



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

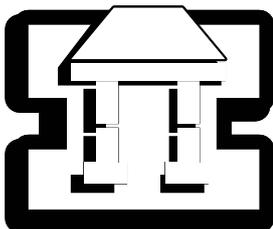
PSICOLOGÍA DE LA SALUD: INFLUENCIA DEL APOYO
SOCIAL EN LA HISTORIA DE SALUD Y
ENFERMEDAD CRÓNICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
ALCÁNTARA RODRÍGUEZ MA. ELENA
SALGADO REYNA MA. DEL CARMEN

ASESOR:
MTR. ENRIQUE BERNABÉ CORTÉS VÁZQUEZ

DICTAMINADORES:
MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMÍREZ GUERRERO
LIC. JUANA MÉNDEZ OLVERA



LOS REYES IZTACALA

OCTUBRE DE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



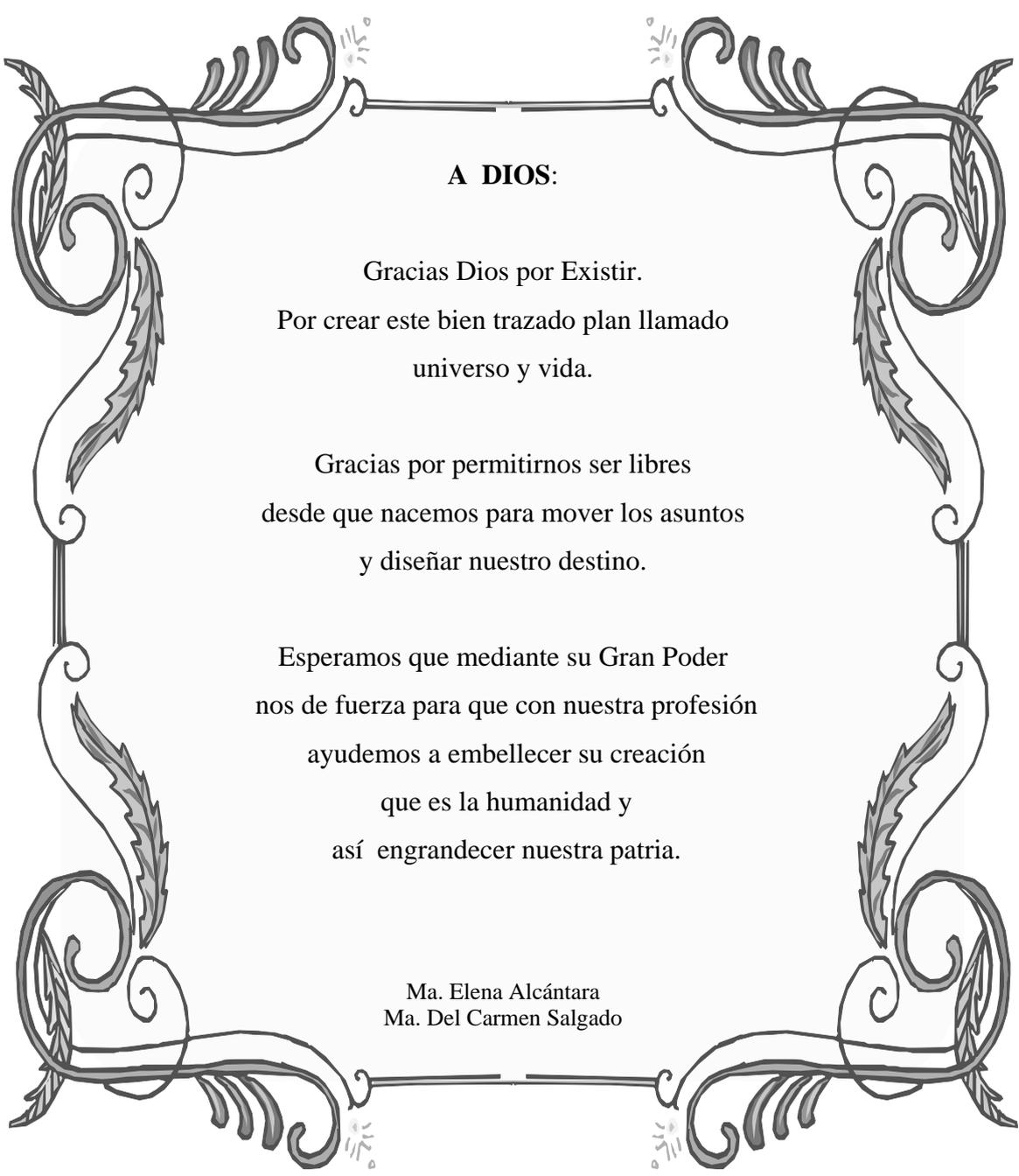
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

AGRADECIMIENTOS



A DIOS:

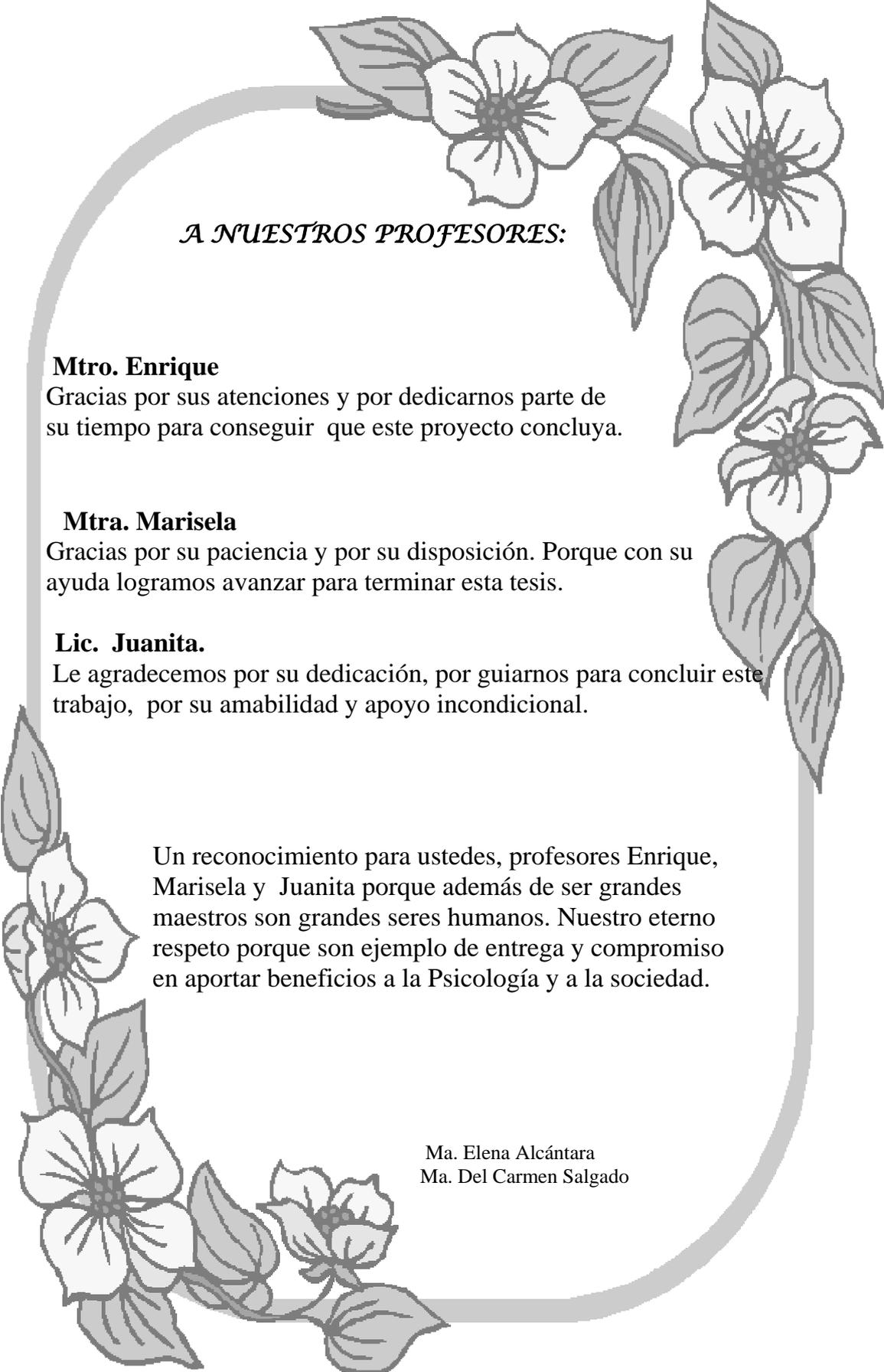
Gracias Dios por Existir.

Por crear este bien trazado plan llamado
universo y vida.

Gracias por permitirnos ser libres
desde que nacemos para mover los asuntos
y diseñar nuestro destino.

Esperamos que mediante su Gran Poder
nos de fuerza para que con nuestra profesión
ayudemos a embellecer su creación
que es la humanidad y
así engrandecer nuestra patria.

Ma. Elena Alcántara
Ma. Del Carmen Salgado



A NUESTROS PROFESORES:

Mtro. Enrique

Gracias por sus atenciones y por dedicarnos parte de su tiempo para conseguir que este proyecto concluya.

Mtra. Marisela

Gracias por su paciencia y por su disposición. Porque con su ayuda logramos avanzar para terminar esta tesis.

Lic. Juanita.

Le agradecemos por su dedicación, por guiarnos para concluir este trabajo, por su amabilidad y apoyo incondicional.

Un reconocimiento para ustedes, profesores Enrique, Marisela y Juanita porque además de ser grandes maestros son grandes seres humanos. Nuestro eterno respeto porque son ejemplo de entrega y compromiso en aportar beneficios a la Psicología y a la sociedad.

Ma. Elena Alcántara
Ma. Del Carmen Salgado

A MIS PADRES:

Gracias a mis padres Martha y Delfino por apoyarme incondicionalmente, instruirme y guiarme para obtener dos grandes armas: Dios y mi educación

A TOY:

Gracias Toisito por ser la píldora creada por Dios para aliviar tristeza y enojo.

A MIS HERMANOS:

Gracias Omar y Xóchitl por ser mis HERMANOS en toda la extensión de la palabra. Gracias por tenerme confianza, por su apoyo, por los momentos alegres a su lado y por ser también, grandes amigos.

A MIS AMIGAS:

Gracias Elenilla por ser quien eres, una gran amiga. Gracias por escucharme, por las risas constantes, por tu gran ayuda a nivel personal y académico. Y por tu entrega y trabajo en este proyecto.

Gracias Mariela por permitirme conocerte, por las risas compartidas y por ser una gran persona y sobre todo una



A mi madre

Si soy feliz es por lo mucho que me diste y por lo mucho que me enseñaste aún después de haber dejado este mundo, siempre me sentiré orgullosa, gracias por darme tus años, ahora lo único que me queda decirte eternamente, confiando que me escuches con el corazón, es que te amo y que siempre estaré orgullosa de ser tu hija. Muchas gracias ELENA RODRÍGUEZ L'UNA por haber sido y seguir siendo mi maestra.

VÍCTOR

No puedo dejar de ofrecerte mi eterno agradecimiento por darme la fuerza para seguir adelante y creer en mí, gracias, por estar con migo pese a todo, y por enseñarme que amar a alguien no es cuestión de suerte sino de fe en los demás. TE AMO.

DAVID

A ti mi querido hermano, te agradezco el haberme enseñado que el secreto de la vida es vivir intensamente cada momento, que la felicidad no es cuestión de suerte sino producto de mis decisiones y que lo mejor esta por venir.
Gracias.

MIREYA

Te agradezco, por tus palabras y apoyo que siempre me motivaron para concluir esta etapa de mi vida, espero algún día poder pagarte por lo mucho que

Lic. MARIELA y Lic. MA. DEL CARMEN

Desearía otorgarles algo más que estas líneas, pero por lo pronto, solo me queda expresarles mi agradecimiento y admiración por ser unas personas admirables, ya que nunca les faltó una sonrisa y una

Ma. Elena Alcántara Rodríguez



ÍNDICE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

- 1.1 Evolución del pensamiento de salud y enfermedad
- 1.2 Antecedentes de la Psicología de la salud
- 1.3 Definición de la Psicología de la Salud
- 1.4 Disciplinas relacionadas con la Psicología de la Salud

CAPÍTULO 2.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO.

- 2.1 Desarrollo de la Psicología de la Salud en América Latina
- 2.2 Desarrollo de la Psicología de la Salud en México
- 2.3 El Papel del Psicólogo en América Latina y México

CAPÍTULO 3.

RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SALUD.

- 3.1 Antecedentes y surgimiento conceptual del apoyo social
- 3.2 Aspectos conceptuales del apoyo social
- 3.3 Definiciones integradoras del apoyo social
- 3.4 Apoyo social y salud

CAPÍTULO 4.

RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ENFERMEDAD CRÓNICA.

4.1 Características de las enfermedades crónicas

4.2 Tipos de enfermedades crónicas

4.3 Apoyo social y la enfermedad crónica

4.3.1 Papel del apoyo social en la intervención preventiva

4.3.2. Efectos del apoyo social en la adaptación a la enfermedad crónica

4.3.3 Intervención del apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas

CAPÍTULO 5.

MÉTODO.

5.1 Objetivo General

5.2 Objetivos específicos

5.3 Método de investigación

5.4 Hipótesis

5.5 Metodología

5.6 Procedimiento

CAPÍTULO 6.

RESULTADOS.

6.1 Resultados

6.2 Conclusiones

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN.

Se investigó acerca de la influencia del apoyo social recibido y la satisfacción con el mismo, sobre la salud y la enfermedad crónica; desde el ámbito de la psicología de la salud. Para ello se seleccionó una muestra de 980 sujetos de 18 a 70 años, pertenecientes a la zona metropolitana de México. A quienes se les aplicaron dos instrumentos: “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud”, de Ramírez y Cortés (2000). Los datos fueron analizados con la Chi cuadrada. Se encontraron diferencias significativas entre el apoyo social (recibido y satisfecho) y la salud; no existiendo diferencias significativas entre el apoyo social (recibido y satisfecho) y la enfermedad crónica. Se concluyó, que el recibir apoyo social y el estar bastante satisfechos con el apoyo que se recibe, influye en poseer una buena salud; también se analizan los factores involucrados en la relación apoyo social - enfermedad crónica.

INTRODUCCIÓN

Desde las primeras civilizaciones se ha intentado dar explicación al estado salud – enfermedad, sobretodo, para curar las enfermedades que en cierto momento histórico se padecen. En un principio estas explicaciones involucraban aspectos espirituales, posteriormente, se le relacionaba con la religión, mas tarde tras los primeros estudios de la anatomía humana se le dio paso a la ciencia médica para darle explicación por medio del modelo biomédico, modelo que predominó por varios años hasta después de la segunda guerra mundial, la cual acarrió grandes cambios tecnológicos, sociales y cambios epidemiológicos sobretodo en países industrializados. El resultado de estos cambios, ha sido la creación de un nuevo modelo de salud; el cual a diferencia del modelo biomédico que hasta entonces había prevalecido, considera otros factores que no habían sido tomados en cuenta para estudiar el proceso salud-enfermedad, entre los que, además de las anomalías biológicas, se hallan las condiciones sociales y psicológicas. Todo esto ha obligado a que el ámbito de la salud se expanda a otras disciplinas científicas que antes eran ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; entre las que se encuentra desde luego la Psicología, ya que ahora se les demandan a estas ciencias, soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

Es así que al concebirse a los factores psicológicos y sociales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento; y como factores inmiscuidos en el mantenimiento de la salud, surge la Psicología de la Salud, entendida como un campo donde los conocimientos psicológicos pueden ser empleados en la solución de los problemas de la salud pública. No obstante, la Psicología de la salud no solo se satisface con intervenir una vez que la enfermedad ha aparecido sino que va más allá, pretende a través de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la Psicología, promover estilos de vida saludables para mantener la salud y así prevenir la aparición de enfermedades y disminuir los costos médicos y económicos, que traen

consigo el desarrollar alguna enfermedad, sobretodo crónica, ya que requieren tratamiento medico integral y a menudo caro, por el uso de alta tecnología. De igual forma, la prevención de enfermedades acarrea una disminución en los costos emocionales, no solo de quien llega a padecerlas, sino que también, involucra a aquellos que rodean al enfermo, ya que en muchas ocasiones el padecimiento de alguna enfermedad como las crónicas, termina por devastar a toda la familia del enfermo.

Es así que, con el propósito de mantener estados positivos y virtuosos en el individuo que favorezcan la promoción de la salud, se muestra la importancia de seguir indagando a cerca de las funciones que tienen las interacciones de factores afectivos y conductuales con el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y adherencia al tratamiento; y por supuesto, estos estudios son delegados a la Psicología debido a que como ciencia del comportamiento ha estado muy interesada en desarrollar conocimientos que permitan comprender y modificar estilos de vida y situaciones psicológicas de personas sanas y personas enfermas, como lo son: las creencias que se tienen de la salud, los estilos de afrontamiento, las situaciones afectivas que se viven antes y después de perder la salud, etcétera. Entre estos factores, también se encuentra el apoyo social, puesto que, tanto el tipo de apoyo que se da, como la cantidad percibida por quienes lo reciben, favorecen o perjudican la salud integral de una persona. El estudio de la influencia del apoyo social con la salud y la enfermedad, tiene sus antecedentes desde los razonamientos del sociólogo Durkheim hasta las investigaciones de Cassel, Caplan y Cobb, realizadas a mediados de los setentas, quienes son considerados fundadores en el estudio del apoyo social; puesto que, a partir de sus investigaciones, se ha indagado en los efectos del apoyo social en sus diferentes niveles de análisis, desde la integración social hasta las relaciones íntimas, analizando tanto sus aspectos estructurales como los funcionales y tratando de explicar los mecanismos a través de los cuales influye el apoyo social sobre la salud y la enfermedad.

Así también, el cambio de enfermedades infecto-contagiosas a enfermedades crónicas, donde no solo tiene que ver lo biológico sino que también aspectos psicológicos y sociales, a ocasionado la necesidad de contar con estudios que permitan tener una perspectiva multidisciplinaria, pues se debe tener en cuenta la información existente del problema, derivada de los factores biológicos, psicológicos y sociales sin perder de vista el contexto cultural y las políticas del sector sanitario.

Sin embargo, pese a la importancia de los innumerables estudios que la Psicología ha llevado a cabo en el sector salud, actualmente, son pocos los países que tienen políticas sanitarias que permiten la intervención de esta ciencia, dificultando por tal razón, el trabajo del psicólogo de la salud así como el reconocimiento justo de las actividades que lleva a cabo.

Es así que, considerando el avance que hasta estos días ha tenido la psicología de la salud y tratando de contribuir a su desarrollo en México y tomando en cuenta las tareas que han de desempeñar los psicólogos en el sector salud, el presente trabajo tiene el objetivo de examinar la influencia del apoyo social (emocional, tangible e informativo) que se recibe y la satisfacción que se tiene con este, en el desarrollo de la historia de salud en la población de la zona metropolitana de México. Esto con la finalidad de contribuir en la realización de estudios entorno a las características y necesidades de la población mexicana. En específico, investigaciones respecto a la relación del apoyo social y el proceso salud-enfermedad, con el objetivo de responder a las demandas y problemáticas más apremiantes de la sociedad, demandas que también van dirigidas a los profesionales de la ciencia psicológica, de modo que con el fomento de dichas investigaciones se logre planificar y efectuar intervenciones a nivel social que realmente respondan a dichas quejas. De esta forma, el estudio de factores como el apoyo social, que se ven relacionados en la promoción de la salud y en la prevención y desarrollo de la enfermedad, ayuda a entender dichos procesos y llevar a cabo acciones para minorizar los costos que acarrear a la sociedad en general, minorizando, así mismo, los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas y aumentando los beneficios de mantener niveles altos de salud dentro de la población.

