunas veces” como menos con “no” anticipo los problemas de salud, y “pocas veces” como menos con “no” anticipo los problemas de salud. La prueba estadística dio como resultado un valor de .008 lo que refiere que si hay correlación significativa entre las variables (ver tabla y figura 45).

		Anticipar problemas de salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Comer menos	DIARIO	8	1	8	3	0	20
	A MENUDO	28	31	22	20	18	119
	ALGUNAS VECES	114	44	61	52	59	330
	POCAS VECES	92	81	62	46	58	339
	NUNCA	53	34	25	24	36	172
	Total	295	191	178	145	171	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	32.717	16	.008

Tabla 45 . Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

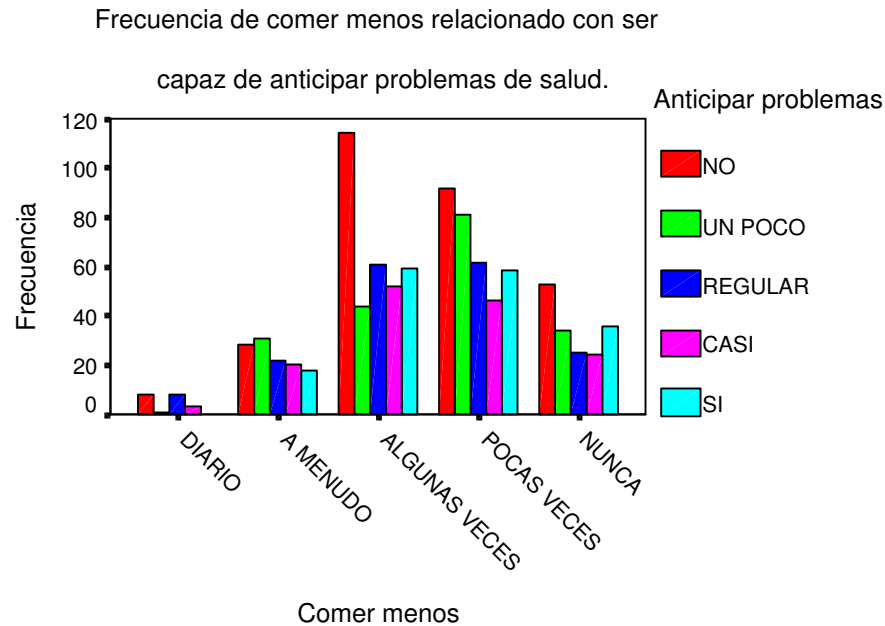


Figura 45. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Comer menos correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

En las categorías “comer menos” y “tener objetivos para cuidar la salud”, se encontraron como frecuencias más altas las cifras: 182, 170 y 113, pertenecientes a las correlaciones de comer menos “algunas veces”, “pocas veces” y “nunca” con “si” tienen objetivos para cuidar la salud (respectivamente). Se mostró un valor de .014 lo que si hay correlación entre dichas variables (ver tabla y figura 46).

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Comer DIARIO	1	4	2	3	10	20
menos A MENUDO	13	3	22	21	60	119
ALGUNAS VECES	17	31	52	48	182	330
POCAS VECES	24	41	52	52	170	339
NUNCA	11	17	17	14	113	172
Total	66	96	145	138	535	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	30.852	16	.014

Tabla 46. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos” y “tener objetivos para conservar la salud”.

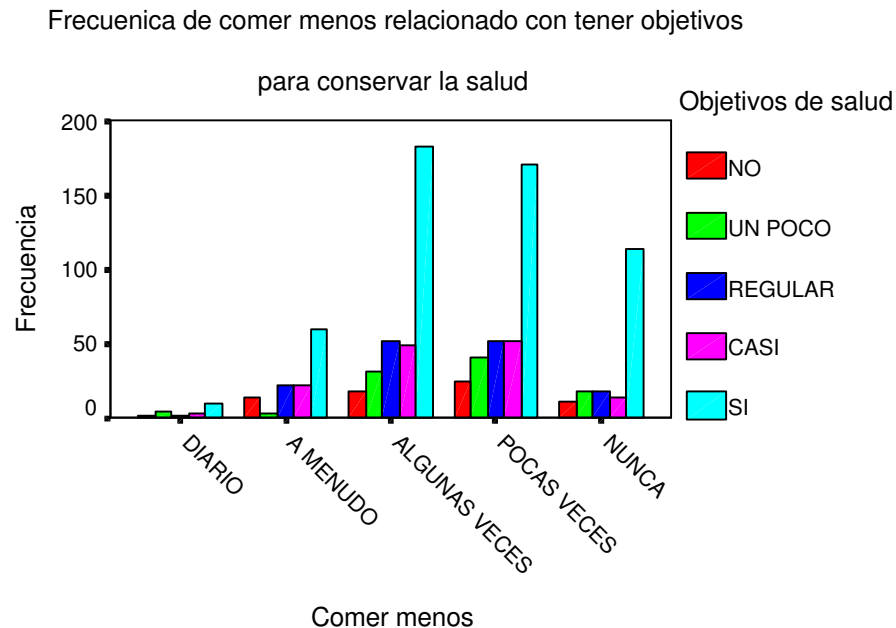


Figura 46. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación a tener objetivos para conservar la salud.

Comer menos correlacionado con salud para conseguir propósitos

En “comer menos” y “la importancia de tener buena salud para conseguir propósitos en la vida”, se encontró como frecuencias mayores 277, 274 y 150, pertenecientes a las respuestas “pocas veces”, “algunas veces” y “nunca” como menos relacionadas con “si” es importante tener buena salud para conseguir propósitos en la vida. Se obtuvo un valor de .190 lo que indica que no hay correlaciones significativas (ver tabla y figura 47).

Salud para conseguir propósitos						
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total

Comer menos	DIARIO			2	2	16	20
	A MENUDO	3	3	3	16	94	119
	ALGUNAS VECES	6	3	24	22	274	329
	POCAS VECES	6	3	19	33	277	338
	NUNCA	5		10	7	150	172
	Total	20	9	58	80	811	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	20.698	16	.190

Tabla 47. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos” y “salud para conseguir propósitos”.

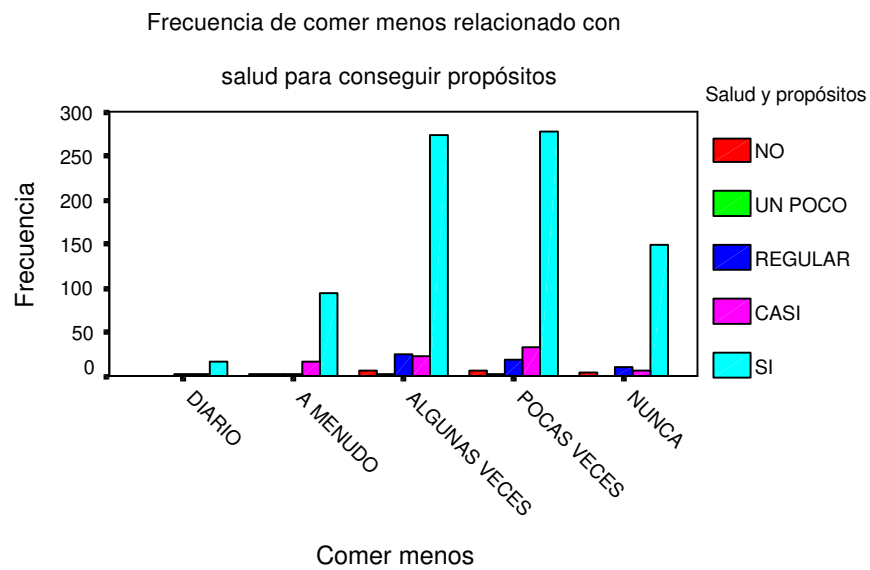


Figura 47. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Comer menos correlacionado con buena salud para ser productivo y feliz

Respecto a las variables “comer menos” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”, la frecuencia de respuesta más alta fue de 235, coincidente en “algunas veces” y “pocas veces” como menos correlacionada con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz, otra frecuencia alta fue 144. para la correlación entre “nunca” como menos con la creencia “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. Lo importante, es señalar que la mayoría de las personas contestaron que “si” es importante requerir de buena salud para ser productivo y feliz, sin embargo, muy pocos comen menos “a diario”. En estas variables, se reveló un nivel significativo de .016 lo que dice que si hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 48).

		Buena salud para ser productivo					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Comer menos	DIARIO	0	0	4	1	15	20
	A MENUDO	1	2	10	16	90	119
	ALGUNAS VECES	16	15	26	37	235	329
	POCAS VECES	16	12	38	38	235	339
	NUNCA	8	6	9	5	144	172
	Total	41	35	87	97	719	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	30.511	16	.016

Tabla 48. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”.

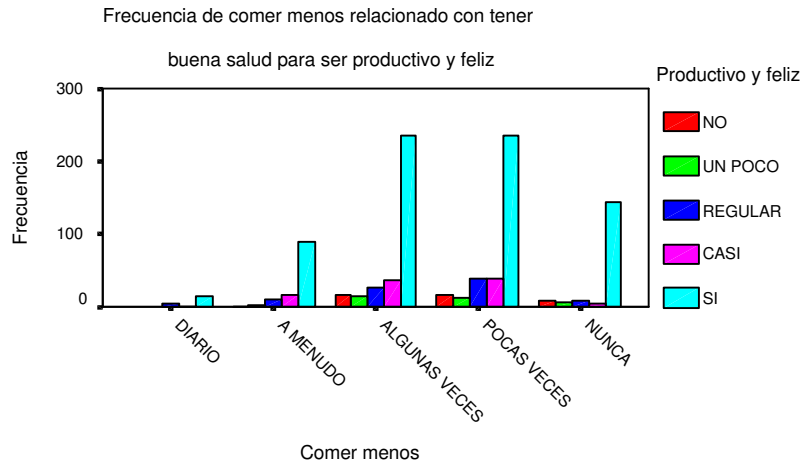


Figura 48. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación a requerir de buena salud para ser procutivo y feliz.

Comer menos correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

En las categorías “comer menos” y “tener buena salud para una vida feliz”, las frecuencias más altas son 257, 237 y 138, para las variable comer menos “algunas veces”, “pocas veces” y “nunca” correlacionadas con “si” es importante tener buena salud para una vida feliz. El valor de Significancia fue de .000 lo que demuestra una estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 49).

		Salud para vida feliz					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Comer menos	DIARIO	0	0	3	1	16	20
	A MENUDO	3	4	8	18	86	119
	ALGUNAS VECES	9	19	11	34	257	330
	POCAS VECES	9	15	34	44	237	339
	NUNCA	13	1	10	10	138	172
Total		34	39	66	107	734	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	42.991	16	.000

Tabla 49. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

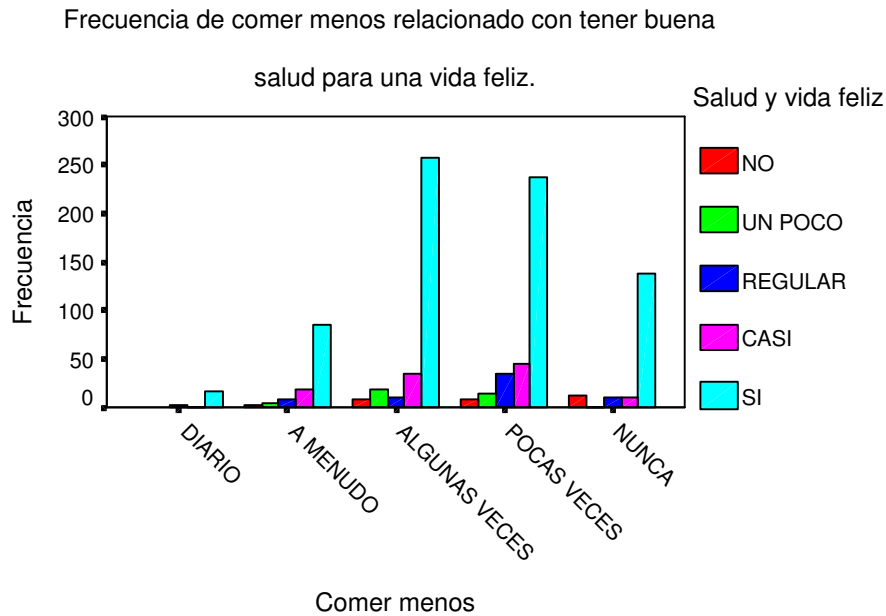


Figura 49. Muestra la frecuencia, de comer menos, con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Conocer calorías que consume correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

En la tabla y figura 50, se muestran las variables “conocer las calorías que consume” y “atender el rendimiento del cuerpo”, donde se muestra la frecuencia más alta de 181, en “nunca” conozco las calorías que consumo en los alimentos, al atender de manera “regular” el rendimiento del cuerpo. La segunda frecuencia mayor es de 126, en “nunca” conozco las calorías que consumo en los alimentos, con atender “un poco” el rendimiento del cuerpo”. Cabe destacar, que las personas mencionan que “nunca”, “pocas veces” y “algunas veces” conocen las calorías que consumen, sin embargo, responden que manera “regular” atienden el “rendimiento de su cuerpo”. El valor de la prueba es de .000 lo cual, indica que las variables tienen una estrecha correlación.

Atender rendimiento del cuerpo	
--------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Conocer DIARIO	6	12	10	4	19	51
calorías A MENUDO	2	18	22	13	16	71
que ALGUNAS VECES	9	11	61	25	42	148
consume POCAS VECES	13	50	71	31	33	198
NUNCA	59	126	181	59	88	513
Total		217	345	132	198	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	54.078	16	.000

Tabla 50. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer las calorías que consume” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

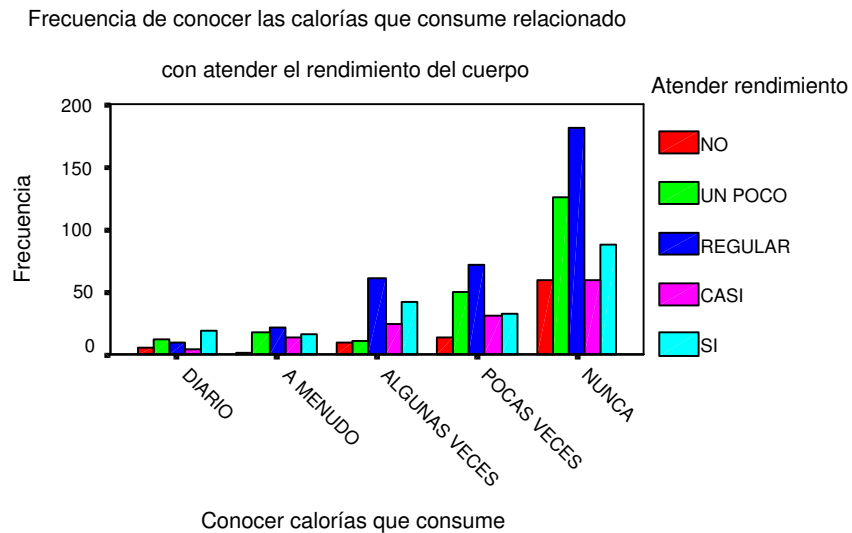


Figura 50. Muestra la frecuencia, de conocer las calorías que consume, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Conocer calorías que consume correlacionado con atender y cuidar su salud

Con respecto a las variables “conocer las calorías que consume en los alimentos” y “atender y cuidar su salud” las frecuencias más altas se encuentran en la respuesta “nunca” conoce las calorías que consume , con atender y cuidar su salud de manera “regular” (178) y en la respuesta “nunca” conoce las calorías que consume, con “si” atiende y cuida su salud (140). La mayor parte, de las personas contestó, que “nunca”, “pocas veces” y “algunas veces”, conocen las calorías que consume, no obstante, dicen que “si” y “regularmente” atienden y cuidan su salud. El valor de Significancia fue de .000, lo cual indica que ambas variables se correlacionan estrechamente (ver tabla y figura 51).

	Atender y cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer DIARIO	5	10	6	8	22	51
calorías A MENUDO	1	8	18	13	31	71
que ALGUNAS	0	12	60	33	43	148
consume VECES	8	44	58	33	54	197
POCAS	31	86	178	74	140	509
VECES						
NUNCA						
Total	45	160	320	161	290	976

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	51.430	16	.000

Tabla 51. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer las calorías que consume” y “atender y cuidar su salud”.

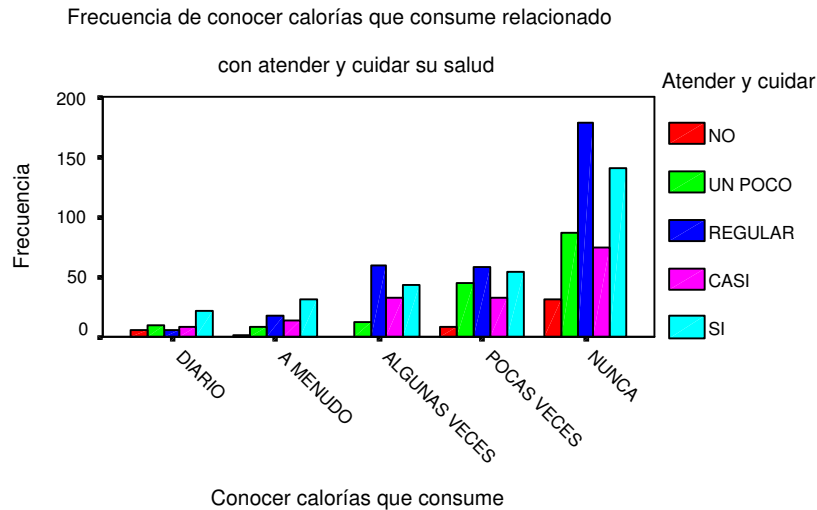


Figura 51. Muestra la frecuencia, de conocer calorías que consume en los alimentos, con relación de atender y cuidar su salud.

Conocer calorías que consume correlacionado con estar al pendiente de las reacciones del cuerpo

Para las variables “conocer las calorías que consume” y “ estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”, las frecuencias más altas se encuentran en “nunca” conozco las calorías que consumo, con “si” estoy al pendiente de las reacciones del cuerpo (250) y “nunca” conozco las calorías que consumo, con estar al pendiente de las reacciones del cuerpo de manera “regular” (97). Se puede observar que independientemente de que las personas conozcan o no las calorías que consumen, mencionaron que “si” están al pendiente de las reacciones de su cuerpo. Se encontró un valor de .002 lo que indica que las variables se correlacionan (ver tabla y figura 52).

	Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer DIARIO	0	1	5	4	41	51
calorías A MENUDO	1	4	13	8	45	71
que ALGUNAS VECES	2	7	31	25	83	148
consume POCAS VECES	5	27	45	34	86	197
NUNCA	39	46	97	81	250	513
Total	47	85	191	152	505	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	51.356	16	.002

Tabla 52. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer las calorías que consume” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”.

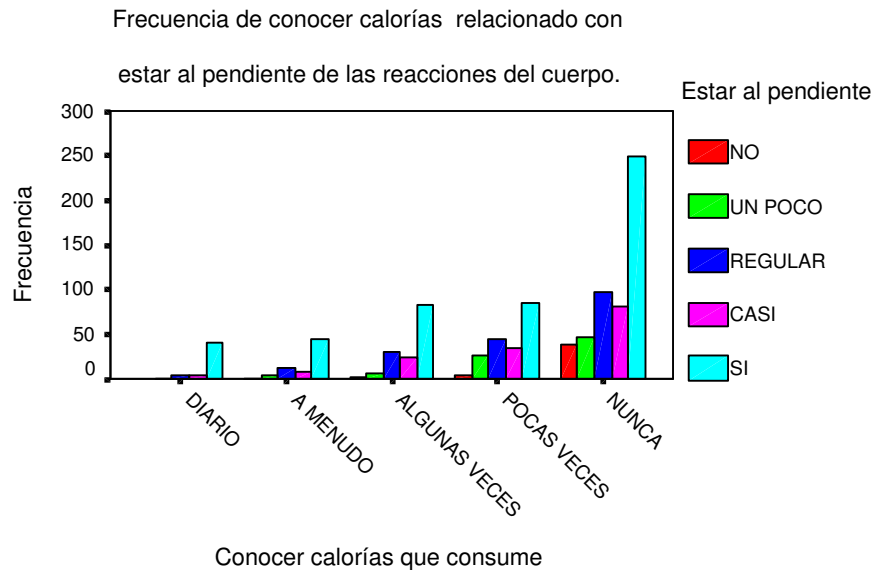


Figura 52. Muestra la frecuencia, de conocer las calorías que consume, con relación de estar al pendiente del cuerpo.

Conocer calorías que consume correlacionado con anticipar problemas de salud

En la tabla y figura 53, se encuentran las frecuencias más altas en la respuesta “nunca” conozco las calorías que consumo en los alimentos, con “no” anticipo problemas de salud (175) y anticipo “un poco” los problemas de salud (104). Se puede observar que las personas mencionaron que “nunca”, “pocas veces” y “algunas veces” conocen las calorías que consumen en los alimentos, por lo tanto no “anticipan problemas de salud”. En cuanto al valor de la prueba Chi cuadrada se mostró un valor de .000 lo cual, indica que las variables “conocer las calorías que consume en los alimentos” y “anticipar los problemas de salud”, tiene una correlación estrecha.

Anticipar problemas de salud						Total
NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI		

Conocer	DIARIO	16	6	6	5	18	51
calorías	A MENUDO	15	8	12	15	21	71
que	ALGUNAS VECES	34	28	35	28	23	148
consume	POCAS VECES	55	45	47	23	27	197
	NUNCA	175	104	78	74	82	513
	Total	295	191	178	145	171	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	46.122	16	.000

Tabla 53. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer calorías que consume ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

Frecuencia de conocer las calorías que consume relacionado con anticipar problemas de salud.

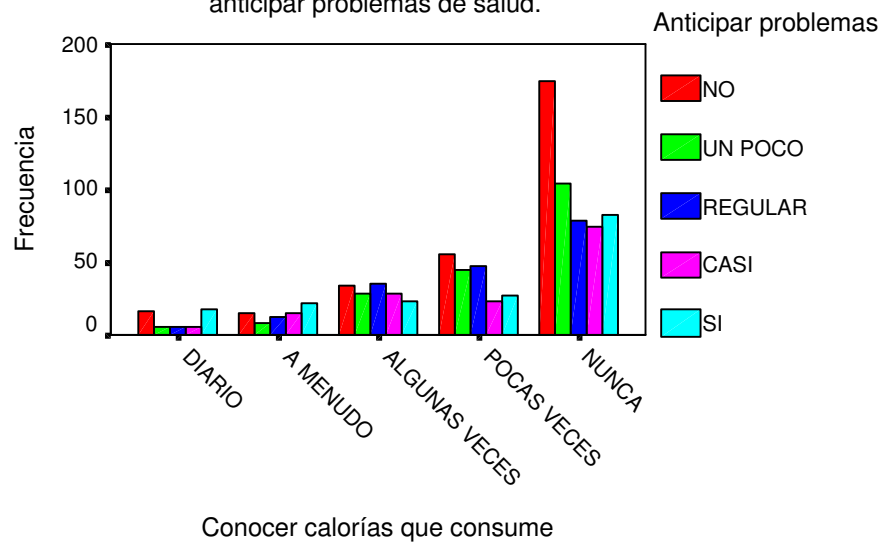


Figura 53. Muestra la frecuencia, de conocer las calorías que consume con relación de anticipar futuros problemas de salud.

Conocer las calorías que consume correlacionado con cosas más importantes que la salud

Por lo que concierne a las variables “conocer las calorías que consume” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”, las frecuencias mayores fueron 352 y 139, en las respuestas: “nunca” conozco las calorías que consumo y “pocas veces” conozco las calorías que consumo, con la respuesta “no” existen cosas más importantes que la salud. Sin embargo, independientemente de que las personas conozcan o no las calorías que consumen en los alimentos, mencionaron que “no” existen cosas más importantes que la salud. El valor de la prueba es de .221 lo cual, indica que no existe correlación entre las variables.

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer DIARIO	37	2	1		11	51
calorías A MENUDO	43	5	5	7	11	71
que ALGUNAS	98	14	11	7	18	148
consume VECES	139	18	14	7	17	195
POCAS	352	38	32	19	72	513
NUNCA						
Total	669	77	63	40	129	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	19.978	16	.221

Tabla 54 . Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer calorías que consume” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

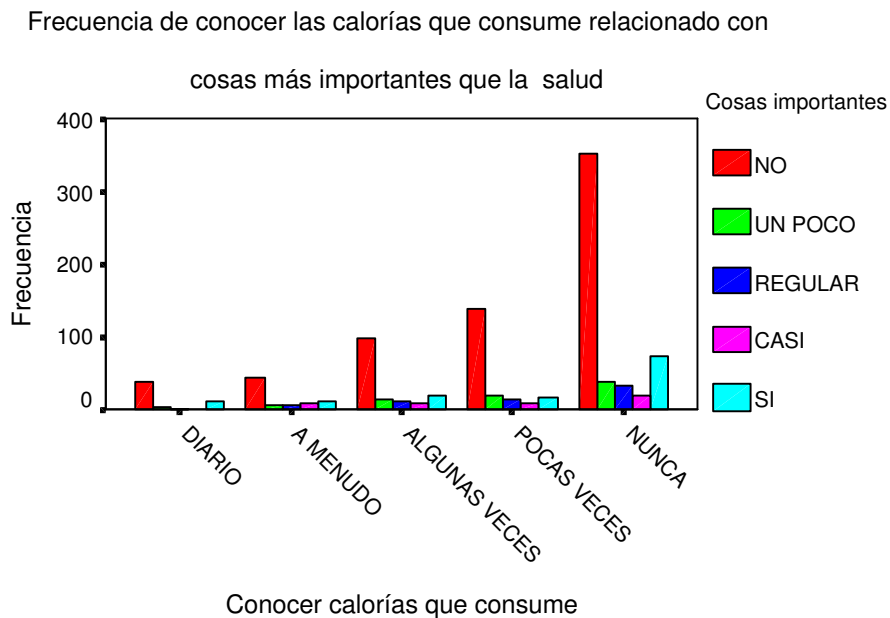


Figura 54. Muestra la frecuencia, de conocer las calorías que consume, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

En “desayunar sustanciosamente” y “atender el rendimiento del cuerpo”, la primer, frecuencia mayor es 101 correspondiente a la variable “algunas veces” desayuno sustanciosamente con “regularmente” atiende el rendimiento del cuerpo, la segunda frecuencia mayor es 86, para la relación “a menudo” desayuno sustanciosamente con “regularmente” atiende el rendimiento del cuerpo” y la tercer frecuencia es 70 para la relación entre “pocas veces” desayuno sustanciosamente con “regularmente” atiende el rendimiento del cuerpo. Se observa que aunque las personas desayunen o no sustanciosamente respondieron mayormente que “regularmente” atienden el rendimiento del cuerpo. Se mostró un valor de .005, lo que demuestra correlación entre estas variables (ver tabla y figura 55).

Atender rendimiento del cuerpo	
--------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Desayunar DIARIO	15	32	65	19	48	179
Sustancio- A MENUDO	10	44	86	29	31	200
samente ALGUNAS VECES	26	56	101	46	53	282
POCAS VECES	25	63	70	31	42	231
NUNCA	13	21	24	6	24	88
Total		216	346	131	198	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	34.217	16	.005

Tabla 55. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer las calorías que consume” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

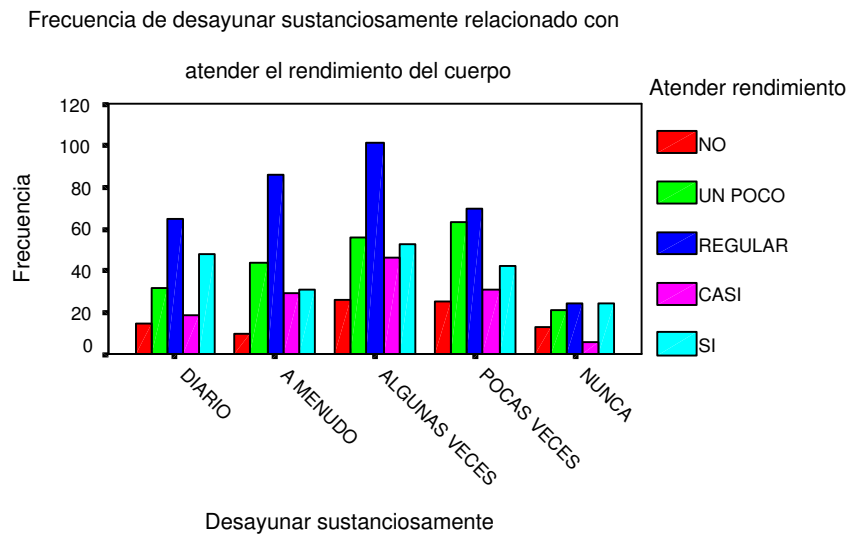


Figura 55 . Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con atender y cuidar su salud

En la figura y tabla 56, se identifican los resultados de las frecuencias de las variables: “desayunar sustanciosamente” y “atender y cuidar su salud”, la frecuencia mayor es 97 para desayunar sustanciosamente “algunas veces” con “regularmente” atiende y cuida mi salud. Otras frecuencias altas fueron 75 para “a menudo” y “pocas veces” desayunar sustanciosamente relacionado con “regularmente” atiende y cuida mi salud. En la figura referente a estas variables, se observa que las frecuencias mayores fueron para las respuestas “sí” y “regularmente” atiende y cuida mi salud. El valor de Significancia fue .184 lo que manifiesta, que no existe correlación.

Atender y cuidar salud						
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Desayunar DIARIO	14	27	47	32	58	178
Sustancio- A MENUDO samente	5	32	75	37	51	200
ALGUNAS VECES	10	39	97	42	92	280
POCAS VECES	11	43	75	40	60	229
NUNCA	5	19	26	10	28	88
Total	45	160	320	161	289	975

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	20.852	16	.184

Tabla 56. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer las calorías que consume” y “atender y cuidar su salud”.

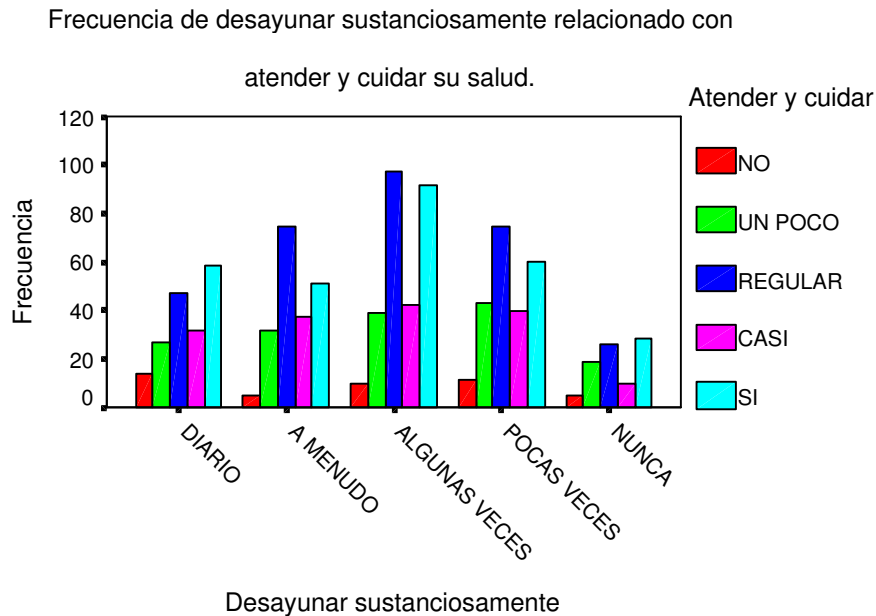


Figura 56. Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación de atender y cuidar su salud.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con anticipar problemas de salud

En cuanto, a “desayunar sustanciosamente” y “anticipar futuros problemas de salud”, la frecuencia mayor fue de 71, para la correlación entre: “algunas veces” desayuno sustanciosamente con “no” anticipo futuros problemas de salud, seguido de la frecuencia 68 para “pocas veces” desayuno sustanciosamente con “no” anticipo los problemas de salud y una tercer frecuencia menor fue 65 para “algunas veces” desayuno sustanciosamente con “un poco” anticipo los problemas de salud”. En la figura de estas variables se observa que son fluctuantes las respuestas con respecto, a desayunar sustanciosamente, es decir, no se identifican mayorías. La prueba mostró un valor de .001 lo que demuestra, que existe correlación en las variables (ver tabla y figura 57).