Para tal propósito, ha de considerarse dentro de la presente investigación, que en el **Capítulo I** se presentarán los antecedentes históricos involucrados en el surgimiento de la psicología de la salud, dentro de los cuales se encuentran la evolución conceptual del proceso salud-enfermedad. En el **Capítulo II** se indagará el desarrollo que ha tenido la psicología de la salud en América latina y en México, así como el papel que desempeña el psicólogo en el sector salud. Mientras que, en el **Capítulo III** se hablará de la relación entre el apoyo social y la salud. En tanto, en el **Capítulo IV** se presentará la relación entre el apoyo social y la enfermedad crónica. Dando paso al **Capítulo V**, donde se mostrará el método que regirá dicho estudio; presentando el objetivo general y los objetivos específicos; además se presenta la metodología a seguir. En tanto, en el **Capítulo VI** se describen detalladamente los resultados encontrados en la investigación y para finalizar, se exponen las conclusiones apoyadas en los resultados y el marco teórico.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

1.1 Evolución del pensamiento de salud y enfermedad.

A lo largo de los años la definición de la salud, como de la enfermedad, ha ido evolucionando. De esta manera, se puede observar que la salud y la enfermedad han sido definidas a partir de dos modelos significativos: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial.

Pero, antes de surgir el modelo biomédico, florece el denominado modelo sobrenatural, en el cual las primeras sociedades, consideraban que la enfermedad era causada por demonios u otras fuerzas espirituales que se apoderaban y controlaban a la persona. Ante lo cual estaban previstas medidas terapéuticas tales como el exorcismo y la restauración del alma a través de determinados rituales y danzas. Con el auge del pensamiento racional y filosófico del siglo V a.C. en la antigua Grecia y a partir de las ideas naturalistas del mundo que elaboraron los filósofos, surge el nombrado modelo naturalista, con lo que se empezaba a hablar de la enfermedad como un desequilibrio y de la salud como un equilibrio. De este modo, Alcmeón consideraba la salud como el equilibrio o armonía de lo húmedo y lo seco, lo frío y lo caliente, etc. Esta manera naturalista de ver la enfermedad se consolidó con Hipócrates, quien consideró que era causada por un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. En tanto, la acepción galénica de la enfermedad implica cierta predisposición del enfermo para adquirirla, siendo las circunstancias externas, como el estilo de vida, el clima, la edad, etc., factores que inciden en el estado orgánico y motivan, en ocasiones a que la persona enferme. Por lo que, Galeno postula principalmente que el estado de salud perfecto no existe (Ballester, 1997). Por otro lado, los árabes sostenían que de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad. Estos principios eran: el aire puro, la moderación en el comer y en beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales. Encontrándonos nuevamente con la búsqueda del punto medio

o equilibrio para mantener la salud, y cuando el ser humano se encuentra en algún extremo, ya sea en lo excesivo o en la carencia, se ocasiona la enfermedad. Además, de que los árabes empiezan a tomar en cuenta los estilos de vida y las emociones. En tanto, Avicena (980-1037), sostuvo que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades (Morales, 1999).

Ya en la Edad Media en Europa, el saber producido en esta época estaba bajo el dominio de la iglesia Católica, lo que hizo que prevaleciera la interpretación mística de las causas de las enfermedades, las cuales eran debidas a la ira de Dios, la violación de las leyes divinas acción de los demonios (San Martín, 1992). Por otro lado, el significativo proceso cultural y científico producido en el tránsito del feudalismo al capitalismo, que se conoce como Renacimiento, permitió una revalorización del cúmulo de conocimientos de la humanidad, entre estos conocimientos las enseñanzas de Hipócrates y Avicena. Además, esta nueva forma de vida capitalista imponía la necesidad de que se encontraran respuestas a muchos problemas prácticos, por ello se estimuló la investigación y se produjo el nacimiento de las ciencias modernas. Además, el avance tecnológico no se hizo esperar, ya que se crearon instrumentos ópticos como el microscopio, el cual favoreció la observación de microorganismos. Lo cual a su vez repercutió en que se originara la idea de que muchas enfermedades se debían a estos microorganismos y esto resultó muy útil para combatir algunas enfermedades infecciosas. De esta manera, los descubrimientos basados en la microbiología contribuyeron a la interpretación materialista unicausal de la enfermedad. Ya para el siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más consolidado, dando paso a que aumentaran los conocimientos acerca del fundamento material de la enfermedad y se postuló una gran variedad de procesos que ocurren a nivel de los órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano sano o enfermo. Además, fueron encontrados nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos (Morales, 1999). Esta forma de ver la salud y la enfermedad, es a lo que se le llama el modelo biomédico, el cual ha dominado a lo largo de muchos años el campo de la medicina encargada del tratamiento y cura de enfermedades, este enfoque visualiza a la salud como un estado ideal, producto de

agentes externos y se enfoca principalmente en el tratamiento de un agente patógeno específico causante de la enfermedad. Con esto se puede hablar, que este modelo sugiere que una persona con un buen estado físico se encuentra saludable y al presentarse en el organismo un agente patógeno externo que ocasiona un malestar fisiológico pasa a un período de enfermedad, el cual puede restaurarse eliminando la enfermedad a través de fármacos sintéticos y tecnología médica, concluyendo así que al no presentar ninguna causa de síntomas de alguna enfermedad se puede asegurar que se cuenta con un estado saludable (Bakal, 1996).

Posteriormente, a lo largo de los años y con el incremento de la tecnología y avances en los estudios matemáticos, físicos y químicos, sirvieron para preparar el camino a lo que actualmente son los avances médicos, los cuales se centran en lograr la salud a través del desarrollo de la teoría del germen donde se pone mayor énfasis en la enfermedad y ya no en la persona misma. Esta concepción es la que actualmente ha prevalecido y dominado, sin embargo, recientemente al haberse involucrado la psicología en un campo en el que parecería que solo la medicina tiene cabida, surge otro modelo explicativo: el alternativo, el cual defiende un enfoque holístico en relación con la medicina, es decir, aquel que tiene en cuenta los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos de la salud de una persona.

En este enfoque se integran, dentro del proceso salud-enfermedad, factores tanto físicos como psicosociales, tales como la habilidad para realizar determinadas actividades y la presencia de estados emocionales positivos, el inicio de esta nueva visión de salud-enfermedad se debe a la medicina psicosomática la cual señala que toda enfermedad física posee componentes emocionales o psicológicos y que la enfermedad es el resultado final de la interacción entre estos últimos y la disfunción o alteración física (San Martín, 1992; Sarduy y Alfonso, 2001).

Así mismo, León y Medina (2002) presentan evidencia basada en la investigación epidemiológica a favor de la tesis de la existencia de múltiples determinantes de la salud y que interaccionan entre sí, lo cual resulta ser un supuesto básico del modelo biopsicosocial.

Además, mencionan que los estudios de epidemiología histórica demuestran que en los últimos siglos la tasa de mortalidad de las principales enfermedades infecciosas se redujo de forma significativa, aun antes del desarrollo de medidas eficaces por parte de la medicina, lo que pone de manifiesto que los determinantes de la salud no son solamente biológicos. Es decir, la aplicación de antibióticos aceleró la velocidad del declive de la tasa de mortalidad, pero no fue la fuerza que lo inició, como por ejemplo en el caso de la tuberculosis, fueron determinantes las mejoras de las condiciones de vida, lo que viene a demostrar que la salud de las personas es el resultado de la interacción de factores biológicos y sociales.

Así, con lo expresado acerca de estas dos posturas, se puede percibir que el enfoque biomédico se centra en el hecho de que la salud es meramente una ausencia de enfermedad, reduciéndose a un proceso simple de salud-enfermedad, pues solo se ve integrado dentro de este proceso un solo factor: el mal funcionamiento biológico. Mientras que el modelo biopsicosocial, percibe las deficiencias de la definición del modelo anterior y propone que la salud debe incorporar no solo elementos físicos, sino también elementos psicológicos y sociales, contemplando de esta manera a la salud como una condición positiva donde se ven implicados el buen funcionamiento de: mente, cuerpo y hábitos sociales.

Siguiendo esta misma línea de la salud y la enfermedad, Godoy (1999) hace una diferenciación en cuanto a la concepción de la salud desde un aspecto negativo y uno positivo. Desde la concepción negativa de la salud, esta es generalmente considerada como la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez. En tanto, la tendencia a considerar la salud desde una forma positiva, es la propuesta hecha por la organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, que considera la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Solo que ésta propuesta ha sido cuestionada por varias razones:

- Prestar importancia al componente subjetivo, lo que da por supuesto que se considere sano a un sujeto objetivamente enfermo por el hecho de que éste se exprese, a pesar de su enfermedad, que tiene un alto grado de *bienestar*.

- Primar el componente individual, dejando a un lado la importancia que tiene el medio biofísico, el socioeconómico y cultural en la salud humana.
- Sea vaga y difícilmente operacional, en términos como *completo y bienestar*.

De esta forma, este autor propone un concepto de salud diferente, definiéndola como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómoculturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida temporal o duradera, del equilibrio dinámico, acompañada de trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y /o sociales, correspondientes.

Como se pudo observar, el reconocimiento de diversos factores de índole social, biológico y psicológico supuso la ampliación del modelo biomédico de la salud y la enfermedad hacia un modelo integrador, de naturaleza biopsicosocial de la salud y la enfermedad. Este último enfoque nos da muestra de que el comportamiento y el estilo de vida individual están estrechamente ligados al campo de la salud, y es aquí donde la psicología como ciencia del comportamiento tiene cabida en los temas relacionados con la salud. Por lo que a continuación, se procederá a realizar una revisión de los antecedentes y surgimiento de la Psicología de la Salud.

1.2 Antecedentes de la Psicología de la Salud.

Según Ballester (1997) al hablar de los primeros antecedentes de la Psicología de la Salud, necesariamente se debe hablar de los primeros antecedentes de la psicología. De esta forma, como se sabe el nacimiento de la psicología como disciplina independiente surge con la creación de los laboratorios psicológicos y libros de texto de personajes importantes como el alemán Wilhelm Wundt y el americano William James. Wundt, con respecto al tema de la salud realizó un estudio sobre el dolor como uno de los sentidos básicos, en tanto James trató cuestiones relacionadas con la salud en muchos

momentos a lo largo de su obra, como por ejemplo, la condición de la invalidez crónica, los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola, ejercicios de Yoga, la curación metafísica u otras formas de filosofía espiritual. Otro personaje importante fue Stanley Hall en 1904, quien se mostró interesado por la salud como un valor central en la vida. Y declaraba en sus trabajos que en su época existía poco interés en la medicina preventiva en cuanto a los problemas de salud existentes, ante lo cual proponía que estos podrían ser superados a través de alguna estrategia filosófica, como el hacer que los médicos asegurasen la salud de sus pacientes.

La primera reunión semioficial de la psicología organizada, de la APA (*American Psychology Association*), respecto al sistema de salud, fue celebrada en diciembre de 1911, la cual tenía como objetivo considerar cómo la psicología podía contribuir a la educación y práctica médica. Fue a partir de esta reunión que la APA creó una comisión para inspeccionar la situación y las actitudes existentes en el momento, respecto a la enseñanza de la psicología en las facultades de medicina. Hubo un acuerdo en que los estudiantes de medicina deberían recibir enseñanzas psicológicas como parte de su formación premedica o en las mismas facultades de medicina. También, Watson en el año de 1912 pone de relieve la necesidad de una formación psicológica a los estudiantes de medicina, para que comprendieran que su objeto de estudio era la globalidad de la persona y no simplemente un órgano o una lesión.

Ya para el año de 1950, en Estados Unidos se habían realizado una serie de estudios que daban cuenta de que un gran número de psicólogos daban clase en las facultades de medicina.

En junio de 1969, William Shofield publicó un artículo en el *American Psychologist* que provocó un período de rápido desarrollo de la Psicología de la Salud. La publicación del artículo trajo como consecuencia la designación por parte del APA en 1973, de un Grupo de Trabajo dirigido por Shofield sobre la investigación en salud. Tenían como objetivo el recoger, organizar y difundir información sobre el estado de la investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud. Este grupo de trabajo llamado la *Task Force* llevó a cabo una búsqueda entre los *Psychological Abstracts* publicados en el período de 1966 a 1973, con esta selección quedaron un total de 350

artículos, de los cuales, dos tercios se dirigían a aspectos psicobiológicos de la salud y unos 50 trataban de aspectos relacionados con la provisión de cuidados sanitarios y la evaluación y modificación de actitudes de salud. Por lo que la *Task Force* llegó a la conclusión de que pocos psicólogos americanos se habían interesado por los problemas de la salud y la enfermedad, y que estos psicólogos no lograron percibir el potencial de su trabajo en la producción de mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la visión de cuidados sanitarios.

En el año de 1978, los miembros de la Sección de Investigación en Salud de la Red de Psicólogos Médicos, hicieron una circular recogiendo firmas para la petición del estatus como división de la APA. Ese mismo año fue aprobada la constitución de una nueva división, la número 38, de la APA con el nombre de *Division of Health Psychology*. En su primera reunión Joseph Matarazzo fue elegido presidente electo por sus contribuciones a la formación de la división.

A pesar del recuento anteriormente descrito acerca del desarrollo y origen de la psicología de la Salud, cabe mencionar que son varias las causas de la emergencia de la psicología de la salud, es decir, se responde a la pregunta de para qué una Psicología de la salud. Así, según Becoña, Vázquez y Oblitas (1998), las causas son:

- El cambio en la manera de ver los términos de salud y tener buena salud, siendo redefinido en términos más positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social.
- El cuestionamiento del modelo biomédico, el cual se centra en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad, dejando a un lado los factores psicológicos y sociales. Además, de que este modelo ha desempeñado un escaso papel cuando se tratan de justificar muchos fenómenos de la salud y la enfermedad.
- El cambio en los patrones de enfermedad, es decir, el descubrimiento de antibióticos, vacunas y el avance de la tecnología médica contribuyó a eliminar el número de personas atacadas por algunas enfermedades de tipo infeccioso o agudo. Lo cual dejó paso a las enfermedades crónicas, lo cual implica que estas enfermedades están relacionadas con la conducta de las personas y son prevenibles.

- Por cuestiones económicas, ya que resulta menos costoso prevenir que atender a las personas enfermas.
- A la madurez de la tecnología conductual, ya que existe una estrecha relación entre los factores psicológicos y conductuales.

Ya establecida esta disciplina, la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud (Buela – Casal y Carrobbles 1996):

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

10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Con base en los aspectos revisados anteriormente sobre las raíces históricas de la Psicología de la Salud, las causas de la emergencia de la misma, así como de los objetivos prioritarios que debe tomar en cuenta, es el momento de exponer la definición de la Psicología de la Salud.

1.3 Definición de Psicología de la Salud.

Pues bien, el término Psicología de la Salud se ha venido utilizando desde finales de la década de los setenta, por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología y de sus profesionales en el área de la salud. Además, en cualquier trabajo de investigación sobre la salud es primordial conocer el contexto psicológico y social donde ésta se experimenta y tiene lugar. Esta concepción es uno de los factores que más ha contribuido al rápido desarrollo del campo de la psicología de la salud (Latorre y Beneit, 1992).

La definición más aceptada de psicología de la salud es la propuesta por Matarazzo, además fue el primer intento de definición, la cual fue apoyada por el APA, a pesar de que Matarazzo llegó a considerar el término como tentativo y susceptible de mejora.

Con base en la propuesta de Matarazzo se dieron otros intentos de definir la psicología de la salud, como lo son las propuestas hechas por Rodin y Stone en 1987, Maes y Van Veldhoven en 1990, Stone en 1991 (en Gil Roales-Nieto, 2004), también la definición de Gatchell y Baum en 1983, Bloom en 1988, la de Sarafino en 1990, la de Carrobbles en 1993, la de Simon en 1993, la de Marks en 1995 y la de Taylor en 1995 (en Godoy, 1999). Y por último, el término propuesto por Grau y González (1998) y por Sarduy (2001).

Así, Matarazzo (1980) define la psicología de la salud como el conjunto de contribuciones que hace la psicología, contribuciones específicas, tanto educativas,

como científicas y profesionales para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente se dieron otros intentos por definir la psicología de la salud, que a continuación se revisaran.

Por un lado se encuentran Gatchell y Baum (1983) quienes consideran a la psicología de la salud como una disciplina referente al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual. Años después, Bloom (1988) la define como el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad. En tanto, Sarafino (1990) menciona que es el un campo de la psicología y que esta orientada a examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario. Abundando en esta línea, Maes y Van Veldhoven (1990) consideran que la psicología de la salud debe estudiar el comportamiento relacionado con la salud. Pero, la definición más general y sencilla de psicología de la salud ha sido la ofrecida por Stone (1991) quien la considera como cualquier aplicación de la teoría o práctica psicológicas a los problemas y cuestiones de la salud. También, Carrobles (1993) señala que es una especialización de la Psicología que se centra en el ámbito de los problemas de salud, principalmente físicos u orgánicos, para prevenir los problemas de salud y rehabilitar éstos, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta, las causas biológicas y sociales son factores primordiales en la determinación tanto de la salud como de la enfermedad. En tanto, Simon (1993), Marks (1995) y Taylor (1995) coinciden en que la psicología de salud es la aplicación de la psicología a la salud y la enfermedad para la promoción y mantenimiento de la salud como para la prevención y tratamiento de la enfermedad. Por su parte, Grau y González (1998) definen la psicología de la salud como una rama de la psicología aplicada, encaminada al estudio de los componentes vinculados al comportamiento humano como parte del proceso de salud-enfermedad, de la atención de la salud y se vincula directamente con los aspectos de los servicios de salud. Y por

último, Sarduy (2001) señala que la psicología de la salud es una rama de la psicología que se dedica al estudio de los componentes vinculados al comportamiento humano y a la atención en la salud. Su interés se centra en el estudio de los procesos psicológicos que participan directa y /o indirectamente en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición del enfermo y en la recuperación de la salud, así como en las circunstancias personales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de la salud e incluye acciones como promoción y prevención en salud.

Como se puede notar, en las definiciones anteriores de psicología de la salud más que nuevas alternativas o que logren cambiar radicalmente el concepto propuesto desde un inicio por Matarazzo, en realidad son varias maneras de decir lo mismo. Además, el énfasis sobre la salud y no tanto sobre la enfermedad conlleva a la psicología de la salud a llevar a cabo la función de prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, esto gracias a que esta disciplina permite reconocer los factores por los que una persona o una población logra un estado de salud y lo mantiene.

En algunas ocasiones se suele confundir a la psicología de la salud con otras disciplinas, para no caer en este error, a continuación se da paso a explicar cada una de estas disciplinas, para así delimitar conceptualmente a la psicología de la salud respecto a las otras áreas.

1.4 Disciplinas relacionadas con la Psicología de la Salud.

Es de gran importancia delimitar conceptualmente a la psicología de la salud con respecto a otras disciplinas, que ya existían cuando ésta hizo su aparición. La importancia de la delimitación radica en que es una especialidad reciente y además, porque de ello depende el éxito de la psicología de la salud en su intento por abrirse paso en los ámbitos académicos, investigador y profesional.