Anticipar problemas de salud	
------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
DesayunarDIARIO	66	26	26	29	31	178
Sustancio- A MENUDO	46	48	43	30	33	200
samente ALGUNAS VECES	71	65	62	39	45	282
POCAS VECES	68	44	37	36	46	231
NUNCA	43	8	9	11	17	88
Total	294	191	177	145	172	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	40.555	16	.001

Tabla 57. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer calorías que consume ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

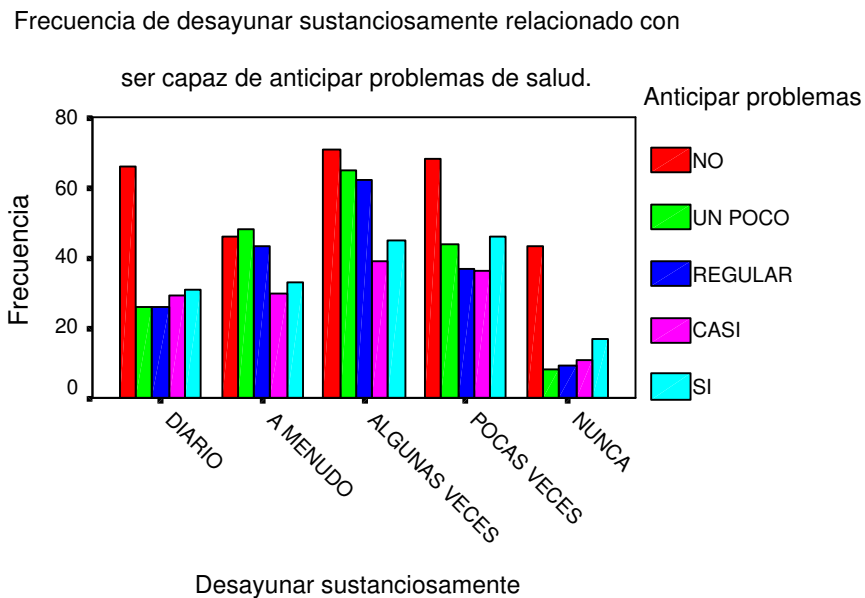


Figura 57 . Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

Las frecuencias más altas, para las variables “desayunar sustanciosamente” y “la importancia de tener objetivos para conservar la salud”, son: 137, 130 y 119, concernientes a las siguientes correlaciones respectivamente: desayunar sustanciosamente “pocas veces”, “algunas veces” y “diario” relacionadas con “si” tener objetivos para conservar la salud. En la figura 58, se muestra que las frecuencias más altas independientemente de desayunar o no sustanciosamente, fueron para “si” tener objetivos para cuidar la salud. Se reveló un valor de .001 lo que indica una estrecha correlación en las variables (ver tabla 58).

Objetivos para cuidar salud						
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
DesayunarDIARIO	11	12	15	21	119	178
Sustancio- A MENUDO	14	20	35	32	99	200
samente ALGUNAS VECES	19	29	56	48	130	282
POCAS VECES	10	26	30	28	137	231
NUNCA	12	11	8	9	48	88
Total	66	98	144	138	533	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	39.409	16	.001

Tabla 58. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “desayunar sustanciosamente ” y “tener objetivos para conservar la salud”.

Frecuencia de desayunar sustanciosamente relacionado con tener

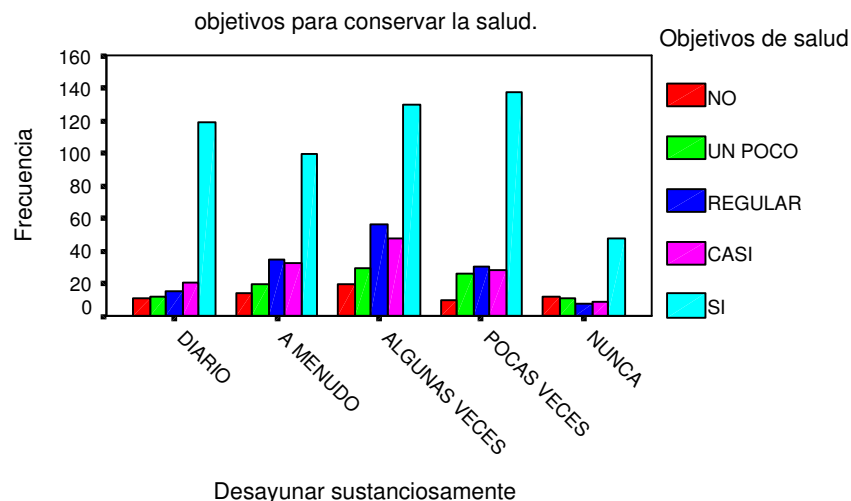


Figura 58. Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación a tener objetivos para conservar la salud.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con salud para conseguir propósitos

En “desayunar sustanciosamente” y “tener buena salud para conseguir propósitos en la vida”, las frecuencias mayores, se encuentran en las cifras 227, 193, 161 y 156 correspondientes a “algunas veces”, “pocas veces”, “diario” y “a menudo” desayunar sustanciosamente relacionadas con buena salud para conseguir propósitos en la vida. En la figura de dichas correlaciones, se observa claramente cómo las personas tendieron a responder que “si” tienen buena salud para conseguir propósitos en la vida sin embargo las frecuencias son fluctuantes con respecto a desayunar sustanciosamente. El valor de Significancia es de .002 lo que indica, correlación entre las variables(ver figura y tabla 59).

	Salud para conseguir propósitos					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
DesayunarDIARIO	1	1	10	4	161	177
Sustancio- A MENUDO	2	2	20	19	156	199
samente ALGUNAS VECES	7	2	15	31	227	282
POCAS VECES	6	1	9	22	193	231
NUNCA	4	3	3	4	74	88
Total	20	9	57	80	811	977

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	36.503	16	.002

Tabla 59. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “desayunar sustanciosamente” y “salud para conseguir propósitos”.

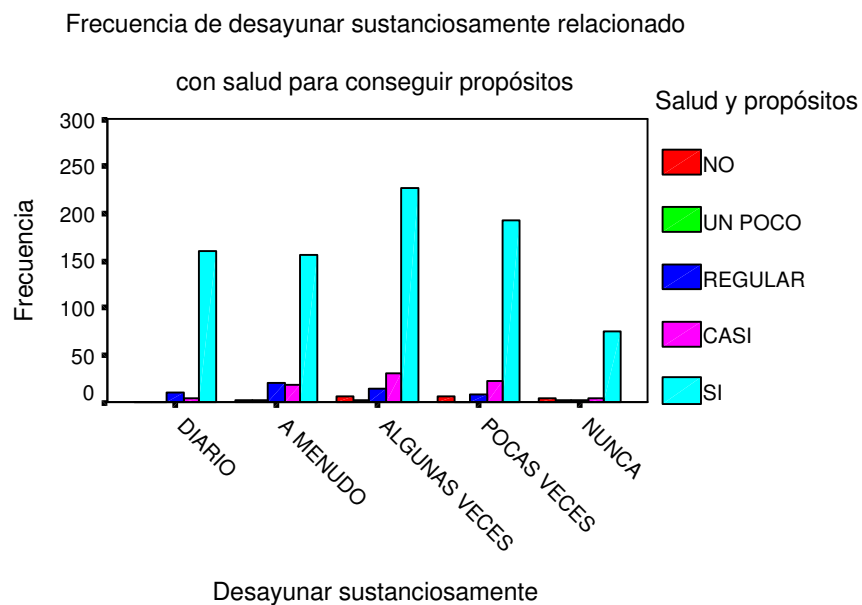


Figura 59. Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

Las frecuencias mayores fueron 207, 175, 145 y 125, correspondientes a las variables “desayunar sustanciosamente” y “tener buena salud para ser productivo y feliz”, las personas respondieron mayormente las siguientes correlaciones (respectivamente con las cifras mencionadas), desayunar sustanciosamente “algunas veces”, “pocas veces”, “diario” y “a menudo” relacionadas con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. La prueba reveló un valor de .000 lo que demuestra, una estrecha correlación entre las variables “desayunar sustanciosamente” con “requerir de buena salud para ser productivo y feliz” (ver tabla y figura 60).

	Buena salud para ser productivo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Desayunar DIARIO	3	12	9	9	145	178
sustanciosaA	10	4	26	35	125	200
mente MENUDO	16	10	20	28	207	281
ALGUNAS VECES	5	7	23	21	175	231
POCAS VECES	7	2	8	4	67	88
NUNCA						
Total	41	35	86	97	719	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	48.450	16	.000

Tabla 60. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "desayunar sustanciosamente" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

Frecuencia de desayunar sustanciosamente relacionado con

tener buena salud para ser productivo y feliz.

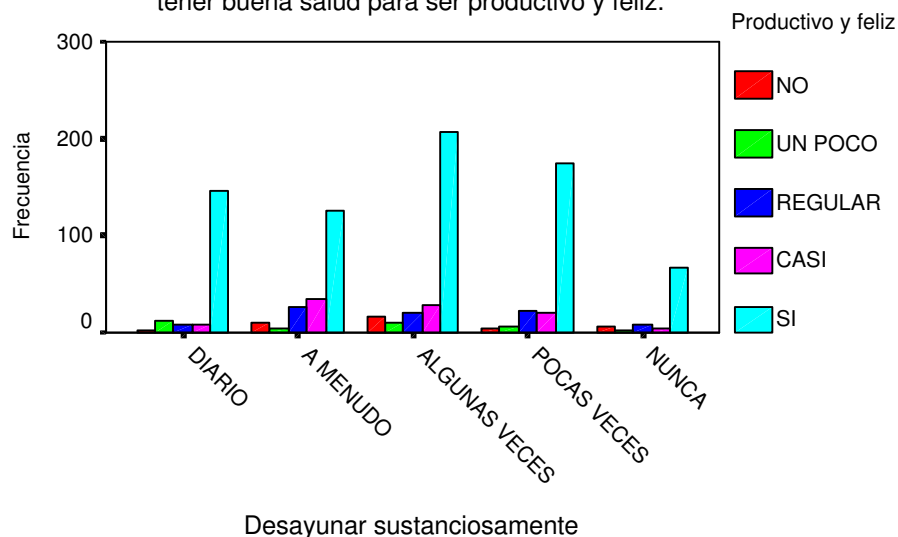


Figura 60. Frecuencia de desayunar sustanciosamente, con relación a requerir de buena salud, para ser productivo y feliz.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

En las categorías “desayunar sustanciosamente” y “tener buena salud para una vida feliz”, las frecuencias mayores fueron 215, 182 y 127, respectivamente para las correlaciones: desayunar sustanciosamente “algunas veces”, “pocas veces” y “a menudo” con “si” es importante tener buena salud para una vida feliz. Se indicó un valor de .003 lo que significa que si existe correlación en las variables (ver figura y tabla 61).

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Desayunar DIARIO	8	9	9	10	142	178
sustanciosaA MENUDO	7	11	21	34	127	200
mente ALGUNAS VECES	8	14	12	33	215	282
POCAS VECES	7	2	15	25	182	231
NUNCA	4	3	8	5	68	88
Total	34	39	65	107	734	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	36.066	16	.003

Tabla 61. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “desayunar sustanciosamente” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

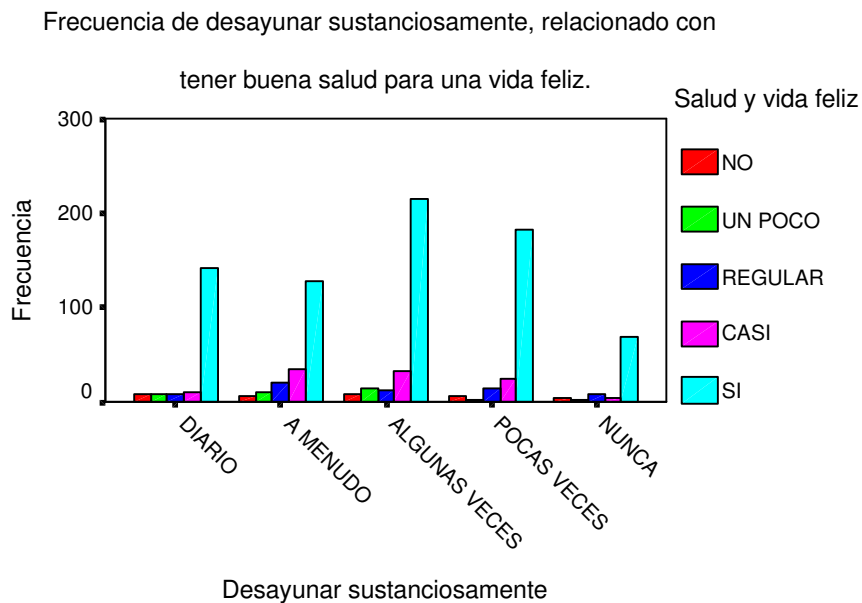


Figura 61. Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación a la importancia, de tener buena salud para una vida feliz.

Desayunar sustanciosamente correlacionado con cosas más importantes que la salud

Referente a “desayunar sustanciosamente” y “cosas más importantes que la salud”, las frecuencias más altas fueron 195, 158, 125 y 123 respectivamente para las correlaciones de desayunar sustanciosamente “algunas veces”, “pocas veces”, “a menudo” y “diario” con “no” existen cosas más importantes que la salud. El valor de Significancia fue de .100 lo que demuestra, que no hay correlación entre dichas variables (ver figura y tabla 62).

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
DesayunarDIARIO	123	8	10	9	28	178
Sustancio- A MENUDO	125	22	12	8	31	198
samente ALGUNAS VECES	195	25	22	15	25	282
POCAS VECES	158	14	14	7	38	231
NUNCA	68	8	4	1	7	88
Total	669	77	62	40	129	977

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	23.557	16	.100

Tabla 62. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “desayunar sustanciosamente” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

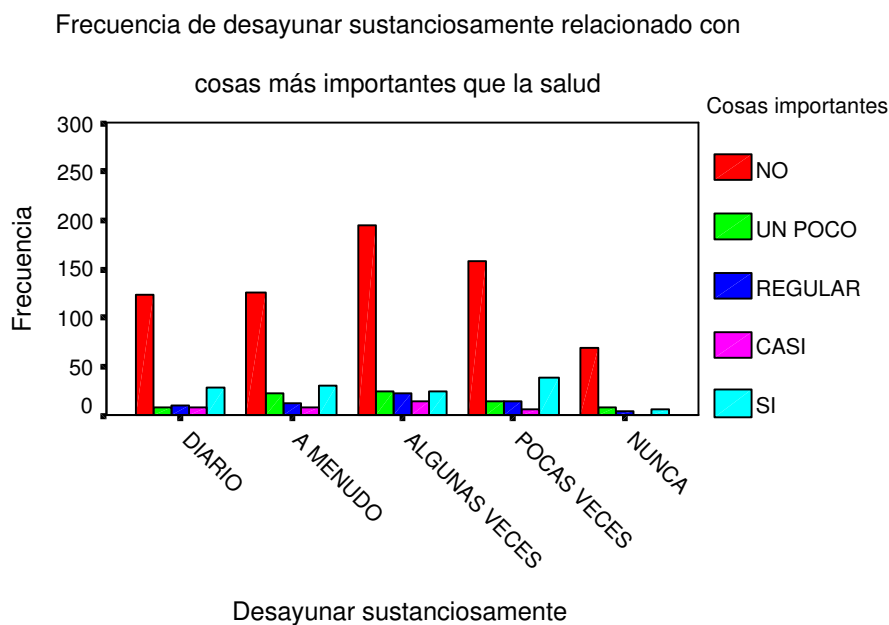


Figura 62. Muestra la frecuencia, de desayunar sustanciosamente, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Dormir al menos siete horas correlacionado con el atender rendimiento del cuerpo

Por lo que se refiere, a “dormir al menos siete horas” y “atender el rendimiento del cuerpo”, las frecuencia más alta fue 108, perteneciente a la correlación de dormir al menos siete horas “diario” con atender el rendimiento del cuerpo de manera “regular”; otra frecuencia mayor fue 93, correspondiente a la correlación dormir al menos siete horas “diario” con “si” atender el rendimiento del cuerpo. En la figura de dichas variables, se muestra como la frecuencia mayor en casi todas las categorías fue la de atender el rendimiento del cuerpo de manera “regular”. En cuanto, al análisis estadístico la prueba, mostró una estrecha correlación entre dichas variables, ya que, se obtuvo un nivel de Significancia de .000.

Atender rendimiento del cuerpo	
--------------------------------	--

		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Dormir al menos siete horas	DIARIO	36	78	108	47	93	362
	A MENUDO	18	43	73	31	43	208
	ALGUNAS VECES	12	47	82	28	26	195
	POCAS VECES	18	25	68	23	20	154
	NUNCA	5	24	15	3	18	65
	Total	89	217	346	132	200	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	49.941	16	.000

Tabla 63. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “dormir al menos siete horas” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

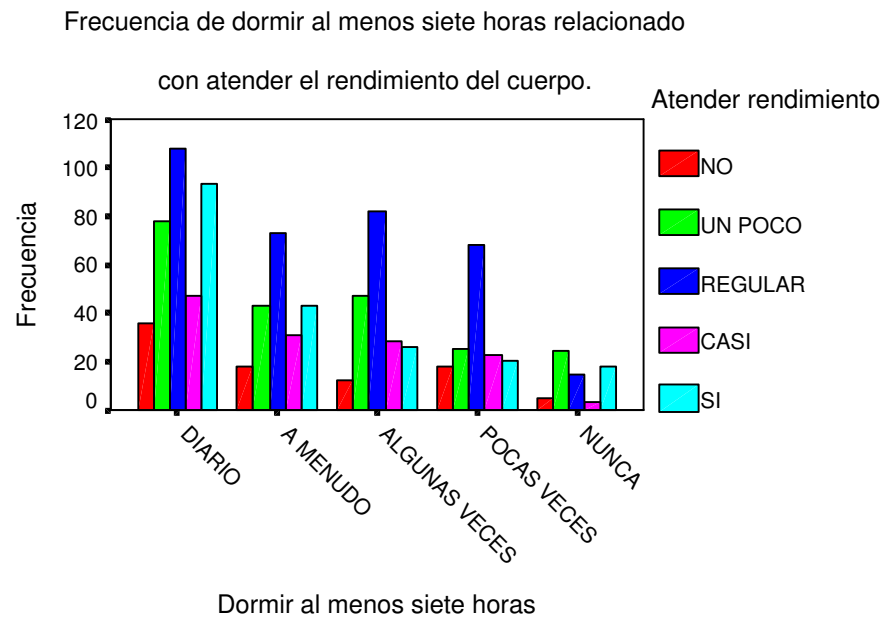


Figura 63. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Dormir al menos siete horas correlacionado con atender y cuidar su salud

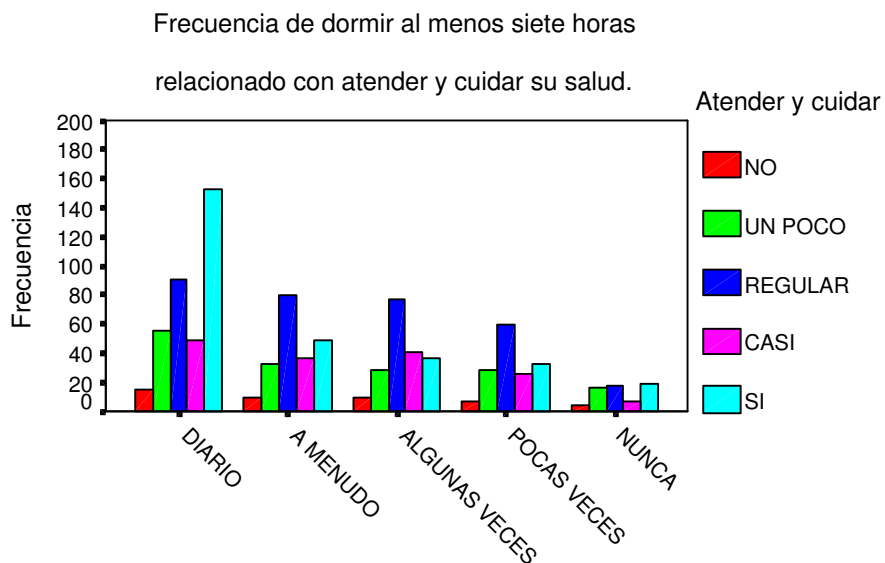
Con respecto, a la correlación entre “dormir al menos siete horas” y “atender al cuidado de su salud”, la frecuencia mayor, fue de 153 personas que respondieron que “diario” duermen al menos siete horas y “si” atienden y cuidan su salud, seguido de la frecuencia 90 personas que respondieron que a “diario” duermen al menos siete horas y regularmente “atienden y cuidan su salud”. Hay que señalar, que son muy pocas las personas (63), que contestaron que “nunca” duermen al menos siete horas. Se encontró un nivel de Significancia de .000 lo que demuestra, que existe correlación, en este caso se identifica que las personas que duermen al menos siete horas “a diario” y “a menudo”, si o regularmente cuidan y atienden su salud (ver tabla y figura 64).

	Atender y cuidar su salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al DIARIO	15	55	90	49	153	362
menos A MENUDO	10	33	80	37	48	208
siete ALGUNAS VECES	9	28	77	41	37	192
horas POCAS VECES	7	28	60	26	33	154
NUNCA	4	16	17	7	19	63
Total	45	160	324	160	290	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	58.186	16	.000

Tabla 64. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “comer menos ” y “atender y cuidar su salud”.



Dormir al menos siete horas

Figura 64. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas,
con relación de atender y cuidar su salud.

Dormir al menos siete horas correlacionado con estar al pendiente de las reacciones del cuerpo

En “dormir al menos siete horas” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”, las frecuencias mayores son 218 y 111, la primera, para la correlación dormir al menos siete horas “diario” con “si” estar al pendiente de las reacciones del cuerpo; la segunda para la correlación dormir al menos siete horas “a menudo” con “si” estar al pendiente de las reacciones del cuerpo. En la figura de las variables: “dormir al menos siete horas” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”, se observa, que la frecuencia más alta , se encontró en “si” estar al pendiente de las reacciones del cuerpo. La prueba estadística, tuvo un valor de Significancia de .002 lo que indica, relación entre dichas variables (ver tabla y figura 65).

Pendiente de las reacciones del cuerpo	
--	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Dormir al DIARIO	22	22	49	51	218	362
menos A MENUDO	4	21	37	35	111	208
siete horasALGUNAS	9	18	58	32	77	194
VECES	5	18	41	21	69	154
POCAS	7	6	5	13	34	65
VECES						
NUNCA						
Total	47	85	190	152	509	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	56.074	16	.002

Tabla 65. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “conocer las calorías que consume” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”.

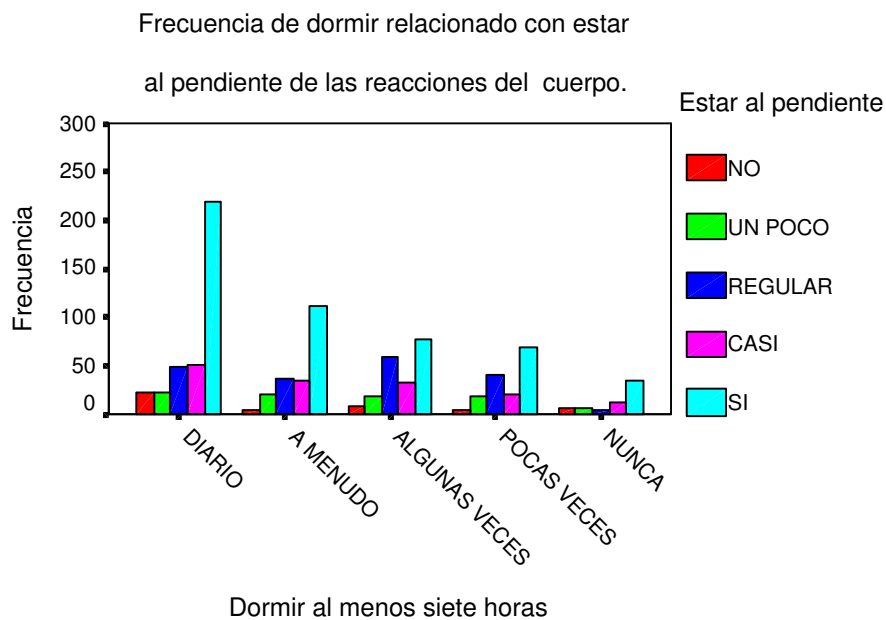


Figura 65. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas, con relación de estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Dormir al menos siete horas correlacionado con anticipar problemas de salud

En la tabla y figura 66, se observan las variables “dormir al menos siete horas” con “anticipar problemas de salud”, para las cuales, las frecuencias más altas fueron: 110 y 77, la primer frecuencia, para la relación dormir al menos siete horas “diario” con “no” anticipar problemas de salud; la segunda frecuencia, para “si” dormir al menos siete horas con “si” anticipar problemas de salud. En la figura, se puede observar que en “dormir al menos siete horas”, las respuestas son variadas y en “anticipar los problemas de salud” la respuesta mayor fue “no”. Se mostró un valor de .020 lo que indica, que hay correlación entre las variables.

	Anticipar problemas de salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al DIARIO	110	63	55	55	77	360
menos A MENUDO	54	48	44	31	31	208
siete horasALGUNAS	60	47	37	30	20	194
VECES	44	24	33	24	29	154
POCAS VECES	27	9	8	5	16	65
NUNCA	295	191	177	145	173	981
Total						

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	29.713	16	.020

Tabla 66. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “dormir por lo menos siete horas todas las noches ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

Frecuencia de dormir al menos siete horas relacionado con ser capaz

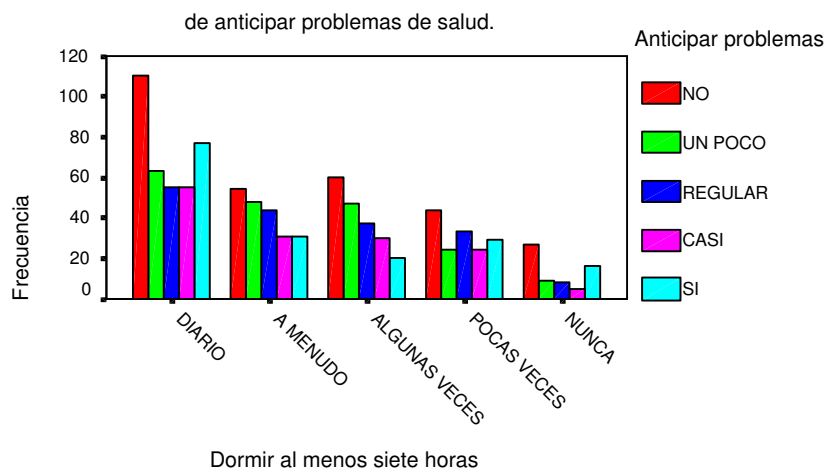


Figura 66. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Dormir por lo menos siete horas correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

Para las variables “dormir al menos siete horas” y “ tener objetivos para cuidar la salud”, se identificó como frecuencias mayores las cifras: 228 y 107, correspondientes a “diario” dormir al menos siete horas” con “si” tener objetivos para cuidar la salud y “a menudo” dormir al menos siete horas con “si” tener objetivos para cuidar la salud. Se puede observar, que la frecuencia mayor fue obtenida en “si” tener objetivos para cuidar la salud, sin importar, si duermen o no al menos siete horas al día. La Significancia fue de 001 lo cual indica, correlación entre los datos (ver tabla y figura 67).

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al DIARIO	21	34	44	35	228	362
menos A MENUDO	13	22	26	40	107	208
siete ALGUNAS VECES	10	23	41	34	86	194
horas POCAS VECES	14	19	25	22	74	154
NUNCA	8	2	8	7	40	65
Total	66	100	144	138	535	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	40.229	16	.001

Tabla 67. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “desayunar sustanciosamente ” y “tener objetivos para conservar la salud”.

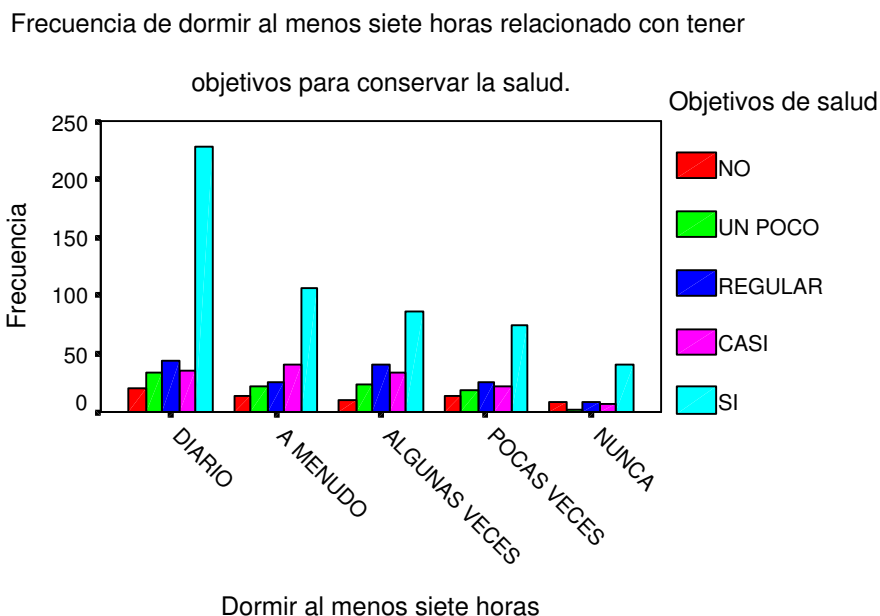


Figura 67. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas, con relación a tener objetivos para conservar la salud.

Dormir al menos siete horas correlacionado con salud para conseguir propósitos

Con respecto, a “dormir al menos siete horas” y “ tener buena salud para conseguir propósitos en la vida”, las personas respondieron con mayor frecuencia en las siguientes correlaciones: “diario” dormir al menos siete horas con “si” es importante tener salud para conseguir propósitos en la vida (323); “a menudo” dormir al menos siete horas con “si” es importante tener salud para conseguir propósitos en la vida (162); “algunas veces” dormir al menos siete horas con “si” es importante tener salud para conseguir propósitos en la vida (151) y “pocas veces” dormir al menos siete horas con “si” es importante tener salud para conseguir propósitos en la vida. La prueba mostró una estrecha correlación (.000) entre las variables (ver tabla y figura 68).

Salud para conseguir propósitos	
---------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Dormir al DIARIO	9	0	11	19	323	362
menos A MENUDO	4	4	17	21	162	208
siete horasALGUNAS VECES	2	4	10	25	151	192
POCAS VECES	0	1	16	12	125	154
NUNCA	5	9	4	3	53	65
	20	9	58	80	814	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	50.228	16	.000

Tabla 68. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "dormir al menos siete horas" y "salud para conseguir propósitos".

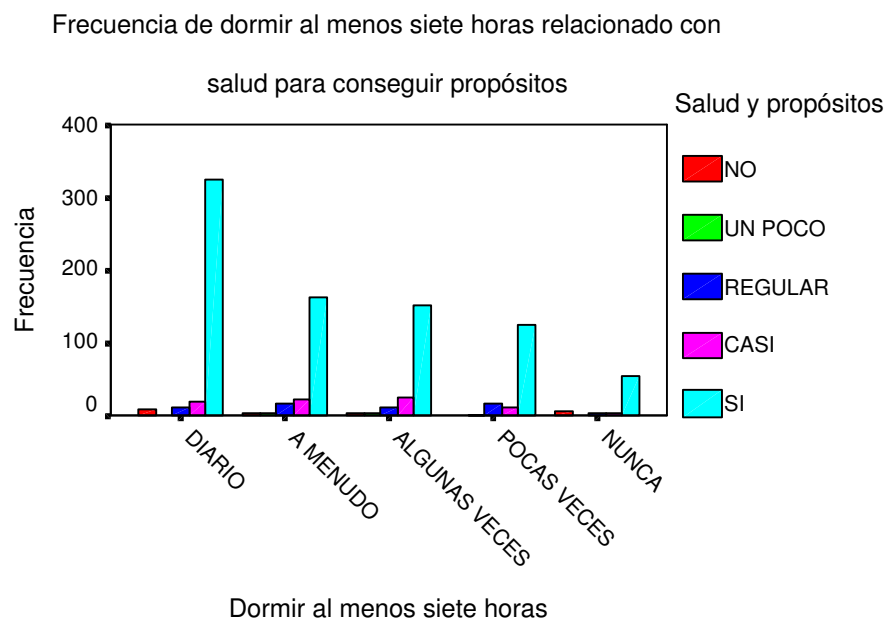


Figura 68. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Dormir al menos siete horas correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En la tabla y figura 69, se muestran las variables “dormir al menos siete horas” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”, para las cuales, las frecuencias más altas fueron: 295, 136, 123 y 116, concernientes a dormir al menos siete horas “diario”, “a menudo”, “algunas veces” y “pocas veces” con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. El valor de la prueba fue de .000 indicando una correlación estrecha entre las variables.

Buena salud para ser productivo						
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Dormir al DIARIO	14	8	19	26	295	362
menos A MENUDO	13	14	19	26	136	208
siete horasALGUNAS	7	10	25	28	123	193
VECES	3	3	20	12	116	154
POCAS	4	0	4	5	52	65
VECES						
NUNCA						
Total	41	35	87	97	722	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	47.123	16	.000

Tabla 69. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “dormir al menos siete horas” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”.

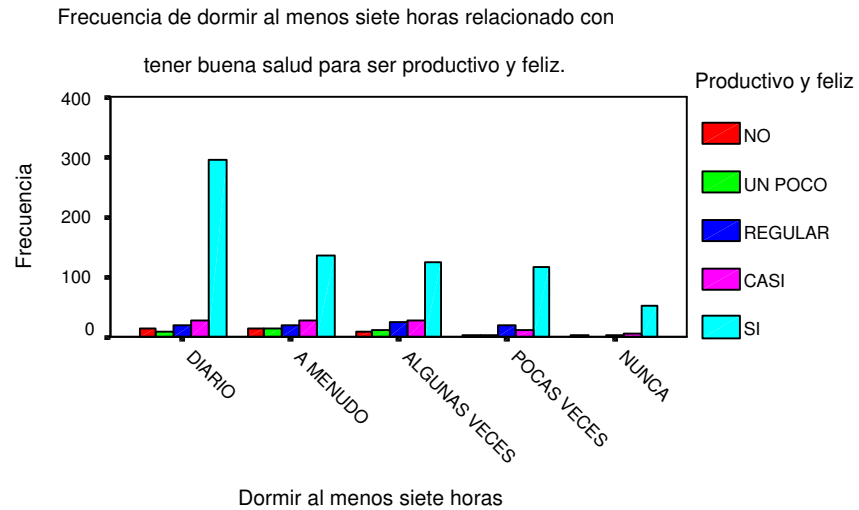


Figura 69. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas, con relación a requerir de buena salud, para ser productivo y feliz.