Con base en lo anterior, autores como Amigo, Fernández y Pérez (1998), Ballester (1997), Gil Roales - Nieto (2004) y Godoy (1999) coinciden en que resulta necesario precisar la ubicación de la psicología de la salud respecto a la medicina psicosomática, la psicología médica, la medicina conductual y la psicología clínica. Por lo que a

continuación, tomando en cuenta el punto de vista de todos estos autores se hace una breve revisión de estas diferentes disciplinas respecto a la psicología de la salud.

De esta manera, la **medicina psicosomática** resultó ser el primer intento de investigación dentro del ámbito médico, las relaciones entre los factores psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Se describen dos momentos en la historia de la medicina psicosomática, el primer momento comprende de 1935 a 1960 y se caracteriza por su influencia del psicoanálisis, por lo que se consideraba que en concretas enfermedades orgánicas se encuentran ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a éstos. Además de la vulnerabilidad orgánica, constitutiva o adquirida junto con estos tres factores mencionados, da como resultado una enfermedad específica. Un segundo momento se considera a partir de 1965, ya que se abandona progresivamente la formulación psicoanalítica y para explicar la enfermedad, se busca una base científica para desarrollar técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática.

Cabe señalar que las diferencias entre la medicina psicosomática y la psicología de la salud son muy evidentes. Ya que la medicina psicosomática se enfoca solo en el tratamiento de la enfermedad, mientras que la psicología de la salud se interesa por la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud. Además, de que la medicina psicosomática tiene sus orígenes en el psicoanálisis y atiende a una pequeña cantidad de alteraciones fisiológicas, lo que conllevó a considerar esta disciplina como poco capaz para atender la salud de una manera global.

Otra disciplina es la **psicología médica**, la cual junto con la psicología de la salud son presentadas generalmente como sinónimos, ya que ambas describen la aplicación de los principios de la psicología al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, la psicología médica se ha ocupado generalmente de asuntos del ámbito de la salud, pero no de todos los asuntos de los que se ocupa la psicología de la salud. Además, hay que añadir a esto que el término de psicología médica posee una tradición contraria a las ideas que dieron origen al nacimiento de la psicología de la salud y no enfatiza como lo hace la psicología de la salud, el concepto de salud como

objetivo de intervención ya que se centra en una visión médica que recuerda demasiado al concepto clásico de enfermedad y olvida las aportaciones de otras profesiones que también participan en el cuidado de la salud y por último, subordina el papel psicológico al médico confundiendo con ello, objeto de estudio con competencia profesional.

Solo que la **medicina conductual** y la psicología de la salud se emplean aun más como equivalentes o sinónimos, lo cual es un grave error. Esto se ve reflejado cuando en los años de la década de los ochenta se emplearon ambos términos casi indistintamente para designar la nueva ola biopsicosocial en salud. Para evitar confusiones en cuanto a estas dos disciplinas resulta preciso aclarar el concepto de medicina conductual, de esta forma Gentry (1982 citado en Gil Roales-Nieto, 2004) clasificó las definiciones de medicina conductual en tres grupos que denominó *conductual, de Yale* y *psicológico*. Con respecto a las definiciones *conductuales*, presentan una visión de la medicina conductual como un campo de aplicación del análisis del comportamiento al campo tradicionalmente médico de la salud y la enfermedad, la cual no entra en conflicto con la definición propuesta de Yale. Así, la Conferencia de *Yale* enfatizó que la medicina conductual debería ser definida como un esfuerzo interdisciplinar y no como una disciplina específica, es decir, considerar la medicina conductual como un campo concerniente al desarrollo de los conocimientos y técnicas en las ciencias de la conducta que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad físicas y la aplicación de estos conocimientos y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Por lo que la medicina conductual es el campo interdisciplinario (ciencias conductuales, psicología de la salud, enfermería, odontología, medicina y ciencias biomédicas) relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad, también, la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Conferencia sobre medicina conductual Yale 1978, citado en Donker, 1991). Por último, el tercer grupo de definiciones de medicina conductual

del grupo *psicológico*, la definen como el estudio de las reacciones psicológicas que ocurren o como el resultado de la enfermedad física y su tratamiento.

Por tanto, el contraste entre medicina conductual y psicología de la salud, dependerá del punto de vista que se adopte de los diferentes grupos de definiciones anteriormente citados. Así, desde el punto de vista de las definiciones *conductuales*, lleva a un solapamiento casi completo entre estas dos disciplinas, solo que esto se ha ido diluyendo con el paso del tiempo, por lo que ahora la medicina conductual colabora desde su particular ámbito de estudio.

Mientras que, el punto de vista del grupo de Yale (la que ha terminado por imponerse) permite vislumbrar que la psicología de la salud es discernible de la medicina conductual, ya que la primera no mantiene el carácter interdisciplinario de la segunda, sino que se coloca dentro de los límites de la Psicología. Es decir, la psicología de la salud es la rama de especialidad de la psicología y no posee una naturaleza interdisciplinaria.

Ahora bien, al tratar de diferenciar a la psicología de la salud respecto a la **psicología clínica** se ha provocado una gran disputa entre psicólogos clínicos y de la salud en España. La diferencia radica en que la psicología clínica tiene que ver con lo clínico, es decir, con anormalidad, sufrimiento, enfermedad, molestia, alteración o como quiera denominarse a aquellos fenómenos, vivencias o sensaciones de los cuales los seres humanos desean librarse, porque les hacen sufrir o hacen sufrir a otros.

Las críticas no se han hecho esperar a la hora de hablar sobre una psicología de la salud, donde las críticas se centran en señalar que la psicología clínica se basta para cubrir el actual campo de la psicología de la salud. De esta manera, las críticas a la psicología de la salud son fundamentalmente cuatro, que se explican a continuación.

La primera crítica hacia la psicología de la salud que hacen los psicólogos clínicos se enfoca en que ésta ha sido catalogada como un simple cambio de nombre y no como un resultado de maduración disciplinar. Ante lo cual, los psicólogos de la salud mencionan

que no se trata de un cambio de nombre, además consideran que la psicología clínica no ha podido, como ella lo afirma, tratar eficazmente la mayor parte de las alteraciones conductuales.

Una segunda crítica se basa en que la psicología de la salud adolece de una correcta fundamentación conceptual, como por ejemplo el concepto de salud. Lo que según el modo de ver de los psicólogos de la salud es que la fundamentación conceptual no parece un requisito indispensable para la creación de especialidades o campos de actuación de la psicología, ya que hasta la misma Psicología posee este tipo de problemas.

Y en tercer lugar, la institucionalización de la psicología de la salud supone la promoción del dualismo cuerpo – psique, si no en la teoría sí en la práctica. Por lo que los psicólogos de la salud consideran que se está confundiendo el término dualismo con las palabras: diferencia y composición. Porque creen que una cosa es sostener que cuerpo y mente sean dos esencias de naturaleza distinta y contraria, y otra cosa es sostener que cuerpo y mente sean dos diferentes componentes de una misma unidad existencial, esencialmente integral e inseparable como es el ser humano.

Una última crítica que se hace, menciona que la psicología de la salud se ocupa de la enfermedad en vez de la salud y que eso lo puede hacer mejor la psicología clínica, en tanto los psicólogos de la salud consideran que esta crítica es cierta, pero que no tiene por qué afectar a la naturaleza o razón de ser de la psicología de la salud. Además, de que en el caso de la psicología de la salud la demanda de atención a la enfermedad es mayor y la motivación que provoca el dolor y el sufrimiento actúan como eficaz incentivo. Mientras que la promoción de la salud es por lo general una cuestión que depende de una o varias administraciones públicas.

Actualmente siguen dándose este tipo de desacuerdos por lo que falta aun más tiempo para que ello llegue a una solución.

De esta manera, podemos ver que la psicología de la salud logra delimitar su campo de estudio satisfactoriamente, a pesar de que dentro de sí misma tiene que solucionar varios aspectos de índole conceptual, como es el caso de la definición de la salud y la enfermedad. Pero, esto no ha sido obstáculo para que la psicología de la salud siga

avanzando y logre consolidarse como una rama de la psicología y la población se vea beneficiada con las investigaciones y aplicación de los conocimientos que posee esta especialización.

Después de todo este recorrido acerca de la Psicología de la Salud, se puede notar que el establecimiento y desarrollo de tal disciplina, se dio en los Estados Unidos, pero parece lógico suponer que el proceso y el estado de la psicología de la salud no será el mismo en todos los países del mundo. Un ejemplo de esto, es la discusión acerca de la delimitación conceptual de la psicología de la salud con respecto a la psicología clínica en España, no existiendo este problema en Estados Unidos, o hasta en Cuba. Por lo que, el siguiente capítulo, está enfocado a describir el desarrollo de la psicología de la Salud en Latinoamérica y centrándonos en nuestro país: México. Además, de dejar en claro el papel del psicólogo de la salud, quien puede llevar a la práctica la parte teórica mencionada anteriormente y lo que resta por exponer.

CÁP. 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO

2.1. Desarrollo de la Psicología de la Salud en América Latina

El panorama general de la Psicología de la Salud en América Latina, parece estar en pleno apogeo aunque en algunos países se siguen teniendo pocas investigaciones en dicho campo, esto puede deberse, entre otras razones, a que como ya se expuso en apartados anteriores, el problema de no contar con un concepto bien definido de salud y de un modelo que lo sustente, a acarreado que el surgimiento de la Psicología de la Salud se haya retrasado y que actualmente sean pocos los países que cuenten con programas para la formación de profesionales en este terreno.

Es así que, el desarrollo de la Psicología en el ámbito de la salud, debido entre otras cosas a las políticas y economía en los diferentes países de América Latina, no ha progresado de la misma forma ni al mismo tiempo, ya que en algunos países se cuenta con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros tantos éste desarrollo aún es muy pobre y en otros más aún no se inicia, un ejemplo de esto es Cuba, quien desde finales de la década de los 60's ha trabajando en el campo de la Psicología de la Salud desarrollando significativos programas oficiales de avance de esta disciplina, destacando la necesidad de llevar acabo evaluaciones periódicas para orientar y reorientar los lineamientos que lleven a su progreso. En contraste, Puerto Rico, aunque ha generado importantes trabajos en dicho campo, aun no cuenta con una preparación formal en psicología de la salud (Morales, 1999).

De tal manera, que el dominio ejercido por la concepción unicausal de salud y enfermedad dada por el modelo biomédico, que por años prevaleció para procurar resolver los problemas de salud, influyó para que, dentro de este campo, no se generaran avances importantes, ni se les permitiera a otras disciplinas, en específico a la

psicología, contribuir para dar respuesta a las problemáticas presentes en la salud, esto a partir de la aplicación de los conocimientos generados mediante la investigación clínico-experimental.

Por lo que el papel que desempeñaba la Psicología de la salud, para el tratamiento de los diferentes problemas presentes en este terreno era secundario, sin embargo, ha ido modificándose esto a causa de reconocer que la salud es un campo multivariado y complejo, siendo así que actualmente la atención a la salud constituye un reto y se ha vuelto una prioridad para los países de América Latina, puesto que en varias naciones como Guatemala, México, Ecuador, Uruguay, entre otros, aun hay altos índices de la población sin acceso a ningún tipo de servicio de salud. Cabe señalar que existen países como Paraguay y Cuba con índices de un 83.3 por ciento y 100 por ciento, respectivamente, que cubren la necesidad de su población de tener acceso a servicios de salud públicos o privados (Rodríguez, Ortega y Rojas, 1998).

Más tarde, cuando por fin se le permitió a la Psicología insertarse en el área de la salud, se limitaron sus acciones a solamente la aplicación de tratamientos una vez adquirida la enfermedad, en un principio únicamente para el abuso de sustancias tóxicas, como el alcohol, puesto que en este tipo de enfermedades era obvio la influencia de los factores psicológicos como los estilos de vida, conductas y cultura.

Posteriormente, al consentírsele a la Psicología, involucrarse más afondo en las diversas problemáticas de la salud, y al ofrecer nuevas alternativas en las acciones de salud pública, ésta adquirió mayor aceptación entre las ciencias y profesionales involucrados con la salud (Carrascoza y Ayala, 2000).

Ahora bien, es interesante señalar que ninguna de las otras áreas de la Psicología, como la clínica, industrial, educativa, etcétera, ha experimentado avances tan acelerados en tan poco tiempo, como la Psicología de la Salud, puesto que en América Latina, influenciado por el desarrollo de la Medicina Conductual y el Biofeedback, junto con otros acontecimientos, tales como el cambio en los patrones de enfermedad, cuestiones económicas y el nuevo concepto de salud y enfermedad, dieron paso al origen de la Psicología de la salud, registrándose a partir de entonces el más rápido crecimiento en el

número de psicólogos involucrados en el área de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1998). Así mismo, el rápido cambio social que resulta del desarrollo económico, la industrialización y la urbanización ha tenido efectos sobre la estructura de las comunidades, el funcionamiento de las familias, y el bienestar psicológico de las personas. Estos cambios han deteriorado los sistemas tradicionales de apoyo psicosocial, reduciendo la capacidad de los individuos, familias, y comunidades de enfrentarse a la aflicción, la enfermedad, y las incapacitantes físicas. Con lo cual queda claro, que la dimensión psicosocial de la salud y la enfermedad constituye una gran oportunidad y un reto para la psicología de la salud (Holtzman, 1993). No obstante, fue hasta la década de los ochenta que se crearon los primeros programas de formación de psicólogos de la salud, con el objetivo de promover una educación integral e interdisciplinaria con énfasis en la adquisición de habilidades y destrezas para el campo de la salud en tres niveles de atención (promoción de la salud y prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento e investigación).

En lo que respecta a las líneas de investigación, realizadas desde la década de los ochenta en países como Argentina, Brasil, Cuba y México, que sirvieron como apoyo para que la psicología tuviera avances significativos dentro del escenario de la salud, fueron en relación a las enfermedades crónico-degenerativas, donde se incluían temas como el dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer; manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como el dolor de la cabeza y el asma; aspectos psicosociales de las adicciones y conducta sexual como factor de riesgo en la infección por VIH (Werner, Pelicioni y Chiattonne, 2002).

Pero, las investigaciones de la Psicología de la Salud en Latinoamérica poseen problemas como (Rodríguez. Hernández y Ramos, 1993):

- * La ausencia de un marco teórico común y la poca generalización de procedimientos metodológicos estándar;
- * La baja proporción de investigación básica y
- * La falta de financiamiento.

Al irse involucrando cada vez más en el terreno de la salud las tareas que se le encomendaban a la Psicología de la salud fueron incrementándose. Entre los principales problemas que le incumben y a los que se enfrenta la Psicología de la salud se encuentra, el dar solución a la desigualdad en el acceso a servicios de salud, y es debido a los grandes avances que ha tenido en su desarrollo que se han creado esquemas para la prestación de servicios de salud en América Latina, estos esquemas han sido organizados en tres niveles de atención: el primero es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud, promoviéndose la salud y previniendo enfermedades, así como desarrollándose trabajo de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más habituales.

En el segundo nivel, se trata de ofrecer servicio en clínicas especializadas y hospitales generales para tratar enfermedades que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad. Dentro del tercer nivel se intenta ofrecer atención a través de subespecialidades en hospitales altamente especializados, como el caso de institutos de salud, generándose una gran cantidad de investigación científica.

Todas estas medidas son con vistas a dar solución a los altos problemas que sufren los países en relación a los gastos en salud, aunque cada país posee sus propias políticas de salud, la mayoría se centra en dar una cobertura universal a través del desarrollo de programas de fomento a la salud, campañas de vacunación, la prevención de enfermedades crónico-degenerativas y la disminución de la tasa de fertilidad, sin dejar de lado las enfermedades emergentes como el SIDA (Rodríguez, Ortega y Rojas, 1998; Vázquez, 2002).

Conforme a lo señalado por Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002), existen otros asuntos ante los que la Psicología de la salud ha tenido que indagar para dar una respuesta y contribuir al mantenimiento de la salud, dando como resultado la ratificación de las contribuciones que la psicología como ciencia del comportamiento ha proveído a la salud, entre estos problemas se encuentran el deterioro de la salud en la población joven, identificándose factores como el tipo de convivencia con los agravios a la salud, perjudicándose así la calidad de vida y desarrollo de esos jóvenes. De igual forma la Psicología de la salud ha participado efectivamente en foros de discusión sobre

los conflictos entre la evolución tecnológica y factores socioculturales y filosóficos en relación a la ética humana y la vida. Es importante señalar que esta disciplina, aborda los conflictos antes mencionados en base a los supuestos de buscar en las acciones de y para la salud el respeto a la autonomía del individuo, la preocupación de otorgar beneficios con aquellas acciones para el individuo y/o colectividad y permitir la equidad en las prácticas de salud.

Siguiendo con la evolución que ha tenido la Psicología de la salud en Latinoamérica, otro rasgo en el que se ha visto su crecimiento, conforme a estos autores, es el desarrollo de producción científica referente a temas que recientemente han cobrado importancia como son la preparación y calificación de los recursos profesionales proveedores de servicios de la salud, la evaluación de la calidad de vida de los servicios a través de la asesoría institucional y la satisfacción de los usuarios; la educación para la salud y la salud ocupacional y la creación de redes de apoyo que ayuden no solo al mantenimiento de la salud sino a prevenir las enfermedades y a su rehabilitación.

Por su parte, Vázquez (2002), señala que el constante crecimiento que ha tenido la Psicología de la salud en América Latina, ha beneficiado las diversas investigaciones que se realizan actualmente en este campo, puesto que en estas se comprenden todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias, así como con una gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos.

Sin embargo, tanto para Morales (1999) como para Vázquez (2002), aun le queda mucho por hacer a la Psicología como ciencia y profesión en el desarrollo de investigaciones respecto a los nuevos problemas que se presentan en la salud tanto de carácter económico, ambiental, social, político y cultural, con el propósito de ofrecer proyectos que promuevan la salud, intentando crear condiciones que garanticen el

bienestar general, permitiendo con esto se consolide en este campo y logrando que los psicólogos de la salud tengan mayor participación en las decisiones sobre los rumbos de las políticas de la salud planteadas por los gobiernos, área donde hasta ahora el psicólogo no ha tenido una participación activa.

De igual forma, Rodríguez, Ortega y Rojas (1998), señalan que pese a los importantes avances que la Psicología ha tenido en el área de la salud en los diferentes países de América Latina, aún quedan importantes retos a afrontar por los psicólogos, como lo son:

1. Su presencia en los sistemas de atención, la cual; deberá aumentar en los próximos años, especialmente en el primer nivel de atención.
2. Definir el papel de la Psicología de la salud en las políticas de servicios de salud y legislación correspondiente.
3. Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y de posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud, así como las políticas generales que definen a éstos.
4. Definir y operar programas de entrenamiento y actualización de los psicólogos que actualmente laboran en el sistema de salud.
5. El incremento del financiamiento para realizar investigaciones que impacten la práctica profesional e incidir en la salud de la población.
6. Incrementar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud de tal modo que los conocimientos y los productos tecnológicos de esta actividad incidan efectivamente en la salud de la población.

Es así que, en virtud del panorama que presenta la Psicología de la Salud en los países de América Latina, Morales y Piña (1995) señalan que para que continúe su avance, se hace necesario que las aplicaciones del conocimiento psicológico dentro de este campo, estén dirigidas a los problemas más relevantes en la comunidad para la cual se trabaja, identificando las circunstancias sociales, que tipifican los contactos con los individuos y los comportamientos de riesgo con posibles efectos sobre su salud, de igual forma deben generarse programas donde se especifiquen acciones congruentes para

combatir dichos problemas y se instauren una gran diversidad de competencias pro-saludables, por último, estos autores señalan que, estos programas deben adecuarse a los niveles de atención y de servicio definidos en el sistema de salud en el que se participa, alcanzándose una congruencia entre las políticas sanitarias establecidas y los lineamientos generados por la investigación psicológica realizada en el campo de la salud. Igualmente, señalan que es importante analizar si los programas de formación de psicólogos de la salud, permiten el constante desarrollo de alternativas conceptuales y prácticas que ayuden a dar respuesta a las problemáticas en el campo, reafirmando el perfil profesional del psicólogo y permitiéndole su fácil incorporación al sector salud.