Dormir al menos siete horas correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

En la tabla y figura 70, se muestran los resultados de la correlación entre las variables: “dormir al menos siete hora” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”. Las frecuencias más altas fueron: 288, 153, 133 y 114, para las siguientes correlaciones (respectivamente): dormir al menos siete horas “diario”, “a menudo”, “algunas veces” y “pocas veces” con “si” es importante tener buena salud para una vida feliz. La Chi cuadrada reveló un nivel de Significancia de .011 lo que refiere, correlación entre las variables.

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al DIARIO	13	8	23	30	288	362
menos A MENUDO	5	4	16	30	153	208
siete horasALGUNAS VECES	11	14	9	27	133	194
POCAS VECES	2	9	15	14	114	154
NUNCA	3	4	3	5	50	65
Total	34	39	66	106	738	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	31.800	16	.011

Tabla 70. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “dormir al menos siete horas” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

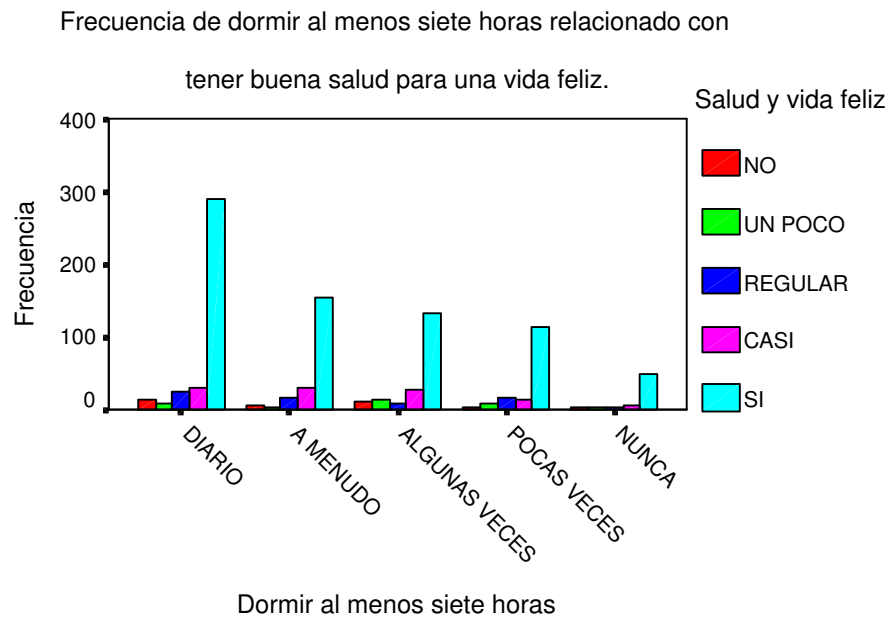


Figura 70. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas, con relación a la importancia de tener una buena salud para una vida feliz.

Dormir al menos siete horas correlacionado con cosas más importantes que la salud

Para la variables “dormir al menos siete horas” y “ la existencia de cosas más importantes que la salud”, las frecuencias más altas se observan en: dormir al menos siete horas “diario” (264), “a menudo” (133), “algunas veces” (128) y pocas veces” (102) con “no” existen cosas más importantes que la salud. El valor de la prueba fue de .011 lo que demuestra, correlación entre las variables (ver tabla y figura 71).

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al DIARIO	264	12	19	14	53	362
menos A MENUDO	133	16	19	11	29	208
siete horasALGUNAS VECES	128	24	14	6	22	194
POCAS VECES	102	17	5	8	20	152
NUNCA	46	8	5	1	5	65
Total	673	77	62	40	129	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	31.658	16	.011

Tabla 71. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “dormir al menos siete horas” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

Frecuencia de dormir al menos siete horas relacionado con

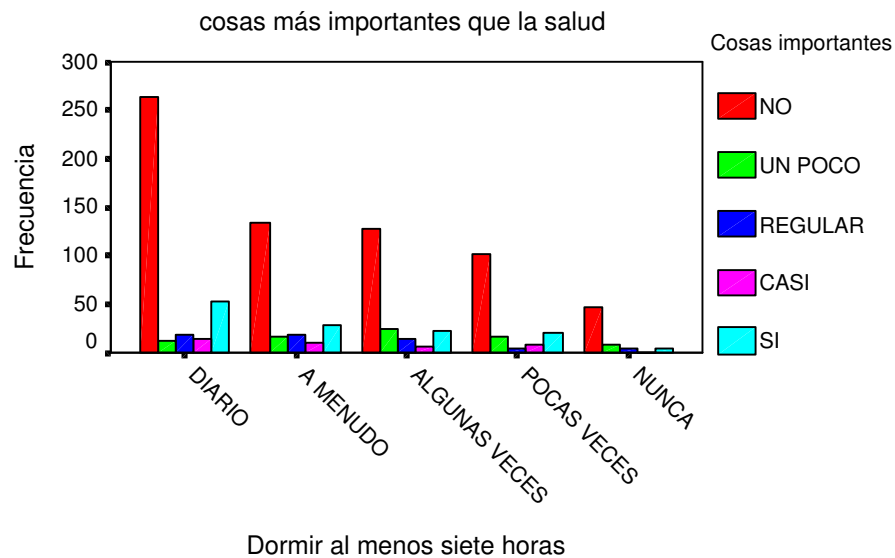


Figura 71. Muestra la frecuencia, de dormir al menos siete horas con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

En la referente a las variables “ingerir alimentos nutritivos” y “atender el rendimiento del cuerpo”, la frecuencia más alta fue 148 para la correlación entre “a menudo” ingerir alimentos nutritivos con “regularmente” atender el rendimiento del cuerpo, seguido de la frecuencia 102 para la correlación de “diario” ingerir alimentos nutritivos con “sí” atender el rendimiento del cuerpo, otra frecuencia es 97 para “a menudo” ingerir alimentos nutritivos con “un poco” atender el rendimiento del cuerpo”. En la figura, se muestra que la frecuencia mayor se encuentra en atender de manera “regular” el rendimiento del cuerpo (excepto en diario). El nivel de Significancia fue de .000 mostrando una estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 72).

		Atender rendimiento del cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir alimentos nutritivos	DIARIO	22	49	68	40	102	281
	A MENUDO	29	97	148	59	56	389
	ALGUNAS VECES	24	57	88	27	28	224
	POCAS VECES	12	12	35	6	9	74
	NUNCA	2	2	7	0	3	14
Total		89	217	346	132	198	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	85.615	16	.000

Tabla 72. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

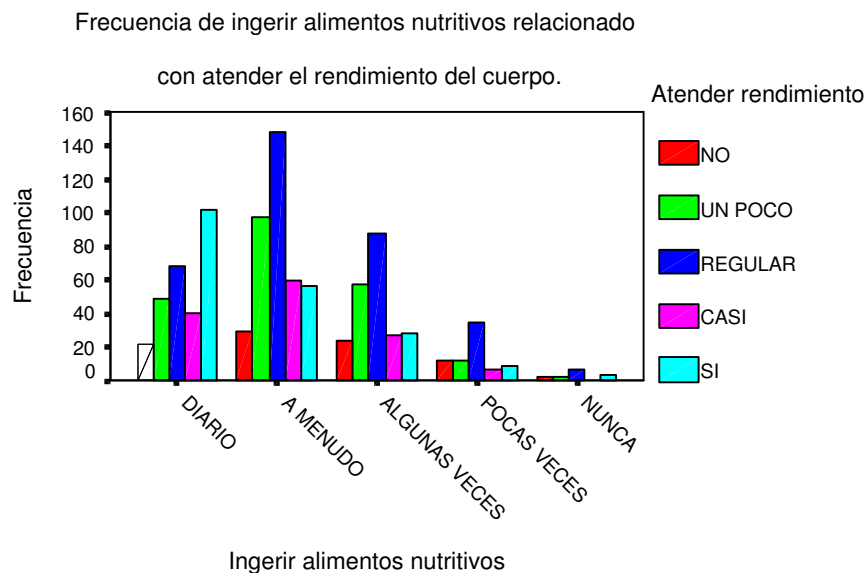


Figura 72. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con atender y cuidar su salud

En cuanto, a las categorías “ingerir alimentos nutritivos” y “atender y cuidar su salud”, las frecuencias más altas fueron: 154, 133 y 103, concernientes a: ingerir alimentos nutritivos “a menudo” con atender y cuidar su salud de manera “regular”; ingerir alimentos nutritivos “diario” con “si” atender y cuidar su salud e ingerir alimentos nutritivos “a menudo” con “si” atender y cuidar sus salud. La frecuencia más alta se encontró en la respuesta “regular” en atender y cuidar su salud independientemente de ingerir o no alimentos nutritivos (con excepción de la respuesta “diario”). Se encontró un nivel de Significancia de .000 lo cual, indica estrecha correlación en las variables (ver tabla y figura 73).

	Atender y cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	13	34	57	43	133	280
alimentos A MENUDO	10	48	154	70	103	385
nutritivos ALGUNAS VECES	17	59	80	32	36	224
POCAS VECES	5	17	23	16	13	74
NUNCA		2	7		5	14
Total	45	160	321	161	290	977

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	106.411	16	.000

Tabla 73. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos” y “atender y cuidar su salud”.

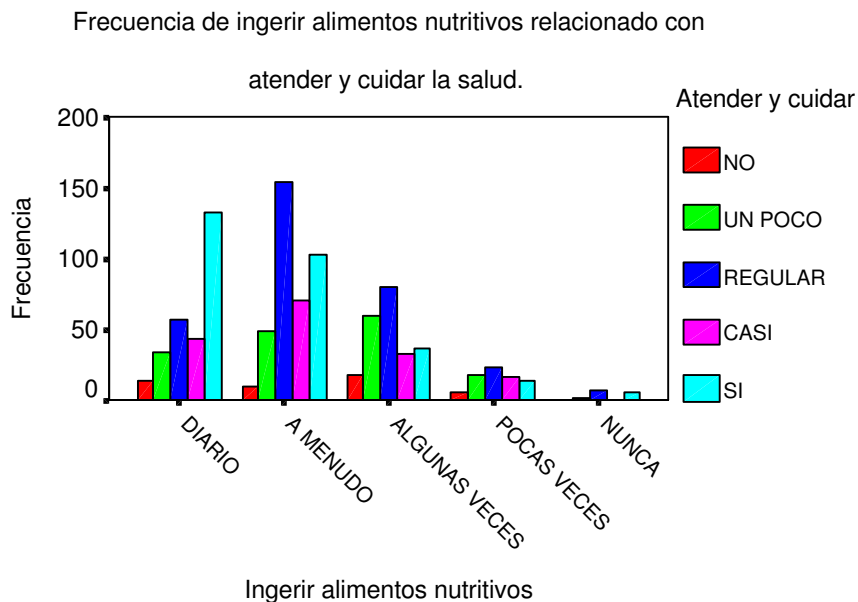


Figura 73. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación de atender y cuidar su salud.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con anticipar problemas de salud

En “ingerir alimentos nutritivos” y “ser capaz de anticipar problemas de salud” , las frecuencias mayores fueron 107, 89 y 86, para las correlaciones: ingerir alimentos nutritivos “a menudo” con “no” ser capaz de anticipar problemas de salud; ingerir alimentos nutritivos “a menudo” con ser capaz de anticipar los problemas de salud “un poco” e ingerir alimentos nutritivos “diario” con “no” ser capaz de anticipar problemas de salud. En la figura, se muestra, que la frecuencia más alta, fue para las personas que contestaron “no” ser capaces de anticipar problemas de salud aunque ingieran o no alimentos nutritivos. La prueba estadística mostró un nivel de Significancia de .008 lo que dice, que si hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 74).

		Anticipar problemas de salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	DIARIO	86	47	37	45	65	280
alimentos	A MENUDO	107	89	74	55	64	389
nutritivos	ALGUNAS VECES	79	36	45	33	29	222
	POCAS VECES	17	17	15	10	15	74
	NUNCA	6	2	6	0	0	14
	Total	295	191	177	143	173	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	32.940	16	.008

Tabla 74. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

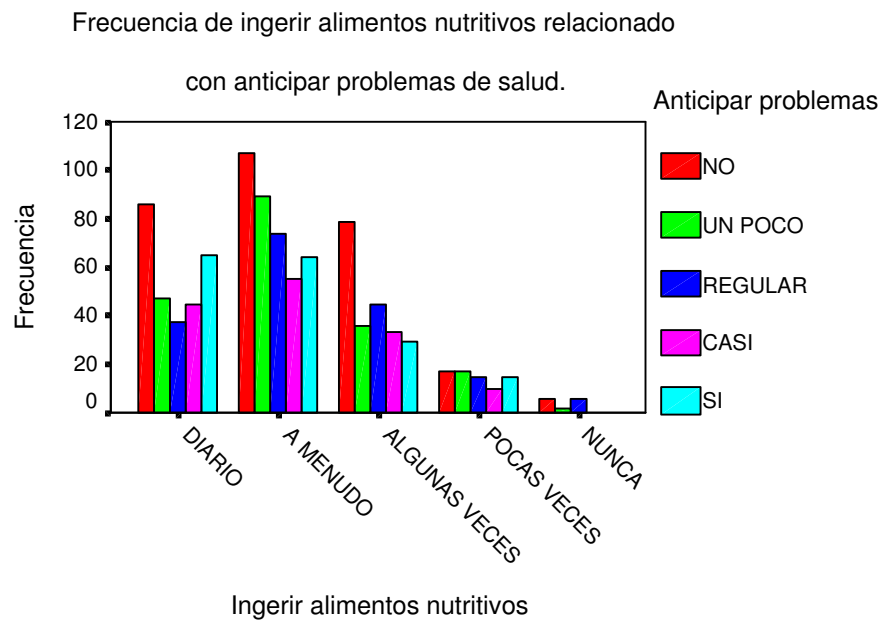


Figura 74. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación a ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionados con tener objetivos para cuidar la salud

En la tabla y figura 75, se muestran los resultados de las variables “ingerir alimentos nutritivos” y “tener objetivos para cuidar la salud”, las frecuencias mayores fueron: 194, 192 y 106, para ingerir alimentos nutritivos “a diario”, “a menudo” y “algunas veces” con “si” a tener objetivos para cuidar salud. En la figura, se observa que las frecuencias más altas se encontraron en la respuesta “si” tienen objetivos para cuidar la salud aunque ingieran o no alimentos nutritivos. Se reveló estrecha correlación entre las variables con un valor de .000.

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	16	17	25	28	194	280
alimentos A MENUDO	23	44	67	63	192	389
nutritivos ALGUNAS VECES	11	35	38	34	106	224
POCAS VECES	12	3	13	11	35	74
NUNCA	2	1	1	2	8	14
Total	64	100	144	138	535	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	58.344	16	.000

Tabla 75. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos ” y “tener objetivos para conservar la salud”.

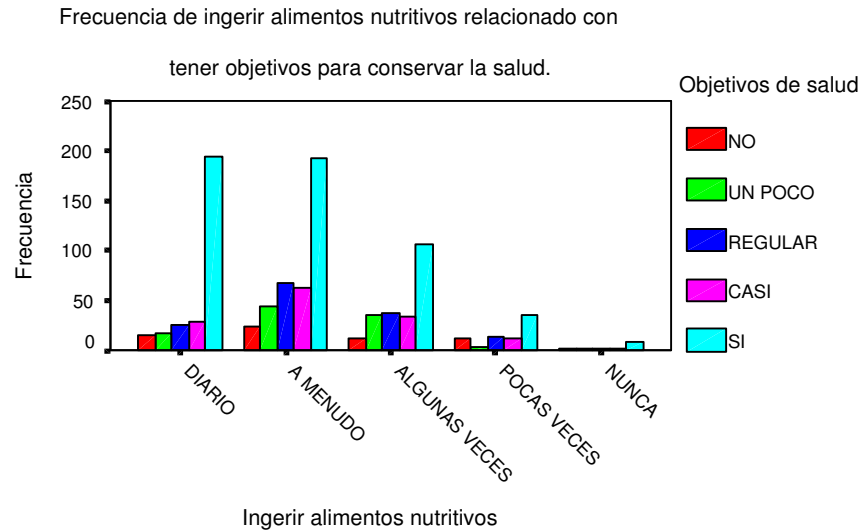


Figura 75. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación de tener objetivos para conservar la salud.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionados con salud para conseguir propósitos

Con respecto, a las variables “ingerir alimentos nutritivos” y “tener buena salud para conseguir propósitos en la vida, las frecuencias más altas se encontraron en la respuesta ingerir alimentos, “a menudo” (322), “diario” (250) y “algunas veces” (177) con “si” se debe tener buena salud para conseguir propósitos en la vida. Se identificó estrecha correlación entre las variables, al revelar un valor de .000 (ver tabla y figura 76).

	Salud para conseguir propósitos					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	4	0	10	16	250	280
alimentos A MENUDO	6	2	19	38	322	387
nutritivos ALGUNAS VECES	7	5	16	19	177	224
POCAS VECES	1	1	9	7	56	74
NUNCA	2	1	1	0	10	14
Total	20	9	55	80	815	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	42.397	16	.000

Tabla 76. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos” y “salud para conseguir propósitos”.

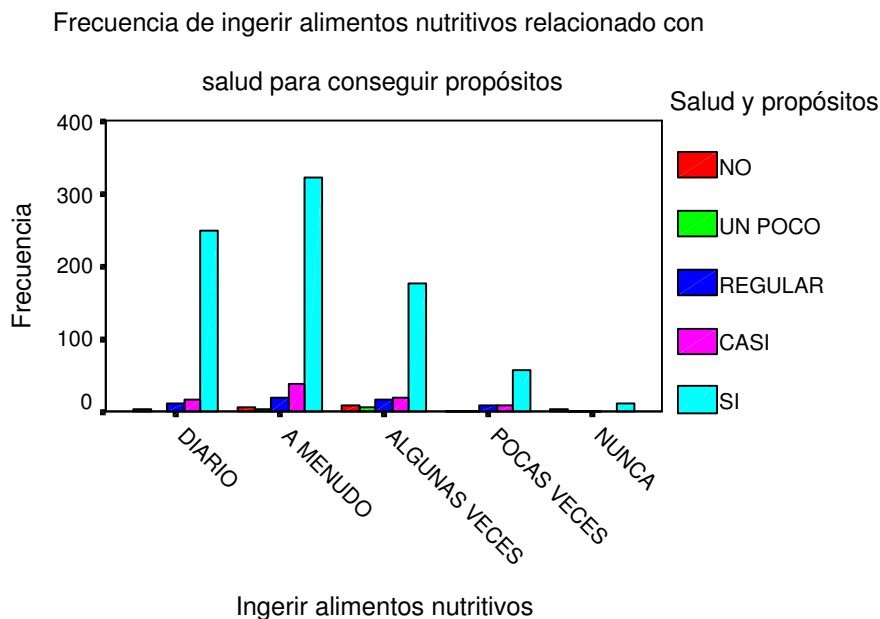


Figura 76. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En “ingerir alimentos nutritivos” y “tener buena salud para ser productivo y feliz”, las frecuencias más altas fueron 272, 233 y 159, correspondientes a ingerir alimentos nutritivamente “a menudo”, “diario” y “algunas veces con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. En la figura, se muestra que no importando si ingiere o no alimentos, las frecuencias más altas fueron para la respuesta “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. El nivel de significancia fue de .003, lo que muestra que si hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 77).

	Buena salud para ser productivo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	9	4	17	17	233	280
alimentos A MENUDO	18	19	27	53	272	389
nutritivos ALGUNAS VECES	9	7	28	20	159	223
POCAS VECES	5	4	9	6	50	74
NUNCA	0	1	3	1	9	14
Total	41	35	84	97	723	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	35.612	16	.003

Tabla 77. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "ingerir alimentos nutritivos" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

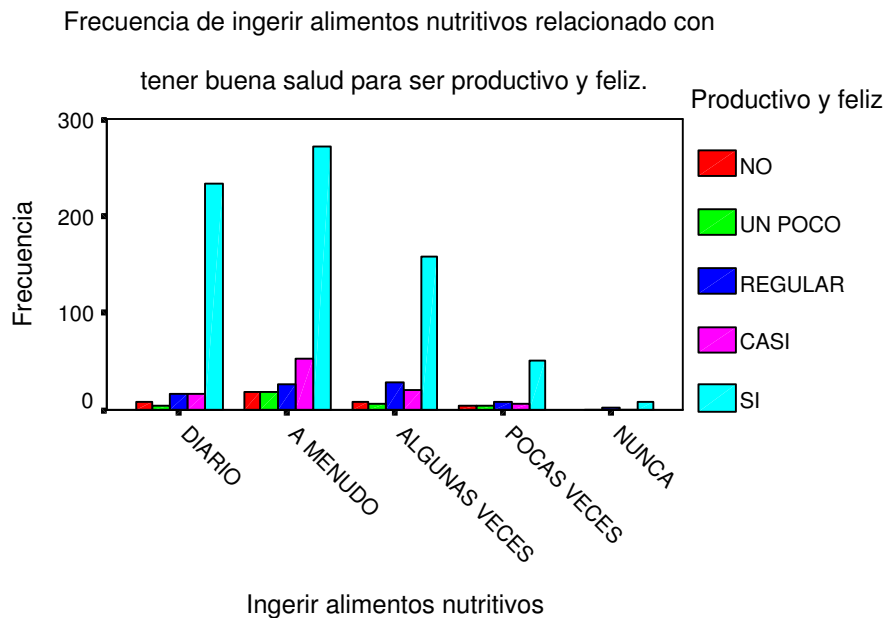


Figura 77. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación a requerir de buena salud, para ser productivo y feliz.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

En la figura y tabla 78, se muestran los resultados de las variables “ingerir alimentos nutritivos” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”, las frecuencias mayores son: 276, 243 y 160, para las correlaciones ingerir alimentos nutritivos “a menudo”, “diario” , y “algunas veces” con “si” es importante tener una buena salud par una vida feliz. El nivel de Significancia fue de .000, lo que demuestra una estrecha correlación entre las variables, es decir, que las personas que ingieren alimentos nutritivos piensan que es importante tener una buena salud para una vida feliz.

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	11	1	14	11	243	280
alimentos A MENUDO	13	14	27	59	276	389
nutritivos ALGUNAS VECES	7	18	15	24	160	224
POCAS VECES	2	3	7	11	51	74
NUNCA	1	1	2	2	8	14
Total	34	37	65	107	738	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	51.710	16	.000

Tabla 78. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “Ingerir alimentos nutritivos” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

Frecuencia de ingerir alimentos nutritivos relacionado con tener buena

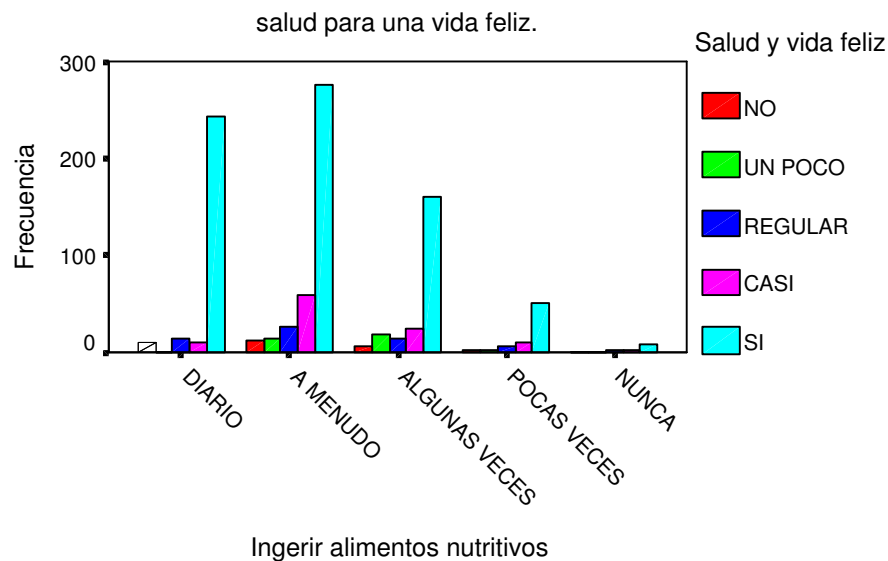


Figura 78. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Ingerir alimentos nutritivos correlacionado con cosas más importantes que la salud

Por lo que se refiere, a las categorías “ingerir alimentos nutritivos” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”, las frecuencias más altas se encontraron en las siguientes cifras: 254, 216 y 147, para las siguientes correlaciones (respectivamente): ingerir alimentos nutritivos “a menudo”, “a diario” y “algunas veces con “no” existen cosas más importantes que la salud. El valor de Significancia fue de .009 lo que demuestra, que hay correlación entre “ingerir alimentos nutritivos” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”, es decir, las personas que ingieren alimentos nutritivos, de manera regular o algunas veces, piensan que no existen cosas más importantes que la salud (ver tabla y figura 79).

Cosas más importantes que salud	
---------------------------------	--

	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Ingerir DIARIO	216	8	8	7	41	280
alimentos A MENUDO	254	38	30	20	47	389
nutritivos ALGUNAS	147	21	14	10	30	222
VECES	47	8	8	3	8	74
POCAS	9	2	2	0	1	14
VECES						
NUNCA						
Total	673	77	62	40	127	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	32.302	16	.009

Tabla 79. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

Frecuencia de ingerir alimentos nutritivos relacionado con

cosas más importantes que la salud

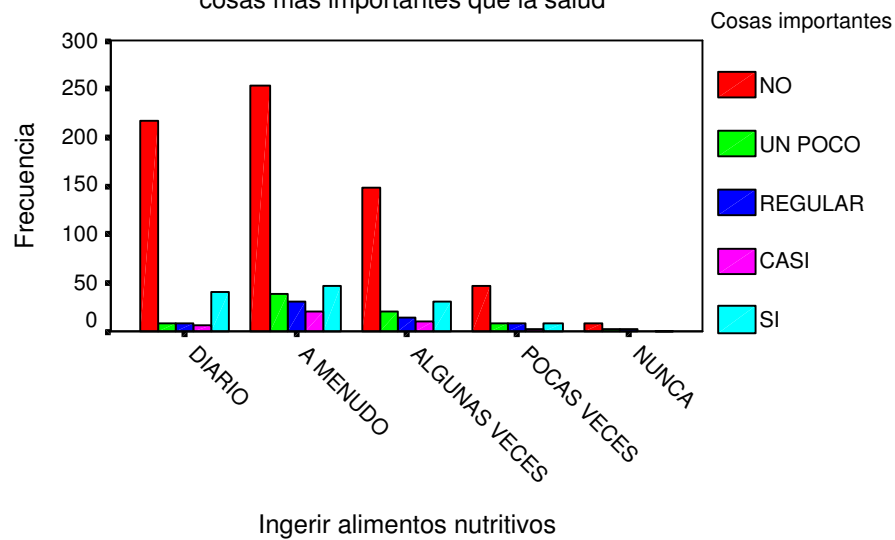


Figura 79. Muestra la frecuencia, de ingerir alimentos nutritivos, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Ingerir vitaminas correlacionado con atender y cuidar su salud

En cuanto, a “ingerir vitaminas” y “atender y cuidar su salud”, las frecuencias mayores se encontraron en: ingerir vitaminas “algunas veces” relacionado con atender y cuidar su salud “regularmente” (100), ingerir vitaminas “pocas veces” con atender y cuidar su salud “regularmente (93) y en ingerir vitaminas “nunca” con “si atender y cuidar su salud. En la figura, se observa que en todas las respuestas de ingerir vitaminas con atender el rendimiento del cuerpo, la frecuencia mayor para esta última fue en “regularmente”. Se identificó un valor de Significancia de .001, lo que demuestra que si hay correlación en las variables (ver figura y tabla 80).

	Atender y cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	2	4	19	17	26	68
vitaminas A MENUDO	6	15	52	26	40	139
ALGUNAS VECES	9	45	100	44	80	278
POCAS VECES	7	45	93	42	63	250
NUNCA	19	51	60	32	81	243
Total		160	324	161	290	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	38.070	16	.001

Tabla 80. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir vitaminas” y “atender y cuidar su salud”.

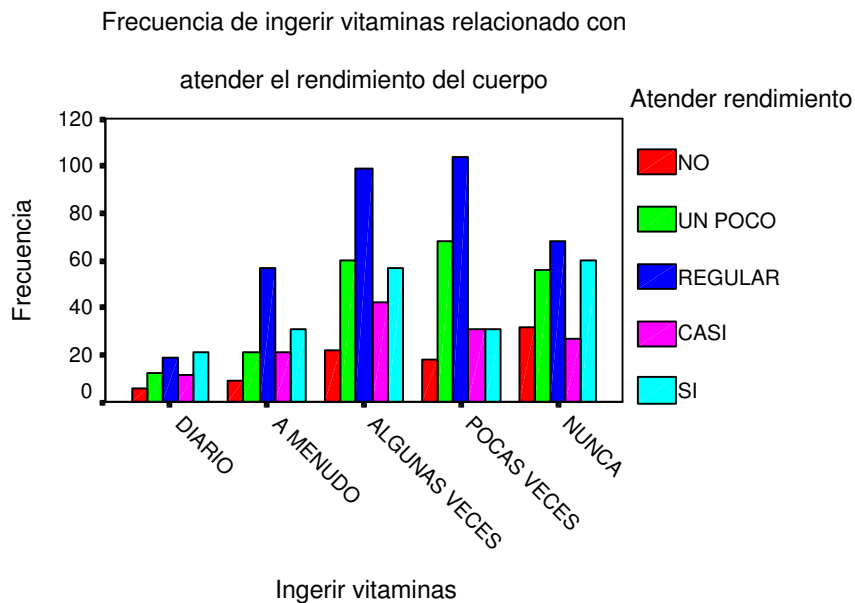


Figura 80. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Ingerir vitaminas correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

En la figura y tabla 81, se muestran los resultados de la correlación entre las variables: “ingerir vitaminas” y “atender el rendimiento del cuerpo”, se identifican como frecuencias más altas: 104 y 99, concernientes a ingerir vitaminas “pocas veces” y “algunas veces” con atender el rendimiento del cuerpo de manera “regular”. En la figura, se observa que las frecuencias mayores fueron en “regularmente” y “si” atender el rendimiento del cuerpo, independientemente del consumo de vitaminas. El nivel de Significancia, encontrado con la prueba Chi cuadrada, fue de .001 indicando correlación entre las variables.

	Atender rendimiento del cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	6	12	19	11	21	69
vitaminas A MENUDO	9	21	57	21	31	139
ALGUNAS VECES	22	60	99	42	57	280
POCAS VECES	18	68	104	31	31	252
NUNCA	32	56	68	27	60	243
Total	87	217	347	132	200	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	38.816	16	.001

Tabla 81. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir vitaminas” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

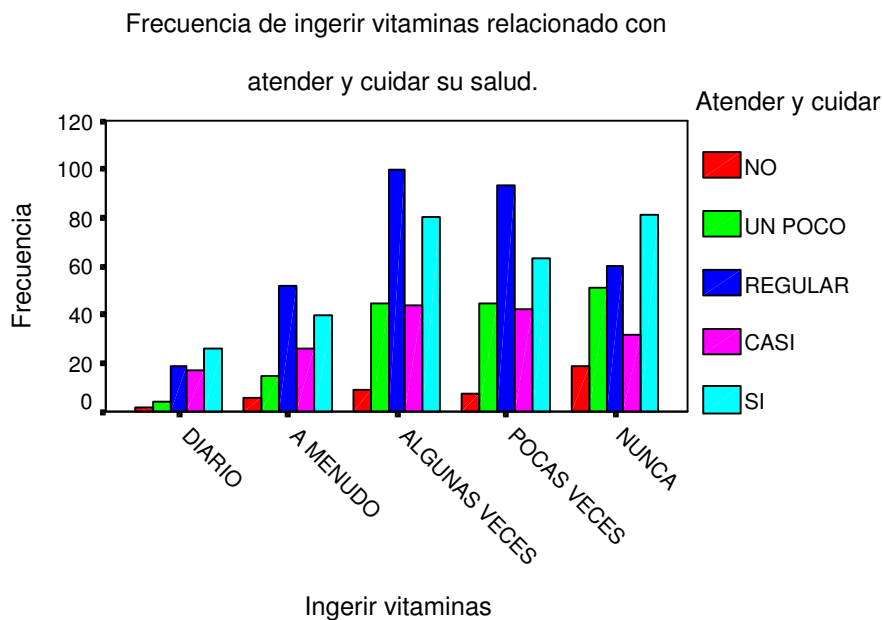


Figura 81. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas, con relación de atender y cuidar su salud.

Ingerir vitaminas correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

En “ingerir vitaminas” y “tener objetivos para cuidar la salud”, la frecuencia más alta fue 143 para la correlación entre ingerir vitaminas “algunas veces” con “si” a tener objetivos para cuidar la salud, la siguiente frecuencia mayor, fue 139 coincidente en dos correlaciones, una de ellas “nunca” ingerir vitaminas con “si” tener objetivos para cuidar la salud y “pocas veces” ingerir vitaminas con “si” tener objetivos para cuidar la salud. En la figura se observa que la frecuencia mayor para todas las categorías de ingerir vitaminas con relación a tener objetivos, fue en “si”. La prueba mostró un nivel de Significancia de .000 lo que demuestra, una estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 82).