Así pues, se puede notar que el desarrollo que ha tenido la Psicología de la Salud en los diferentes países de América Latina aunque ha sido acelerado aún no ha sido tan significativo, puesto que es hasta hace poco que se le ha otorgado mayor importancia a la psicología como ciencia y profesión en el sector salud, una muestra de todo esto es el hecho de que en algunos países aún no se cuente con programas de formación de psicólogos de la salud. Sin embargo, como ya se ha mencionado antes, el desarrollo de la Psicología de la Salud no se ha llevado a cabo de la misma forma ni al mismo tiempo en todos los países, esto ha sido así en gran medida por los diferentes aspectos que se ven involucrados en el factor salud, como lo son económico, político, social, cultural, entre otros, por lo que se hace necesario e interesante indagar aun mas, acerca del desarrollo que ha tenido esta disciplina en nuestro país, para así determinar su importancia en el panorama del sector salud.

2.2. Desarrollo de la Psicología de la salud en México.

Para Stone (1990 en Becoña Vázquez y Oblitas, 1998), el desarrollo de la Psicología de la Salud en México, al igual que en muchos países de Latinoamérica, ha estado muy influenciado por la historia y el estatus en el que se ha encontrado la Psicología, así como de la situación sociocultural, del modelo teórico dominante y de la consolidación de la psicología clínica como antecedente para la posterior consolidación de la

psicología de la salud, es así que en el caso particular de México, el desarrollo del modelo teórico de modificación de la conducta se ha visto favorecido desde la elaboración de modelos teóricos como distintas aplicaciones de la Psicología de la salud.

Aunado a lo anterior, las condiciones en el sector salud que se vive en nuestro país también han determinado el desarrollo de esta disciplina, ya que aunque es una prioridad la atención a la salud, al igual que en el resto de los países de Latinoamérica, en México, debido a consideraciones económicas, no existe una equidad en el servicio de salud, puesto que pese a que el 55 por ciento de la población tiene derecho a alguna de las instituciones de seguridad social y otros tantos reciben servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios, aún un 6 por ciento de la población no cuenta con servicios de salud, violándose de tal forma un derecho universal del ser humano, el derecho a la salud, esto puede deberse en parte al modelo neoliberal que se ha impuesto en el país, puesto que desde la reforma diseñada en México por la administración 1994-2000 para la seguridad social, donde prácticamente la salud y el bienestar social dejó de ser una responsabilidad pública, un compromiso del Estado con la sociedad, para convertirse en una responsabilidad personal que ha de ser resuelta por las posibilidades económicas de cada persona (Rodríguez, Ortega y Rojas, 1998; Vázquez, 2002).

En opinión de Vázquez (2002) y Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002), debido a la globalización mundial de un sistema económico-cultural, que paradójicamente no comparte el 85 por ciento de los habitantes de Asia, África y América Latina, es que México se enfrenta a graves conflictos en el sector salud que van desde una mala preparación del personal médico, un sistema de salud ineficiente para comunidades rurales e indígenas principalmente, hasta la ausencia de una cultura de salud, provocando con esto que aún sigan existiendo muertes causadas por enfermedades totalmente prevenibles y curables, como en los casos de desnutrición o de algunas otras “enfermedades menores” que terminan en fatalidad. Esto solo es una pequeña muestra de la realidad social en la que se desenvuelve la Psicología de la salud, la cual debe dar respuestas a dichas problemáticas. Sin embargo, para estos autores, conforme a las

condiciones del sector salud vividas en México, el trabajo de la psicología de la salud no puede reducirse sólo al estudio de los factores psicológicos implicados en el proceso de la salud y la enfermedad, sobretodo por que al binomio salud-enfermedad, debe agregársele el binomio enfermedad-pobreza; por tal motivo, y con base en una perspectiva psicosocial de salud, se debe indagar con más detalle en otros factores involucrados en las principales causa de mortalidad, como lo son, los estilos de vida, influencias ambientales, factores biológicos y servicios de atención a la salud, entre otros.

Con tal panorama en las políticas de salud nacionales y hospitalarias, el terreno de la salud en México no se muestra muy prometedor y por consecuencia la Psicología de la salud ha tenido que sobreponerse a tales obstáculos con el objetivo de poder involucrarse en el ámbito de la salud, para tal fin, sus mejores aliadas han sido la promoción de la salud, la educación para la salud y el diseño y aplicación de programas comunitarios dirigidos a fomentar la prevención de enfermedades, estos han sido campos de investigación y aplicación que han ofrecido grandes posibilidades para que sea vista como una disciplina con capacidad de proponer soluciones a los problemas del sector salud y que han abierto una pauta para que los psicólogos aborden problemas del sistema de salud. De igual forma, estudios realizados desde los años setenta y ochenta con respecto al impacto psicosocial del apoyo social en cualquiera de los momentos de la enfermedad y su contribución tanto a la salud física como a la mental, han servido para ayudar al desarrollo de la Psicología de la salud en nuestro país, puesto que con estos estudios se demostraba la existencia de variables o procesos psicosociales, como las relaciones interpersonales, que con frecuencia podían llegar a ser, incluso, más importantes en el enfermar humano que los propios procesos biológicos (Vázquez, 2002).

Otros hechos a tomar a consideración en el análisis del camino que la Psicología de la salud ha llevado en nuestro país y que dio pauta para que los psicólogos se inmiscuyeran en los problemas del sistema de salud, han sido los cambios en los estilos

de vida, inducidos por el desarrollo social, económico e industrial, los cuales han repercutido en la dieta, la falta de ejercicio, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la desigualdad en el acceso a los servicios médicos, etcétera, teniendo como consecuencia el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas semejantes a las padecidas en los países desarrollados, como lo son problemas cardiovasculares, diversos tipos de cáncer y adicciones, así como las muertes violentas y por accidentes, estos problemas que se han hecho las primeras causas de morbilidad y mortalidad en países como México han propiciado que los psicólogos se dedicaran a temas de salud, pues ha sido suficientemente reconocido el papel del comportamiento en la causalidad de los mismos (Aburto y Gamundi, 1996; Morales, 1999).

Igualmente, el desarrollo que ha obtenido la Psicología de la Salud en nuestro país se ve reflejado en la gran cantidad de producción científica; Rodríguez *et al.* (1993) encontraron que de un total de 262 artículos sobre Psicología de la Salud publicados en español y portugués entre 1977 y 1989, México y Cuba cubrieron el 34 y 23 por ciento de los artículos respectivamente. Asociado al incremento de estas investigaciones en México, en 1986, como consecuencia del creciente desarrollo de la Psicología de la Salud en América Latina se estableció el primer Programa de Formación a nivel de posgrado, en la Facultad de Psicología de la UNAM, enmarcando el modelo de las residencias médicas, propiciando así la formación de psicólogos de la salud que participen en los diferentes escenarios de los tres niveles de atención, de igual forma, en los planes de la Universidad Veracruzana y los de la Universidad de Sinaloa a nivel de doctorado, se fomenta la adquisición de elementos teóricos-metodológicos que permitan comprender el proceso de salud-enfermedad con base a un modelo de atención a la salud que involucra aspectos biológicos, sociales y psicológicos con el fin de crear estrategias a nivel individual, grupal y comunitario para prevenir enfermedades y promover la salud. Sin embargo aún no existen programas de estudio a nivel de pregrado en nuestro país. Pese a no contar aún con un programa de formación de psicólogos de la salud a nivel licenciatura, se estima que en nuestro país se encuentran

aproximadamente 2,000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud (Rodríguez, Ortega y Rojas, 1998).

Sin embargo, en contraste con la producción científica realizada por nuestro país y pese a las necesidades en el sector salud, y al incremento de actividades que dentro de este campo ha tenido la psicología de la salud, todavía en México, la Psicología de la salud, no es considerada legalmente, ya que con forme a la investigación realizada por Piña (2003) acerca de la realidad que vive la Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México, se muestra que dentro de los postulados escritos en la Ley General de Salud solamente en una ocasión se hace referencia a la Psicología, específicamente en el título cuarto en el que se habla de los recursos humanos para los servicios de salud y donde literalmente se señala: “Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, enfermería, trabajo social, química, psicología..., y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes” (Pp. 196). Con esto se deja al descubierto que los asuntos considerados en los principales artículos de esta Ley, concretamente los que hacen referencia a las finalidades, materias, objetivos, servicios y actividades en el sector salud, no se valora el papel que desempeña la Psicología ni el psicólogo como científico profesional, capacitado para participar en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades o en la promoción de la salud y en la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para la salud, dejando obviamente en clara desventaja a los psicólogos ante otros profesionales de la salud, mostrándose así mismo, la clara influencia que incluso actualmente tiene el modelo biomédico en este campo, al menos en lo que respecta a la creación de la Ley General de Salud; mostrándose, precisamente, la urgente necesidad de que la Psicología de la salud sea reconocida como profesión y a su vez sea promovido el trabajo de los psicólogos dentro del campo de la salud como se promueve el trabajo de los médicos.

Para superar todas las dificultades presentes en el campo de la salud, este mismo autor, sugiere que los psicólogos de la salud se esfuercen por procurar su inserción en los equipos multidisciplinarios de salud, ya sea realizando investigaciones, funciones de planeación, prevención o intervención, igualmente debe intentar difundir los productos de su trabajo en revistas o eventos académicos en la que generalmente solo participan y se divulgan los trabajos médicos.

Lo anterior muestra la evidente necesidad de conocer de manera precisa cuales han de ser las tareas que los psicólogos interesados en el campo de la salud han de realizar, así como el lugar donde han de insertarse para llevar a cabo su trabajo, delimitando su campo práctico y dándole el verdadero valor que tienen sus contribuciones.

2.3. El papel del psicólogo de la salud en América Latina y México.

El modelo de atención a la salud vigente en el país no contempla la inserción de los psicólogos, por lo que una minoría de profesionales ingresa al sistema hospitalario (Carrascoza y Reynoso, 1993). Pero, a pesar de esto, el psicólogo ha desempeñado un papel importante en el tratamiento de problemas de salud en general, solo que su actividad no ha sido reconocida debidamente, esta situación se presenta en varios países, incluyendo México, pese a que el psicólogo dispone de una amplia variedad de procedimientos terapéuticos obtenidos de manera rigurosamente científica, su empleo ha sido poco extendido rezagando la adecuada solución de problemas sociales en general y de salud en particular (Carrascoza y Ayala, 2000). Es debido a esto, a que las contribuciones que los 2,000 psicólogos trabajando en el sector salud proveen no sean valoradas debidamente, esto ha sido así, en gran medida, porque no se conoce con exactitud cuales son las labores que debe desempeñar un psicólogo de la salud haciéndose común que se le atribuyan falsas funciones, tal como lo muestra Zas (2000), quien señala que las tareas a desempeñar por los psicólogos, en la gran mayoría de las instituciones de salud, son: anunciar muertes, amputaciones, operaciones, etcétera; así también, se espera que a un paciente al cual el médico no le ha encontrado nada, el

psicólogo le diagnostique que su enfermedad es psicológica; y si se da una situación conflictiva en la sala, provocada por algún error técnico o ético que alguien cometió, se le llama al psicólogo de la salud para que calme los ánimos, controle a los familiares alterados o al paciente que se la pasa rezongando, obviamente en tales tareas no se ve reflejada la formación, recursos y capacidades que la disciplina genera en estos profesionales. Para apoyar esta afirmación, existen datos de una carencia en términos de administración (en la mayoría de las instituciones de salud) en las plazas destinadas para psicólogos, por lo que con mucha frecuencia a lo máximo a que pueden aspirar los profesionales de la Psicología es a obtener una plaza como paramédico, auxiliar o asistente técnico, y por consiguiente, que se tenga acceso a salarios muy inferiores a los que se debería tener, especialmente cuando otros científicos y profesionales pertenecientes al sector de la salud cuentan con el mismo tiempo de formación, experiencia y desarrollo profesional. No obstante, en algunos de los Institutos Nacionales de Salud (de Pediatría, de Cancerología, de Nutrición y de Psiquiatría) o en los principales hospitales de la Ciudad de México (General de México y López Mateos), sí se tiene contratado a psicólogos, aunque en la mayoría de las ocasiones se cuenta con plaza de psicólogo clínico y las menos con plaza de especialista o de investigador. Sin embargo, el problema es que con frecuencia al psicólogo de la salud se le limita al cumplimiento de funciones profesionales tradicionales, o sea, a las de diagnóstico y evaluación, con poco margen para desarrollar las de rehabilitación, investigación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

Siguiendo esta misma línea, Urbina y Rodríguez (1993), realizaron una investigación, donde encontraron una gran diversidad de actividades que realizaba el psicólogo en el sector salud (SSA, IMSS, SSSTE y DIF), por lo que realizaron una organización de los tipos de servicio que el psicólogo otorgaba en el sector salud, denominándolos: servicios psicológicos personales, servicios psicológicos no personales y servicios no psicológicos. Con respecto, a los servicios psicológicos personales, el psicólogo aplica sus conocimientos y habilidades a casos particulares de individuos, familias o grupos pequeños, para la prevención o solución de un problema de salud que involucre el comportamiento humano, o bien para la rehabilitación de

quien ha sufrido un daño, el 46% de los psicólogos realizan este tipo de servicios. En tanto, el 26% de los psicólogos, realizan servicios psicológicos no personales, donde aplican sus conocimientos y habilidades en acciones o programas de salud que, involucrando el comportamiento humano, se dirigen a colectivos humanos amplios. Así como, a la elaboración de programas de estimulación temprana o de educación para la salud, la capacitación de recursos humanos para la salud, el análisis de estrategias operativas de las dependencias y las labores directivas y de coordinación. En el rubro de servicios no psicológicos, se consideran aquellas actividades que competen a otras disciplinas como las operativas o de apoyo administrativo, es decir, aquellos servicios en los que no se requiere que quienes los realizan sean especialistas del comportamiento, el 28% de psicólogos realizan este tipo de servicio.

Con base en lo anterior, se puede notar que existen dificultades para que se lleve a cabo el papel del psicólogo en el ámbito real. Pero que a su vez, no ha sido impedimento para que los psicólogos realicen investigaciones, prevengan y traten enfermedades y promuevan la salud, sin embargo estas tareas se facilitarían si se conociera exactamente cuales son las principales funciones del psicólogo en las instituciones de salud.

De este modo, tratando de contribuir a la delimitación de las actividades ha desempeñar por estos profesionales, Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002) realizaron una integración teórica de los principales autores que hablan de las funciones fundamentales del Psicólogo de la Salud, tales como:

- * Según Buela- Casal (1999). El Psicólogo de la Salud puede trabajar en el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por tanto, en la promoción de conductas saludables.
- * Para Bock (1995). El Psicólogo es un profesional que debe trabajar para la promoción de la salud, superando la práctica de prevención.

- * En tanto, para la APA (American Psychological Association). El Psicólogo de la Salud se debe centrar en: 1) La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales. 2) El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo. 3) La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena Calidad de Vida para personas portadoras de enfermedades crónicas. 4) La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo Comunitario y de Salud Pública en los esfuerzos de la Psicología de la Salud. 5) La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Con tales funciones se puede mostrar que el psicólogo tiene un papel importante en el ámbito de la salud, de igual forma, todas las funciones citadas anteriormente de los distintos autores coinciden en que el psicólogo de la salud es un profesional de la psicología y no un charlatán, lo cual implica que es de gran relevancia el puesto que ocupa y como tal, debe ser tomado en cuenta.

Aunado a esto, Piña (2004) hace referencia a diferentes asuntos, dentro del ámbito de la salud, donde el psicólogo puede aportar recursos obtenidos en su formación profesional, estos asuntos son:

- La educación para la salud, la promoción y el saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones del ambiente.
- La prevención y el control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- El caso del SIDA, del cáncer, el de la hipertensión, el de la insuficiencia renal, la miopía, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus.
- La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- La prevención.

- El tratamiento del dolor crónico, la calidad de vida, el problema de la adherencia terapéutica, el problema de la calidad de la atención, la atención materno-infantil, la salud mental, la promoción del mejoramiento de la nutrición y de los trastornos alimentarios.
- Programas: contra el alcoholismo, contra el tabaquismo, contra la farmacodependencia y para la promoción de la formación de recursos humanos para la salud.

Asimismo, Becoña; Vázquez, y Oblitas (1998), señalan que las actividades a desempeñar por los psicólogos de la salud, se pueden agrupar en tres grandes secciones: investigación, aplicación y formación. La investigación esta enfocada a indagar en factores que intervengan en el proceso de salud-enfermedad para poder comprenderlos y analizarlos, de tal manera que puedan generarse diversas propuestas de procedimientos para la evaluación e intervención más adecuados de las diferentes problemáticas en este campo.

Dentro de la aplicación se llevan a la práctica los resultados de la investigación a través de las distintas técnicas presentes en la ciencia psicológica, como lo son: la terapia individual y de grupo, intervención en crisis, programas para mejorar estilos de vida, programas comunitarios y organizacionales, como los tratamientos que se han desarrollados dirigidos al afrontamiento del dolor, al asma, a los trastornos gastrointestinales, la hipertensión, programas preventivos para el tabaquismo, para el manejo del estrés, para problemas cardiovasculares, para el asma bronquial, entre otros. También, se ofrece la evaluación psicológica a los pacientes, familiares, médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud.

En lo que respecta a su formación, los psicólogos de la salud deben estar preparados para ser partícipes en la educación y en el entrenamiento, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud.

Es así que, coincidiendo con estos autores, Rodríguez, Ortega y Rojas (1998) indican que los escenarios donde se ubican los psicólogos involucrados en el ámbito de la salud son primordialmente en instituciones de enseñanza superior, llevando a cabo funciones de docencia e investigación; en centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación, también pueden desempeñarse en la práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos. Igualmente los psicólogos de la salud realizan funciones asistenciales, de asesoría, investigación y capacitación en salud ocupacional en empresas públicas y privadas.

Entre los múltiples autores antes citados que señalan las áreas de acción de los psicólogos de la salud Godoy (1999) es uno de los autores que describe y señala con mayor detalle cuales han de ser las acciones a realizar por parte de estos profesionales, entre estas actividades se encuentran:

- a) Promoción y acrecentamiento de la salud, centrada fundamentalmente en la educación sanitaria, el control de variables actitud-motivacionales y afectivo-emocionales, la generación de hábitos y estilos de vida saludables, aprendizaje de competencias y habilidades básicas, y actuaciones encaminadas a mejorar la salubridad ambiental.
- b) Prevención, basada, fundamentalmente, en el control de variables actitud-motivacionales y afectivo-emocionales de riesgo, en la modificación de conductas y hábitos de riesgo, así como de las condiciones patógenas o insalubres del medio, en la detección e intervención precoz ante los problemas y en la disminución de las secuelas o consecuencias de la enfermedad y en la prevención de recaídas.
- c) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, principalmente cardiovasculares, del sistema nervioso central, neuromusculares, gastrointestinales, excretorios, respiratorios, dermatológicos, renales, oftalmológicos y visuales, endocrinos, inmunitarios, ginecológicos, sexuales,

- alimentarios, orofaciales, del lenguaje, habla y voz, del sueño y la activación, adicciones, dolor crónico o cáncer, entre otros.
- d) Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, potenciación de la actuación sanitaria de otros profesionales de la salud, o actuaciones encaminadas a la preparación de pacientes para la hospitalización y las intervenciones sanitarias, la mejora de las relaciones profesional-usuario de la red sanitaria y la mejora de la adherencia a los tratamientos médicos.
- e) Otras, principalmente las dirigidas a la formación de profesionales y tareas de gestión.

Por su parte Vázquez (2002), señala que entre las diversas formas de intervención psicosocial en el ámbito de la salud se encuentra la modificación del los estilos de vida, para lo cual es necesario evaluar y transformar los contextos sociales y ambientales implicados en su origen y mantenimiento. Por consecuencia, este autor sugiere que algunas de las áreas de actuación en las que el psicólogo de la salud debe estar implicado, realizando tareas de investigación, intervención y formación, son:

- * Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- * Identificación de factores de riesgo de tipo psicosocial.
- * Elaboración del diagnóstico o evaluación.
- * Tratamiento y cuidado del paciente.
- * Rehabilitación y adaptación del paciente a la enfermedad.
- * Evaluación, organización y gestión de la atención sanitaria.
- * Diseño de campañas para promover hábitos y estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
- * Diseño, implantación y evaluación de programas de intervención para el manejo del estrés.

En cuanto a lo advertido por Zas (2000), respecto a las funciones y áreas en las que el psicólogo de la salud ha de desenvolverse, sugiere que existen cuatro momentos en los que se ha de intervenir:

-*Prevención primaria*, cuyo objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma, se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

-*Prevención secundaria*, su fin es el de localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Esta enfocada en identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

-*Tratamiento*, cuyo propósito es el de intervenir sobre los trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados.

-*Prevención terciaria*, su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos, también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida.

Este autor señala que los niveles de intervención pueden ser: individual, grupal, familiar, comunitario e institucional. Proponen que algunas de las problemáticas en la que debe intervenir un psicólogo de la salud son, entre otras, el impacto psicológico del diagnóstico de una enfermedad grave, el impacto psicosocial de la hospitalización, la preparación psicológica para la cirugía a fin de facilitar la recuperación post-quirúrgica, la calidad de vida ligada a tratamientos con efectos secundarios muy agresivos, problemas de adherencia al tratamiento, problemas asociados a la asunción del rol de

enfermo, trastornos emocionales derivados de la enfermedad, problemas vinculados con el apoyo familiar, problemas psicológicos asociados a los cambios permanentes producidos por la enfermedad o lesión y de adaptación al medio, también se ocupa de resolver los problemas que pueden plantearse en la relación médico-paciente: comunicación, toma de decisiones y cumplimiento de prescripciones.

Ante lo expuesto hasta este momento, es posible señalar que, pese a que el desarrollo de la Psicología de la salud en América Latina, donde por supuesto está incluido México, así como los diversos cambios emergentes en el sector salud, han permitido el incremento de las funciones y los escenarios de trabajo de los psicólogos de la salud, desafortunadamente aun no es valorada la figura de la Psicología ni del psicólogo como científico y profesional capacitado para contribuir en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, o en la promoción de la salud, en la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para la salud, colocando a los psicólogos que trabajan en el sector de la salud en notable desventaja frente a otros profesionales.

Cabe mencionar que, para que el psicólogo pueda intervenir de manera eficaz en el estudio de los diferentes problemas presentes en este campo, conviene que su visión sea psicosocial, es decir, debe tener una amplia perspectiva de la problemática en la que desea intervenir, lo que implica la contextualización de los factores socioculturales y socioeconómicos, factores biológicos, del medio ambiente, el estilo y hábitos de vida, entre otros aspectos.

Así también, ha de entenderse que el trabajo realizado por los psicólogos de la salud se fundamentan en los siguientes supuestos: la conducta y su relación con algunos factores del ambiente aumentan y pueden llegar a favorecer el riesgo de contraer enfermedades crónico degenerativas, los cambios en el estilo de vida pueden disminuir la probabilidad de riesgos de accidentes, las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios, se visualiza a la promoción y prevención como

elementos principales hacia donde deben encaminarse los programas de intervención (Buela-Casal y Carrobles, 1996).

Para llevar a cabo sus funciones, los psicólogos de la salud deben contar con una formación profesional, donde se fomente la investigación y se les capacite de forma que puedan responder con recursos propios a las múltiples problemáticas presentes en el sector salud, permitiéndose así, el constante avance de la Psicología de la salud. Entre estos factores que pueden permitir al psicólogo de la salud llevar a cabo acciones de prevención de enfermedades, tales como las crónicas y degenerativas, y de mantenimiento de la salud, (como ya se ha mencionado antes), se encuentran el estudio de la relación entre dichos elementos y el apoyo social, así como las contribuciones e impacto que el apoyo social tiene en la salud y la enfermedad, tomando en cuenta las diversas investigaciones que en este ramo se han generado desde hace ya varios años. Es así que, por cuestiones del presente trabajo se hace de sumo interés abordar en posteriores capítulos la relación entre el apoyo social, la salud y las enfermedades crónicas, por ser estas últimas actualmente las primeras causas de morbilidad y mortalidad en América Latina.

CÁP. 3. RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SALUD.

3.1 Antecedentes y surgimiento conceptual del apoyo social.

Primeramente, como parte de este trabajo, se puede decir que son bastantes los factores que tienen que ver con el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas (principales propósitos de la psicología de la salud, ya expuestos anteriormente). Factores tales como, el estrés de vida, la salud psicológica, la respuesta hacia la enfermedad, los hábitos de salud, las creencias y las actitudes, el uso del sector salud, y el apoyo social. Siendo este último, el factor a analizar en el presente trabajo.

Ahora bien, se puede observar que ya desde finales del siglo XIX y principios del XX, se comienza a dar cuenta sobre el papel que juega lo social en la salud mental de las personas. Así, Jarvis en 1845 dio un primer informe acerca de que las clases sociales económicas en desventaja muestran 64 veces más casos de demencia que las clases sociales favorecidas. Por su parte, Emile Durkheim, en 1897, estudia la importancia de las relaciones sociales para el ajuste psicosocial de las personas, es así como introduce el concepto de “anomía” la cual se refiere a la pérdida de integración de los individuos y comunidades; produciéndose una reducción de apoyo, pérdida de los roles sociales y normas sociales bien definidas, lo que a su vez conlleva a una pérdida del bienestar psicológico. Además, publica un estudio donde constata que el suicidio aparece con mayor frecuencia entre personas con un menor número de lazos sociales y resultaba ser más probable que cometan suicidio los hombres y mujeres solteros que los casados. Por otro lado, Thomas y Znaniecki en 1920, comprobaron que el abandono por parte de los inmigrantes polacos de áreas rurales socialmente cohesivas y la incorporación a las ciudades industriales americanas, tuvo como consecuencia la desorganización social y la aparición de problemas conductuales. Una contribución muy utilizada y mencionada

es la realizada por la Escuela de Chicago, en 1926, los investigadores a cargo fueron Park y Burgues, quienes desde una perspectiva ecológica, estudiaron la influencia del contexto en la aparición de problemas sociales y conductuales. Así mismo, Farish y Dunham (1939), consideraron que lo ecológico-ambiental era importante en la incidencia de la esquizofrenia en la ciudad de Chicago y propusieron que las redes de apoyo actuaban como protectores frente a la esquizofrenia (Abril, 1997).

Como se puede notar estas aportaciones ponen de manifiesto la asociación entre problemas de índole psíquica y las variables sociales, en su forma genérica. Además, estas investigaciones no incluyen aun el término apoyo social, esto no ocurre, sino hasta la década de los 70, donde toma fuerza el apoyo social como constructo teórico, el cual tienden a relacionarlo con la salud. Además, es un tema muy recurrente en las investigaciones en el ámbito de la psicología social y actualmente en la psicología de la salud.

El trabajo realizado por Cassel en 1974, planteaba directamente la importancia de las relaciones interpersonales para potenciar la salud. Además, formuló la hipótesis de que la interrupción o destrucción de los vínculos sociales, que puede darse en situaciones de estrés, hace que este aumente hasta producirse la enfermedad. Por lo que, sugiere que es más fácil proteger la salud a través de la movilización del apoyo social, que mediante la reducción del tiempo en un medio estresante. Siguiendo esta misma línea de investigación, Cobb en 1976, se centró en la percepción que tiene el individuo de recibir afecto, estima, o ayuda y cómo ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones estresantes. También, Caplan, refiere que los recursos derivados de distintas relaciones sociales, que sirven de sistemas de apoyo, juegan un papel preponderante en el bienestar del individuo. Este tipo de relaciones sociales se caracterizan por la delicadeza de los participantes, el cuidado mutuo altamente personalizado y la disposición a amonestar continuamente y a recompensar periódicamente. Que en épocas de crisis, estas relaciones sociales ayudan al individuo a movilizar sus recursos psicológicos y emocionales, así como a compartir las tareas y proporcionar ayuda instrumental, todo lo cual resulta ser una guía cognitiva de mejora

en el manejo de las situaciones estresantes. Además, estas formas de apoyo, tienen lugar en diferentes contextos, ya sea desde sistemas institucionales hasta sistemas espontáneos en la comunidad. Por lo que, el individuo al poseer distintas relaciones interpersonales que mantiene en su comunidad, le ofrecen diferentes tipos de apoyo, lo que le permite acudir a unas o a otras en función de las características de los sucesos estresantes que deba afrontar. Igualmente, La comisión de Salud Mental del Presidente (1978) en el "Task Panel on Community Support Systems" menciona que el recibir y ser capaz de prestar apoyo social cuando se necesita, es esencial para la salud. Por lo que, se recomienda reforzar los vínculos naturales a los que la gente pertenece y de los que depende: familia, amistades, relaciones de trabajo, redes sociales establecidas por el vecindario, asociaciones voluntarias basadas en los principios de solidaridad y apoyo mutuo (Buendía, 1991).

Tanto Cassel, como Cobb y Caplan, se centraron en el apoyo social como su objetivo de investigación y tratándolo como un constructo social. Lo que da pie a que surgieran un gran número de trabajos, donde tienden a determinar el proceso de influencia del apoyo social sobre la salud. Debido a la diversidad de estas investigaciones, resulta difícil encontrar un acuerdo con respecto a la definición de apoyo social, pero suelen converger en varios aspectos conceptuales, que a continuación se expondrán.

3.2 Aspectos conceptuales del apoyo social.

Esta diversidad conceptual del apoyo social es el resultado de las distintas orientaciones teóricas, instrumentos de evaluación y/o los intereses de los investigadores y no debido a una fragmentación del marco teórico (Abril, 1997).

Partiendo de lo anterior, se toma la estructura de exposición que hace Barrón (1996), donde realiza una serie de distinciones, que facilitan la definición del constructo de apoyo social, es decir, explicando los diferentes aspectos que han tomado la gran diversidad de investigaciones acerca del apoyo social. Cabe mencionar, que esto se

realiza para que resulte inteligible, aunque no se debe olvidar que los distintos aspectos interactúan entre sí.

De esta manera, en el concepto de apoyo social al menos se diferencian tres aspectos:

1. Incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.
2. Se distinguen en su estudio varias perspectivas: estructural, funcional y contextual.
3. Se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos.

Un primer aspecto, se refiere a los **niveles de análisis** que se distinguen del concepto de apoyo social. Estos fueron propuestos por Lin y cols. (1981), quienes consideraron que a nivel *comunitario*, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. La integración social es evaluada en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales, por lo que se toma como medida de integración social el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubes, etcétera.

El segundo nivel se refiere a las *redes sociales*, donde el apoyo social otorga un sentido de unión con los demás (de manera indirecta), aquí se incluyen todos los contactos sociales que mantienen las personas. Por último se encuentran las *relaciones íntimas*, que son las que directamente se han relacionado con el bienestar y la salud. Cabe mencionar, que estos tres niveles no son independientes, sino que están interconectados (Barrón, 1996).

En el segundo aspecto, se hace una distinción de las **perspectivas de estudio** del apoyo social. De las cuales se pueden distinguir principalmente tres: la perspectiva estructural, la perspectiva funcional (Abril, 1997; Barrón, 1996) y la perspectiva contextual (Barrón, 1996).

Las contribuciones realizadas desde la *perspectiva estructural* al estudio del apoyo social, son dos. Por una parte, se encuentra el análisis de la integración y participación social, y por otra parte, el análisis de la estructura de las redes sociales. El análisis de la integración y participación social examina la existencia y tipo de lazos sociales que

mantiene el individuo. Además, entiende el apoyo social como el número o cantidad de contactos sociales que mantiene el sujeto, por lo que sostiene que el tener relaciones sociales es equivalente a obtener apoyo de las mismas, solo que aquí se ignoran los conflictos asociados a la red, como lo es hecho de que una gran proporción de la actividad diaria de una persona está ocupada por la interacción con otras personas, quienes son con alta frecuencia la raíz del estrés, lo que predispone para la enfermedad (Rodríguez, 1991). Una segunda atribución es el análisis de la estructura de las redes, la cual se centra en las características de las relaciones entre los individuos que componen un sistema social, para determinar cómo estas características o propiedades influyen en el comportamiento de los miembros de la red y en el intercambio de recursos entre éstos. Estas propiedades o parámetros de la red social se dividen principalmente en dos:

1. Parámetros estructurales:

- Tamaño. Número de personas más íntimas y de mayor confianza, con las que la persona en cuestión mantiene contacto. Ya que estos contactos son los que más influyen en la salud.
- Densidad. Interconexión entre las personas que forman parte de la red. En general, las redes menos densas se caracterizan casi siempre por tener normas más flexibles y por permitir un mayor acceso a una más amplia variedad de roles, lo que implica una mejora en los niveles de ajuste psicosocial y bienestar.

2. Parámetros interaccionales:

- Multiplicidad. Existencia de relaciones que desempeñan más de una función o incluyen más de un tipo de actividad. Por lo cual, la persona en cuestión, puede obtener distintas clases de apoyo de persona diferentes de la red.

Cuando la persona percibe que algunos componentes de su red están cumpliendo diversas funciones con respecto a él, están interactuando con esas personas en términos de multiplicidad.

- Reciprocidad. Equilibrio o desequilibrio de los intercambios de recursos o ayuda bidireccionales entre los miembros de una relación. Además, resulta

importante que estas relaciones sean comunales, es decir, que haya equidad y simetría percibida en los intercambios personales, teniendo en cuenta tanto las expectativas del receptor del apoyo recibido como la actitud del emisor que lo proporciona.

-Variables

temporales,
de frecuencia

y geográficas. Las variables temporales se refieren a la cantidad de tiempo invertido en las relaciones siendo más relevante su influencia en la percepción de apoyo que la frecuencia de contactos, debido a que esta frecuencia puede expresar más un compromiso y una obligatoriedad. La disposición geográfica, se refiere a la proximidad o lejanía de los miembros de la red social respecto del individuo en cuestión.

-Homogeneidad. Grado de semejanza o congruencia entre los miembros de la red en las dimensiones físicas, sociales y/o psicológicas. Por lo que los individuos que forman parte de redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes.

Ahora bien, respecto a la *perspectiva funcional* del apoyo social, las dimensiones relevantes en la evaluación del apoyo social son principalmente de tipo subjetivo. Además, enfatiza las funciones que cumplen las relaciones sociales.

Es importante distinguir por un lado entre los recursos que se intercambian en las transacciones o relaciones sociales y por otro lado, las funciones que cumple el apoyo social. En cuanto a los recursos que se intercambian en las relaciones interpersonales (fuentes de apoyo social), son de tipo material (servicios, dinero, objetos, etcétera) y simbólico (cariño, aceptación, estima, consejo, etcétera), los cuales cumplen para la(s) persona(s) en particular, determinadas funciones.

Funciones como de apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo instrumental, las cuales han sido ampliamente aceptadas entre los investigadores.

El apoyo emocional, se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar, así como todo tipo de expresiones o demostraciones de amor, afecto cariño, simpatía,

empatía, estima y/o pertenencia a grupos. Aunque todavía se desconoce el mecanismo a través del cual el apoyo social emocional fomenta la salud, se han hipotetizado varias posibilidades:

- A través de su efecto en la autoestima, ya que el sentirse aceptado y valorado por otra persona aumenta la autoestima.
- A través del conocimiento que los problemas del individuo son compartidos por otros (teoría de la atribución) disminuye la gravedad percibida y el valor amenazante de los eventos negativos.

Otro tipo de función es el apoyo informacional o también, llamado estratégico. El cual se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejo o guía relevante que les ayuda a comprender determinado problema, los recursos importantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción.

Un último tipo de función es el apoyo material también nombrado tangible o instrumental, el cual consiste en las acciones o materiales proporcionados por otras personas a la persona central. Este apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para el ocio. Pero, también puede provocar sentimientos de endeudamiento.

Cabe mencionar, que estos apoyos sociales suelen darse conjuntamente. De esta manera, tanto el apoyo material como el informacional pueden considerarse como apoyo emocional, siempre y cuando no se den por obligación.

El último tipo de perspectiva es, la *perspectiva contextual*, la cual considera que en el estudio sobre la relación entre apoyo social y el bienestar, se deben tomar en cuenta los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido. Aspectos contextuales como:

- Características de los participantes, ya que un mismo recurso puede ser aceptable si proviene de un determinado sujeto, e inaceptable si lo proporciona otra persona.
- El momento en que se da el apoyo, cambiará según la situación estresante. Así como la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes.

- La duración, se refiere a que la habilidad de las personas que proporcionan apoyo para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial, principalmente para aquellas personas que presentan problemas crónicos o que sufren estrés a largo plazo.
- La finalidad, hace referencia a que la efectividad del apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades originadas por el problema concreto.

El tercer y último aspecto del concepto de apoyo social, se refiere por un lado al **apoyo recibido (objetivo)** y por otro lado, al **apoyo percibido (subjetivo)**.

El *apoyo social percibido*, se concibe según Cobb (1976, en Barrón, 1996), como la información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él, que es amado, que es estimado valorado, que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas. Además, para que este apoyo sea efectivo para la salud, es importante que se perciban las redes como favorables al propio crecimiento, bienestar y metas; especialmente para los individuos en situación de riesgo.

Existen numerosos factores que interactúan con la percepción del apoyo, uno de ellos se refiere a que las mismas acciones no se perciben de igual manera, si proceden de amigos, familiares o profesionales (Abril, 1997). Otro factor son las habilidades sociales, es decir, la capacidad de relacionarse con los otros, donde el sujeto en cuestión, no depende en su totalidad del apoyo que perciba del entorno, sino que es capaz de buscar por sí mismo personas que le resulten fuentes de apoyo (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003). Un factor más, es el que considera que el apoyo social percibido es influenciado por la personalidad del sujeto en particular. De esta opinión es Sarason (1999), quien sostiene que las primeras experiencias de la infancia y la paternidad están relacionadas con la posterior autoestima y los sentimientos de ser amado, por ello el apoyo social percibido es considerado como una característica personal. Además, sugiere que las personas que establecieron un apego seguro serán altas en apoyo social percibido y creerán que las personas de su red estarán disponibles si las necesitan y que será aceptado casi con total seguridad. Otros factores son: los roles de los miembros de la red, su experiencia, empatía, niveles de intimidad, similitud personal o la obligación anterior con la relación.

Por otra parte, el *apoyo social recibido (objetivo)* se evalúa de forma retrospectiva, preguntando al sujeto qué apoyo concreto recibió en un momento determinado. Las críticas que se le hacen a este tipo de apoyo, se centran en el escaso efecto que presenta sobre el bienestar y el ajuste psicosocial del individuo en situaciones de estrés, también, pueden darse percepciones negativas de determinadas conductas de apoyo, así como percepciones de apoyo cuando tales conductas no se han producido.