		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	vitaminas	1	4	7	21	35	68
A MENUDO		9	11	20	22	77	139
ALGUNAS VECES		17	36	42	42	143	280
POCAS VECES		11	23	49	30	139	252
NUNCA		28	26	27	23	139	243
Total		66	100	145	138	533	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	44.259	16	.000

Tabla 82. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir vitaminas ” y “tener objetivos para conservar la salud”.

Frecuencia de ingerir vitaminas relacionado con tener objetivos

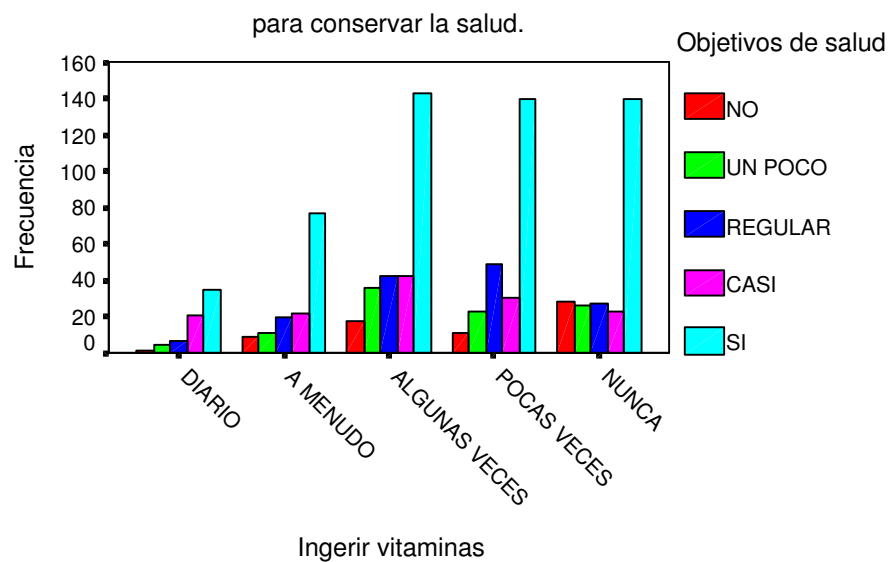


Figura 82. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas con relación a tener objetivos para conservar la salud.

Ingerir vitaminas correlacionado con salud para conseguir propósitos

Para las variables: “ingerir vitaminas” y “tener buena salud para conseguir propósitos en la vida”, se muestran las frecuencias mayores de: 237, 208, 194 y 115, para las correlaciones “algunas veces”, “nunca”, “pocas veces” y “a menudo” con “sí” es necesario tener salud para conseguir los propósitos en la vida. La prueba estadística, mostró un valor de .029 lo que significa, que dichas variables, se correlacionan (ver tabla y figura 83).

	Salud para conseguir propósitos					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	1	0	1	7	59	68
vitaminas A MENUDO	1	1	11	11	115	139
ALGUNAS VECES	1	0	17	23	237	278
POCAS VECES	8	5	20	25	194	252
NUNCA	9	3	9	14	208	243
Total	20	9	58	80	813	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	28.268	16	.029

Tabla 83. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir vitaminas” y “salud para conseguir propósitos”.

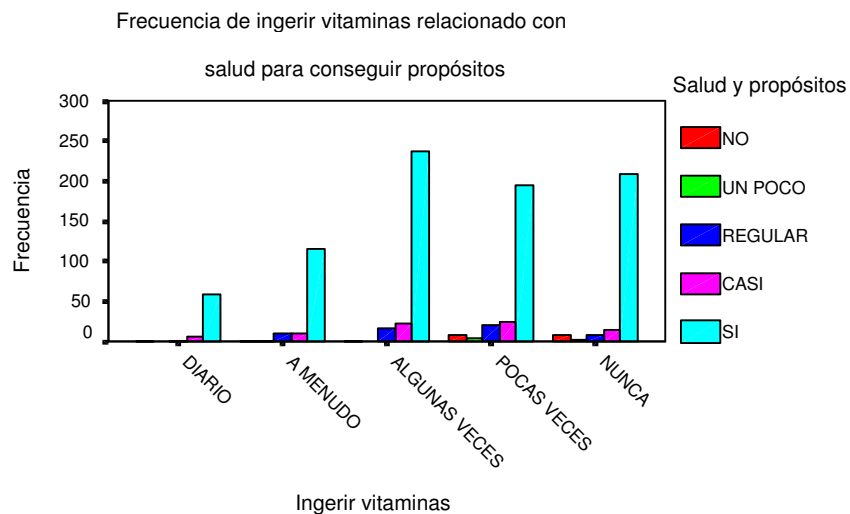


Figura 83. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Ingerir vitaminas correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En la tabla y figura 84, se muestran las variables “ingerir vitaminas” y “ tener buena salud para ser productivo y feliz”, para las cuales, las frecuencias más altas fueron: 208, 193 y 168, para las correlaciones “algunas veces” ingiero vitaminas con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz, “nunca” ingiero vitaminas con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz y “pocas veces” ingiero vitaminas con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz (respectivamente). En cuanto a la prueba Chi cuadrada, el valor de Significancia fue de .031 lo que demuestra, correlación entre las variables.

	Buena salud para ser productivo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	1	1	9	2	55	68
vitaminas A MENUDO	5	5	16	16	97	139
ALGUNAS VECES	10	11	17	33	208	279
POCAS VECES	12	10	29	33	168	252
NUNCA	13	8	16	13	193	243
Total	41	35	87	97	721	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	26.049	16	.031

Tabla 84. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "ingerir vitaminas" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

Frecuencia de ingerir vitaminas relacionado con tener buena

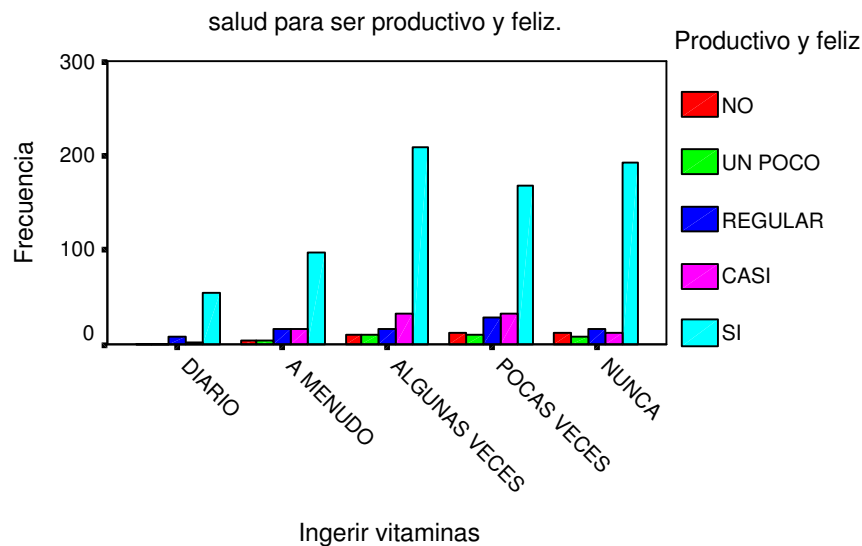


Figura 84. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas, con relación a requerir de buena salud para ser productivo y feliz.

Ingerir vitaminas correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

Con respecto a las variables "ingerir vitaminas" y "la importancia de tener buena salud para ser productivo y feliz", las frecuencias mayores son: 209 para la correlación "algunas veces" ingiero vitaminas con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz", 193 para "nunca" ingiero vitaminas con "si" es importante tener salud para una vida feliz", 183 para "pocas veces" ingiero vitaminas con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz" y 101 para "a menudo" ingiero vitaminas con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz. En la figura se puede observar, que aunque las personas ingieran o no vitaminas, consideran que es importante tener buena salud para una vida feliz. La prueba mostró un valor de .229 lo que indica, que las variables no se correlacionan entre sí (ver tabla y figura 85).

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir DIARIO	1	3	8	6	50	68
vitaminas A MENUDO	6	6	13	13	101	139
ALGUNAS VECES	14	13	15	29	209	280
POCAS VECES	5	11	14	39	183	252
NUNCA	8	6	16	20	193	243
Total	34	39	66	107	736	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	19.797	16	.229

Tabla 85. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "Ingerir vitaminas" y "la importancia de tener buena salud para una vida feliz".

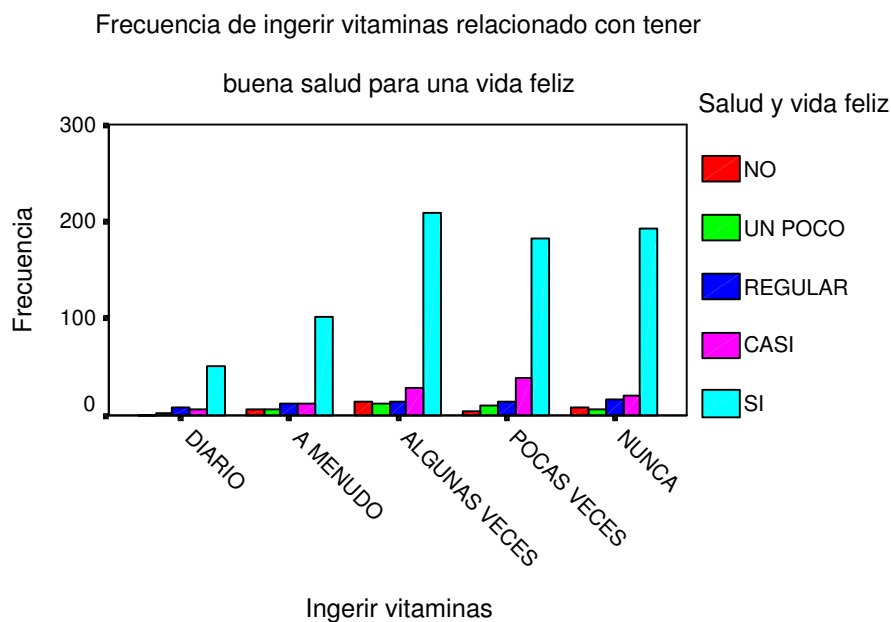


Figura 85. Muestra la frecuencia, de ingerir vitaminas con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Leer sobre cuidado de salud correlacionado con atender y cuidar su salud

Las frecuencias mayores, con respecto a las variables “leer sobre el cuidado de la salud” y “atender y cuidar su salud”, corresponden a las correlaciones: “pocas veces” leo sobre el cuidado de la salud con atiengo y cuido la salud de manera “regular” (109) y “algunas veces” leo sobre el cuidado de la salud con atiengo y cuido la salud “regularmente” (100). En la figura, se observa, que las frecuencias mayores se obtuvieron en “regular y “si” para la categoría de atender y cuidar su salud, no importando si leen o no, sobre el cuidado de la salud. La prueba mostró un nivel de Significancia de .000 lo que indica, que si hay correlación en las variables (ver tabla y figura 86).

		Atender y cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Leer sobre cuidado de salud	DIARIO	1	3	7	3	11	25
	A MENUDO	4	19	36	25	65	149
	ALGUNAS VECES	5	47	100	53	90	295
	POCAS VECES	12	42	109	55	67	285
	NUNCA	21	49	72	25	57	224
Total			160	324	161	290	978

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	53.583	16	.000

Tabla 86. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “leer sobre el cuidado de la salud” y “atender y cuidar su salud”.

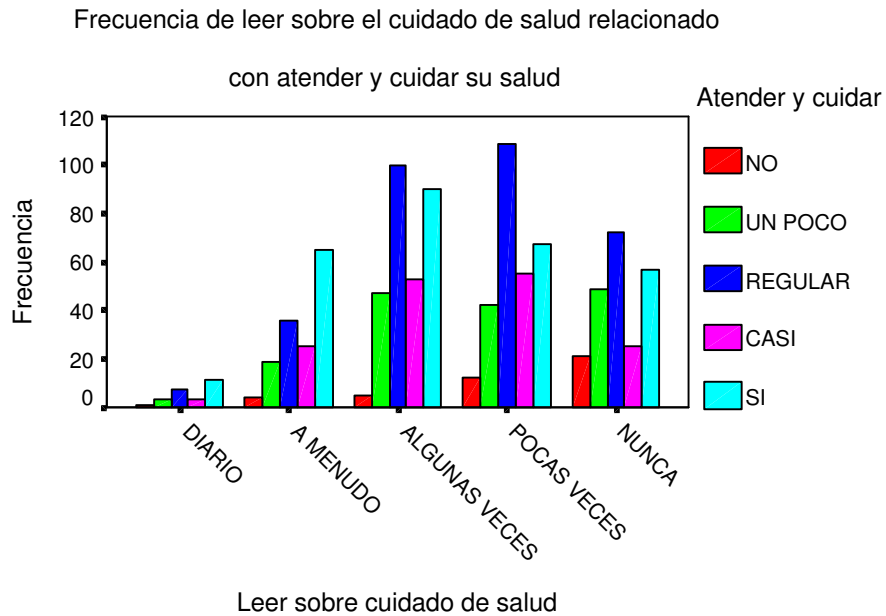


Figura 86. Muestra la frecuencia, de leer sobre el cuidado de la salud con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Leer sobre el cuidado de la salud correlacionado con anticipar problemas de salud

En la figura y tabla 87, se muestran las variables “leer sobre el cuidado de la salud” y “anticipar problemas de salud”, se identifica que las frecuencias mayores son 98, 89 y 74, concernientes a las correlaciones leer sobre el cuidado de la salud “nunca”, “pocas veces”, “algunas veces” con “no” anticipar los problemas de salud, otra frecuencia mayor fue de 73 para la relación leer sobre el cuidado de salud “algunas veces” con anticipar los problemas de salud “un poco”. En la figura, se observa, que independientemente de leer o no sobre el cuidado de la salud, la mayoría de las personas, tienden a no anticipar problemas de salud. En cuanto, al nivel de Significancia fue de .000 lo que demuestra, estrecha correlación en las variables.

Anticipar problemas de salud						
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Leer sobre DIARIO	4	2	6	5	8	25
cuidado deA	28	23	30	22	46	149
salud MENUDO	74	73	57	46	47	297
ALGUNAS	89	52	62	47	35	285
VECES	98	41	23	25	37	224
POCAS	293	191	178	145	173	980
VECES						
NUNCA						
Total						

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	68.888	16	.000

Tabla 87. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “ingerir alimentos nutritivos ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

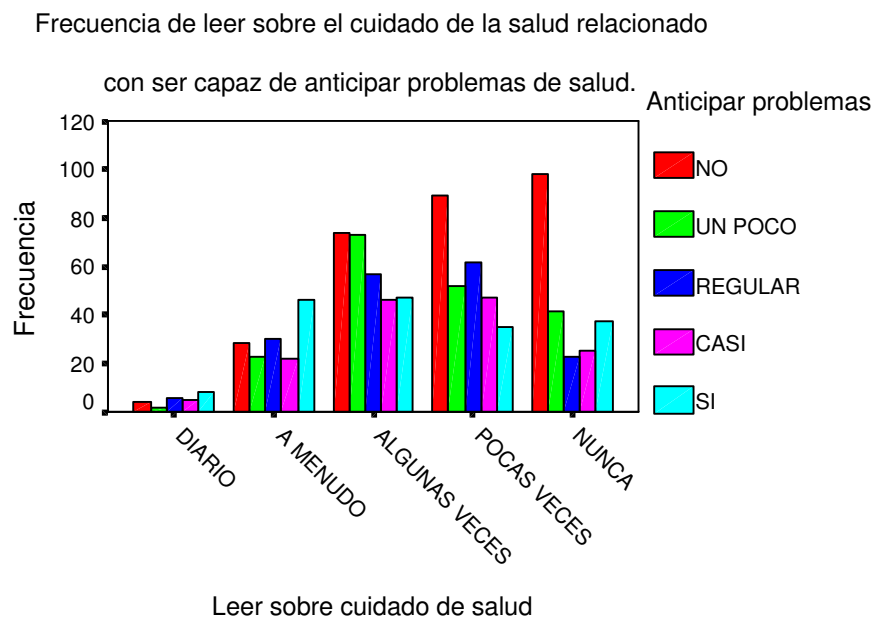


Figura 87. Muestra la frecuencia, de leer sobre el cuidado de salud, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Leer sobre cuidado de salud correlacionado con salud para conseguir propósitos

En las variables “leer sobre el cuidado de salud” y “salud para conseguir los propósitos”, las frecuencias más altas son: 248,228,191 y 128, para la correlación leer sobre el cuidado de la salud “algunas veces”, “pocas veces”, “nunca” y “a menudo” (respectivamente) con “si” se necesita tener buena salud para conseguir propósitos en la vida. La prueba estadística, mostró un valor de .081 lo que demuestra, que no hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 88).

		Salud para conseguir propósitos					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Leer sobre cuidado de salud	DIARIO	1	0	2	4	18	25
	A MENUDO	2	1	10	8	128	149
	ALGUNAS VECES	6	1	13	28	248	296
	POCAS VECES	2	5	21	30	228	286
	NUNCA	9	2	12	10	191	224
	Total	20	9	58	80	813	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	24.420	16	.081

Tabla 88. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “leer sobre el cuidado de la salud” y “salud para conseguir propósitos”.

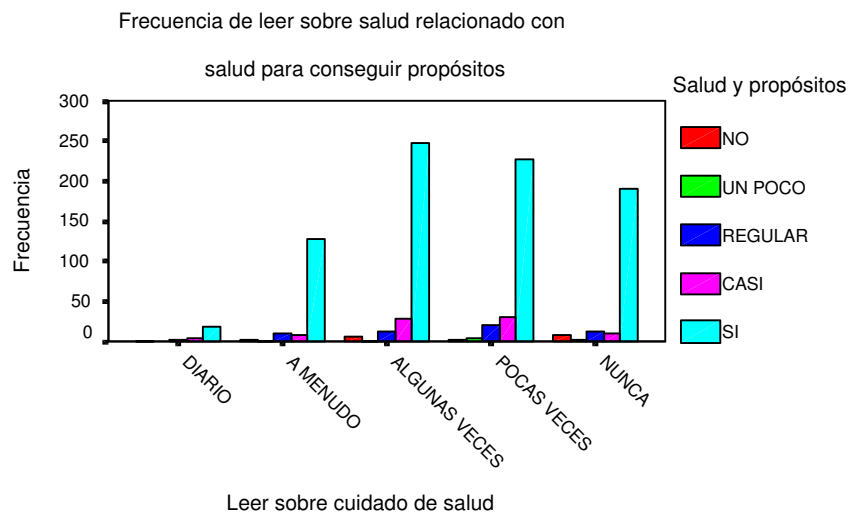


Figura 88. Muestra la frecuencia, de leer sobre el cuidado de la salud, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Leer sobre el cuidado de la salud correlacionado con cosas más importantes que la salud

En la figura y tabla 89, se encuentran las frecuencias de las variables: “leer sobre el cuidado de la salud” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”, los valores mayores fueron: 202, 192, 157 y 103, para las correlaciones: leer sobre el cuidado de la salud “algunas veces”, “pocas veces”, “nunca” y “a menudo” con “no” existen cosas más importantes que la salud. Se indicó un valor de .232 lo que implica, que no hay correlación entre dichas variables.

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Leer sobre DIARIO	17	3	3	0	2	25
cuidado de A MENUDO	103	9	11	4	22	149
salud ALGUNAS VECES	202	27	15	13	40	297
POCAS VECES	192	23	26	16	28	285
NUNCA	157	15	8	7	37	224
Total	671	77	63	40	129	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	19.746	16	.232

Tabla 89. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “leer escritos sobre el cuidado de la salud” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

Frecuencia de leer sobre el cuidado de la salud relacionado con

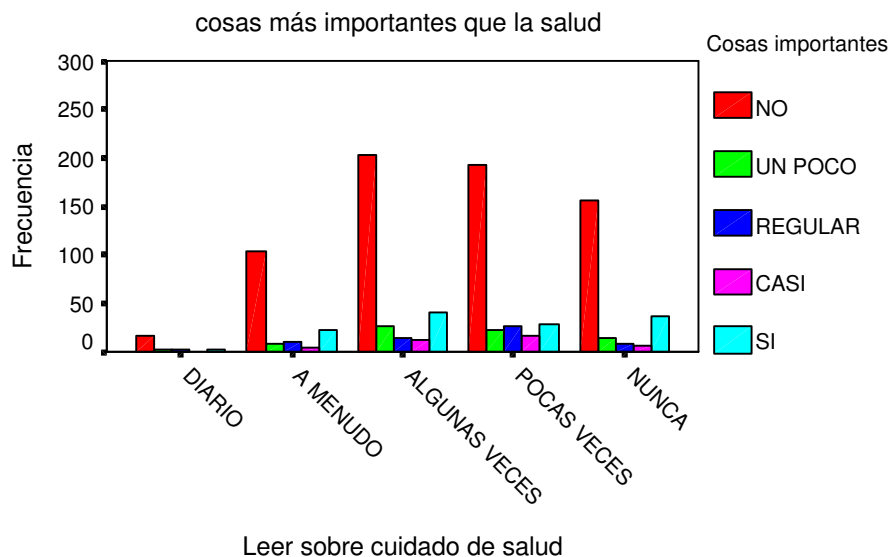


Figura 89. Muestra la frecuencia, de leer sobre el cuidado de la salud, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Medir el colesterol correlacionado con atender y cuidar su salud

En la tabla y figura 90, se identifica que en las variables “medir el colesterol” y “atender y cuidar su salud”, la frecuencia más alta, fue para la correlación entre “nunca” mido mi colesterol con “regularmente”, atiendo y cuido mi salud (193), seguido de la correlación de “nunca” mido mi colesterol y “si” atiendo y cuido mi salud (142), otra frecuencia alta fue para “nunca” mido mi colesterol con “un poco”, atiendo y cuido mi salud (120). Es importante recalcar, que diversas personas (579), “nunca” miden su colesterol. En esta correlación, entre dichas variables, el nivel significativo fue de .000 lo que indica, la estrecha correlación entre medir el colesterol y atender y cuidar la salud, en este caso se visualiza, que aunque las personas dicen que atienden y cuiden su salud, por lo general no miden su colesterol.

		Atender y cuidar su salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir su colesterol	DIARIO	1	4	6	4	12	27
	A MENUDO	4	4	10	9	24	51
	ALGUNAS VECES	2	11	42	31	65	151
	POCAS VECES	5	21	73	25	47	171
	NUNCA	33	120	193	91	142	579
	Total	45	160	324	160	290	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	59.444	16	.000

Tabla 90. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir su colesterol ” y “atender y cuidar su salud”.

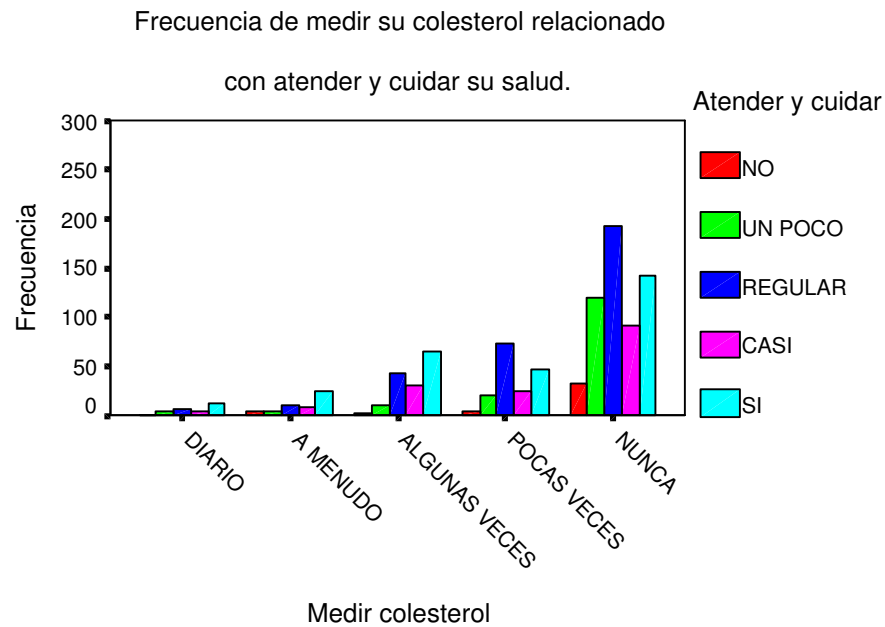


Figura 90. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación de atender y cuidar su salud.

Medir el colesterol correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

Con lo referente, a las variables “medir el colesterol” y “atender el rendimiento del cuerpo”, las frecuencias mayores, se encuentran en las correlaciones: “nunca” mido mi colesterol con “regularmente” atendiendo el rendimiento del cuerpo (214), “nunca” mido mi colesterol con “un poco” atendiendo el rendimiento del cuerpo (140) y “nunca mido mi colesterol con “sí” atendiendo el rendimiento del cuerpo (104). Se observa, que las mayoría de las personas se encuentran en la categoría “nunca” mido mi colesterol, sin embargo respondieron que atienden el rendimiento de su cuerpo “regularmente”. El valor de Chi cuadrada fue de .002 lo que indica, que si hay correlación (ver tabla y figura 91).

		Atender rendimiento del cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir colesterol	DIARIO	2	3	11	1	10	27
	A MENUDO	2	10	17	8	14	51
	ALGUNAS VECES	7	21	50	32	41	151
	POCAS VECES	17	42	55	26	31	171
	NUNCA	61	140	214	65	104	584
Total	89	216	347	132	200	984	

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi- Cuadrada	37.785	16	.002

Tabla 91. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir su colesterol” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

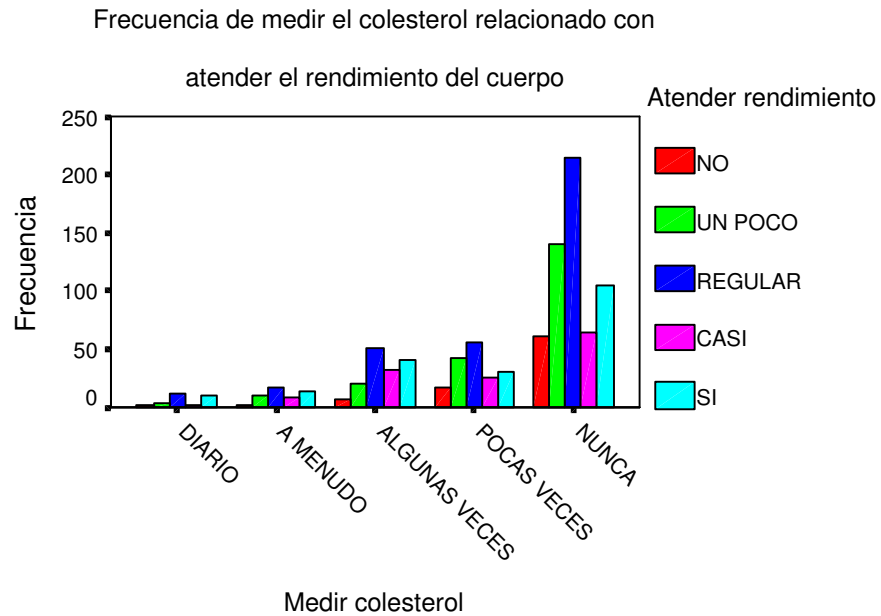


Figura 91. Muestra la frecuencia, de medir el colesterol, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Medir el colesterol correlacionado con estar al pendiente de las reacciones del cuerpo

En “medir el colesterol” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”, las frecuencias más altas fueron: 284, 117 y 88, para las siguientes correlaciones: “nunca” medir el colesterol con “si” estoy al pendiente de las reacciones del cuerpo, “nunca” medir el colesterol con estar al pendiente de las reacciones del cuerpo de manera “regular” y “algunas veces” medir el colesterol con “si” estar al pendiente de las reacciones del cuerpo. En la figura, se observa que la mayoría de las personas dicen que “si” están al pendiente de las reacciones de cuerpo sin embargo “nunca” miden su colesterol. La prueba estadística, indicó un valor de .005 lo que demuestra, correlación entre las variables (ver tabla y figura 92).

		Pendiente de reacciones del cuerpo					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Medir colesterol	DIARIO	1	3	5	2	16	27
	A MENUDO	0	3	8	5	35	51
	ALGUNAS VECES	1	7	23	32	88	151
	POCAS VECES	6	11	37	31	86	171
	NUNCA	39	61	117	82	284	583
	Total	47	85	190	152	509	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	34.200	16	.005

Tabla 92. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "medir su colesterol" y "estar al pendiente de las reacciones del cuerpo".

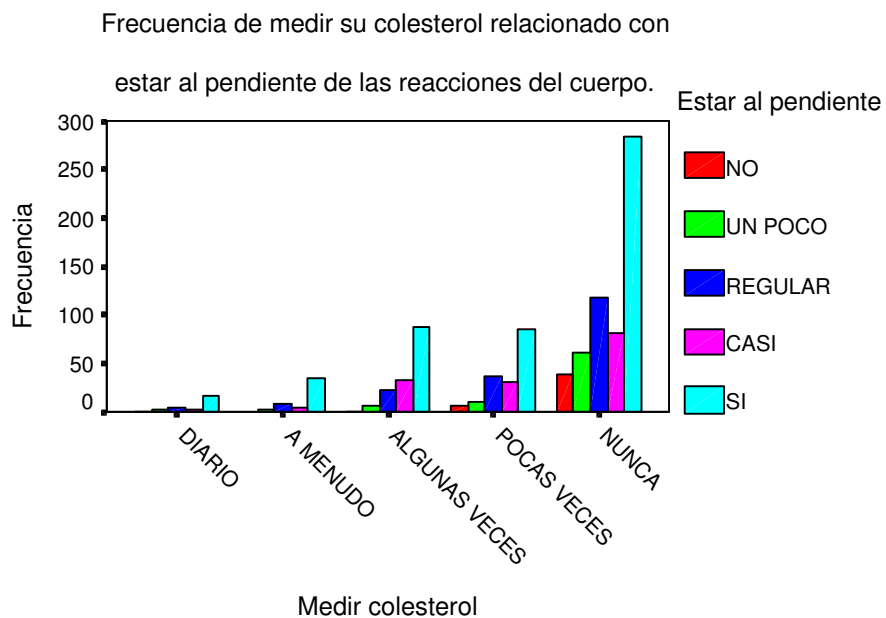


Figura 92. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación a estar pendiente de las reacciones del cuerpo.

Medir el colesterol correlacionado con anticipar problemas de salud

Referente a “medir el colesterol” y “ser capaz de anticipar problemas de salud”, se encontró como frecuencias mayores: 199, 114 y 97, concernientes a las siguientes correlaciones: “nunca” mido mi colesterol con “no” anticipo los problemas de salud, “nunca” mido mi colesterol con “un poco” soy capaz de anticipar problemas de salud y “nunca” mido mi colesterol con “sí” soy capaz de anticipar problemas de salud. En la figura, se observa que la mayoría de las personas “nunca” miden su colesterol y además dicen que “no” y “un poco” son capaces de anticipar problemas de salud. La prueba estadística tuvo un nivel de Significancia de .000 lo cual demuestra, estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 93).

		Anticipar problemas de salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Medir colesterol	DIARIO	12	3	6	2	4	27
	A MENUDO	8	4	16	5	18	51
	ALGUNAS VECES	33	28	36	24	30	151
	POCAS VECES	42	42	36	27	24	171
	NUNCA	199	114	84	87	97	581
	Total	294	191	178	145	173	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	46.997	16	.000

Tabla 93. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir su colesterol” y “anticipar futuros problemas de salud”.

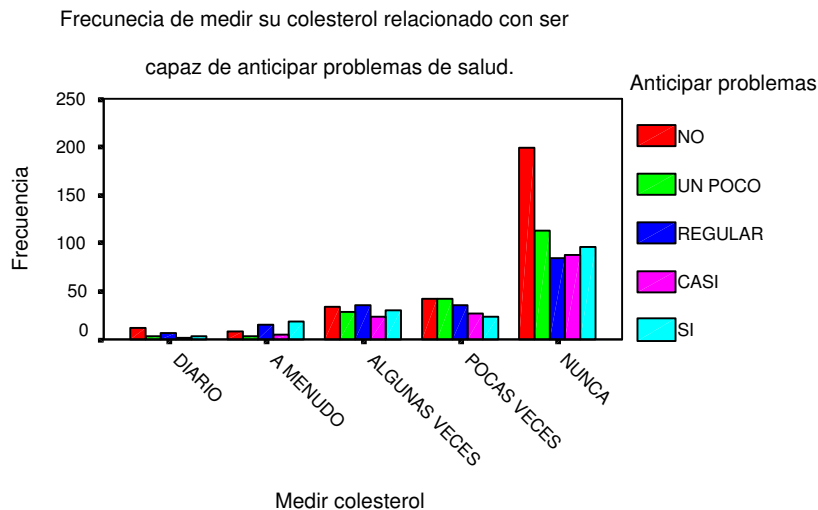


Figura 93. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación a ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Medir el colesterol correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

En la tabla y figura 94, se muestran las frecuencias de las variables “medir el colesterol” y “tener objetivos para cuidar su salud”, las cifras más altas son: 310, 91 y 86, para las correlaciones: “nunca” mido el colesterol con “si” tengo objetivos para cuidar la salud, “pocas veces” mido el colesterol con “si” tengo objetivos para cuidar la salud y “nunca” mido el colesterol con “regularmente” tengo objetivos para cuidar la salud. Se observa, en la figura, que gran parte de las personas “nunca” miden su colesterol, sin embargo, dicen tener objetivos para cuidar su salud. La prueba estadística, indicó un valor de .003 lo que implica, correlación entre las variables.