Cabe mencionar, que a juicio de Barrón (1996) ambos tipos de apoyo (percibido y recibido), son importantes y pueden incrementar el bienestar. Lo ideal sería, que existiese realmente el apoyo y la persona lo percibiera así. Solo que el apoyo social percibido y el recibido pueden ser inconsistentes en algunos sujetos, es decir, algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo.

Por otro lado, en el rubro de la satisfacción con el apoyo social, autores como Barrera y colaboradores (1990 citado en Abril, 1997) propusieron un modelo que explica la satisfacción con el apoyo a partir de transacciones reales de apoyo. Por lo que, proponen tres predictores de la satisfacción del apoyo:

1. Apoyo recibido: es la frecuencia de intercambios de ayuda.
2. Lazos conflictivos en la red: es el número de personas de la red social con las que se dan relaciones conflictivas.
3. Orientación a la red: es el hecho de que una persona tenga un conjunto de creencias, actitudes y expectativas sobre la utilidad de los miembros de la red para ayudarlo a afrontar un problema vital.

Es decir, que la orientación del individuo hacia la red y el tipo de relación que mantiene con el emisor (grado de conflicto hacia la red) son las variables que van a determinar la satisfacción con el apoyo social.

Con base, en la revisión anterior sobre los diferentes aspectos que se toman en cuenta a la hora de estudiar el apoyo social, diferentes autores tratan de proponer una definición del apoyo social, que integrara en lo posible todos estos aspectos, que son

comunes en otras aportaciones conceptuales y teóricas. Se trata de hacer estas definiciones, porque como se sabe, ha resultado difícil un acuerdo en la definición del apoyo social.

3.3 Definiciones integradoras del apoyo social.

Hablar de una definición de apoyo social es casi imposible, ya que los investigadores o profesionales no se han puesto de acuerdo en una definición. Por ello, surge la necesidad de integrar los diferentes aspectos que se utilizan en la investigación sobre apoyo social y a partir de esto realizar una definición precisa. Son varios los autores que han realizado este tipo de labor, y por ello se habla de definiciones integradoras.

De esta manera, un intento riguroso fue el de Lin (1986). Quien realiza una definición que toma en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente. Así, propone que el apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales-percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. Estas provisiones se pueden producir en situaciones cotidianas como de crisis (en Barrón, 1996; Abril, 1997).

Por otro lado, Vaux (1988, en Barrón, 1996) considera que el apoyo social es un proceso donde interactúan los factores personales con los contextuales, los cuales influyen sobre los recursos de la red, conductas de apoyo y evaluaciones del mismo, los cuales a su vez se relacionan entre sí.

De esta manera, se pueden distinguir los siguientes aspectos que se toman en cuenta en esta definición:

- Factores personales: se refiere a los rasgos de personalidad y habilidades sociales.
- Factores contextuales: denota los estresores, familia, roles sociales y comunidad.

- Recursos de la red de apoyo: es la subparte de la red social, a la que la persona acude en busca de ayuda. Por lo que poseen rasgos estructurales como densidad, reciprocidad, etc.

- Conductas de apoyo: intentos de ayudar a las personas, ya sea de tipo material, emocional u otro.
- Evaluaciones de apoyo: valoraciones subjetivas de los elementos anteriores.

Tanto los recursos, como las conductas y evaluaciones se relacionan de varias maneras posibles, entre las cuales se encuentran las siguientes:

1. La primera relación tiene en cuenta el tamaño de la red. Sostiene que las redes grandes son más beneficiosas puesto que ofrecen más conductas de apoyo, lo que a su vez producirá evaluaciones más positivas del mismo. Existe una mayor probabilidad de que en ellas exista una persona con experiencia en el problema concreto que afronta el sujeto y, por lo tanto, con conductas de apoyo más adecuadas, la mayor información disponible en ellas.
2. Se establece una relación entre recursos y evaluaciones. En este sentido, la satisfacción con el apoyo (evaluación) se relaciona con las redes grandes y poco densas, formadas por amigos íntimos y en las que las relaciones establecidas son fuertes y recíprocas.
3. Respecto a la relación entre recursos y conductas, se sugiere que las redes grandes ofrecen más recursos de apoyo. En cuanto a la interacción entre conductas y evaluaciones, no parece haber necesariamente una relación entre recibir más conductas de apoyo y satisfacción con el mismo.

De esta forma, Vaux logra una integración, realizando así una definición completa, donde explica las relaciones que se establecen entre los diferentes aspectos que conforman el concepto de apoyo social.

También, realizando su aportación se encuentran Lareiter y Baumann (1992), quienes consideran que el apoyo social es multidimensional, lo que hace necesario una taxonomía multidimensional que resuelva los problemas conceptuales que el apoyo social plantea (Abril, 1997).

Esta taxonomía incluye cinco componentes:

1. Integración social. Participación de una persona en la comunidad o sociedad.



2. Redes de apoyo. Relaciones sociales a las que acude el individuo en busca de apoyo.
3. Clima de apoyo. Calidad de las relaciones y sistemas sociales.
4. Apoyo proporcionado y recibido. Transacciones de ayuda desde la perspectiva de quien la proporciona y del que la recibe.
5. Apoyo percibido. Percepción que el sujeto experimenta sobre la disponibilidad de la ayuda en caso de necesidad.

Según esta taxonomización, la *integración social* se sitúa en un nivel superior de jerarquización y resulta ser una precondition para que se produzca el proceso de *apoyo social* y a su vez es una función de las *relaciones sociales* de las personas. El sistema de apoyo social representa los recursos de apoyo de la red, a su vez el término apoyo social se reserva como un concepto subordinado a los anteriores, siendo la percepción y la evaluación del apoyo términos que designan su representación en el sistema cognitivo de las personas.

3.4 Apoyo social y salud.

Las discrepancias o ambigüedades a la hora de definir el apoyo social, no han sido un obstáculo para el creciente campo de investigación, que relaciona el apoyo social con la salud, encontrando una asociación entre ambas variables, llegando a decir que la salud depende del apoyo social.

De esta manera, lo que comúnmente se considera y que ha llegado a generalizarse es el hecho de que el apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta o les falla el apoyo. Y, que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad, es decir, cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) en la forma de relaciones estrechas, menor será la probabilidad de que esa persona enferme (Rodríguez, 1995).

Ya aceptada la influencia positiva del apoyo social sobre la salud, los investigadores no se han puesto de acuerdo en la forma en que se produce ese efecto positivo o los mecanismos a través de los cuales el apoyo social se relaciona con la salud. Para tener

una adecuada comprensión del fenómeno, así como para la correcta planificación de las intervenciones. Una de las taxonomías de los modelos de apoyo social más conocidas, y la que se seguirá aquí, es la de Cohen (1988, en Abril, 1997; Barrón, 1996; Buendía, 1991) Clasifica los modelos propuestos sobre los efectos del apoyo social en la salud y enfermedad en las tres siguientes categorías:

1. Modelos genéricos.
2. Modelos centrados en el estrés.
3. Modelos centrados en el proceso psicosocial.

Los **Modelos genéricos** afirman que el apoyo social se relaciona con la salud y con la enfermedad de las personas, ya sea a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos (dieta, ejercicio, consumo de alcohol, tabaco, etcétera) o bien por su efecto en las respuestas biológicas (respuesta neuroendocrina, la inmunológica y las respuestas hemodinámicas) que inciden en dichos trastornos.

En relación con los **Modelos centrados en el estrés** son los más aceptados y estudiados debido a sus efectos sobre la salud y el bienestar. Desde esta perspectiva se hipotetizan dos modelos teóricos: uno basado en la “hipótesis del efecto directo o principal” y otro basado en la “hipótesis del efecto protector o amortiguador”.

Los modelos teóricos, que siguen la *hipótesis del efecto directo o principal*, sostienen que el apoyo fomenta directamente la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que experimente el individuo. Es decir, a mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independientemente de si la persona esta expuesta a estresares o no.

En tanto, los modelos teóricos, que se fundamentan en la *hipótesis del efecto protector o amortiguador* consideran que más que un efecto beneficioso para todo aquel que disponga de apoyo social, lo que se propone es un efecto protector o moderador del apoyo social para aquellas personas que se vean expuestas a interacciones estresantes

(Gil Roales-Nieto, 2004), es decir, el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes y siempre y cuando este apoyo cubra las necesidades originadas por el estrés experimentado (Abril, 1997).

Por último, los **Modelos basados en el proceso psicosocial** son todos aquellos modelos que describen la naturaleza de la mediación psicosocial de la relación apoyo social –salud. Estos modelos tratan de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación, y evalúan por separado los efectos protectores y directos. Una razón del por qué no existe una reacción individual de carácter universal ante un mismo evento, y por tanto una predicción acertada de la enfermedad ante la identificación de los estresores que la producen, es la existencia de mediadores psicosociales en la cadena de procesos iniciados a partir de la exposición a un estresor vital (Abril, 1997).

Desde este enfoque, la percepción o evaluación cognitiva del evento estresante, juega un papel central en el estrés y en las estrategias de afrontamiento, lo cual ocurre de la siguiente manera, según Lazarus y Folkman (1984, en Caballo y Simón, 1998): el estrés se produce cuando se considera que ha tenido lugar alguna perturbación en la relación de la persona y el ambiente. El sujeto percibe una amenaza, considera que probablemente sus recursos no sean suficientes para controlar la perturbación y piensa que el resultado es importante para su bienestar. De esta forma, el estrés se basa en la evaluación de la perturbación por parte del individuo. La consideración por parte del sujeto de que existe una situación estresante, parezca razonable o no, inicia un complejo proceso. Se produce un rápido esfuerzo para reducir las sensaciones de malestar, tratando de cambiar la situación, las reacciones de la persona ante éstas o ambas. Este esfuerzo de afrontamiento y sus consecuencias cambiarán la evaluación de la situación por parte de la persona, lo que a su vez modificará la respuesta posterior, etc. lo que se considera inicialmente como estresante depende no sólo de las cualidades del ambiente tal como se evalúa, sino también de la evaluación de los propios recursos para abordar esa situación. Finalmente, después de que ha terminado el enfrentamiento con la situación, la evaluación por parte del individuo de la forma en la que ha manejado la

situación, así como los mismos resultados, determinará si la persona sigue sintiéndose fortalecida o debilitada.

Hay muchos elementos que contribuyen a la evaluación del estrés por parte del sujeto, el tipo de valoraciones más habituales puede depender de patrones de conducta y estilos de afrontamiento relativamente estables, de valores, creencias y actitudes que pueden afectar la atención selectiva, el procesamiento de la información y el juicio sobre los propios recursos, de la existencia o ausencia reales de recursos eficaces para controlar las situaciones estresantes y de la disponibilidad o falta de disponibilidad de apropiados apoyos sociales. Se ha observado que la presencia de apoyos sociales apropiados, fundamentalmente el apoyo social percibido más que el apoyo real, puede ayudar a amortiguar las experiencias estresantes, sin que todavía se hayan delimitado, con la claridad suficiente, cuáles son los mecanismos por los que se produce este efecto y qué tipo de apoyo social es el que debería considerarse apropiado. Posiblemente, el apoyo social contribuye a disminuir el estrés por alguna o algunas de las siguientes vías (Buceta, Bueno y Mas, 2001):

- Reduciendo la trascendencia global y por tanto el carácter amenazante de las situaciones potencialmente estresantes (al percibir la persona que la estima de los que la apoyan no está amenazada por la situación estresante o que, pase lo que pase, seguirá contando con la fuente de gratificación que le proporciona el apoyo).
- Aumentando la motivación de las personas por el reto de superar la situación estresante (el apoyo percibido puede propiciar que las personas afronten la situación estresante con una actitud más positiva).
- Incrementando la autoconfianza en los propios recursos (cuando el apoyo social transmite una confianza sólida, basada en los hechos, de los demás en los recursos de la persona, ésta puede mejorar su propia autoconfianza).
- Ayudando a controlar el estrés cuando éste se produce (gracias al apoyo social, la persona que sufre estrés en un determinado momento, puede controlar mejor el impacto de éste aliviando sus efectos negativos, este alivio puede contribuir a

reducir el valor amenazante de las situaciones potencialmente estresantes en el futuro.

El apoyo social apropiado debe ser aquel que favorezca los efectos beneficiosos de los apartados anteriores, debiendo evitarse un exceso de dependencia social que podría propiciar un estado de indefensión ante las situaciones potencialmente estresantes.

Un ejemplo, que toma en cuenta algunos de los aspectos anteriores, es la investigación realizada por Gascón, Olmedo, Bermúdez, García, Ciccotelli (2003), quienes compararon dos grupos de desempleados y empleados, pudiendo comprobar que los primeros informaban de un mayor número de quejas somáticas que los segundos. Además, encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la percepción de estrés diario, éstas no fueron estadísticamente significativas y, a pesar de ello, se produjeron distintos niveles de salud autoinformada en ambos grupos. Una posible explicación es que también los empleados están sometidos a estrés ya que tienen mayor nivel de libertad para manejar las demandas que valoran como estresantes, mientras que el desempleado apenas tiene opciones para transformar la situación y, al carecer de compañeros, cuenta con una red de apoyo social muchísimo más reducida.

De manera general, se puede decir que el apoyo de aquellos que están próximos y dispuestos a ayudar y a compartir los acontecimientos difíciles, constituye un elemento decisivo para amortiguar los efectos indeseables, tanto de tipo psicológico como fisiológico del estrés (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Como se puede notar, no existe una gran diferencia entre la hipótesis del amortiguador y los modelos basados en el proceso psicosocial, ya que el apoyo social cumple la misma función o efecto, de reducir el nivel o impacto del estrés en la salud. Solo que los modelos basados en el proceso psicosocial dan una perspectiva más detallada del proceso y centrándose en que el estrés no es una relación fija persona-ambiente, sino un proceso evolutivo que implica numerosas evaluaciones y reevaluaciones.

Cabe mencionar que, Cohen y Wills (1986) mencionan que existen datos suficientes para que los modelos del efecto directo y amortiguador no se consideren excluyentes. Ambas conceptualizaciones del apoyo social son adecuadas, pero obviamente cada uno representa un proceso diferente mediante el cual el apoyo social influye en la salud (Buendía, 1991).

Como se mencionó anteriormente, de manera breve, el apoyo social puede tener efectos positivos como negativos sobre la salud. De esta manera, se puede observar que entre los efectos positivos, que ya se han mencionado bastante, en general se refieren al mejoramiento mental y físico de la persona que recibe el apoyo social, también en el caso de la rehabilitación de alguna enfermedad, el apoyo social mejora el avance en la rehabilitación y la recuperación de la enfermedad. En cuanto al proveedor del apoyo social se ha visto que el otorgar asistencia a una persona necesitada aumenta el sentimiento de autovaloración y la sensación de eficacia.

En lo que respecta, a los efectos negativos del apoyo social, en los proveedores de apoyo sucede cuando estas personas suscitan sentimientos negativos, de amenaza o vulnerabilidad, le recuerdan que le puede ocurrir lo mismo. También, pueden experimentar intensa ansiedad al tener que interactuar con esos sujetos, al no saber cuál es la conducta correcta en dicha situación su malestar puede incrementarse.

En tanto, los efectos negativos del apoyo social sobre las personas que reciben este apoyo, ocurre cuando los miembros de la red de apoyo del sujeto actúan como modelos inadecuados de conducta, o cuando tratan de distraerle para que no se preocupe, evitando que adopte medidas que a largo plazo serían beneficiosas. También, en aquellos casos de comportamientos hiperprotectores por parte de los miembros de la red de apoyo (Barrón, 1996; Rodríguez, 1995; Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998). Al respecto, Gil Roales-Nieto (2004) considera que el apoyo social se ha llegado a vislumbrar como una panacea beneficiosa y dejando a un lado ciertas investigaciones que han demostrado como un mayor apoyo social puede verse relacionado con un efecto nocivo o al menos peligroso para la salud. Por lo que, considera que el apoyo social es toda interacción entre dos o más personas que se traduce en un resultado de salud. A lo que él llama una perspectiva funcional del apoyo social, la cual explica que en psicología de la salud se toma como apoyo social las interacciones de tipo social

apreciadas así por el sujeto o paciente (y así informadas cuando se evalúan), al margen de cuál sea su verdadero efecto directo o indirecto sobre la salud. Así, atender las quejas de un paciente dolorido consolándole, es tenido como una muestra social, pero dependiendo de ciertas variables no siempre fácilmente identificables, dicho apoyo social puede llegar a producir un beneficio o perjuicio sobre su conducta de salud, aunque sobre su comportamiento afectivo el resultado siempre sea positivo, en el sentido de que el enfermo apreciara y agradecerá la atención que reciba. Por lo que resulta conveniente, distinguir entre vivencias producidas por el apoyo social e incidencia de éste a nivel funcional sobre el proceso de enfermedad. Es así como, desde la perspectiva de su influencia sobre la salud, sólo deben considerarse las interacciones de apoyo social que realmente beneficien la salud a corto, medio o largo plazo.

Con base en lo anterior, y si se considera que el apoyo social proporciona ventajas a la salud, ¿pueden mejorar las personas su red de apoyo social mediante acciones específicas? Respecto a esta pregunta hay varias respuestas, como:

- Mejorar las fuentes de apoyo existentes y crear redes de apoyo mediante grupos de apoyo o autoayuda. Ya que los grupos de apoyo son redes de personas que comparten circunstancias estresantes similares. Si uno se relaciona con otras personas que enfrentan situaciones parecidas, puede compartir con éstas experiencias valiosas, brindándose apoyo emocional, información y ayuda práctica (Brannon y Feist, 2001).
- Ayudando a mejorar las habilidades sociales que aumentan la probabilidad de obtener apoyos beneficiosos; modificando cogniciones disfuncionales respecto a la obtención y el mantenimiento de apoyos sociales y potenciando cogniciones favorables; planificando actividades adecuadas para la búsqueda y el desarrollo de apoyos adecuados; incrementando la independencia de funcionamiento personal y, por tanto, reduciendo la dependencia de apoyos inapropiados; y trabajando con las personas cercanas que puedan proporcionar los apoyos sociales adecuados (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

- Otro recurso sería el desarrollo y optimización del sistema de apoyo profesional, es decir, generar una relación de mutua colaboración en la que el profesional se vea como un asesor, que se preocupa por lograr una comunicación efectiva y es activo en la búsqueda de los usuarios y a éstos por su parte se les vea como personas con capacidad para aprender, controlar y desarrollar competencias (Restrepo, 1991)

Cabe mencionar que diferentes estudios han relacionado el apoyo social con el género y las relaciones familiares o el estado civil. De esta manera, el matrimonio al parecer, es un excelente apoyo social para ambos cónyuges, pero el simple hecho de estar casado no contribuye a la salud, sino la buena calidad de la relación de pareja, así como la buena calidad de las relaciones familiares. Solo que, los beneficios del matrimonio no son los mismos para hombres y mujeres, ya que el matrimonio beneficia más a los hombres que a las mujeres. Los mecanismos de esta ventaja, no son claros, pero el papel de la mujer como cuidadora puede ser la clave. Las mujeres tienden a proporcionar un mayor número de cuidados que los que reciben y pueden ignorar su propio estado de salud por preocuparse por el de su marido e hijos. Además de que las mujeres cultivan una red social más amplia de miembros familiares y amigos y por lo tanto, son más proclives a recibir apoyo pero, una desventaja es que las mujeres con muchos contactos sociales tienen que emplearse más a fondo, recibiendo más demandas de apoyo, las cuales pueden aumentar su estrés, en lugar de reducirlo (Brannon y Feist, 2001; Rodríguez, 1991), pero ante esto se puede argumentar lo que sostiene Gil Roales Nieto, acerca de que se considere como apoyo social solamente aquellas interacciones que faciliten la salud.