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir DIARIO	0	3	3	6	15	27
colesterol A MENUDO	0	3	6	4	38	51
ALGUNAS VECES	4	12	30	24	81	151
POCAS VECES	9	16	20	35	91	171
NUNCA	53	66	86	68	310	583
Total	66	100	145	137	535	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	35.772	16	.003

Tabla 94. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir colesterol ” y “tener objetivos para conservar la salud”.

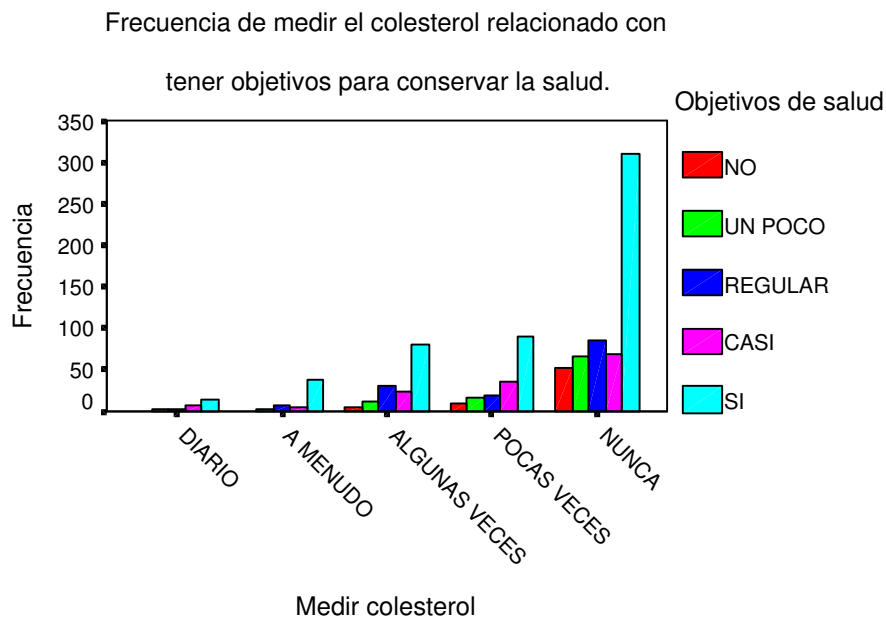


Figura 94. Muestra la frecuencia, de medir el colesterol, con relación a tener objetivos para conservar ala salud.

Medir colesterol correlacionado con salud para conseguir propósitos

En cuanto a “medir el colesterol” con “tener buena salud para conseguir propósitos en la vida, las frecuencias mayores fueron de las siguientes correlaciones: “nunca” mido el colesterol con “si” es necesario tener buena salud para conseguir propósitos en la vida (473), “pocas veces” mido el colesterol con “si” es necesario tener buena salud para conseguir propósitos en la vida (147) y “algunas veces” mido el colesterol con “si” es necesario tener buena salud para conseguir propósitos en la vida (126). La prueba mostró un valor de .235 lo que indica, que no existe correlación entre “medir el colesterol” con “tener buena salud para conseguir propósitos en la vida” (ver tabla y figura 95).

		Salud para conseguir propósitos					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Medir colesterol	DIARIO	0	1	2	2	22	27
	A MENUDO	1	0	1	3	46	51
	ALGUNAS VECES	0	1	13	11	126	151
	POCAS VECES	1	1	5	17	147	171
	NUNCA	18	6	37	47	473	581
	Total	20	9	58	80	814	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	19.687	16	.235

Tabla 95. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir colesterol” y “salud para conseguir propósitos”.

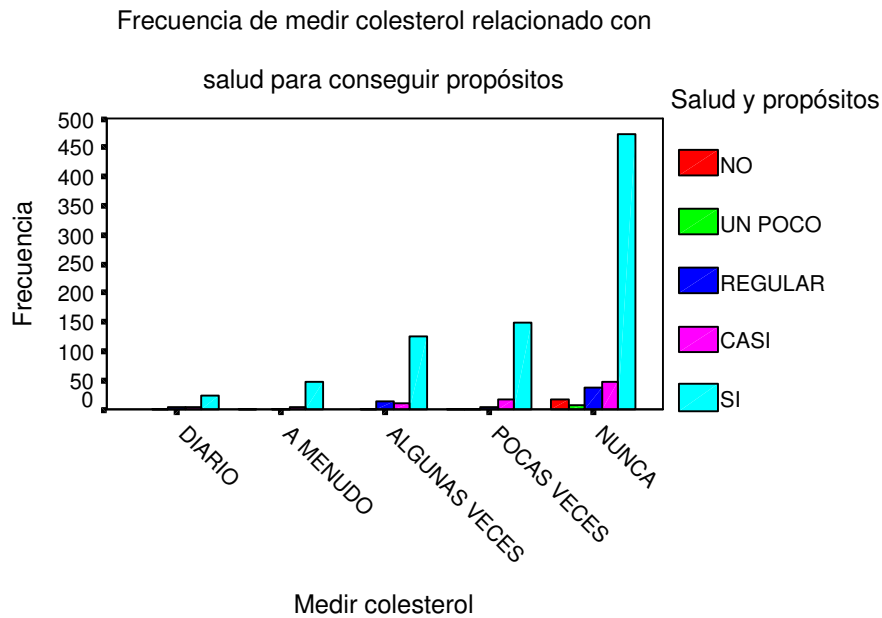


Figura 95. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Medir colesterol correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En cuanto a “medir el colesterol” y “tener buena salud para ser productivo y feliz”, las frecuencias mayores se encontraron en las siguientes correlaciones: “nunca” medir el colesterol relacionado con “si” es necesario tener buena salud para ser productivo y feliz (433); “pocas veces” medir el colesterol relacionado con “si” es necesario tener buena salud para ser productivo y feliz (120) y “algunas veces” medir el colesterol con relación a “si” se necesita tener buena salud para ser productivo y feliz (110). En la figura de dichas variables, se puede observar que una gran proporción de personas respondieron que no miden su colesterol, no obstante, dicen que si es necesario tener buena salud para ser productivo y feliz. Se confirmó un nivel de Significancia de .040, por lo que se puede mencionar, que si hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 96).

	Buena salud para ser productivo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir DIARIO	0	1	6	0	20	27
colesterol A MENUDO	1		3	7	40	51
ALGUNAS VECES	5	5	11	20	110	151
POCAS VECES	7	11	10	23	120	171
NUNCA	28	18	56	47	433	582
Total	41	35	86	97	723	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	27.099	16	.040

Tabla 96. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir colesterol” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”.

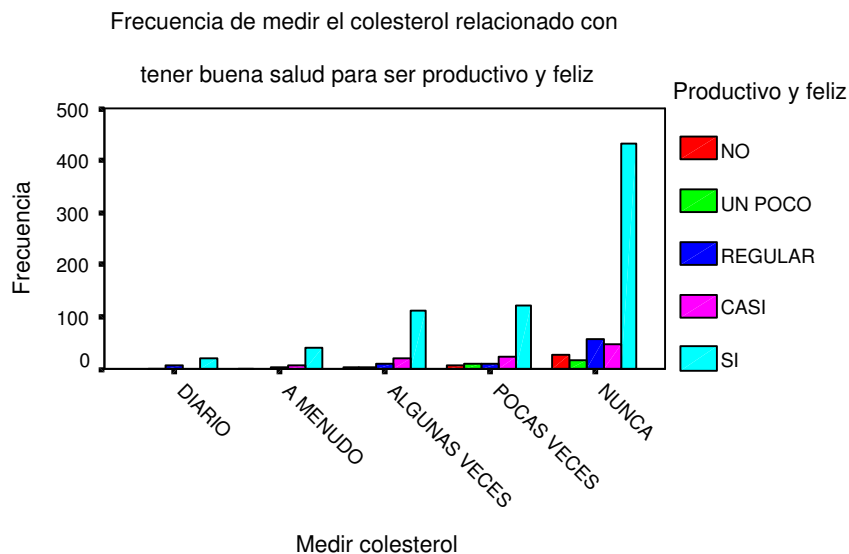


Figura 96. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación a requerir de buena salud, para ser productivo y feliz.

Medir colesterol correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

Para las variables “medir el colesterol” y “tener buena salud para ser productivo y feliz”, las tres frecuencias mayores fueron: 430, 131 y 117, concernientes a las siguientes correlaciones respectivamente: medir el colesterol “nunca”, “pocas veces” y “algunas veces” con “sí” es importante tener buena salud para tener una vida feliz. En la figura, se observa que la mayoría de las personas respondieron que “sí” es importante tener buena salud para una vida feliz, pero no miden su colesterol. El nivel de Significancia, fue de .259 lo que nos refiere, que no hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 97).

Medir colesterol	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
DIARIO	0	1	5	1	20	27
A MENUDO	1		5	5	40	51
ALGUNAS VECES	3	10	8	13	117	151
POCAS VECES	7	6	7	20	131	171
NUNCA	23	22	40	68	430	583
Total	34	39	65	107	738	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	19.195	16	.259

Tabla 97. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir colesterol” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

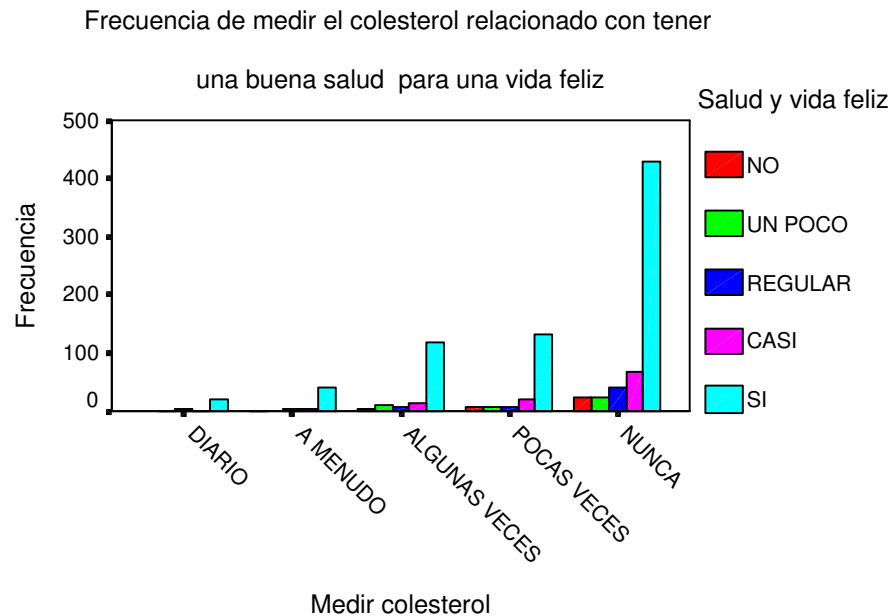


Figura 97. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación a la importancia, de tener buena salud, para una vida feliz.

Medir colesterol correlacionado con cosas más importantes que salud

En cuanto a, “medir el colesterol” y “cosas más importantes que la salud”, la frecuencia mayor fue 388 para la correlación entre “nunca” medir el colesterol con “no” existen cosas más importantes que la salud, la siguiente frecuencia alta fue 126 para “pocas veces” medir el colesterol con “no” existen cosas más importantes que la salud, y otra frecuencia mayor fue 103, concerniente, a la relación “algunas veces” medir el colesterol con no existen cosas más importantes que la salud. En la figura, se observa que la mayoría de las personas contestó que no existen cosas más importantes que la salud, sin embargo, nunca miden su colesterol. La prueba estadística, dio como resultado un valor de .285 que indica, no correlación entre las variables (ver tabla y figura 98).

		Cosas más importantes que salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir colesterol	DIARIO	17	4	2	0	4	27
	A MENUDO	38		3	3	7	51
	ALGUNAS VECES	103	16	9	3	20	151
	POCAS VECES	126	7	7	10	21	171
	NUNCA	388	50	42	24	77	581
	Total	672	77	63	40	129	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	18.700	16	.285

Tabla 98. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “medir colesterol” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

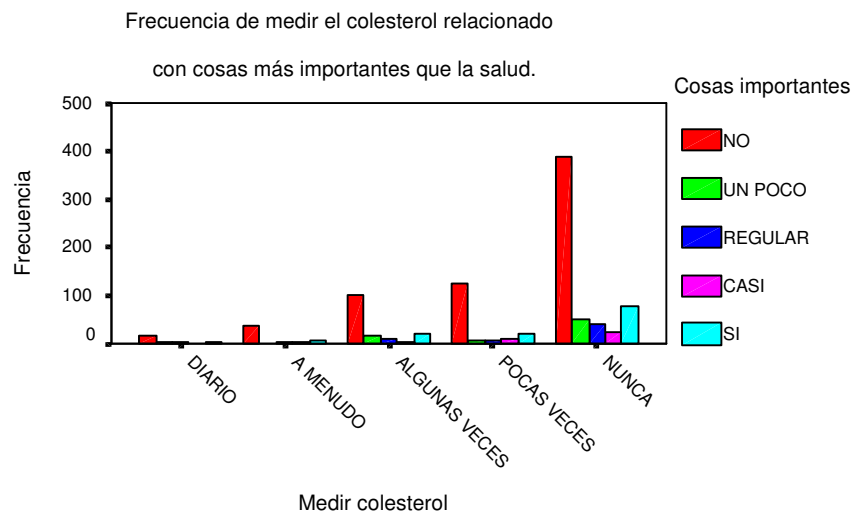


Figura 98. Muestra la frecuencia, de medir su colesterol, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Realizar ejercicio correlacionado con atender el rendimiento del cuerpo

En la figura y tabla 99, se muestran las variables “realizar ejercicio” y “atender el rendimiento del cuerpo”, las frecuencias mayores fueron:117 y 95, para las correlaciones “algunas veces” realizo ejercicio con atiende el rendimiento del cuerpo “regularmente” y “pocas veces” realizo ejercicio con atiende el rendimiento del cuerpo de manera “regular”. El valor que se mostró fue de .000 lo que demuestra estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 99).

	Atender rendimiento del cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar DIARIO	4	17	24	13	43	101
ejercicio A MENUDO	4	24	51	32	39	150
ALGUNAS VECES	16	48	117	36	41	258
POCAS VECES	14	57	95	27	30	223
NUNCA	51	71	60	24	46	252
Total		217	347	132	199	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	129.044	16	.000

Tabla 99. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio” y “atender el rendimiento del cuerpo”.

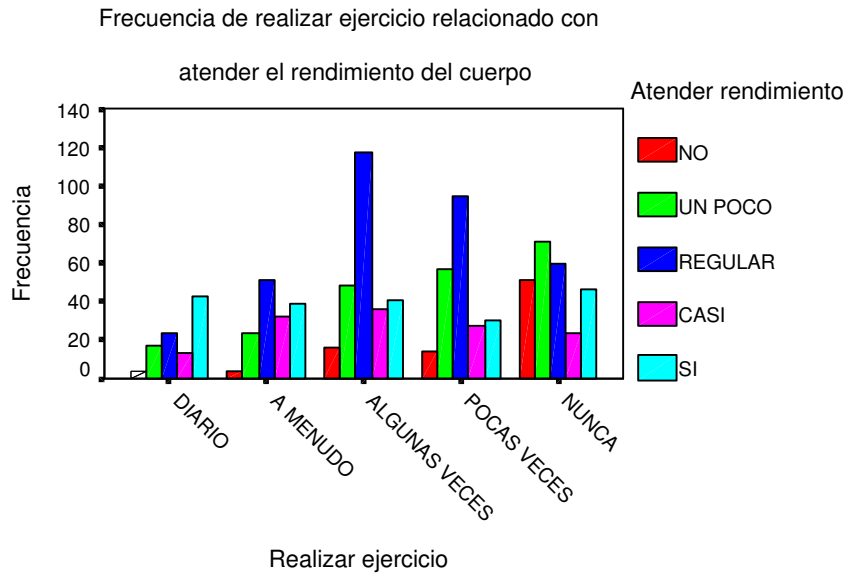


Figura 99. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación de atender el rendimiento del cuerpo.

Realizar ejercicio correlacionado con atender y cuidar su salud

Para las variables, “realizar ejercicio” y “atender y cuidar su salud”, fue de 100, para la correlación, entre realizar ejercicio “algunas veces” y atender y cuidar la salud de manera “regular”, seguido de las frecuencias, 86 y 80, la primera, es de la relación entre realizar ejercicio “pocas veces” con atender y cuidar su salud, de forma “regular; y la segunda, para realizar ejercicio “nunca” con atender y cuidar su salud, de manera “regular”. Con respecto, a la correlación entre estas variables, se mostró un nivel de Significancia de .000, lo que nos dice que existe correlación entre las variables (ver tabla y figura 100).

	Atender y cuidar su salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio DIARIO	1	13	20	16	49	99
A MENUDO	5	16	38	40	51	150
ALGUNAS VECES	5	30	100	54	67	256
POCAS VECES	12	40	86	27	57	222
NUNCA	22	61	80	24	65	252
Total	45	160	324	161	289	979

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	86.831	16	.000

Tabla 100. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio” y “atender y cuidar su salud”.

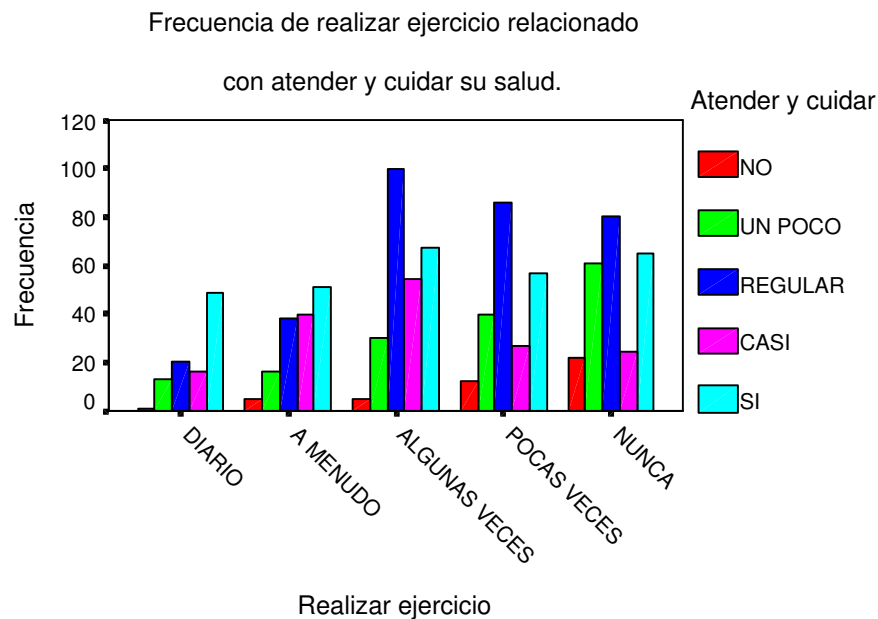


Figura 100. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación de atender y cuidar su salud.

Realizar ejercicio correlacionado con anticipar problemas de salud

En la tabla y figura 101, las frecuencias mayores para las variables: “realizar ejercicio” y “anticipar problemas de salud”, fueron: 110 y 68, para las correlaciones “nunca” realizo ejercicio con “no” anticipo problemas de salud y “pocas veces” realizo ejercicio con “no” soy capaz de anticipar problemas de salud (respectivamente). En la figura se puede observar que la mayoría de las personas realicen o no ejercicio “no” anticipan problemas de salud. Se identificó una estrecha correlación entre las variables, con un valor de .000.

Anticipar problemas de salud						
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Realizar ejercicio DIARIO	28	21	18	13	21	101
Realizar ejercicio A MENUDO	33	26	38	30	23	150
Realizar ejercicio ALGUNAS VECES	56	41	61	54	44	256
Realizar ejercicio POCAS VECES	68	53	34	26	41	222
Realizar ejercicio NUNCA	110	50	27	22	43	252
Total	295	191	178	145	172	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	65.111	16	.000

Tabla 101. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio con energía ” y “anticipar futuros problemas de salud”.

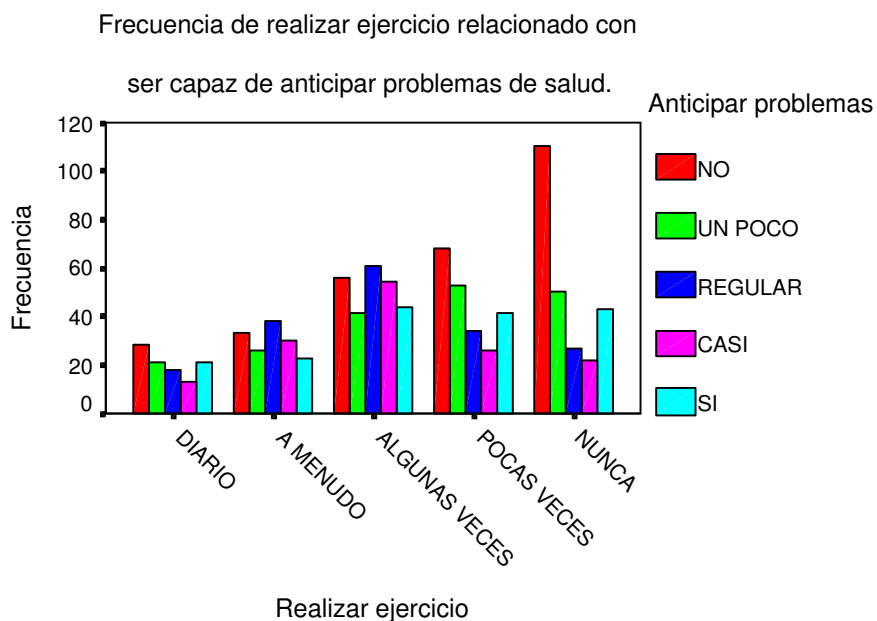


Figura 101. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Realizar ejercicio correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

Con respecto a las variables “realizar ejercicio” y “tener objetivos para cuidar la salud”, las frecuencias más altas fueron: 143, 126 y 111, para las correlaciones “algunas veces”, “nunca” y “pocas veces” realizo ejercicio con “si” tengo objetivos para cuidar la salud. Sin embargo, en la figura, se puede observar que la mayoría de las personas, realicen o no ejercicio, mencionaron que “si” tienen objetivos para cuidar la salud. La prueba estadística indicó un valor de .000 lo que demuestra, estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 102).

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar DIARIO	4	6	13	12	66	101
ejercicio A MENUDO	6	12	21	23	88	150
ALGUNAS VECES	9	21	51	34	143	258
POCAS VECES	12	22	35	42	111	222
NUNCA	35	39	25	27	126	252
Total	66	100	145	138	534	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	56.888	16	.000

Tabla 102. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio ” y “tener objetivos para conservar la salud”.

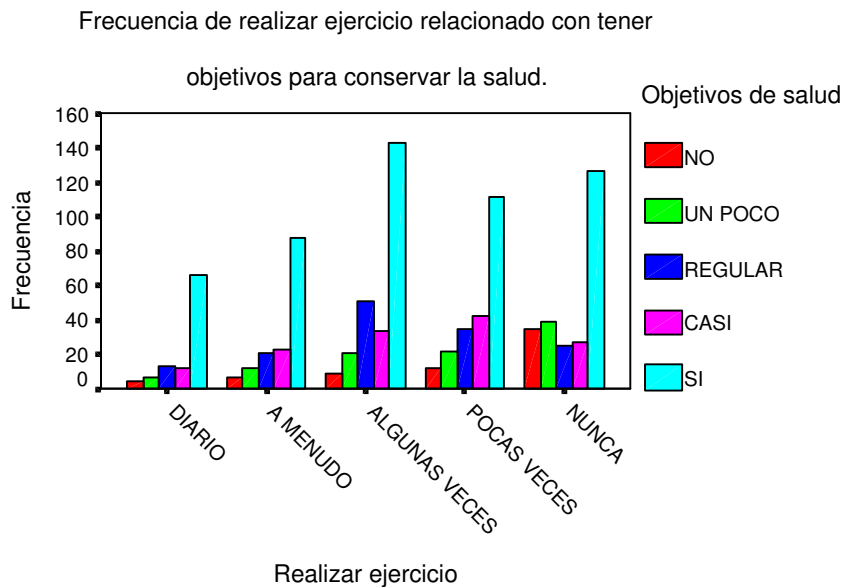


Figura 102 . Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación de tener objetivos para conservar la salud.

Realizar ejercicio correlacionado con salud para conseguir propósitos

Para la variables “realizar ejercicio” y “tener buena salud para conseguir propósitos en la vida”, las frecuencias mayores fueron: 214, 206 y 179, para las correlaciones realizar ejercicio “algunas veces”, “nunca” y “pocas veces” con “si” es necesario tener buena salud para conseguir propósitos en la vida. En la figura se puede observar que la mayoría de las personas, realicen o no ejercicio, creen que es necesario tener buena salud para conseguir propósitos en la vida. El valor de Chi cuadrada fue de .076, lo que significa que no hay correlación entre las variables (ver tabla y figura 103).

		Salud para conseguir propósitos					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio	DIARIO	0	0	4	5	92	101
	A MENUDO	2	1	9	15	123	150
	ALGUNAS VECES	4	1	10	28	214	257
	POCAS VECES	6	4	12	20	179	221
	NUNCA	8	3	23	12	206	252
	Total	20	9	58	80	814	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	24.674	16	.076

Tabla 103. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio” y “salud para conseguir propósitos”.

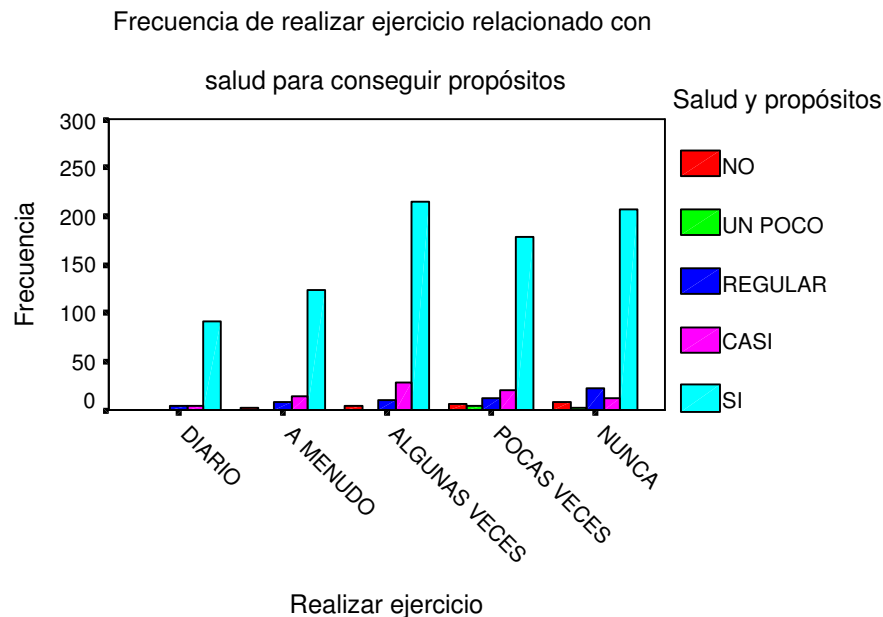


Figura 103. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Realizar ejercicio correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En la tabla y figura 104, se muestra la correlación entre las variables “realizar ejercicio” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”, las frecuencias más altas fueron: 191, 181, 158 y 110 concernientes a las siguientes correlaciones: “algunas veces” realizo ejercicio con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz; “nunca” realizo ejercicio con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz; “pocas veces” realizo ejercicio con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz y “algunas veces” realizo ejercicio con “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. En la figura se observa, que aunque las personas realicen o no ejercicio, dicen que “si”

se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. El valor significativo fue de .000 es decir, que existe una estrecha correlación entre las variables.

	Buena salud para ser productivo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio DIARIO	3	2	3	11	82	101
Realizar ejercicio A MENUDO	3	1	16	20	110	150
Realizar ejercicio ALGUNAS VECES	4	13	22	28	191	258
Realizar ejercicio POCAS VECES	9	8	20	27	158	222
Realizar ejercicio NUNCA	22	11	26	11	181	251
Total	41	35	87	97	722	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	42.517	16	.000

Tabla 104. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "realizar ejercicio" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

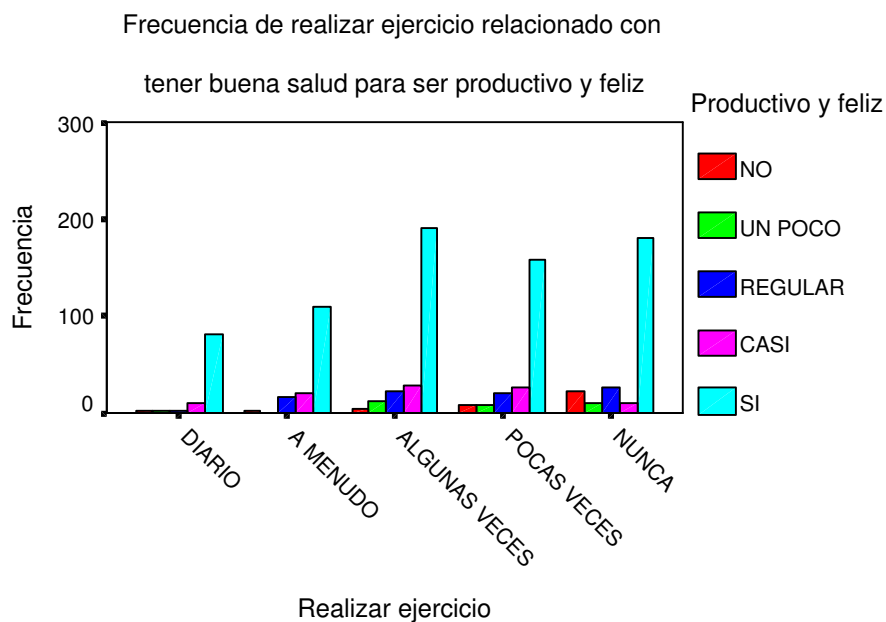


Figura 104. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación a requerir de buena salud para ser productivo y feliz.

Realizar ejercicio con energía correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

Con respecto a las variables “realizar ejercicio” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”, las frecuencias más altas fueron: 200, 109, 179 y 167 para las correlaciones: “algunas veces”, “a menudo”, “nunca” y “pocas veces” realizo ejercicio con “si” es importante tener buena salud para una vida feliz. El nivel de Significancia fue de .078, lo que significa que no existe correlación entre las variables (ver tabla y figura 105).

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar DIARIO	4	1	6	8	82	101
ejercicio A MENUDO	5	4	8	24	109	150
ALGUNAS VECES	8	9	9	32	200	258
POCAS VECES	9	10	16	20	167	222
NUNCA	8	15	27	23	179	252
Total	34	39	66	107	737	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	24.546	16	.078

Tabla 105. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

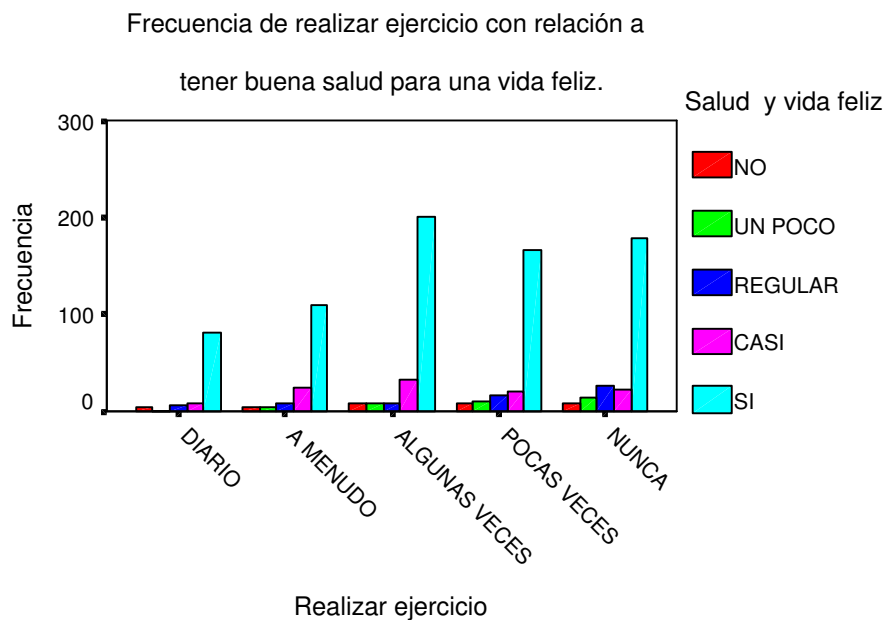


Figura 105. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Realizar ejercicio correlacionado con cosas más importantes que la salud

En cuanto a, “realizar ejercicio” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”, las frecuencias mayores fueron: 174, 172, 157 y 99, para las correlaciones: realizar ejercicio “algunas veces”, “nunca”, “pocas veces” y “a menudo” con “no” existen cosas más importantes que la salud (respectivamente). En la figura, se percibe que las personas, realicen o no ejercicio, consideran que no existen cosas más importantes que la salud. La prueba mostró un valor de .547 lo que indica, que no existe correlación entre las variables (ver tabla y figura 106).