Una vez realizada ésta exhaustiva revisión de la relación entre apoyo social y salud, y encontrando que la literatura se basa en el supuesto de que el apoyo social tiene un efecto positivo para el mantenimiento de la salud tanto física como mental, así como para la prevención de la enfermedad, mediante la movilización de las redes de apoyo social, desde los diferentes modelos que explican el apoyo social. Es conveniente mirar el otro aspecto: la enfermedad. Es decir, qué tipo de relación existe entre apoyo social y enfermedad.

CAPÍTULO 4. RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y ENFERMEDAD CRÓNICA.

4.1 Características de las enfermedades crónicas

Con la segunda guerra mundial se marco un cambio en los cuadros de morbilidad y mortalidad para los países subdesarrollados o en vías de desarrollo y para los países desarrollados o industrializados; en el caso de los primeros, los cuadros de mortalidad solían estar relacionados con enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles y las enfermedades por carencias nutricionales, así como por la accesibilidad de los recursos de salud a los grupos o clases sociales más necesitados; mientras que en los países desarrollados las principales causas de mortalidad tenían que ver con enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes, la drogadicción, el alcoholismo, y los efectos nocivos de la contaminación ambiental. Sin embargo, hoy por hoy no es posible asegurar que estos cuadros de morbilidad y mortalidad sean exclusivos de ciertos países, porque desde hace ya varios años, de acuerdo a Grau, (1998) y Rodríguez, Ortega y Rojas (1998), el perfil epidemiológico de los países desarrollados y subdesarrollados, se caracteriza como de transición, puesto que si bien aun existen altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, en nuestros días se empiezan a incrementar las correspondientes a las enfermedades crónicas y degenerativas.

Esta transición de enfermedades infecto-contagiosas a enfermedades crónicas, se debió a que gracias al constante avance y perfeccionamiento de la tecnología médica y las nuevas medidas epidemiológico-sanitarias se logró controlar y hasta erradicar en ciertos países las enfermedades causadas por agentes infecciosos, viéndose con esto beneficiados sobre todo la población infantil, más sin embargo, debido a los nuevos estilos de vida; entendidos por Aburto (2001) como un conjunto de hábitos y costumbres influenciados, modificados, estimulados y restringidos por el proceso de

socialización de toda la vida; en los cuales es cada vez más común el consumo de sustancias tóxicas para el organismo, patrones de vida muy sedentaria, malos hábitos dietéticos y sexuales, etcétera han traído como consecuencia la aparición de padecimientos en los cuales se encuentran presentes aspectos tanto biológicos como psicológicos, sociales y culturales como lo son las enfermedades crónicas, las cuales actualmente ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en diversos países, entre los que se encuentra México.

Entre los autores que definen a las enfermedades crónicas, se encuentran Jennings y Bech (1988, en Grau y González 1998), quienes señalan que se trata de un estado que persiste por un período de tiempo importante o que tiene secuelas que debilitan por largo tiempo. O bien, la definen como un estado que interfiere con el funcionamiento diario durante más de tres meses al año, que causa hospitalización durante treinta días o más al año, o que pueda causar cualquiera de dichos efectos. Las enfermedades crónicas varían en el curso de su desarrollo; algunas se mejoran al cabo del tiempo, otras se estabilizan y un tercer grupo abarca a muchas que son progresivamente degenerativas y debilitantes.

Sin embargo, esta primera definición se plantea en un sentido muy amplio y se centra solamente en el enfoque biomédico, sin tomar en cuenta factores sociales y psicológicos que pueden intervenir en el desarrollo de este tipo de enfermedades, por lo que, es imprescindible que se defina a las enfermedades crónicas de manera más específica y donde se tomen en cuenta estos aspectos, tal como lo hace Póveda (2003), al definir las enfermedades crónicas como un proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tienen una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible.

De igual forma, Brannon y Feist (2001) definen a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente, estos trastornos perduran y si son mortales, causan la muerte solo tras un periodo de tiempo prolongado, periodo tras el cual los síntomas no son necesariamente constantes, por lo que aunque la persona que padece alguna enfermedad crónica puede

llegar a sentirse relativamente bien en ocasiones, o muy mal en otras, pero nunca esta totalmente sana. De tal forma, que este tipo de padecimientos dejados a su evolución natural o con una intervención inadecuada tienen una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación, cambiando la manera en que los pacientes se ven a sí mismos, generando problemas económicos e interrumpiendo la dinámica familiar, lo cual indica que los pacientes crónicos presentan necesidades fisiológicas, sociales y emocionales distintas de las que tienen las personas sanas. Sin embargo, en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen autocuidado se puede tener cierta autonomía.

Al respecto de estas definiciones, Rodríguez-Marin, Pastor y López-Roig (1993), proponen la existencia de cuatro dimensiones básicas para diferenciar a las enfermedades infecciosas o agudas de las crónicas:

- a) Las causas: en la aparición de la enfermedad aguda requiere (por lo general) exposición a agentes infecciosos, mientras que las causas importantes de las enfermedades crónicas a menudo se relacionan con los estilos de vida de la persona.
- b) El curso temporal: las enfermedades agudas son bruscas en su aparición y usualmente desaparecen tras un período de tiempo breve y relativamente predecible; mientras que las crónicas tienen a menudo una aparición lenta y grave, durando un período largo e indefinido.
- c) La identidad de las dos formas de enfermedad: las enfermedades agudas pueden atribuirse a varios agentes infecciosos o pueden asociarse con algunos síntomas claramente identificables que son vistos por los pacientes como causas concretas. Las enfermedades crónicas, sin embargo, no se atribuyen usualmente a agentes causales únicos.
- d) Las consecuencias asociadas a cada una: generalmente el transcurso y las secuelas de un tratamiento adecuado en la mayoría de las personas con una enfermedad aguda, al recuperarse dentro de un período de tiempo razonable, no acarrea graves problemas físicos, ni psicológicos, ni sociales. Por el contrario, las repercusiones en la mayoría de las personas con enfermedades crónicas usualmente al permanecer enfermas durante

largos períodos, y a menudo por el resto de su vida, así como los resultados del tratamiento, suelen ser devastadores en varios aspectos de la vida del paciente.

En función de lo expuesto anteriormente, se puede mencionar que al estar relacionadas con los estilos de vida, las enfermedades crónicas plantean, en gran medida, un problema del comportamiento, dejando al descubierto la considerable responsabilidad que cada individuo tiene en su aparición, puesto que los hábitos y costumbres de la gran mayoría de los pacientes con alguna enfermedad crónica incluyen el uso de sustancias como el alcohol, tabaco, té, café; malos hábitos dietéticos, falta de ejercicio, etcétera.

En cuanto a los posibles factores inmiscuidos con la aparición de este tipo de enfermedades, sumados a los ya mencionados, se encuentran la ausencia de prácticas adecuadas de higiene, las cuales, facilitan la aparición de enfermedades tales como las de transmisión sexual; la herencia también suele ser un factor importante y determinante, como en el caso del Alzheimer; así mismo, la nula participación en programas promocionales y preventivos, resultado de la falta de educación y las creencias que se tienen sobre la salud y a determinadas formas de enfermarse, son factores que intervienen en su aparición. Los aspectos sociodemográficos, como la edad, el género, el nivel de estudios, la situación laboral y el nivel económico, parecen estar relacionados con los comportamientos de riesgo que facilitan la aparición de una enfermedad de este tipo, para apoyar tal proposición Gil y Pons (2000), en base a su trabajo donde investigaron las relaciones entre variables sociodemográficas como las antes citadas y tres tipos de conductas de riesgo para la salud como: a) el consumo de alcohol y tabaco, b) inactividad física y c) hábitos insanos (ausencia del control del peso corporal y consumo de café); concluyeron que algunas de estas conductas de riesgo se observan en función de la pertenencia a diferentes grupos sociodemográficos, puesto que entre otras cosas los resultados demostraron que las mujeres manifestaban mayor inactividad física que los hombres, pero a su vez consumen en menor medida sustancias tóxicas y están más atentas al cuidado de su peso corporal, con referencia a la edad, los resultados demostraron que las personas con edades de entre 30 y 59 años manifestaban

mayores conductas de riesgo; respecto al nivel educativo, manifestaron que un menor consumo de tóxicos y mayor cuidado alimenticio lo presentan las personas que no han finalizado sus estudios universitarios, sin embargo, aquellos que han terminado la universidad presentan mayor actividad física. Los datos respecto a la situación laboral indicaron que los trabajadores activos presentan mayor consumo de tóxicos y más hábitos insanos que los no activos. En el caso del nivel económico, observaron que este no está ligado al consumo de tóxicos pero sí a la actividad física y a los hábitos insanos, que aumentan a medida que lo hace el nivel de ingresos familiares. Igualmente, dentro de estos agentes se encuentran, las emociones negativas ocasionadas por situaciones ambientales y sociales capaces de llegar a producir estrés, las cuales parecen tener un impacto negativo en el sistema inmune de las personas, representando con esto un riesgo latente, pues las hace más vulnerables ante las enfermedades en general. De igual forma, varios estudios han demostrado que ciertas tendencias emocionales permanentes en la personalidad de algunos individuos pueden llegar a ser factores específicos de riesgo para adquirir enfermedades concretas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, donde al parecer, en un gran porcentaje de persona con este padecimiento presentaban una conducta del denominado patrón A, caracterizada por la impaciencia, la hostilidad, la actividad intensa, la ambición y la competitividad, incrementando al doble las posibilidades de padecer una enfermedad coronaria para este tipo de personas. Así mismo, se ha manifestado que el estrés suele intervenir negativamente en los hábitos de salud como, por ejemplo, el no realizar frecuentemente ejercicio, tener menos precauciones ante accidentes, no dormir por trabajar, malos hábitos alimentarios, como el de comer rápido o comidas enlatadas y altas en grasa, etcétera.

Aparte del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también inciden en su curso, puesto que suelen deteriorar la calidad de vida de los pacientes y distorsionar su conducta, provocando que tome decisiones que en realidad dificultan el proceso de curación y, como ha de recordarse, al ser la enfermedad un aspecto de dimensiones fisiopatológicas, psicológicas y sociales, la conducta del enfermo es una parte integradora de la propia enfermedad (Fernández y Edo, 1994; Grau, 1998; Martínez y Fernández, 1994; Montiel, Urquidi y Gálvez, 1999). Por otra parte varios estudios, entre

los que destacan los realizados por Morales y Coronel (1998), reportan la existencia de variables que intervienen en el progreso de estos padecimientos como lo son el alto grado de desadaptación, tanto por parte del paciente como de la familia, durante el proceso de la enfermedad crónica, interfiriendo significativamente en la aceptación del tratamiento; algunas de las conductas que dan muestra de esta desadaptación son: el fumar o beber demasiado, padecer insomnio, discutir frecuentemente, mostrar conductas de evitación, la constante ansiedad y estrés ante el tratamiento, entre otras.

En lo que respecta a los efectos que tienen en la vida de los pacientes crónicos este tipo de enfermedades, se puede mencionar, entre otras, el deterioro de la calidad de vida, descrita por Diener (1984, en Rodríguez-Marin, Pastor y López-Roig, 1993) como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de bienestar/malestar personal, este juicio subjetivo se ve influenciado por determinados indicadores biológicos, psicológicos, conductuales y sociales, siendo así que, la calidad de vida se ve afectada por la situación en la que se encuentra el enfermo, especialmente en cuatro áreas vitales, como lo son: su estado de funcionamiento físico, presencia y gravedad de los síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento, su funcionamiento psicológico y su funcionamiento social. Esta primera área se refiere a la capacidad que los enfermos crónicos poseen para realizar actividades normales, tales como, su cuidado personal (alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios) y su capacidad para realizar actividades físicas y trasladarse de un lugar a otro. En lo que concierne a la segunda área, se señala que aunque los síntomas físicos varían de acuerdo al tipo de enfermedad, en general, la calidad de vida se verá afectada por la presencia de síntomas dolorosos y discapacitantes. Por su parte, el funcionamiento psicológico, también afecta la calidad de vida de este tipo de pacientes, puesto que, como ya se ha expuesto, aunados a los padecimientos crónicos se encuentran factores psicológicos como la disminución de la autoestima, causada por la percepción que tienen de si mismos dichos pacientes y el grado de limitaciones en la capacidad física que trastorna el funcionamiento laboral, sexual, familiar y social; el aumento de la sensibilidad al rechazo y la aparición o el aumento de la ansiedad y depresión, ocasionando que no se tenga una buena adaptación y ajuste psicológico a la enfermedad. Por último se hace

mención del funcionamiento social, el cual, tiene que ver con el grado de ajuste y adaptación que el sujeto enfermo presenta durante el curso de la enfermedad, dentro de esta área se plantea que debido a limitaciones en la capacidad física se pueden ver afectadas las actividades sociales, como las laborales, recreativas y/o escolares; así como el rol que juega dentro del contexto familiar, por lo que puede haber aislamiento social. Cabe señalar que, un elemento importante a tomar en cuenta a la hora de evaluar la calidad de vida de un paciente crónico es la edad del individuo, puesto que la forma de adaptarse a esta, el cómo se llega a concebir la enfermedad, las repercusiones que acarrea la enfermedad y el tratamiento así como las secuelas emocionales tanto en el paciente como en su familia son diversas dependiendo de la etapa de vida en la que se presenta dicha enfermedad. Así pues, con todos estos elementos se puede decir que, la calidad de vida del paciente crónico se ve afectada por el echo de que el enfermo logre o no adaptarse a los efectos que acarrea en su vida tanto la enfermedad como el tratamiento, de igual forma se ve influenciada por el nivel de adaptación que la propia familia del enfermo logra alcanzar (Grau y González 1998; Robles, 2004.; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Velasco y Sinibaldi, 2001).

Así mismo, es importante indicar que los efectos de las enfermedades crónicas varían conforme a los diferentes tipos de enfermedades crónicas que existen, estas se diferencian en las causas a que les dan origen, en los síntomas, tratamiento y en los efectos sobre las actividades y vida de la persona enferma y la de sus familiares, puesto que ciertas enfermedades, como la enfermedad cardiaca, el cáncer y los accidentes cerebro vasculares ponen en peligro la vida de quien las padece no así la artritis, la epilepsia y la sinusitis crónica, por otro lado enfermedades como la diabetes insulina-dependiente, la fibrosis quística o la distrofia muscular se caracteriza por su aparición temprana, mientras que otras como el síndrome de Alzheimer, la arteriosclerosis, el efisema y la osteoporosis aparecen en la edad avanzada. Existen otras enfermedades que por sí solas son devastadoras para la vida del enfermo, como en el caso de la espina bífida, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson, entre otras, caso contrario de padecimientos como la hipertensión, el asma y la úlcera que se pueden controla sin mayor afectación de la actividad normal (Grau y González 1998). Esta información nos

da muestra del grado de variabilidad que existe en el desajuste que cada tipo de enfermedad crónica puede acarrearle a aquellas personas que las padecen. Por lo que, valdría la pena describir con más detalle las enfermedades crónicas que significan un problema muy importante para el campo de trabajo de la Psicología de la salud, por encontrarse estas en los índices más altos de mortalidad y morbilidad en nuestro país.

4.2. Tipos de enfermedades crónicas

Como ya se ha mencionado anteriormente, entre las cinco principales causas de morbilidad y mortalidad en México registradas en las últimas estadísticas realizadas por el INEGI (2003), se encuentran enfermedades de tipo crónico, como los padecimientos del corazón, males ocasionados por tumores malignos, la diabetes mellitus, enfermedades crónicas del hígado, sin contar los accidentes de tránsito, que son la segunda causa de muerte, por lo que estas son actualmente uno de los asuntos substanciales a tratar por los profesionales en el sector salud.

Específicamente en lo que respecta a las *enfermedades del corazón*, suponen la primera causa de muerte en el 2002 en la población mexicana, tanto para hombres como para mujeres, con una tasa de 71.1 por 100,000 habitantes. Entre los principales padecimientos cardiovasculares se advierten: cardiopatías congénitas, sífilis cardiovascular, cardiopatías pulmonares, cardiopatía reumática, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2003). Este último padecimiento es uno de los más importantes por el número de defunciones que ocasiona. La cardiopatía isquémica se manifiesta por angina de pecho o infarto del miocardio y es ocasionada por insuficiencia en el aporte sanguíneo debido a la obstrucción de las arterias coronarias que pueden llevar a la insuficiencia cardiaca aguda y a la muerte. Los factores que hasta ahora se han vistos estrechamente relacionados con este tipo de padecimientos son los altos niveles de colesterol en la sangre, el tabaquismo, el sobrepeso, la hipertensión arterial, la diabetes, el consumo excesivo de cafeína, el sedentarismo, así como, el poseer una personalidad de tipo A que al caracterizarse, como ya se ha mencionado, por excesivos episodios de ira,

hostilidad y agresividad se desencadenan importantes activaciones fisiológicas en contra de la salud. Por lo que parte de los programas que se han implementado para la prevención, el control y la rehabilitación de los pacientes con dicha enfermedad comprenden el control del sobrepeso, restringir la ingestión de alimentos con exceso de ácidos grasos saturados y colesterol sustituirlos por alimentos ricos en grasas poliinsaturadas y con bajos niveles de colesterol, así como el evitar el tabaquismo, limitar o suprimir sal, café y bebidas alcohólicas, practicar ejercicio y evitar excesos de trabajo y de tensiones; de igual forma, dentro de estos programas se contemplan factores e intervenciones de tipo psicológico que conjuntamente con el médico intentan minorizar los efectos psicológicos negativos que, pueden obstaculizar los trabajos de rehabilitación. Entre los problemas psicológicos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con complicaciones cardiovasculares se encuentran la depresión, debida en ocasiones a los cambios tan marcados en los estilo de vida, al grado de incapacidad física y al poco apoyo social que reciben de parte de familiares o amigos, del mismo modo, los pacientes que suelen ser sometidos a una intervención quirúrgica para tratar estos padecimientos sufren de gran ansiedad y estrés, puesto que al tratarse de operaciones con un alto grado de complejidad y con riesgo de muerte, se convierte en una experiencia psicológicamente impactante y aterradora para quienes se someten a esta (Brannon y Feist, 2001).

Los padecimientos crónicos causados por *tumores malignos*, son la segunda causa de muerte para hombres y mujeres, pero sobretodo en las mujeres de entre 25 y 65 años los índices se incrementan con relación a los padecimientos originados por tumores malignos en hombres, convirtiéndose el cáncer cervicouterino y de mama en las primeras causas de muerte para la población femenina comprendida entre dichas edades, mientras que para los hombres el cáncer de próstata, estómago y piel suelen ser los mas comunes. En términos generales, el cáncer se presenta cuando la reproducción de las células se acelera de manera anormal, sin control, sin cumplir una necesidad orgánica formándose un tumor el cual sigue creciendo de modo que invade tejidos y órganos sanos, esto termina por dañarlos o destruirlos, ocasionando la muerte de quien llega a padecer dicha enfermedad. Entre las consecuencias mas significativas que se presentan

en la vida del enfermo de cáncer se encuentra la aparición de angustia, estrés, ira, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y autocontrol, molestias físicas, entre otras.