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar DIARIO	70	9	8	2	12	101
ejercicio A MENUDO	99	13	11	10	17	150
ALGUNAS VECES	174	20	19	12	33	258
POCAS VECES	157	13	17	7	26	220
NUNCA	172	22	8	9	41	252
Total	672	77	63	40	129	981

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	14.703	16	.547

Tabla 106. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “realizar ejercicio” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

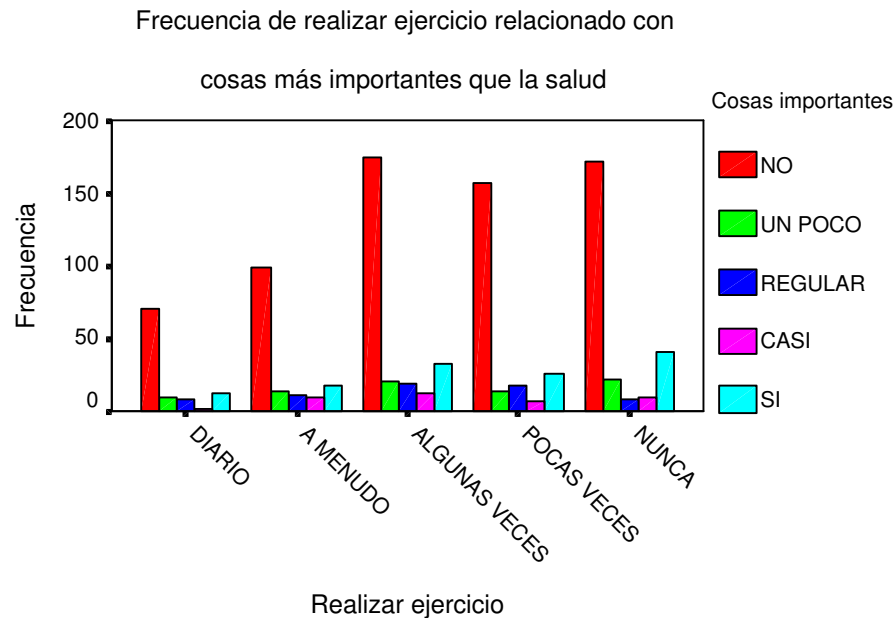


Figura 106. Muestra la frecuencia, de realizar ejercicio, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Usar hilo dental correlacionado con atender y cuidar su salud

En la tabla y figura 107, se muestran los resultados de las variables “usar hilo dental” y “atender y cuidar su salud”, para las cuales, las frecuencias más altas fueron 168 para la correlación “nunca” uso hilo dental con atender y cuidar la salud de manera “regular”; 132 para “nunca” uso hilo dental con “si” atiendo y cuido mi salud y 107 para “nunca “ uso hilo dental con atender y cuidar su salud “pocas veces”. En la figura, se puede observar, que la mayoría de las personas mencionaron que “nunca” usan hilo dental, sin embargo atienden y cuidan su salud de manera “regular”. En valor significativo fue de .000 lo que reveló, estrecha correlación entre las variables.

		Atender y cuidar su salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar	DIARIO	6	5	3	16	30	60
hilo	A MENUDO	1	13	29	28	29	100
dental	ALGUNAS VECES	0	13	64	23	56	156
	POCAS VECES	8	22	60	23	43	156
	NUNCA	30	107	168	71	132	508
Total		45	160	324	161	290	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	78.924	16	.000

Tabla 107. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar hilo dental” y “atender y cuidar su salud”.

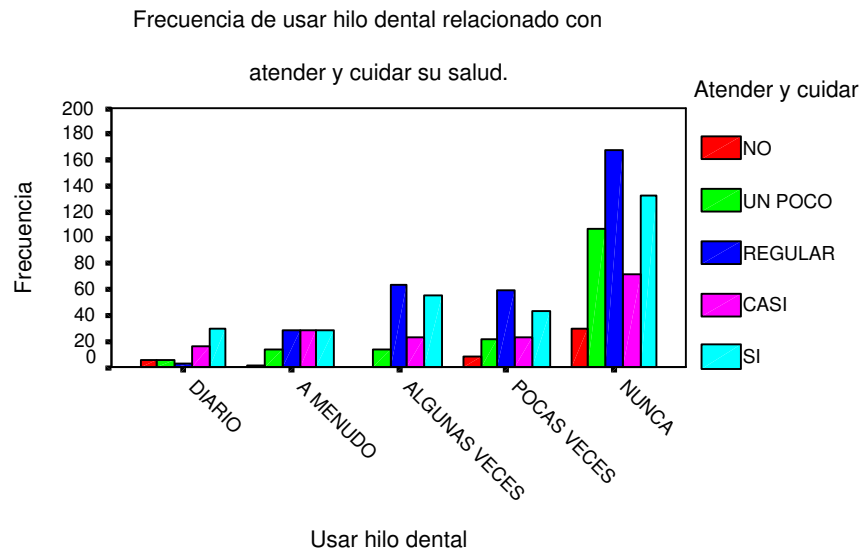


Figura 107. Muestra la frecuencia de usar hilo dental con relación de atender y cuidar su salud.

Usar hilo dental correlacionado con anticipar problemas de salud

En la concerniente a las variables “usar hilo dental” y “anticipar problemas de salud”, las frecuencias más altas fueron: 176, 96 y 93, concernientes a las siguientes correlaciones respectivamente: “nunca” usar hilo dental con “no” anticipar problemas de salud; “nunca” usar hilo dental con anticipar los problemas de salud “un poco” y “nunca” usar hilo dental con “si” anticipar los problemas de salud. En la figura, se puede observar que la mayoría de las personas contestaron que “nunca” usan hilo dental y “no” anticipan problemas de salud. El valor de Significancia fue de .029 se puede decir, que si hay correlación en las variables (ver tabla y figura 108).

		Anticipar problemas de salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental	DIARIO	19	13	8	7	13	60
	A MENUDO	17	23	24	22	16	102
	ALGUNAS VECES	37	32	35	22	30	156
	POCAS VECES	46	27	35	25	21	154
	NUNCA	176	96	76	69	93	510
	Total	295	191	178	145	173	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	28.346	16	.029

Tabla 108. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar hilo dental” y “anticipar futuros problemas de salud”.

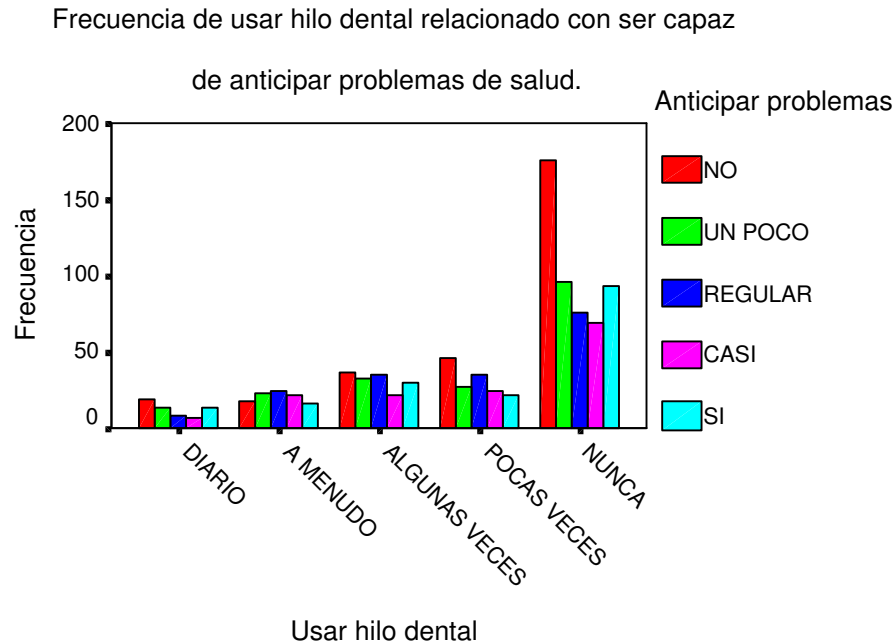


Figura 108. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Usar hilo dental correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

En la figura y tabla 109, se muestran los valores de las siguientes variables: “usar hilo dental” y “tener objetivos para cuidar la salud”, las frecuencias mayores, se encontraron en las siguientes correlaciones: “nunca” usar hilo dental con “si” tener objetivos para cuidar la salud (297), usar hilo dental “pocas veces” con “si” tener objetivos para cuidar la salud (77) y usar hilo dental “algunas veces” con “si” tener objetivos para cuidar la salud (70). En la figura, se observa que aunque las personas usen o no hilo dental creen que si se debe tener objetivos para cuidar la salud. Se encontró un nivel de Significancia de .004 lo que indica , que si hay correlación entre las variables.

	Objetivos para cuidar salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental DIARIO	0	4	10	13	33	60
dentel A MENUDO	6	14	7	17	58	102
ALGUNAS VECES	7	15	32	32	70	156
POCAS VECES	14	16	27	22	77	156
NUNCA	39	51	69	54	297	510
Total	66	100	145	138	535	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	35.192	16	.004

Tabla 109. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar hilo dental” y “tener objetivos para conservar la salud”.

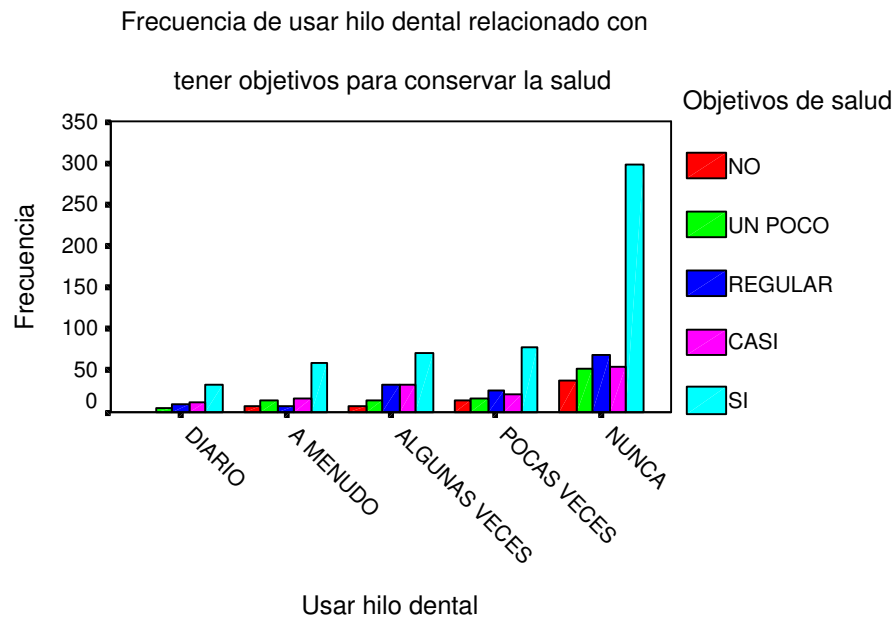


Figura 109. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación de tener objetivos para conservar la salud.

Usar hilo dental correlacionado con tener salud para conseguir propósitos en la vida

En las categorías “usar hilo dental” y “tener salud para conseguir propósitos en la vida”, las frecuencias mayores, se encontraron en los siguientes valores: 440, 129 y 116, para las correlaciones: “nunca” uso hilo dental con “si” es necesario tener salud para conseguir propósitos en la vida; “pocas veces” uso hilo dental con si es necesario tener salud para conseguir propósitos en la vida y “algunas veces” uso hilo dental con “si” se necesita tener salud para conseguir propósitos en la vida. En la figura, se puede observar, que aunque las personas usen o no hilo dental creen que es necesario tener salud para conseguir propósitos en la vida, cabe mencionar, que la mayoría de las personas contestó que “nunca” usa hilo dental. Se indicó un valor de .000 lo que demuestra una estrecha correlación en las variables (ver tabla y figura 110).

	Salud para conseguir propósitos					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo DIARIO dental	0	0	3	5	52	60
A MENUDO	1	0	1	22	78	102
ALGUNAS VECES	5	3	11	20	116	155
POCAS VECES	2	1	15	9	129	156
NUNCA	12	5	28	24	440	509
Total	20	9	58	80	815	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	53.262	16	.000

Tabla 110. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar hilo dental” y “salud para conseguir propósitos”.

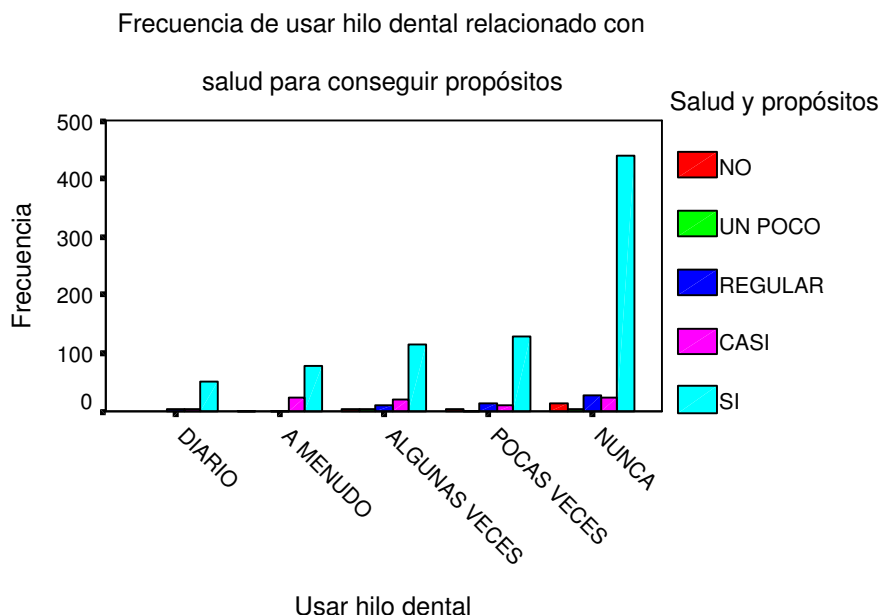


Figura 110. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación a tener buena salud para conseguir propósitos en la vida.

Usar hilo dental correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En la figura y tabla 111, se encuentran los resultados de las relaciones entre “usar hilo dental” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”, las frecuencias más altas son 399, 121 y 105, para las siguientes correlaciones (respectivamente): usar hilo dental “nunca”, “pocas veces” y “algunas veces” con “si” se requiere tener buena salud para ser productivo y feliz. En la figura, se observa que las personas usen o no hilo dental creen que “si” se requiere de buena salud para ser productivo y feliz. Entre estas variables, existe una estrecha correlación, ya que la Significancia fue de .000.

	Buena salud para ser productivo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental DIARIO	1	3	3	11	42	60
A MENUDO	5	8	7	26	56	102
ALGUNAS VECES	8	4	19	20	105	156
POCAS VECES	3	6	14	12	121	156
NUNCA	24	14	44	28	399	509
Total	41	35	87	97	723	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	63.342	16	.000

Tabla 111. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "usar hilo dental" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

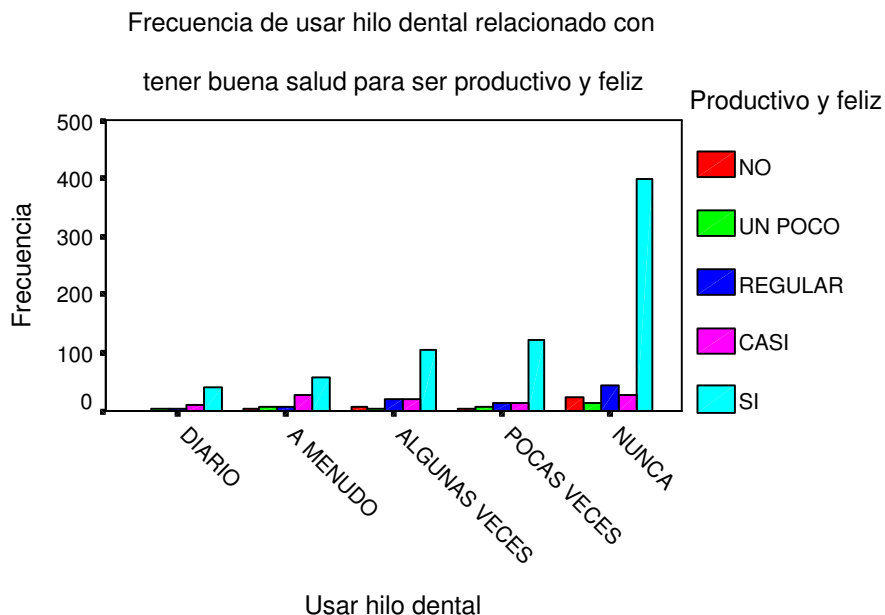


Figura 111. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación a requerir de buena salud para ser productivo y feliz.

Usar hilo dental correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

Con respecto, a "usar hilo dental" y "la importancia de tener buena salud para una vida feliz", las frecuencias más altas fueron encontradas, en las siguientes correlaciones: "nunca" uso hilo dental con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz (405), "algunas veces" uso hilo dental con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz (113) y "pocas veces" uso hilo dental con "si" es importante tener buena salud para una vida feliz (111). En la figura se observa que usen o no hilo dental las personas, en su mayoría, contestaron que "si" es importante tener buena salud para una vida feliz. Se encontró un nivel de Significancia de .000 lo que refiere, una estrecha correlación entre las variables (ver tabla y figura 112).

	Salud para vida feliz					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental DIARIO	1	0	4	10	45	60
dentel A MENUDO	3	11	4	20	64	102
ALGUNAS VECES	2	9	14	18	113	156
POCAS VECES	6	5	8	26	111	156
NUNCA	22	14	36	33	405	510
Total	34	39	66	107	738	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	51.532	16	.000

Tabla 112. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar hilo dental” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

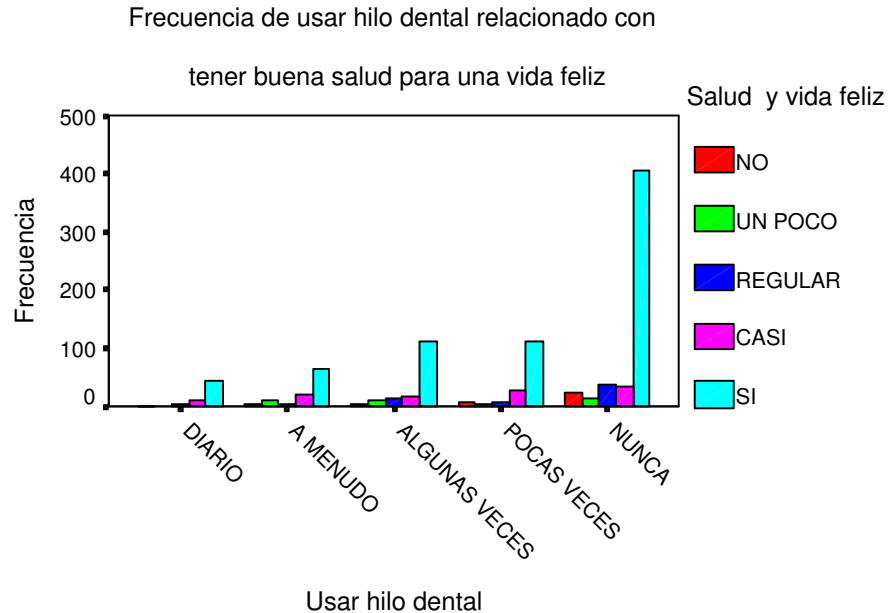


Figura 112. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Usar hilo dental correlacionado con cosas más importantes que la salud

Para las variables, “usar hilo dental” y “existencia de cosas más importantes que la salud”, las frecuencias más altas se encontraron en las correlaciones: “nunca” uso hilo dental con “no” existen cosas más importantes que la salud (370); “pocas veces” uso hilo dental con “no” existen cosas más importantes que la salud (110) y “algunas veces” uso hilo dental con “no” existen cosas más importantes que la salud. En la figura se observa que aunque las personas usen o no hilo dental mencionaron que “no” existen cosas más importantes que la salud. El nivel de Significancia fue de .019 lo cual, revela correlación entre las variables (ver tabla y figura 113).

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo DIARIO	29	9	4	4	14	60
dental A MENUDO	62	10	11	6	13	102
ALGUNAS VECES	102	12	9	9	24	156
POCAS VECES	110	16	8	6	14	154
NUNCA	370	30	31	15	64	510
Total	673	77	63	40	129	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	29.810	16	.019

Tabla 113. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar hilo dental” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

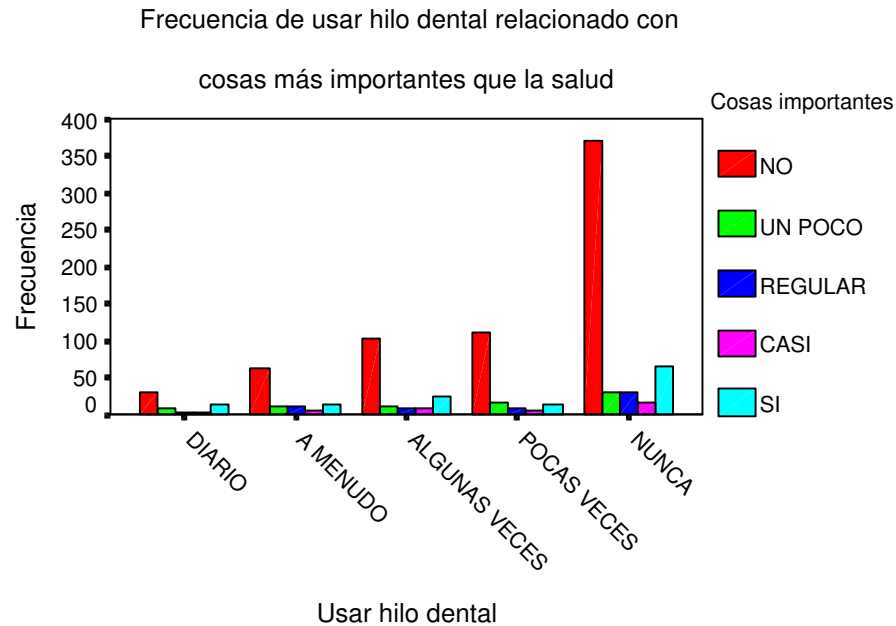


Figura 113. Muestra la frecuencia, de usar hilo dental, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con atender y cuidar su salud

En la tabla y figura 114, se muestran las frecuencias más altas de la correlación entre las variables “usar cinturón de seguridad” y “atender y cuidar su salud”, las cuales fueron 134, 86 y 78 para usar cinturón de seguridad “diario” con “si” atender y cuidar su salud; usar cinturón “diario” con “regularmente” atender y cuidar su salud; “a menudo” usar cinturón de seguridad con atender y cuidar su salud “regularmente”. En la figura, se observa que aunque las personas usen o no cinturón de seguridad, dicen que “regularmente” y “si” atienden y cuidan su salud. La prueba Chi cuadrada mostró un valor de .000 lo que demuestra, estrecha correlación entre las variables.

		Atender y cuidar salud					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	8	41	86	61	134	330
	A MENUDO	5	36	78	41	55	215
	ALGUNAS VECES	7	33	56	20	33	149
	POCAS VECES	1	13	30	11	23	78
	NUNCA	24	37	74	28	45	208
	Total		160	324	161	290	980

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	69.440	16	.000

Tabla 114. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar cinturón de seguridad” y “atender y cuidar su salud”.

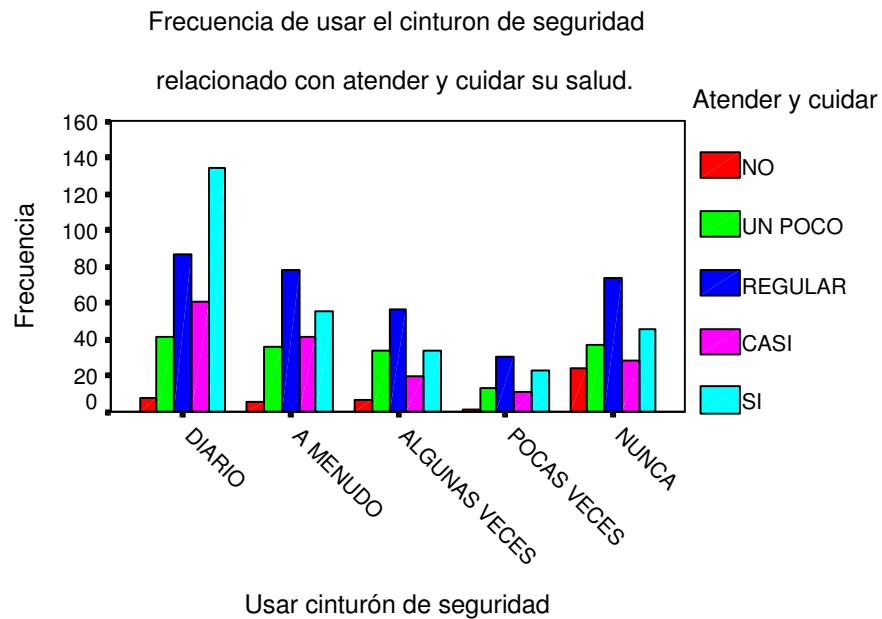


Figura 114. Muestra la frecuencia, de usar el cinturón de seguridad, con relación de atender y cuidar su salud.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con anticipar problemas de salud

Con respecto a las variables “usar cinturón de seguridad” y “anticipar problemas de salud”, las frecuencias más altas, muestran las siguientes correlaciones: 97 para “nunca” usar cinturón de seguridad con “no” anticipar problemas de salud; 81 para usar cinturón de seguridad “diario” con “no” anticipar problemas de salud; 70 para usar cinturón de seguridad “diario” con “no” anticipar problemas de salud; 69 para usar cinturón de seguridad “diario” con “no” anticipar problemas de salud y 69 para usar cinturón de seguridad “diario” con “no” anticipar problemas de salud”. La figura muestra que a pesar de que las personas usan o no cinturón de seguridad, mencionaron que “no” anticipan problemas de salud. La Chi cuadrada mostró un nivel de Significancia de .000 lo que indica correlación estrecha entre las variables (ver tabla y figura 115).

	Anticipar problemas de salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar de cinturón de seguridad						
DIARIO	81	58	54	70	69	332
A MENUDO	48	51	43	31	42	215
ALGUNAS VECES	49	32	26	22	18	147
POCAS VECES	20	22	13	5	18	78
NUNCA	97	28	42	17	26	210
Total	295	191	178	145	173	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	67.164	16	.000

Tabla 115. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar cinturón de seguridad” y “anticipar futuros problemas de salud”.

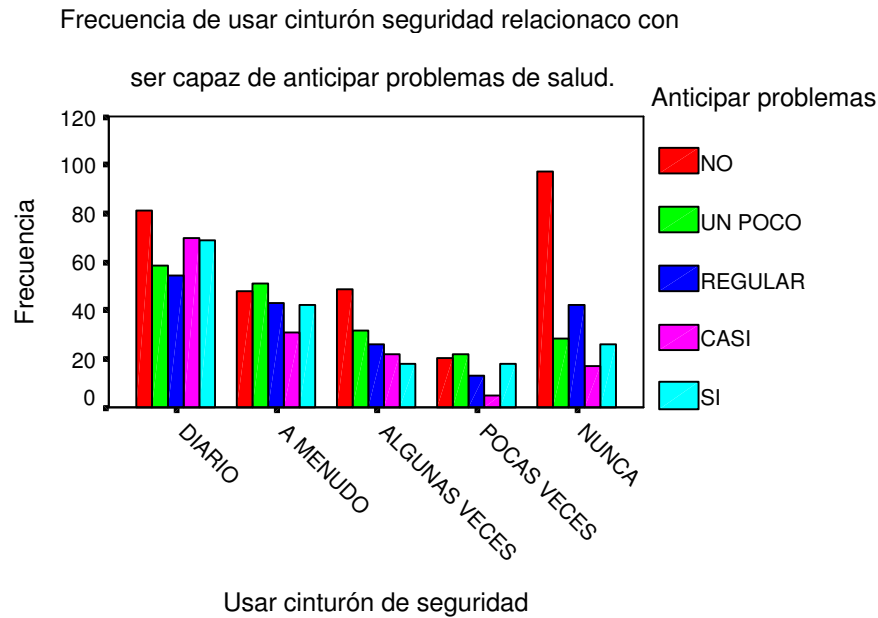


Figura 115. Muestra la frecuencia, de usar cinturón de seguridad, con relación de ser capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con tener objetivos para cuidar la salud

En lo concerniente a las variables “usar cinturón de seguridad” y “tener objetivos para cuidar la salud”, las frecuencias mayores fueron: 212, 113, 101, para las correlaciones usar cinturón de seguridad “diario”, “nunca” y “a menudo” con “si” tener objetivos para cuidar la salud. En la figura se puede ver que aunque las personas usen o no cinturón de seguridad, mencionaron que tienen objetivos para cuidar su salud. El valor de Significancia revelado por la prueba Chi cuadrada fue de .000 lo cual demuestra, una correlación estrecha entre las variables (ver tabla y figura 116).

		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	17	20	44	39	212	332
	A MENUDO	9	32	34	39	101	215
	ALGUNAS VECES	13	15	25	20	76	149
	POCAS VECES	5	6	17	17	33	78
	NUNCA	22	27	25	23	113	210
	Total	66	100	145	138	535	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	44.492	16	.000

Tabla 116. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar cinturón de seguridad” y “tener objetivos para conservar la salud”.

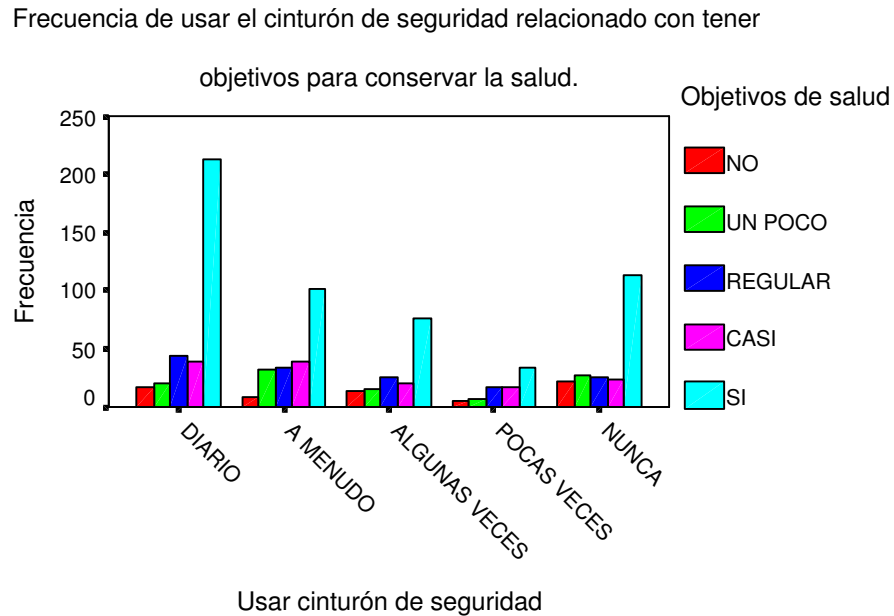


Figura 116. Muestra la frecuencia, de usar el cinturón de seguridad, con relación de tener objetivos para conservar la salud.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con tener buena salud para ser productivo y feliz

En la tabla y figura 117, se observan las frecuencias mayores de las variables: “usar cinturón de seguridad” y “requerir de buena salud para ser productivo y feliz”, las cuales son: 263, 157, 138 y 111, para las correlaciones usar cinturón de seguridad “diario”, “nunca”, “a menudo” y “algunas veces” con “si” se requiere tener buena salud para ser productivo y feliz. En la figura se observa que independientemente de que las personas usen o no cinturón de seguridad, en su mayoría, creen que “si” se requiere tener buena salud para ser productivo y feliz. Existe estrecha correlación entre las variables, ya que, el valor de Chi cuadrada fue de .000.

		Buena salud para ser productivo					
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	Total
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	18	12	17	22	263	332
	A MENUDO	6	6	20	45	138	215
	ALGUNAS VECES	6	3	18	11	111	149
	POCAS VECES	1	4	8	10	54	77
	NUNCA	10	10	24	9	157	210
Total		41	35	87	97	723	983

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	58.250	16	.000

Tabla 117. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, "usar cinturón de seguridad" y "requerir de buena salud para ser productivo y feliz".

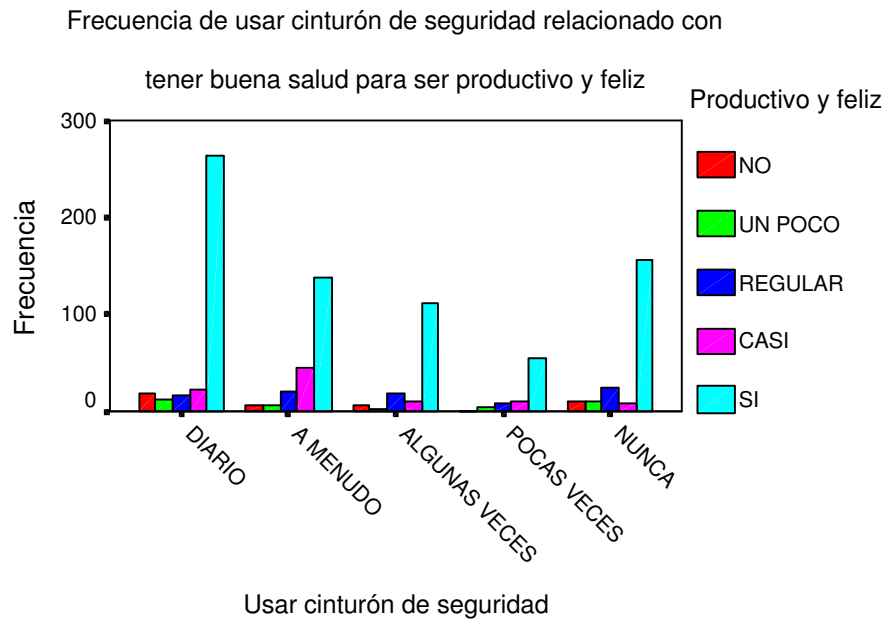


Figura 117. Muestra la frecuencia, de usar cinturón de seguridad, con relación a requerir de buena salud, para ser productivo y feliz.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con tener buena salud para una vida feliz

Las frecuencias mayores, de las variables “usar cinturón de seguridad” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”, fueron: 263, 155, 145 y 119 para las correlaciones: usar cinturón de seguridad “diario”, “nunca”, “a menudo” y “algunas veces” con “si” es importante tener buena salud para una vida feliz. La figura muestra que aunque las personas usan o no cinturón de seguridad, contestaron que “si” es importante tener buena salud para una vida feliz. El valor de Significancia fue de .004 lo que indica que si hay correlación (ver tabla y figura 118).

		Salud para vida feliz					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	12	12	16	29	263	332
	A MENUDO	5	14	13	38	145	215
	ALGUNAS VECES	6	2	8	14	119	149
	POCAS VECES	2	4	5	11	56	78
	NUNCA	9	7	24	15	155	210
Total		34	39	66	107	738	984

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	34.852	16	.004

Tabla 118. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar cinturón de seguridad” y “la importancia de tener buena salud para una vida feliz”.

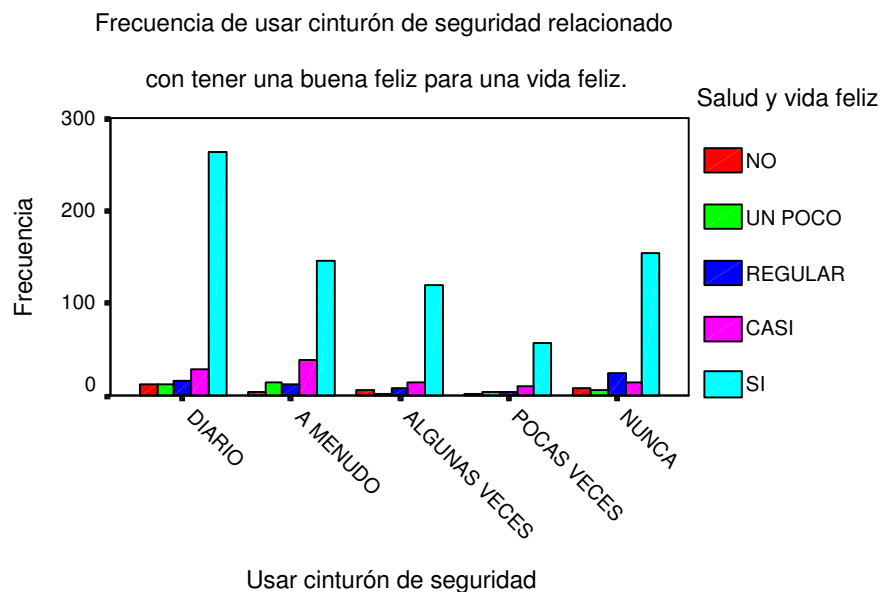


Figura 118. Frecuencia de usar cinturón de seguridad, con relación a la importancia de tener buena salud para una vida feliz.

Usar cinturón de seguridad correlacionado con cosas más importantes que la salud

En la tabla y figura 119, se muestran las variables “usar cinturón de seguridad” y “cosas más importantes que la salud”, las frecuencias mayores fueron: 223, 147, 140 y 112, para las correlaciones usar cinturón de seguridad “diario”, “a menudo”, “nunca” y “algunas veces” con “no” existen cosas más importantes que la salud. La figura muestra que aunque las personas usen o no cinturón de seguridad dicen que “no” existen cosas más importantes que la salud. La prueba Chi cuadrada reveló un nivel de Significancia de .076 lo que indica, que no hay correlación.

	Cosas más importantes que salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar de cinturón de seguridad DIARIO	223	25	12	18	54	332
A MENUDO	147	19	18	9	22	215
ALGUNAS VECES	112	6	8	7	14	147
POCAS VECES	51	9	5	2	11	78
NUNCA	140	18	20	4	28	210
Total	673	77	63	40	129	982

Chi-Cuadrada Prueba

	Valor de Chi-cuadrada	gl	Significancia
Pearson Chi-Cuadrada	24.653	16	.076

Tabla 119. Muestra los puntajes obtenidos por chi cuadrada, para determinar, la correlación entre las variables, “usar cinturón de seguridad” y “la existencia de cosas más importantes que la salud”.

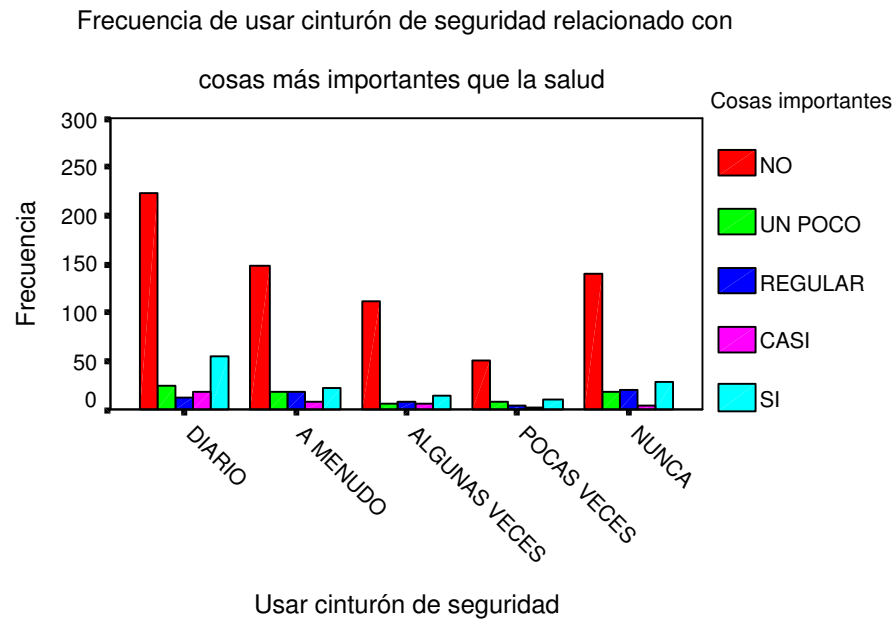


Figura 119. Muestra la frecuencia, de usar cinturón de seguridad, con relación a la existencia de cosas más importantes que la salud.

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo, permite identificar como la salud, tiene su origen, causas y consecuencias, en aspectos biopsicosociales, por tanto, ha sido una tarea difícil el lograr que las personas la posean. Se han hecho, múltiples trabajos y propuestas en mejora de la salud, sin embargo, las patologías continúan incrementando. Al hacer un análisis que lleva a encontrar una de las razones de esta problemática, se encuentra, una pobre cultura de prevención, ya que, se ha identificado, mayor frecuencia en enfermedades de tipo crónico, lo que se relaciona con la falta de hábitos positivos de salud. Es por ello, que decidimos hacer ésta investigación, con la finalidad de indagar si las creencias de salud determinan que las personas lleven a cabo hábitos positivos.

Para realizar el análisis de los hábitos positivos y las creencias de salud, se utilizó el instrumento de Ramírez y Cortés (2003), debido a que éste, es una gran contribución, para investigar algunos huecos existentes en el área de la salud. Considerando que es fundamental la evaluación, ya que, nos permite tener conocimientos sobre la influencia del género en los hábitos y las creencias de salud.

Cabe decir, que el instrumento de Ramírez y Cortés (2003), tiene los objetivos de: 1) evaluar el Funcionamiento de la Salud y 2) evaluar el Funcionamiento Psicosocial.

El instrumento concerniente al Funcionamiento de la Salud (FS), esta compuesto por 5 escalas, con un total de 69 reactivos, comprendiendo las siguientes subescalas: 1) respuesta de enfermedad, 2) hábitos de salud, 3) historia de salud, 4) uso del sector salud y 5) creencias y actitudes saludables.

El instrumento de Funcionamiento Psicosocial (FP), esta compuesto de 4 escalas con un total de 58 reactivos, las escalas son las siguientes: 1) estrés de vida, 2) afrontamiento, 3) apoyo social, 4) salud psicológica o estrés psicológico.

La importancia de estos instrumentos, recae en que se adecuan a la población mexicana, lo que nos permite analizar el género, creencias y hábitos positivos de salud, retomando la propuesta de Ballester (1998), respecto al análisis de la influencia psicológica en la salud, en segmentos concretos de la población.

Para cumplir con nuestros objetivos se utilizó el instrumento de Funcionamiento de la Salud (FS), contemplando las subescalas: hábitos de salud (hábitos positivos) y creencias y actitudes saludables (vigilancia de salud y valores de salud).

Cabría decir, que en la escala de creencias y actitudes saludables excluimos las categorías de confianza al personal y sistema, ya que, dentro de nuestros objetivos, estaba el analizar, la relación de los hábitos positivos de salud, con las creencias, basándonos en el Modelo de Creencias de Salud, que es un modelo que contempla más aspectos de tipo cognitivo a nivel individual.

Así, se analiza, que en este modelo, la creencia tiene que ver con factores cognitivos, respecto, de lo que la propia persona piense de su enfermedad, aunque no se trata de negar, la gran importancia, que tiene el sistema de salud dentro de las creencias, pero por acoplamiento y coherencia con el instrumento y objetivos planteados, se excluyeron dichas categorías. Es decir, si relacionáramos los hábitos positivos con el sistema de salud, se podía confundir a dar inferencias acusadoras sobre el sistema de salud.

El instrumento permite hacer un análisis profundo en muchos rubros, sin embargo, también da pie a nuevas formas de encontrar explicaciones, en este sentido, nos permitimos dar como sugerencia la reformulación de otro instrumento, que permita realizar un análisis completo para dar explicaciones respecto a los hábitos y al

sistema de salud, por ejemplo, en la categoría confianza al personal se podrían agregar incisos más específicos como: el médico me da las instrucciones necesarias, habla con tecnicismos, me explica lo que tengo y lo que pudiera pasar sino me cuido, entre otros.

De esta forma, se podría hacer un análisis sobre lo que esta bien o mal en el sistema de salud y es influyente en los hábitos de salud de las personas y así proponer mejoras en esta área.

Este instrumento nos permitió explicar lo siguiente:

En el objetivo, concerniente al análisis de la correlación o no, entre los hábitos positivos de salud y el género, nos percatamos que en algunos hábitos positivos de salud si hay cierta influencia entre el ser hombre o mujer y desarrollar cierto hábito o no. Aunque cabe señalar, que son muy pocas las personas que ejecutan una conducta saludable y todavía menos las que tienen hábitos positivos de salud. En general, se encontró que una mínima parte de la población tiene hábitos positivos de salud, de los cuales, hubo las siguientes diferencias:

En los hábitos positivos de salud donde influyó el ser mujer y realizar el hábito con más frecuencia fueron: beber algún líquido sin cafeína, ingerir alimentos nutritivos, ingerir vitaminas y platicar con los amigos. En los hábitos positivos de salud donde influyó el ser hombre y practicar el hábito positivo con mayor frecuencia fueron: caminar a diario, conocer calorías consumidas en los alimentos, realizar ejercicio y usar cinturón de seguridad. En los hábitos positivos de salud donde no se encontró diferencia alguna entre ser hombre y mujer y ejecutar el hábito o no fueron: comer menos, desayunar sustanciosamente, dormir por lo menos siete horas, leer sobre el cuidado de la salud, medir su colesterol y usar hilo dental.

Haciendo un análisis de los hábitos que realizan hombres y mujeres, podemos comprender, cómo la cultura tiene una gran influencia entre el que las personas realicen o no un hábito de salud. Así se analiza, cómo la alimentación esta muy ligada al sexo femenino, donde la mujer, es la que alimenta y protege en el sentido emocional, por ello, encontramos que en beber sin cafeína, ingerir alimentos nutritivos y vitaminas, y platicar con los amigos, es la mujer la que realiza el hábito con mayor frecuencia.

En este sentido Sojo, Sierra y López (2002), destacan que el género tiene gran influencia en la salud, relacionado a la asignación por sexo de tareas, responsabilidades o roles diferenciados que asignan a las mujeres el trabajo reproductivo (cuidado y manutención del hogar y de sus miembros, incluyendo el embarazo, cuidado de los niños, adultos y ancianos, la preparación de alimentos, las compras, la administración de la casa y el cuidado de la salud), esto da pauta a dar una explicación clara de por qué en dichos hábitos, las mujeres son las que lo realizan con mayor frecuencia.

En cambio, en hábitos como caminar a diario, conocer calorías consumidas y realizar ejercicio, es el hombre el que lo realiza más. Algunos autores, mencionan que el papel que juega el hombre en la cultura es más en su desarrollo en el ámbito público o en el trabajo productivo, lo que relacionamos con esa preocupación por su físico.

Caruncho y Mayobre (1998), destacan que el concepto de masculinidad tiene repercusiones negativas para la salud, física y mental de los varones, en donde dicha masculinidad, se relaciona con el hombre autónomo, fuerte, independiente, que consigue sus objetivos y con el que siempre se puede contar para que tome el mando de la situación, además, que el éxito en el mundo laboral esta basado en la represión de su personalidad y en la exteriorización de unas respuestas controladas y calculadas.

Podemos analizar a diferencia de Caruncho y Mayobre (1998), como la masculinidad puede tener repercusiones positivas en el sentido que el hombre se preocupe por su cuerpo (y por tanto realicen ejercicio o caminen a diario), sin embargo, también, como ellos lo refieren, tiene sus repercusiones negativas, como es el que el hombre no exprese sus sentimientos o por el contrario al expresarlos se sienta mal, lo que ya sabemos que traerá enfermedades tanto mentales como físicas.

Además, otros aspectos que refieren como repercusiones negativas en la salud, es el papel del hombre como único proveedor económico de su familia, lo que implica presiones emocionales. En otro sentido, el hecho de que se visualice al hombre como figura de fortaleza, lo puede orillar a que desempeñe profesiones y trabajos de mayor riesgo, así como, que asuma un comportamiento peligroso o estilo de vida imprudente (Caruncho y Mayobre, 1998).

Sin embargo, en nuestro estudio, encontramos que los hombres son los que utilizan más el cinturón de seguridad, lo que implica que no siempre el estereotipo que se le pone al hombre o mujer puede tener un efecto negativo.

En cuanto, a los hábitos en donde no hay diferencia entre ser hombre y mujer, analizamos que hay una pobre cultura de prevención y cuidado de la salud, independientemente del género, ya que las personas no se informan sobre lo que es bueno o malo para su salud, y con mayor desgracia no tienen hábitos tan elementales como puede ser el desayunar sustanciosamente y dormir al menos siete horas, anexando la ausencia de hábitos que pueden salvar su vida como el medir su colesterol.

Por otra parte, al analizar si existe correlación entre las creencias de salud y género, encontramos que, a diferencia de los hábitos positivos de salud, más personas, tienen la creencia encaminada a la importancia de la salud.

En las creencias de salud donde influyó el ser mujer y tener la creencia con mayor frecuencia fueron: ser capaz de anticipar problemas de salud, requerir de buena salud para ser productivo y feliz, tener buena salud para una vida feliz y creer que no existen cosas más importantes que la salud.

En este sentido, analizamos cómo al igual que en los hábitos, la cultura juega un papel determinante en las creencias de las personas, en este caso más mujeres contestaron creerse capaces de anticipar problemas de salud, esto se relaciona con el papel que la mujer juega como “protectora”, ya sea de los hijos, los hermanos o los padres, casi siempre la mujer es la que se responsabiliza sobre el cuidado de los otros, por lo tanto más mujeres contestaron que es importante esta creencia.

En creencias como requerir de buena salud para ser productivo y feliz, tener buena salud para una vida feliz y creer que no existen cosas más importantes que la salud, inferimos que más mujeres contestaron a estas creencias por el hecho de que la mujer, juega un papel más emocional, haciendo más importancia a los sentimientos, en cambio el hombre, no es que no ponga importancia a ellos, sino que se le exige un papel de proveedor económico como máximo valor en su vida. Así, para algunas mujeres la salud es elemental para su felicidad, en cambio para algunos hombres la simple salud no es suficiente.

En cuanto a las creencias donde no influyó el ser hombre o mujer, ya que en su mayoría la gente tiene creencias positivas hacia la salud fueron: atender rendimiento del cuerpo (dicen que lo hacen regularmente), atender y cuidar su salud (mencionan que lo hacen regularmente), estar pendiente de las reacciones del cuerpo (en su mayoría contestan que si lo están), tener objetivos para cuidar la salud (contestaron que si los tienen) y tener buena salud para conseguir propósitos en la vida (mencionaron que si es importante).

Lo que proponemos, no es una equidad entre hombres y mujeres, porque nos saldríamos de nuestros objetivos planteados, no obstante, lo ideal sería trabajar tanto en hombres como mujeres, para que se preocupen por el cuidado de su salud, pero sí, tomando en cuenta estas diferencias para hacer que ambos se concienticen de por qué ejecutan o no ciertos hábitos de salud de acuerdo con este rol que la sociedad les presenta, y con ello trabajar en sus ventajas y/o deficiencias.

Además, hay que reiterar, que nos percatamos, que la gente ya tiene la creencia que pone como importante a la salud, lo que falta es trabajar con el hábito, ya que tanto hombres como mujeres, en su mayoría carecen de hábitos positivos de salud.

Otro punto, muy importante es referirnos a si existe o no correlación entre los hábitos positivos de salud y las creencias, de lo que mencionaremos, que a lo largo del análisis del hábito beber algún líquido sin cafeína comprendimos que las personas que tienen dicho hábito, tienen concordancia con su creencia encaminada a la importancia de la salud, sin embargo, muchas personas, no tienen el hábito concretado y dicen que es elemental la salud. Entonces, un punto en el que hay que trabajar es, en esta coherencia, es decir, que las personas no sólo se queden con “creer” que es importante la salud, sino que también, practiquen el hábito. Tal vez, aquí también influye la falta de conocimiento sobre lo que implica el beber algún líquido sin cafeína en la vida de las personas.

Cabe mencionar, que en nuestra investigación teórica se habló de la nutrición adecuada, en donde en general se mencionaron los alimentos necesarios que se deben consumir (lípidos, proteínas, vitaminas y minerales), en este punto, podemos decir, que hay suficiente información que puede retroalimentar a las personas para llevar a cabo un consumo necesario de alimentos. No obstante, no se encontró la información necesaria, sobre lo que implica el consumo de beber o no algún líquido sin cafeína, haciendo así hincapié que hace falta información

sobre las desventajas de consumir líquidos con cafeína y ventajas de no hacerlo. Así como también, hacer una promoción para evitarlos, ya que si analizamos a nivel difusión, encontramos poca relevancia de dicho hábito.

Del hábito de caminar a diario con relación a las diferentes creencias, referimos que las personas que ejecutan el hábito tienen concordancia con sus creencias, es decir, piensan que la salud es importante en sus vidas y por tanto caminan a diario. Sin embargo, también se nota, que muchas personas dicen no tener el hábito, pero aún así es importante su salud, de aquí, que podamos decir que en ocasiones “creemos algo”, pero no “actuamos”, esto, puede ser una explicación, de porqué las enfermedades crónicas están incrementando, ya que si profundizamos, notaremos que las personas dicen que la salud es elemental, pero no hacen lo suficiente para preservarla.

En este sentido, podemos analizar como la creencia, es influyente para que la persona camine diariamente o con frecuencia, no obstante, no es suficiente para explicar porqué las personas ejecutan o no el hábito. Es evidente, que la mayoría de las personas están conscientes de que la salud es importante, no obstante no hay esa misma concientización a nivel del hábito caminar a diario. Álvarez (2003) destaca que las personas suelen poner pretextos para no realizar los hábitos, lo que indica que no conocen las dimensiones sobre el sedentarismo.

Cabe destacar, que el sedentarismo es perjudicial, favoreciendo o agravando el riesgo de padecer enfermedades, al contribuir o deteriorar el funcionamiento cotidiano o impidiendo el disfrute de experiencias diarias (Buceta, Gutiérrez, Castejón y Bueno, 1995). Así, la mayoría de nuestra población no toma en cuenta lo anterior o no le da la relevancia necesaria manifestándose una sociedad en su mayoría sedentaria.

Otra de las explicaciones, que encontramos al sedentarismo, es lo manifestado por Miller (1983), citado en Ferrero Toledo y Barreto (1998), quien destaca que la gente muchas veces, prefiere lo placentero del momento, como puede ser el descanso y no contempla los beneficios de los hábitos positivos de salud.

Por otra parte, en el hábito comer menos y las distintas creencias, mencionaremos que la mayoría de las personas no acostumbra comer menos, quizá como consecuencia de una cultura influenciada por creencias erróneas, en donde el comer menos no es considerado como benéfico para la salud. Esta creencia, de que el hábito de comer menos, no ayuda, puede estar relacionada con otro tipo de creencias, quizá más a nivel cultural, como creer que el come en mayor cantidad está más sano, o que la medicina controlara el peso (Álvarez, 2002), y no tanto los hábitos de salud, es decir, este hábito puede estar relacionado a otro tipo de creencias sobre el proceso salud-enfermedad.

Como es sabido, casi todo en extremo es malo, así como comer muy poco puede ser dañino, el comer en exceso también lo es. Desafortunadamente, encontramos un sociedad que cae en el extremo, así se dan enfermedades como la anorexia o como la obesidad, ambas con capacidad de prevenirse. Cabría resaltar, que Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), refieren que las sociedades están pasando a los estragos derivados del exceso en su alimentación.

De lo concerniente, al hábito de conocer las calorías que se consumen en los alimentos, encontramos, que la mayoría de las personas no toman en cuenta dicho hábito, y a su vez, mencionan que la salud es algo primordial en su vida. Así, podemos analizar, que muy pocas personas están al pendiente de la cantidad de energético que consumen a diario, esto también, puede ser una explicación al aumento de sobrepeso que se esta dando en el país, donde la gente poco se preocupa por ingerir solo los alimentos que necesita su cuerpo.

Como una limitante, para tener conocimiento adecuado de las calorías que se consumen, encontramos la influencia del capitalismo, Costa y López (1986), mencionan, que cada vez más personas se hacen dependientes a este sistema. En este sentido, analizamos que hay mayor consumismo, en donde muchas veces no se revisa lo que se ingiere, actualmente, hay productos que supuestamente son bajos en calorías, pero, al leer el contenido energético, analizamos que no es así, por ejemplo un yogurt puede decir 90 calorías, pero con letras pequeñas dice “cantidad por porción”.

Entonces, analizamos que puede haber personas, que busquen productos que supuestamente no les suban de peso o sean nutritivos, pero guiándose sólo por la propaganda y por no fijarse en las calorías, se cometen muchos errores de alimentación.

Otro punto, también en las calorías consumidas, es lo incómodo, que para algunas personas puede ser, el analizar las calorías de cada alimento, ya que, las personas buscan más la comodidad en sus hábitos.

En cuanto, al hábito desayunar sustanciosamente correlacionado con las diferentes creencias, podemos decir, que son muy pocas las personas, que realmente tienen este hábito de salud, se identificó, que las personas que llegan a tener este hábito, si es acorde con muchas de sus creencias, es decir, tienen tanto el hábito positivo como la creencia que beneficia a la salud. Sin embargo, la mayoría de las personas no tiene el hábito de desayunar sustanciosamente, no obstante, sus creencias están enfocadas al cuidado de su salud, es decir, tienen la creencia que pone a la salud, como máximo en su vida, pero no tienen lo más importante que es el hábito, que es el que en gran parte preserva la salud. Así más que trabajar en la creencia, habría que trabajar en el hábito.

Otro punto relevante, que habría que analizar, es las carencias a nivel de ejecución del hábito, así se comprende, cómo la mayoría de la gente dice que no acostumbra a desayunar sustanciosamente y que casi nunca come menos, lo que nos indica, una desorganización en los hábitos alimenticios, ya que, como es sabido, el desayuno es el alimento más importante del día y sin embargo, no lo ejecutan, probablemente, dando mayor peso a la comida o a la cena, lo que puede implicar, que al llegar este momento, sea mucho más abundante de lo normal, ésto en muchas ocasiones puede traer problemas de peso, aunado a las enfermedades crónicas.

Además, creíamos que el desayunar sustanciosamente, sería un hábito realizado por la mayoría de la población, ya que, trae una gratificación inmediata, no obstante no fue así. Por lo que, podemos analizar, que para tener un hábito positivo de salud, hacen falta más condiciones, que el simple hecho de no ser aversivo.

Respecto, al hábito de dormir al menos siete horas, encontramos una mayor coherencia entre el hábito y las distintas creencias, es decir, la gente que tiene el hábito también tiene la creencia concerniente a la preocupación por su salud. No obstante, identificamos también, que es muy poca la población, que tiene concretado este hábito, ya que, la mayoría de la gente, tiende a contestar con un “regularmente duermo siete horas”, lo que refiere que no lo hace diariamente y por tanto, no es un hábito. Por lo que respecta, a estas personas, que no tienen el hábito, respondieron que si les preocupa su salud.

Cabe decir, que aunque no es mucha la población que ejecute este hábito, si se encuentra un porcentaje más alto a nivel de realización del mismo, a diferencia, de otros hábitos, como medir su colesterol o conocer las calorías que consume, entre otros. Lo que relacionamos, con el carácter placentero del hábito, no obstante, por la misma gratificación, esperábamos una mayor ejecución en el sentido de la

población total, pero una vez más se refiere la falta de hábitos positivos en la gente.

Se encontró que son muy pocas las personas, que ejecutan el hábito de ingerir alimentos nutritivos, no obstante, es una mayor cantidad de gente en comparación con otros hábitos. Las pocas personas que si tienen el hábito, es acorde con el tipo de creencia que beneficia a su salud. Pero, las personas que no tienen el hábito, por lo general, si tienen la creencia que pone como máximo a la salud, lo que implica que las personas crean necesaria su salud, no obstante no ingieren alimentos nutritivos o lo hacen de vez en cuando.

Se esperaba, que el ingerir alimentos nutritivos fuera un hábito más realizado por la mayoría de la población, ya que, creíamos más probable que la gente supiera que esto es benéfico para su salud, pese a ello, se encontró que no es así. Por lo que podemos decir, que es probable que: 1) algunas personas sepan que determinado hábito ayudara a conservar su salud y a mejorar su calidad de vida, y sin embargo, no hagan lo posible para establecerlo y 2) algunas personas no tengan el conocimiento de lo que implica ingerir alimentos nutritivos.

Además, de estos factores, hay que mencionar que los hábitos de alimentación, según Aranceta (1995) y Majem (2001), se relacionan con la disponibilidad de alimentos (influenciada por la economía), el entorno familiar (costumbres alimenticias de la familia) y el entorno social (modas costumbres, religión, etc). Lo que nos indica que para cambiar los hábitos de alimentación, la labor debe ser ardua, encaminada a aspectos de tipo no sólo individual sino social.

Cabe destacar, que el hábito de la nutrición adecuada, es uno de los muchos en lo que se necesita trabajar, sin embargo, cabría mencionar, que si se lograra incitar más a la gente para concretarlo podríamos prevenir múltiples enfermedades relacionadas con los malos hábitos, como son las siguientes patologías: obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer de colón, diabetes, trastornos

gastrointestinales (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). Desafortunadamente, esta en voga el rumor y las evidencias, de que, México se convierte, en uno, de los países con mayor índice de obesidad, lo que se relaciona a este tipo de enfermedades.

En el hábito de ingerir vitaminas correlacionado con las diferentes creencias, se identificó, que en lo referente, a las personas que si ingieren vitaminas, es acorde con el tipo de creencia que beneficia su salud. No obstante, la mayoría de las personas no tiene este hábito (ya que, contestaron que lo hacen algunas veces o nunca) y sin embargo, si tiene la creencia que engloba el cuidado o preservación de su salud. De aquí, podemos inferir, que el ingerir vitaminas es una conducta, muy infrecuente entre la gente, uno de sus causas, puede ser la no difusión de la misma, por parte de la sociedad.

En cuanto, al hábito de leer escritos sobre el cuidado de la salud, se analiza que son muy pocas personas las que practican el hábito, la gente que lee, lo hace de forma poco constante. En cuanto, al hábito con las creencias, se identifica, que la gente, manifiesta sentirse preocupada por el cuidado de su salud, no obstante, no tiene el hábito de leer sobre la misma, así, se comprende, que la preocupación de las personas sobre su salud, es sólo a nivel cognitivo y no conductual. El hábito leer sobre el cuidado de la salud, es muy importante, ya que, éste trae arraigado el conocimiento para mantener saludables nuestro cuerpo y mente, además, de que puede llegar al grado de concientizarnos de la importancia de la prevención, pero como éste no es un hábito común en los mexicanos, se manifiesta a través del aumento de enfermedades y por tanto, de mala calidad de vida.

Además, el hábito de leer escritos sobre la salud, nos da una pauta muy lógica de porque la gente no actúa con respecto a otros hábitos de salud, ésta es por una falta de conocimiento e interés sobre lo que es bueno o malo para conservar la salud.

En el hábito medir su colesterol y las distintas creencias manejadas en esta investigación, se analiza, como la mayoría de las personas no tiene el hábito de medir su colesterol, no obstante, tienen las creencias relacionadas con la trascendencia de la salud. De aquí se infiere, una falta de cultura de prevención y detección oportuna de las enfermedades, desafortunadamente, el hábito de medir su colesterol, es uno de los menos establecidos en comparación con los otros manejados en este trabajo, lo que implica, una explicación acorde con el aumento de enfermedades de los últimos años, tales como problemas del corazón y /o diabetes que están muy relacionadas con índices altos de colesterol.

En este sentido, como explicación, también, podemos mencionar, el comentario frecuente de la gente, acerca de tener miedo de describir alguna enfermedad en su cuerpo relacionado con creencias de tipo irracional como pueden ser “de todas formas me voy a morir”, “mientras no me sienta mal no imparta”, entre otras.

Al realizar, el análisis del hábito realizar ejercicio y las distintas creencias, se comprendió como las personas que tienen el hábito de hacer ejercicio, poseen así mismo, la creencia que está aunada a la salud como máximo. No obstante, se identifica, al igual como en otros hábitos, que las personas que no realizan ejercicio, tienen la creencia que se relaciona con la importancia de la salud. Así, podemos decir que las razones por las que las personas realizan ejercicio, no sólo tiene que ver con creer que la salud es importante, sino con otra serie de factores que influyen en el realizar o no el hábito.

Uno de los factores, que puede ser influyente en la no realización del ejercicio, es la sensación no placentera que al inicio puede proporcionar este hábito, así como, una serie de pretextos que la gente suele poner, Álvarez (2003), destaca los siguientes: “no tengo tiempo”, “antes si podía pero ahora no”, “acabo muy cansado “para qué”, “no me gusta sudar”, “me da vergüenza ir al gimnasio”, “el resto de mi familia no hace ejercicio”, “tengo que llevar a los niños a la escuela”, “vivo muy

lejos de mi trabajo”, “me duelen las articulaciones”, “tengo asma”, “comenzaré a principios de año”, entre otros.

En el caso de hacer ejercicio, cabría destacar que en general ayuda a mejorar el bienestar y calidad de vida, específicamente ayuda a demorar o reducir la severidad de algunas enfermedades degenerativas (hipertensión, obesidad, diabetes y osteoporosis), además, el ejercicio adecuado y constante, ayuda a controlar el peso, a la prevención de enfermedades coronarias, normalización de grasas y a metabolizar carbohidratos, añadiendo que es benéfico para fortalecer huesos, estabilizar el estado emocional y mejorar el autoconcepto (Costa y López, 1986; Cortés, Ramírez y Ríos, 2003).

Nos gustaría destacar, que muchas veces no se hace ejercicio por falta de motivación y entereza, éste es un punto que el psicólogo puede trabajar a parte de la información. Por ello retomamos la propuesta de Álvarez (2003), concerniente a realizar ejercicio 2 veces por semanas y aumentar hasta cinco días, además de hacerlo de manera cotidiana, moderada y agradable.

En cuanto, al hábito usar hilo dental y las distintas creencias, antes mencionadas, se puede analizar, cómo la mayoría de las personas no tiene el hábito de usar hilo dental, no obstante, tienen las creencias relacionadas con la importancia de la salud. Ésto podría atribuirse, a que las personas no tienen información, acerca de las enfermedades, que puede ocasionarle el no tener un cuidado bucal, además, de la pérdida de las piezas dentales, las cuales se pueden sustituir, sin embargo, no son económicas y resultan molestas al ingerir alimentos.

En el hábito de usar cinturón de seguridad y las creencias relacionadas a la importancia de la salud, se puede analizar, que aunque, las personas no usan cinturón de seguridad, consideran relevantes las creencias de salud, es decir, afirman que es importante la salud, sin embargo, no toman como objetivo para cuidar su salud, el usar cinturón de seguridad. Esto podría atribuirse a la poca

cultura que se tiene acerca de la prevención de accidentes, tal y como lo mencionan Vargas y Palacios (1993).

Así, a nuestro objetivo concerniente, para saber, si existía o no correlación, entre los hábitos positivos y las creencias de salud, podemos referir, que efectivamente las creencias (manejadas en nuestra investigación) son un elemento necesario para tener un hábito positivo de salud, no obstante, no es un elemento suficiente, ya que, la gran mayoría de las personas cree que la salud es importante y necesaria en su vida, sin embargo, no hacen nada o lo necesario para preservarla.

Cabe señalar, que en esta investigación, abordamos el tema del Modelo de Creencias de salud, aclarando, que éste, es sólo una de las muchas propuestas de salud, sin embargo, quisimos delimitarlo, a este modelo, para enriquecer con más especificidad, el tema de salud, relacionado al por qué las personas ejecutan o no hábitos positivos de salud, retomando la propuesta de Álvarez (2002), quien destaca que hacen falta estudios abocados a aspectos importantes, tales como los procesos cognoscitivos.

En nuestra parte teórica, destacamos el modelo de Rosentock, que refiere que las personas no ponen en práctica determinadas conductas de salud, porque, son influyentes dos valores: 1) percepción de amenazas de salud y creencias de individuos y 2) posibilidad de que un determinado comportamiento reduzca amenazas (Beneit;1994; Ferrero, Toledo y Barreto, 1998).

Así nuestra investigación, nos dice, que la creencia es condición necesaria, pero no suficiente para concretar la conducta. Entonces en la salud, no sólo hay que trabajar a nivel informativo, donde la gente posea la creencia, de que determinado hábito ayudara en su salud, sino también, que la gente se preocupe y analice las dimensiones, con respecto, a lo que pasaría sino se cuida (percepción de amenazas), así como también a lo que sucederá si lo hace (reducción de amenazas).

Además, un elemento de suma importancia, es la motivación, ya que, puede suceder el caso, en que la gente tenga la información necesaria, y sepa lo que tiene que hacer para cuidar su salud, así como, las consecuencias de sino lo hace, y sin embargo, no realice el hábito positivo de salud. Esto lo explicamos, como falta de “motivación” sobre el cuidado de salud, en este sentido, los psicólogos pueden utilizar sus herramientas, con la finalidad de que ejecute los hábitos saludables.

Así también, otros puntos, que son influyentes para que las personas ejecuten su salud, son la tolerancia al dolor y mecanismos de afrontamiento, propuestos en la versión del Modelo de Creencias de Kasl y Cobb en 1966, reiterando así, la importancia del psicólogo en el ámbito de la salud.

Sin embargo, es tan sólo una parte el trabajo del psicólogo, pero no hay que olvidarse que la salud, es un problema de origen multifactorial, influenciado también, por variables demográficas y sociales; además, de fuentes internas (como son los propias síntomas) y externas (consejos, medios de comunicación, etc), reiterado en el modelo de Becker, sacado de Jiménez (1998).

Analizando esto, concretamos, una falta de trabajo por la preservación de la salud no sólo a nivel individual, sino social, identificándonos como un país muy pobre, en muchos sentidos.

De tal manera, no podemos descartar el carácter hereditario, sin embargo, la alimentación, el ejercicio, y otros hábitos de salud, ayudan para que las enfermedades crónicas, puedan evitarse, es decir, es importante prevenir antes que lamentar, cuando la enfermedad lleva un proceso avanzado y no se puede hacer nada.

Por lo tanto, el individuo es quien va creando su propio estado de salud o enfermedad, además, Castro (2001), menciona que depende de las experiencias y eventos que constituyen el modelo diario de un individuo, incluyendo; dónde vive, las condiciones de su ambiente en casa, qué tipo de trabajo hace, lo que come, lo que bebe, sus hábitos personales, la actividad física diaria, la familia y los amigos, es decir, depende del estilo de vida del individuo.

Cabe destacar, que la sociedad actual, ha adoptado comportamientos identificados como factor de riesgo, Marín (1995) y Trejo (2001), mencionan el uso del tabaco, el consumo de alcohol y drogas, el control de peso, la poca realización de ejercicio, el manejo de estrés en la familia y el trabajo, para desarrollar enfermedades crónicas, además, de ayudar para que obtengan un estilo de vida poco satisfactorio y por ende, pésima calidad de vida. Cabe destacar, que algunas conductas pueden convertirse en hábitos negativos (uso de alcohol, tabaco y drogas), Jiménez (1998), menciona que esto se debe a estados emocionales negativos como estrés, ansiedad y aburrimiento.

El contexto familiar, favorece el aprendizaje de las conductas de salud y los padres serán quienes determinen los hábitos de sus hijos, es decir, las conductas de salud, como lavarse los dientes, bañarse, comer, entre otras, pueden llevarse a cabo, con mayor frecuencia, hasta lograr que la conducta se realice de manera automática, lo que implica, que se esté formando un hábito de salud positivo, el cual, vamos aprendiendo, en principio de cuentas en la familia, es decir, algunas conductas de salud, son reforzadas por consecuencias positivas, de tal manera, que las conductas que aprendemos en casa y se practican diariamente, se convierten en hábitos.

En el aspecto económico, también se juega un papel importante para el establecimiento de hábitos positivos de salud, ya que, a pesar, de haberlos aprendido en casa, el dinero no alcanza, es decir, los impuestos, los gastos para el hogar, los gastos de viaje, las vacaciones, los gastos para la escuela y los

gastos para la higiene y belleza, van moldeando un estilo de vida poco saludable, por lo tanto, la calidad de vida se ve disminuida.

Otro factor que nos enseña a tener ciertos hábitos de salud, son los pensamientos y las creencias, es decir, la creencia de que un determinado comportamiento saludable, puede contribuir a evitar una enfermedad.

Es decir, la familia, los valores, las normas, las influencia de grupo, el apoyo social, el aspecto económico y la atención sanitaria, contribuyen a su manera, para que las personas llevemos, a cabo o no, hábitos de salud positivos.

Todo esto es mencionado, porque estamos tratando de reiterar que la salud no sólo es de tipo biológica o psicológica, sino biopsicosocial, en este sentido, tratamos de tener objetivos encaminados en el aspecto psicológico, pero sin negar la trascendencia de otras áreas.

Tratando de contemplar más aspectos biopsicosociales, Costa y López (1986), mencionan que existen condiciones antecedentes y consecuentes, para que la gente efectúe o no un hábito saludable. En condiciones antecedentes menciona: 1) la motivación, en donde se conocen pocas propuestas al respecto, 2) valor percibido de la amenaza de la enfermedad, aquí, creemos que son pocas las personas que conocen realmente lo que implica su enfermedad y qué cuidados deben llevar, 3) comportamientos de prescripción, igualmente se conoce el caso en que las personas no siguen tal cual, los consejos de los médicos, 4) creencias, en este sentido hay muchas creencias erróneas que llevan a un mal cuidado de la salud, 5) características estructurales, en donde no necesitamos hacer investigaciones exhaustivas, para percatarnos que el sistema de salud de México, es deficiente, haciendo falta desde un equipo necesario hasta un ambiente cordial y 6) características demográficas.

En condiciones antecedentes, se menciona: 1) los modelos de interacción, son muchas las personas con hábitos negativos y todos estos se van heredando, 2) comunicación persuasiva, actualmente vivimos bombardeados por los productos maravilla que con poco esfuerzo prometen la salud ideal, sin embargo, pocas veces es cierto, 3) señales discriminativas, en donde, hay mucho por trabajar ,ya que, son pocos los estímulos que promueven una adecuada adherencia a tratamientos, 4) reforzamiento, en este sentido, creemos que poco es el reforzamiento que tienen las personas, para llevar a cabo sus comportamientos saludables.

Por tanto, el establecimiento de nuestros resultados, nos lleva, a identificar, como la mayoría de las personas, no poseen hábitos positivos de salud, y con mayor preocupación, referiremos que ni si quiera ejecutan conductas saludables. Al indagar en las creencias, encontramos un cúmulo de individuos, que destacan, que la salud propia, es elemental para llevar una vida mejor, no obstante, no hacen lo necesario para tenerla. Esto, no quiere decir, que las creencias no sean parte del proceso que influye en tener un hábito saludable, ya que, como lo destaca Hernán (1993), el individuo es un conjunto de cuerpo mente, lo que nos lleva a referir que las creencias son una parte de dicho proceso.

Algunos teóricos, han mencionado, ya la importancia de las creencias en salud, (Green y Simón, 1988; Ferrero, Toledo y Barreto, 1998; Cabrera, Tascón y Locumi 2001 y Álvarez 2002), sin embargo, hace falta aún, la identificación de las creencias que son influyentes en la salud. Algunas creencias, que consideramos probables para la no ejecución de hábitos positivos de salud, son de tipo irracional, como por ejemplo, las mencionadas por Becoña Vázquez y Oblitas (2000), tales como: “yo no creo que los medicamentos funcionen”, “si esta dieta no le surte efecto estoy seguro de que no funcionará conmigo”, “el ejercicio no hará diferencia alguna”, “ cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto”. Es decir, creencias erróneas de lo que realmente es saludable.

Sin embargo, no nos olvidamos, que el problema de salud, es multifactorial, es por ello, que el concepto de salud se ha modificado con el tiempo, y ya no sólo se engloba como un aspecto puramente biológico, sino por el contrario, se refiere como parte de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. No obstante, esta concepción permanece muchas veces en los libros y revistas y no forma una aplicación en la vida de las personas.

Cabe destacar, que para llegar a una definición de salud, que tomará en cuenta lo biopsicosocial, tuvo que pasar mucho tiempo en donde hubieran cambios de diversas índoles. A nivel teórico y social se descubrió, que el concepto de salud entendida como ausencia de enfermedad (Godoy, 1999; León y Medina, 2002), era equívoco, ya que la misma, era difícil de alcanzar y sobre todo, que cada vez más personas enfermaban. Como consecuencia de esto, surgen varios enfoques que se preocupan por dar una explicación de la salud y también de la enfermedad, así, poco a poco, la salud ya no solo es comprendida como una causa biológica.

Los sociólogos, colaboraron destacando que la sociedad es parte determinante para entender la salud, dando aportaciones importantes, a través del análisis de las estructuras sociales y su influencia en el proceso salud-enfermedad. Esto ayuda a que surjan modelos explicativos como el sociomédico (Beltrán y Torres, 1986), que toman en cuenta, ya aspectos biológicos y sociales. No obstante, el problema continua, sólo que cambiando, de un decremento de enfermedades infecciosas, por un aumento en enfermedades crónicas.

Es decir, se consideraba que las principales causas de muerte, eran las enfermedades infecciosas (varicela, gripe, viruela), sin embargo, Aranceta (1995), Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), mencionan que en la actualidad ésta concepción ha ido cambiando, ya que los hábitos inadecuados y un estilo de vida poco saludable han contribuido, para que las enfermedades crónicas como cáncer, hipertensión, diabetes y los problemas cardiovasculares, sean las principales causas de muerte.

Como consecuencia de este problema, surge un modelo determinante en el cambio de visualización de la salud, este es el modelo biopsicosocial, que propone la ya tan sonada definición de la OMS, conceptualizando la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no como ausencia de enfermedad (Latorre, 1994; Durán, 1998; Dubos, 2000). A pesar, de las múltiples críticas que se le han hecho a este concepto, cabe decir, que el mismo, ha sido la principal causa de que el hombre ya no sea visto como una dualidad mente-cuerpo, y que diversas áreas como la psicología traten de explicar y colaborar en la salud de las personas.

No obstante, dentro de la psicología, han tenido que surgir diversas áreas, que apoyan la preocupación de la salud y/o enfermedad, sin embargo, han sido fallidas para mejorar o preservar la salud, ya que muchas de ellas, contemplan solo un aspecto de la misma y olvidan que el ser humano esta compuesto por mente y cuerpo, así como, que es influyente en él, aspectos biopsicosociales. De esta forma, la mayoría de las áreas de la psicología se han enfocado más en la enfermedad y no tanto en la salud, además, que las pocas áreas enfocadas en la salud han sido insuficientes por diversas razones: a veces por solo, dedicarse al aspecto individual, o solo, al social; otras veces, por no tener la adecuada explicación a nivel teórico-práctica, o en otras ocasiones, por no contemplar la prevención.

Con esto, no se trata de negar, que diversas áreas de la psicología han ayudado en múltiples aspectos relacionados con la salud, como pueden ser el desarrollo de métodos de evaluación, tratamientos y hasta la aplicación de programas preventivos (aunque casi siempre enfocados en la salud mental). Sin embargo, todo esto ha sido insuficiente evidenciándose en tres aspectos: el primero, es de tipo teórico en donde existen inconsistencias en el concepto de salud, pese, a que se han planteado conceptos más integradores o biopsicosociales, aún no hay una definición que explique claramente este proceso; el segundo, es el epidemiológico cambiando las tasas de morbilidad y mortalidad (aumentando las enfermedades

crónicas), y el tercero, es el económico manifestándose un alza en los costos en salud (Grau,1998; Jiménez, 1998 y Valadez y Landa, 1993).

Las deficiencias teóricas, el problema epidemiológico y económico, orillan a que se intente modificar lo existente en la psicología, es por ello, que nace “la psicología de la salud”, surgiendo como una necesidad de tipo teórica y social, ya que, por mucho tiempo, la salud, erróneamente fue vista como ausencia de la enfermedad (sobre todo física), y esto, aún conduce a limitantes de diversas índoles, entre algunas de ellas, están las que nosotras nombramos como: a) las profesionales (en donde el médico se toma como el máximo interventor de la salud, lo que implica deficiencias, ya que, evidentemente no todo lo puede “sanar”; además, otros profesionales, limitan su área, por ejemplo, la psicología se aboca mayormente a los trastornos mentales y se añade que no hay labor multidisciplinaria lo que demerita el desarrollo para conservar la salud), b) las sociales (se da un aumento en las enfermedades crónicas, además no hay apoyo económico suficiente por parte del gobierno) y c) las individuales (las personas no atienden sus necesidades psíquicas y /o físicas y por tanto, no encuentran alivio a muchas de sus enfermedades).

Como consecuencia, surge la necesidad de dar una visión más holística del proceso salud-enfermedad, y esto, es de lo que se encarga la psicología de la salud, definida con mayor precisión como: “la suma de las contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas, hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones afines, al análisis y mejora del sistema y a la configuración de políticas sanitarias” (Matarazzo, 1980; citado en Jiménez, 1998).

Se ha criticado, que la psicología de la salud, no es algo nuevo , es decir, que no es una disciplina diferente, a las áreas de la psicología ya existentes. No obstante, mantenemos la postura en apoyo de ésta, enfatizando que, así como, el concepto de salud se modificó por necesidades teóricas y sociales, es esencial, que pase algo semejante con la psicología, ya que, las enfermedades están aumentando, lo que implica que la labor médica, social y también la psicológica, se han visto limitadas, haciendo falta un cambio, dicha modificación debe establecerse en la visión del proceso salud-enfermedad.

Por ello, coincidimos con la postura de Ballester (1998), en cuanto a la incitación a los psicólogos por una psicología no nueva, pero si mejorada, es decir, la psicología de la salud, tiene sus raíces en diversas áreas, pero una diferencia que debe persistir, es la no fragmentación del hombre; y por que su objeto de estudio no sea sólo enfermedad, sino también, la salud, además, que no sólo se enfoque en el tratamiento de enfermedades, sino también, en la prevención de las mismas.

Así, los psicólogos de la salud, pueden contribuir enormemente en el campo de la misma, realizando las siguientes funciones: a) investigación de la salud y enfermedad, b) promoción de salud y prevención de enfermedad, c) intervención psicológica de la enfermedad y d) mejoras en políticas de salud (Ballester, 1998).

Estas funciones del psicólogo, son de mucha importancia, ya que, si hablamos de investigación en el campo de salud, encontraremos que, no hay suficiente teoría respecto a lo que es la prevención (por ejemplo, hábitos de salud, adherencia al tratamiento, explicaciones convincentes de por qué la gente tiene o no cuidado con su salud, etc), así también, en el campo de la promoción de la salud y prevención de enfermedad, son limitadas las propuestas.

Con esto, no se trata de menospreciar, la enorme labor que la psicología ha hecho por la investigación, ya que, como lo menciona Martín (2003), la psicología de la salud, se ha preocupado por temas no antes contemplados como son: creencias

en salud, conductas saludables, factores cognitivos, sociales y ambientales, factores biopsicológicos (psiconeuroinmunología), personalidad y propensión a la enfermedad, adherencia a tratamientos, etc.

Sin embargo, aún falta mucho, ya que, pese, a que se han hecho investigaciones y propuestas, no han sido suficientes para explicar y proponer con mayores resultados, en el área del mantenimiento y cuidado de la salud.

Enfatizando, que el desarrollo de la psicología de la salud en México, es lento, y no se le da la importancia necesaria al campo de la prevención, ya que, como lo menciona Brannon y Feist (1992), la prevención y la intervención psicológica son más efectivas que el tratamiento, para reducir gastos sanitarios. No obstante, esto es poco contemplando, y nos encontramos con un nivel de salud deficiente, no sólo en el rubro investigativo, refiriéndonos a propuestas o teorías para mejorar la salud, sino, a nivel de acciones, debido a que el sistema de salud de México, se ha concentrado por ser no holístico, donde al psicólogo se le limita, ya que, muchas veces las enfermedades sólo son tratadas por médicos y los programas de salud, no son ejercidos por personas que estén capacitadas.

Como bien lo mencionan Reynoso-Erazo y Seligson (2000), en México tenemos distintas deficiencias a nivel salud, como son: relegar el papel del psicólogo tomando más en cuenta al médico, en ocasiones, el psicólogo es visto como un simple evaluador, los programas en prevención, han sido mal enfocados, el papel de la psicología de la salud es limitado a la investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos, incluyendo, otros aspectos como centros de salud ineficientes, consulta externa y subespecialidades limitadas.

Por ello, reiteramos que el papel del psicólogo de la salud, puede ser, la pauta para mejorar el problema de la incidencia de enfermedades crónicas, contribuyendo en lo que Beltrán y Torres (1986), mencionan como los tres niveles: 1) nivel preventivo; 2) nivel curativo y 3) nivel de rehabilitación.

En este mismo sentido, hay que recalcar, como una de las propuestas fundamentales de la psicología de la salud, el papel de la prevención en tres niveles (en donde interviene el psicólogo): 1) prevención primaria, trabajando antes de que exista un problema de salud, 2) prevención secundaria, haciendo labor, detectando y trabajando en los problemas de salud que apenas inician y 3) prevención terciaria, contribuyendo con personas que ya están enfermas (Rochon, 1991). Destacando, como propuesta fundamental de la psicología de la salud, el papel de la prevención primaria, es decir, trabajar antes de que exista un problema de patología.

Así tal vez, el fracaso que hasta ahora tenemos, es la poca cultura de prevención, en sólo trabajar con pequeñas partes influyentes en la salud y no ir más allá del problema, por ejemplo, actualmente, se han implementado propagandas enfocadas a la salud, como: “come frutas y verduras”, “bebe dos litros de agua diario”, “el fumar es nocivo para la salud”, etc. Sin embargo, aunque es importante trabajar con la creencia de que estos hábitos son necesarios, son trascendentales, otros elementos que promuevan la verdadera ejecución de los mismos.

Sin embargo hasta el momento, las funciones de los diferentes especialistas en el área de la salud, han sido limitadas, evidenciándose la ya tan mencionada, incidencia de enfermedades crónicas, lo que va aunado a no tener los hábitos positivos de salud, relacionado también, con la poca colaboración multidisciplinaria abocado a los aspectos biopsicosociales.

En muchos rubros, hay que hacer investigaciones, para saber, qué es lo más conveniente, para que la gente lleve a cabo los hábitos positivos de salud, pero también, en muchos de ellos, hay que empezar a trabajar. Propuesta en donde el psicólogo de la salud, puede jugar un papel muy importante, sin embargo, nos encontramos así atrapados en una psicología poco desarrollada en cuestión de salud, pero con grandes aportaciones y ganas de progresar, un ejemplo, de ello, es el instrumento de Cortés y Ramírez (2001), el que puede ser pauta para

corregir muchos errores e iniciar con proyectos. Dicho instrumento, nos permitió conocer, como no hace falta trabajar con la creencia que refiere que la salud es importante, sino con muchos otros aspectos que ya referimos.

En cuanto, a los hábitos positivos de salud, hablaríamos de una propuesta que integrara diversos elementos, como: 1) trabajar a nivel informativo, explicando los beneficios que trae consigo el hábito; 2) trabajar a nivel social, incitando a que la sociedad o bien la familia realice el hábito, ya que, es una conducta aprendida y 3) trabajar a nivel psicológico, como por ejemplo, en el área de autoconcepto, ya que, muchos individuos no realizan, el hábito por pena o porque realmente no siente necesario cuidar su cuerpo, en este sentido, un aspecto, que nos llamó la atención, es que, en la mayoría de las creencias, la gente decía que era elemental la salud, sin embargo, en la creencia de ser capaz de atender y cuidar la salud, la mayoría de las personas contestó que no se sentía capaz, de aquí, que es punto de partida, para trabajar con los individuos, en esa autopercepción que tienen, y en la confianza y motivación, para llevar a cabo los hábitos positivos de salud.

Es importante mencionar, que proponemos un trabajo a nivel psicológico, no obstante, no hay que minimizar el trabajo multidisciplinario, ya que, no deseamos proponer una vez más el dualismo, que ha detenido el progreso de la salud. Reiteramos, que hace falta trabajar en la salud en tres niveles el biológico, el psicológico y el social.

ANEXO N° 1

**INSTRUMENTOS ELABORADOS POR
RAMÍREZ Y CORTÉS (2003):**

“FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD”

“FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL”

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

TN

TE

¿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 VS VL CP CS HI

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

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 AT

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 AI AT

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 AI AT

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
-----	--	---	---	---	---	---

--

TS = =

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

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

REFERENCIAS

- Alonso, F. (1989). Concepto de la psicología médica. En: ***Psicología médica y social***. (3-11). España: Salvat editores.
- Álvarez, R. (1995). Educación y Fomento a la salud. En: ***Educación para la salud***. (80-109). México: Manual Moderno.
- Álvarez, J (2002). ***Estudio de las creencias salud y enfermedad: análisis psicosocial***. México: Trillas.
- Álvarez, R. (1998). Salud y enfermedad. En: ***Salud pública y medicina preventiva***. (11- 17). México: El Manual Moderno.
- Álvarez, R. (2003). ***¿Vivir o durar?***. México: Plaza y Valdés.
- Amigo, V., Fernández, C. y Pérez, A. (1998). La psicología de la salud. En: ***Manual de psicología de la salud***. (21-32). Madrid: Pirámide.
- Aranceta, J. (1995). Educación nutricional. En: L., Serra; j., Aranceta y J., Mataix. ***Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones***. (334-342). España: Masson.
- Ardila, R. (1992). Salud y psicología: avances en psicología clínica Latinoamericana. En: L. Oblitas (2000). ***Psicología de la salud***. (53- 65). México: Plaza y Valdés.
- Baena, P. y Montero, O. (1989). ***Comunicación para la salud***. México: Editorial Pax México.
- Ballester, R. (1998). Delimitación conceptual. En: ***Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales***. (128-203). Valencia: Promolibro.

- Ballester, A. (1998). El futuro de la psicología de la salud. En: **Introducción a la psicología de la salud: Aspectos conceptuales**.(243-253). Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. (1998). Historia y cristalización de la psicología de la salud como disciplina. En: **Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales**. (84-127). Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. (1998). La formación y el ejercicio profesional del psicólogo de la salud. En: **Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales**. (207-242). Valencia: Promolibro.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En: L. Oblitas. (Ed.), **Psicología de la salud**. (67- 109). México: Plaza y Valdés.
- Becoña, E; Vázquez, F y Oblitas, I. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas. (Ed.), **Psicología de la salud**. (11-47). México: Plaza y Valdés.
- Beltrán, F. y Torres, I. (1986). Aspectos históricos del proceso salud enfermedad. En: **La psicología de la salud: campos y aplicaciones**. (13-18). México: Universidad Veracruzana.
- Beneit, P. (1994). Conductas de Salud. En: P.J., Latorre y M.P., Beneit. (Eds.), **Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud**. (27-39) Buenos Aires: Lumen.
- Beneit, P. (1994). Conductas de Salud. En: P.J., Latorre y M.P., Beneit. (Eds.), **Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud**. (27-39) Buenos Aires: Lumen.

- Beneit, P. y Latorre, J. (1994). La representación mental de la enfermedad. En: P.J., Latorre y M.P., Beneit. (Eds.), ***Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud***. (215-227). Buenos Aires: Lumen.
- Brannon, L y Feist, J. (2001). Introducción a la psicología de salud. En: ***Psicología de la salud***. (11-31). España: Paraninfo.
- Brannon, L y Feist, J. (2001). La búsqueda de atención sanitaria. En: ***Psicología de la salud***. (67-105). España: Paraninfo.
- Buceta, J. (1992) Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud. En: J. Buceta y A. Bueno. (Eds), ***Modificación de conducta y salud: perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología***. (21-39) Madrid: Eudema.
- Buceta, J., Gutiérrez, F., Castejón, F. y Bueno, A. (1996). Tratamiento psicológico del comportamiento sedentario. En: J. Buceta y A. Bueno. ***Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades***. (21-45). Madrid: Pirámide.
- Buela-Casal y Carroble, J. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En: C. Buela, V. Caballo y J. Sierra (Eds.), ***Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud***. (3-39). España: Siglo veintiuno editores.
- Cabrera, J., Tascón, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo (50 párrafos). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 19 (1). (En red). Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/rlsp/revista%204.1doc>.

Castillos, M., Hernández, V. y Rosales (1989). Proceso de salud-enfermedad, desarrollo histórico del concepto. En: ***Introducción a la salud pública***. (11-28). México: Instituto Politécnico Nacional.

Castro, M. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En: H., Restrepo, y H., Málaga (Eds.), ***Promoción de la salud: cómo construir vida saludable***. (56-64). Colombia: Médica Panamericana.

Clínica Mayo (2003). ***Viva libre de enfermedades: estrategias para reducir su riesgo de enfermedad***. México: Intersistemas.

Cortés, V., Ramírez, G. y Ríos, S. (2003) Hacia un modelo integrado de la conducta de ejercicio. ***Alternativas en psicología***. (16-23). Facultad de estudios Superiores Iztacala: UNAM.

Costa, M. y López, E. (1986). La educación para la salud. En: ***Salud comunitaria***. (139-165). Barcelona: Martínez Roca.

Cruz, F. y Aguilar, M. (2002). La redefinición del concepto de salud. En: ***Introducción a la psicología comunitaria***. (18-29). Madrid: Editorial CCS.

Del Rey, J. y Calvo, J. (1998). Tabaquismo. En: ***Cómo cuidar la salud, su educación y promoción***. (299-311). España: Harcourt Brace.

Dhilon, H. y Philip L. (1995). Salud para todos bienestar en todo el mundo. En: ***Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países de desarrollo***. (2-9). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Dubos, R. (2000). El concepto de salud. En: F. L. Vega. (Eds.), ***La salud en el contexto de la nueva salud***. (3-12). México: El Manual Moderno.

- Durán, G. (1998). La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: L. Rodríguez. y M. Rojas (Eds.), ***La psicología de la salud en América Latina***. (61- 82).México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ferrero, J., Toledo, M., y Barreto, M. (1998). Comportamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En: P. Barreto; J. Gil. y M. Toledo (Eds.), ***Intervención en psicología clínica y salud***. (101-130). Valencia: Promolibro.
- García, E. (1993) El papel del psicólogo en un equipo de salud cardiovascular. En: A. Simón. . *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención.*(45-55). Madrid: Pirámide.
- Godoy, J. (1999). *Psicología de la salud: delimitación conceptual*. En: M, Simón. (Ed.), ***Manual de psicología de la salud***. (39-76). España: Biblioteca Nueva psicología Universidad.
- Gómez, D.E. (1996) Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En: D.E., Gómez y X.L., Saburido (Eds.). ***Salud y prevención: nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica***. (17-33). España: Pirámide.
- González, V. (2003). Creencias de salud: su lugar en el proceso salud-enfermedad. *Alternativas en psicología*. Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”: Universidad de la Habana. (8) (9-15).
- Grau, A. (1998) La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: L. Rodríguez. y M. Rojas (Eds.), ***La psicología de la salud en América Latina***. (45-59). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Green, W. y Simon, B. (1988). Determinantes internos de la conducta. En: ***Educación para la salud***. (134-180). México: McGraw-Hill.

- Hernán , S. (1993). La noción de Salud y enfermedad. En: **Salud y enfermedad**. (7-13). México: La prensa médica mexicana.
- Jiménez, C (1998). Concepto, definición y desarrollo histórico de la psicología de la salud. En: **Ciencias psicosociales aplicadas a la salud**. (51-64). España: Universidad de Córdoba, Escuela Universitaria de Enfermería.
- Jiménez, C (1998). Conductas de salud: su naturaleza, mantenimiento y modificación. En: **Ciencias psicosociales aplicadas a la salud**. (67-89). España: Universidad de Córdoba, Escuela Universitaria de Enfermería.
- Latorre, P.J. (1994) Psicología de la salud: Introducción y conceptos básicos. En: P.J., Latorre y M.P., Beneit. (Eds.), **Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud**. (17-25) Buenos Aires: Lumen.
- Lavie, P. (1997) La necesidad de dormir. En: **El fascinante mundo del sueño**. (118-134). Barcelona: Grijalbo.
- León, R. y Medina, S. (2002). **Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos**. España: comunicación social.
- López, C. (1993). Salud y enfermedad. En: **Salud pública**. (6-9). México: McGraw-Hill.
- Llor, B., Abar, M., García, M., y Nieto (1995). La situación de enfermedad: problemática psicosocial. En: **Ciencias psicosociales aplicadas a la salud**. (187-193). España: Mc Graw-Hill.
- Lloveras, G. (1995). Nutrición y diabetes. En: L., Serra; j., Aranceta y J., Mataix. **Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones**. (244-333). España: Masson.

Majem, L. (2001). Hacia una alimentación saludable. En: C. Colomer y C. Álvarez (Eds). **Promoción de la salud y cambio social**. España: Masson.

Marín, J. (1995). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: estilos de vida y salud. En: **Psicología social de la salud**. (33-51). España: Síntesis.

Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad (58 párrafos). Revista Cubana Salud Pública, 29 (3), (275-281). (En red). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>.

Mayobre, P y Caruncho, c. (1998). Salud y género. (1-16). (En red). <http://websvigo.es/mayobre/indicearticulos.htm>

Morales, F.(1995). "**La psicología de la salud al final del siglo: una aproximación desde la profesión**". *Revista Mexicana de Psicología*,12 (3). 177-183.

Morales, F. (1999). La psicología y los problemas de salud. En: **Introducción a la psicología de la salud**.(5-15). México: Paidós.

Morales, F. (1999). La psicología en la atención primaria a la salud. En: **Introducción a la psicología de la salud**. (65-119). México: Paidós.

Obregón, F. (1996). Las creencias como factor disposicional del comportamiento. (32 párrafos). Revista Sonorense de Psicología, 10 (1-2), (43-49). (En red). Disponible en: <http://www.psicom.usom.mx/publibre.htm>.

Ortega, P., Torres, L. y Salguero, M. (1998)."Los aspectos éticos de la investigación en la psicología de la salud". En: **Psicología y Salud**, 11, 71-75.

- Palomino, L. y Hernández, V. (2003). Intervención hospitalaria: una aproximación desde la psicología social de la salud (62 párrafos). Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 6 (3), (1-14). (En red). Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin.
- Phares, J. (1996). Psicología comunitaria. En: **Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica**.(433-442). México: El manual moderno.
- Piédrola, G., Del Rey, J., Domínguez, M., Cortina, P., Gálvez, R., Sierra, A., Saenz, M., Gómez, L., Fernández, J., Salleras, L., Cueto, A. y Gestal, O. (1991). La salud y sus determinantes. En: **Medicina preventiva y salud pública**. (3-10). Barcelona: Salvat.
- Piña, L. (1992). La prevención en el campo de la salud: de la inmunización al análisis del comportamiento. En: **Psicología y salud**. (74-89). México: Unisón.
- Pritchard, P. (1996). ¿Qué es atención primaria de salud?. En: **Manual de atención primaria de la salud**. (13-24). Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Ramírez, Marisela y Cortés, E. (2003). “**Evaluación de requerimientos de salud integral en la población mexicana**”. En: Psicología y ciencia social. En prensa.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2000). “**Salud, psicología y psicología de la salud**”. Revista Psicología y Ciencia Social, 4, (1), 45-52.
- Rochón, A. (1991). Educación para la salud. En: **Educación para la salud: una guía práctica para realizar un proyecto**. (5-25). España: Masson.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En: **La psicología de la salud en América Latina**. (20-31). México: Porrúa.

- Rodríguez, J. (1994). Evaluación en la prevención y promoción de la salud. En: R. Fernández-Ballesteros. (Ed.), ***Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.*** (651-707). Madrid: Pirámide.
- Santos, O. (1998) Salud pública: promoción de la salud y educación para la salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas. ***La psicología de la salud en América Latina.*** (131-147). México: Porrúa.
- Simón, A. (1993). Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide.
- Sojo, D., Sierra, B. y López, I. (2002). ***Salud y Género: guía práctica para profesionales de la cooperación.*** España: Médicos del mundo.
- Soto, M., Lacoste, M., Papenfus, R. y Gutiérrez, L. (1997). El Modelo de Creencias de Salud: un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Esp Salud pública* 71 (4) (335- 341).
- Stone, G. (1988). ***“Psicología de la salud: una definición amplia”.*** *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, (1), 15-26.
- Torio, D .J. y García, T. M. (2002). Causalidad y estrategias de prevención. En: A. Frías (Ed). ***Salud pública y educación para la salud.*** (200- 213) España: Masson.
- Trejo, D. (2001). ***“Psicología de la salud en México: estilos de vida y hábitos de salud”.*** Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

- Turubián, J. (1995). Atención primaria. En: ***Cuadernos de medicina de familia comunitaria: una introducción a los principios de medicina de familia***. (9-25). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Valadez, A. y Landa, P. (1993). ***“Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés-enfermedad”***. Revista Psicología y salud, 1, 63-69.
- Vargas, A. y Palacios, V. (1993). Accidentes y violencias. En: ***Educación para la salud*** (217-219). México: McGraw-Hill.