Debido a estas consecuencias devastadoras en la calidad de vida de los pacientes y familiares y al incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad en la población joven, ha provocado que se preste una atención especial a los factores psicosociales (cognoscitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales) inmiscuidos en el cáncer. Es así que la Psicología de la Salud, preocupada por investigar y crear fuentes de conocimiento que ayuden a responder muchos de los problemas relacionados con estos factores psicosociales, con el fin de prevenir que se presenten trastornos como este así como para mantener un buen nivel o estado de salud, creo desde finales de los años ochenta la psicooncología, la cual se encarga de abordar dos áreas fundamentales: a) el impacto psicológico y social del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud encargado del tratamiento; y b) el efecto que el paciente y su medio ambiente tienen sobre el riesgo de padecerlo y la posibilidad de sobrevivir. Entre los descubrimientos más relevantes encontrados por los investigadores en este campo, se encuentra el hecho de que el elemento cancerígeno más importante es el propio comportamiento, puesto que los estilos de vida negativos para la salud, el estrés emocional, el comportamiento alimentario, los hábitos de exposición de riesgo a cancerígenos naturales e industriales, como el tabaco, derivados de la industria petroquímica, exposición excesiva al sol, alcohol, factores genéticos e inmunológicos y las conductas reproductivas y sexuales; son factores que indiscutiblemente tiene una enorme relevancia en el desarrollo y curso de enfermedades cancerígenas, lo cual ha llevado a pensar que aunque varios tipos de cáncer suelen ser detectados solo en etapas muy avanzadas, el orientar adecuadamente a la población para que acuda a revisión médica ante cualquier sospecha de padecer cáncer, un estilo de comportamiento adecuado evitando estos agentes y promoviendo la autoobservación y prácticas sanitarias adecuadas, se evitarían cerca del 80 por ciento de estas enfermedades (Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1997; Morales y Coronel, 1998).

La *diabetes mellitus*, por su parte, se trata de una de las afecciones más comunes e importantes por su aumento en los índices de mortalidad con una tasa de 38.0 por 10000 habitantes en 1997 incrementando esta tasa hasta de 43.3 por 100,000 habitantes en el 2002, por lo cual, este padecimiento supone la tercera causa de muerte en las mujeres y la cuarta en varones, según a los datos expuestos por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática del 2003. Este padecimiento se caracteriza por una incapacidad del organismo para producir insulina necesaria para satisfacer la demanda metabólica de esta hormona ya que el azúcar no puede ser transportada de la sangre a las células para su aprovechamiento, ocasionando intolerancia a la glucosa y una concentración en exceso de ésta en la sangre y secundariamente en la orina. Existen dos tipos de diabetes:

Tipo I o insulino dependiente, en esta se presenta la destrucción de las células productoras de insulina debido a que el sistema inmunológico ataca a las células fabricantes de insulina del páncreas, destruyéndolas, dejando al organismo sin la capacidad de producir insulina, por lo que, es necesario la aplicación de inyecciones con insulina a lo largo de la vida del paciente. Tal trastorno lo padecen principalmente niños y adultos jóvenes, mujeres y hombres lo padecen por igual. El nivel socioeconómico no está relacionado con la aparición.

Tipo II o insulino independiente, este tipo de diabetes aparece generalmente después de los 30 años y existe una marcada resistencia a la insulina a nivel de tejidos. El sobrepeso parece estar íntimamente relacionado con la aparición de dicha enfermedad, puesto que la obesidad precede a la diabetes en un 85 por ciento de los casos, de igual forma también se asocia al desencadenamiento de las enfermedades a las tensiones emocionales. Una característica importante en este trastorno es que, a diferencia de la anterior, no requiere de inyecciones de insulina.

En términos generales, el mal regulamiento de la insulina en el organismo provoca la aparición de diversos problemas de salud, ocasionando en los pacientes mayor ansiedad, temor y estrés, tanto para quien la padece como para la familia, esto debido a que aunado a los drásticos cambios en los estilos de vida de aquellos que la padecen se suman el constante peligro de sufrir alguna otra enfermedad que puede disminuir su calidad de vida e incluso originar la muerte (Sánchez, 2003).

Las *enfermedades del hígado* figuran entre las principales causas de defunción en México, al igual que en los casos anteriores las tasas de mortalidad por este tipo de enfermedades se han incrementado considerablemente puesto que en 1997 causó 27,211 de defunciones mientras que en el 2002 se reportaron 28,449 de fallecimientos por tales padecimientos, ocupando el quinto lugar como causa de muerte. Entre las enfermedades del hígado más comunes se encuentra la cirrosis hepática. Este trastorno se produce debido a la sustitución de células especializadas de determinado órgano por células de tipo fibroso, ocasionando el endurecimiento del órgano y la aparición de fibrosis y nódulos que al paso del tiempo deterioran la estructura y funciones del hígado. La cirrosis hepática puede deberse a varias causas, entre las que se distinguen: la desnutrición y la excesiva ingestión de alcohol; de igual forma las intoxicaciones, la virosis, la obstrucción y la parasitosis, parecen estar relacionados en su surgimiento. La población más propensa a padecer cirrosis hepática son los hombres en la etapa media de la vida (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2003; Sánchez, 2003).

Al exponer las características más elementales de las enfermedades crónicas que en la actualidad tiene las más altas tasas de mortalidad, se muestra que son problemas en extremo complejos, donde se ven involucrados, como ya se ha estado mencionando a lo largo de este trabajo, factores biológicos, psicológicos y sociales. Una característica primordial que comparten estos padecimientos, es la determinante participación que tienen los estilos de vida, los cuales facilitan su aparición, pues, como lo señala Aburto (2001), más que los aspectos biológicos, los comportamientos son los verdaderos causantes de la aparición de las enfermedades crónicas y por lo tanto causantes de la muerte de quienes las padecen. Así mismo, estas enfermedades por su característica crónica generan en el paciente una pérdida progresiva de la capacidad funcional hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana, lo que repercute en la calidad de vida de los enfermos crónicos, deteriorándolos a nivel emocional y moral, afectándose también sus relaciones con familiares y amigos así como con el mismo equipo de salud que los atiende. Todas las consecuencias que acarrea el padecer un

trastorno como estos dificultan la adaptación a la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la rehabilitación. Por lo que al estar inmiscuidos aspectos psicológicos en esta clase de enfermedades se hace considerable el trabajo que los profesionales de la Psicología de la Salud han de realizar en cualquiera de las áreas de intervención: primaria, secundaria, tratamiento y rehabilitación o intervención terciaria (explicadas en apartados anteriores), sobretodo abordando temas relacionados a esta problemática social, para contribuir a mejorar la calidad de vida y disminuir los gastos originados por la enfermedad y la invalidez que se deriva de estas. Entre los temas más investigados y de suma importancia, respecto a las enfermedades crónicas, se encuentran las investigaciones a cerca del efecto que los factores psicológicos producen en los diferentes momentos o estadios de la enfermedad crónica, como es el caso del papel que juega el apoyo social en el desarrollo, curso y rehabilitación de los padecimientos crónicos, contribuyendo así al mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades de este tipo y la mejora en la calidad de vida de los pacientes, así como, el mejor funcionamiento de los servicios sanitarios y del equipo de salud, buscando con esto cumplir con el objeto de estudio de la Psicología de la Salud y con las tarea a desempeñar por los profesionales, en específico por los psicólogos, en el sector salud.

4.3. Apoyo social y enfermedad crónica.

4.3.1 Papel del apoyo social en la intervención preventiva

El tema del apoyo social es, desde los años setenta, uno de los temas al que mayor atención han prestado los investigadores de las ciencias de la salud, como es el caso de los psicólogos, incorporando al campo de la salud aspectos psicológicos involucrados en el proceso salud-enfermedad y abriendo pautas para el posterior desarrollo de la Psicología de la Salud. Dicho interés nació por razones de índole empírica, resultado de los datos que mostraban su utilidad para el mantenimiento de la salud y la mejora de la enfermedad. Específicamente, el apoyo social fue propuesto como una importante variable para la prevención de las psicopatologías y de las enfermedades en general a

través de la ya mencionada hipótesis amortiguadora. Es así que en el caso específico del apoyo social se señala que, al lidiar con condiciones vitales estresantes, las personas que pueden contar con apoyo social lo harán mejor que aquellas que carecen de él, viéndose favorecida la salud de estas personas.

Esta relación, del apoyo social con los procesos de estrés, es la más ampliamente aceptada y estudiada debido a sus efectos en la salud y el bienestar, puesto que el sistema inmunológico al verse afectado por emociones negativas, como lo es el estrés, favorece la aparición de enfermedades como las crónicas, dejando al descubierto que los acontecimientos vitales estresantes están relacionados positivamente con la enfermedad, de modo que se hace fundamental la adquisición y el buen uso de estrategias o recursos como el apoyo social, que favorezcan la resistencia al estrés, tanto antes de que esté surja como una vez que se padece, aliviando y/o reduciendo los efectos de los acontecimientos estresantes impidiendo por tanto se produzca la enfermedad en aquellas personas que presentan un alto grado de apoyo social, mostrando así que el apoyo social está relacionado negativamente con la enfermedad, de igual forma un aspecto importante a destacar en este tema es el hecho de que el apoyo emocional es más efectivo cuando se trata de enfrentar acontecimientos incontrolables, mientras que el apoyo instrumental es más adecuado para eventos controlables (Mussi, 2004; Remor, 2002; Rodríguez, 1995). Teniendo en cuenta la definición citada en apartados anteriores, acerca de que el apoyo social es una interacción social que beneficia a la salud ya sea a corto, mediano o largo plazo, Rodríguez (1995) distingue dos formas de relación del apoyo social con la aparición de la enfermedad y su prevención. En primer lugar señala la aceptación de una relación entre el estrés y la enfermedad, donde el apoyo social sirve como moderador de los efectos del estrés. Varios han sido los estudios que han tratado de corroborar y sustentar esta hipótesis (hipótesis de la amortiguación), no obstante los resultados no son muy favorables ya que no han proporcionado datos que apoyen con fuerza dicha hipótesis. Este es el caso del estudio realizado por Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín (2001), donde investigaron la relación entre enfermedades como el infarto al miocardio y úlceras pépticas con estrategias de afrontamiento al estrés y el apoyo social, dentro de este estudio pretendieron confirmar la hipótesis acerca de que sujetos sanos deberían tener mayor apoyo social percibido a

diferencia de los grupos de sujetos con dichos padecimientos, sin embargo estos autores no encontraron diferencias significativas entre el grupo de sujetos sanos y aquellos que padecían úlcera péptica y aun más los pacientes con infarto agudo al miocardio reportaban mayor percepción de apoyo social, esto quizá también afectado por una mayor búsqueda del apoyo por parte de tales sujetos.

En una segunda forma menciona que la pertenencia a un sistema o grupo social que promueva y ejerza presión en sus miembros para que adopten los comportamientos protectores/preventivos, además de que proporcione información de utilidad práctica (cómo prevenir determinadas enfermedades o sobre a dónde ir para obtener servicios preventivos), tiene implicaciones importantes para prevenir y evitar la aparición de enfermedades crónicas. Siguiendo con esta misma perspectiva, Valdés (1999) realizó una serie de estudios donde indagó los factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervico-uterino, encontrando que un factor muy fuerte en la dirección del comportamiento preventivo en la mujer era el apoyo social, destacando el apoyo social otorgado por la madre, la pareja, hermanas y amigas como influencias que promueven esta clase de comportamientos en la mujer ante la presencia de enfermar.

Así también, estos estudios mostraron que las mujeres con comportamiento preventivo efectivo habían tenido influencia social asociada a la información sobre la enfermedad por lo que esta autora concluyó, entre otras cosas, que el la influencia social como lo es el apoyo social es positivo, siempre y cuando fomente comportamientos saludables.

Así pues, con forme a lo expuesto hasta el momento, se puede decir que parte de los programas que se generen en el sector salud enfocados a la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud deben tomar en cuenta no solo los elementos biológicos sino que además ha de tomarse en consideración los elementos psicosociales entre los que se encuentra el apoyo social.

4.3.2. Efectos del apoyo social en la adaptación a la enfermedad crónica.

Varios estudios muestran que el apoyo social juega un importante papel en la adaptación a la enfermedad crónica. A la hora de medir el apoyo social percibido por parte de los sujetos con padecimientos crónicos ha de tomarse en cuenta que, debido a los efectos devastadores que la misma enfermedad provoca en la vida de los sujetos, tienden a valorar negativamente a la vida, lo que provoca a su vez que las relaciones sociales se juzguen como malas, lo cual es común que las personas con alguna enfermedad crónica se aíse y evite el apoyo social. Aunado a esto, las relaciones de los enfermos crónicos se complican más debido a que estos tienden a demandar exigencias excesivas. Por tal caso, es necesario tomar en cuenta las características propias de cada enfermedad para plantear las demandas específicas de los enfermos para otorgar un apoyo social que resulte eficaz para lograr la adaptación, de tal forma que las actitudes, comportamientos y en general el apoyo social otorgado por las personas que rodean al enfermo sea percibido como eficaces y adecuados por los pacientes. Cabe mencionar que, las demandas de adaptación varían con forme a las distintas fases de la enfermedad, por lo que tiene que tomarse en consideración este factor para diseñar los programas que ayuden a los pacientes a adaptarse a los efectos de la enfermedad crónica y lograr una buena adherencia al tratamiento (Mussi, 2004).

Así mismo, dentro de la adaptación de los enfermos crónico, tiene que tomarse en cuenta la adaptación de las personas que se relacionan estrechamente con el enfermo, puesto que estos también deben ajustarse a todo lo que acarrea que una persona cercana, especialmente si se trata de un familiar, padezca un trastorno. La adaptación de la familia y amigos a la enfermedad del sujeto, y la manera en que reaccionen ante los esfuerzos de éste por adaptarse a su enfermedad, repercutirá en el resultado adaptativo que logre. El objetivo primordial que ha de perseguirse a la hora de pensar en el apoyo social como parte importante en la adaptación de la enfermedad es mantener en los enfermos un cierto nivel en su calidad de vida, minorizando lo más posible los efectos negativos que se presentan con la enfermedad y dificultan la rehabilitación o en determinado caso dificultan aún más el proceso de la muerte, como lo son la ira, la ansiedad y el estrés. Una muestra de este desajuste psicosocial ocasionado por una baja percepción de apoyo social en personas con VIH, se percibe en el estudio realizado por

Remor (2002), donde concluyó, con forme a los resultados de dicha investigación, que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por VIH según el nivel de apoyo social, ya sea bajo o normal, que presentan. Con tal deducción, este autor, señala que el nivel de apoyo social puede llegar a ser una variable predictora de la calidad de vida relacionada con la salud. Como ya se ha mencionado anteriormente, un factor importante para que se genere una buena adaptación a la enfermedad es la edad, puesto que conforme a lo expuesto por Velasco y Sinibaldi (2001), la etapa de la vida en la que se presenta la enfermedad determina el grado de adaptación que puede llegar a tener el sujeto, pero en todos los casos, un elemento mediador entre la relación del apoyo social y la adaptación, es la percepción de control sobre la enfermedad, lo cual parece disminuir la valoración de amenaza y estrés.

4.3.3 Intervención del apoyo social en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas.

Respecto al caso del apoyo social, la adherencia al tratamiento y la rehabilitación en las enfermedades crónicas, se puede señalar que, al presentarse un alto nivel de adaptación a la enfermedad es muy probable que de igual forma se tenga un alto grado de adherencia al tratamiento y una mejor actitud ante la idea de rehabilitación, puesto que al presentarse esta adaptación con ayuda de los diferentes tipos de apoyo social se disminuye la presencia de factores que afectan la vida del enfermo crónico obstaculizando el proceso terapéutico y la recuperación.

Los estudios entorno a este tema, han demostrado que el apoyo social influye sobre la enfermedad física y contribuye a disminuir los niveles de morbilidad y sobre todo, contribuye a una mejor rehabilitación. La gran mayoría de dichos estudios se han basado en la hipótesis de la amortiguación, limitándose a señalar los beneficios del apoyo social ante una situación de estrés, como lo son la pérdida de la salud y los efectos negativos de los tratamientos, pues protege de los efectos que este provoca en la salud. Por otra parte, son pocas las investigaciones que se han basado en la hipótesis de

efectos directos, donde independientemente del estrés, el apoyo social es beneficioso para todo aquel que disponga de él.

Como se vio en el caso de la adaptación, el apoyo social otorgado por familiares, amigos y personal sanitario, permite que se disminuyan las secuelas negativas de las alteraciones biológicas facilitando el cambio en los hábitos o estilos de vida, esto como parte del tratamiento y necesarios para el proceso de rehabilitación (Robles, 2004). Dentro de los aspectos a tomar en cuenta para que el paciente crónico lleve acabo adecuadamente el tratamiento de su enfermedad, se encuentra la calidad de apoyo otorgado por parte del equipo sanitario encargado de proporcionar los cuidados al enfermo, ya que puede darse el caso de que exista una comunicación entre médico-paciente que no beneficie la adherencia al tratamiento, puesto que en algunos casos, el médico solo responde a las interrogantes que en un determinado momento pudiera tener el paciente, perdiéndose así información necesaria respecto a los síntomas que se pueden presentar a lo largo de la enfermedad o a causa del propio tratamiento, desencadenando sensaciones negativas como la ansiedad que no solo afectan la adaptación a la enfermedad sino también perturban el tratamiento. Caso contrario a lo anterior, una buena comunicación y un apoyo social adecuado a las necesidades del paciente, otorgado por el médico y el equipo de trabajo así como la percepción efectiva de dicho por parte del enfermo lo predispone a seguir eficazmente las prescripciones del tratamiento, según supone Rodríguez (1991). Siguiendo en esta misma línea, este autor plantea que el apoyo emocional que otorga la familia es el mas influyente para que los pacientes adopten una actitud activa durante el tratamiento y rehabilitación, es decir que al disminuirse el estrés causado por la misma enfermedad se permite la incorporación de comportamientos que aminoran el impacto de la enfermedad. Hay igualmente datos que afirman que en el caso de pacientes con cáncer terminal, el apoyo social se ha visto relacionado con el incremento de la esperanza de vida y un mejor ajuste emocional ante la muerte inminente.

Para concluir con este tema, se puede señalar que, de acuerdo a lo expuesto hasta este momento, el grado de información acerca de la salud, el apoyo y protección familiar, la

relación con el médico y el personal sanitario, y el cumplimiento de las prescripciones configuran una pautas de actuación inseparables de la propia enfermedad. Es así que el trabajo que le queda por hacer al psicólogo de la salud, entre otras cosas, es el de crear grupos de apoyo para ayudar a cubrir las necesidades emocionales relacionadas por las enfermedades crónicas (Fernández y Edo, 1994).

En suma, las investigaciones respecto al apoyo social y su influencia y/o participación tanto en la salud como en las distintas etapas de la enfermedad crónica pueden facilitar la apreciación de que esta variable puede ser positiva siempre y cuando favorezca a la salud y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente crónico.

De igual forma, conforme a lo descrito hasta el momento, el apoyo social resulta ser una variable digna a considerarse en el estudio de los diversos aspectos presentes tanto en la salud como en los problemas relacionados en las distintas etapas de la enfermedad crónica. Sin embargo, en el caso particular de México, aún existe mucho que indagar al respecto, pues actualmente no se han realizado estudios entorno a las características y necesidades de la población mexicana. Por lo que se hace necesario llevar a cabo investigaciones respecto a la relación del apoyo social y el proceso salud-enfermedad, con el objetivo de responder a las demandas y problemáticas más apremiantes de la sociedad, demandas que también van dirigidas a los profesionales de la ciencia psicológica, de modo que con el fomento de dichas investigaciones se logre planificar y efectuar cualquier intervención a nivel social que realmente responda a dichas demandas. De esta forma el estudio de factores como el apoyo social, que se ven relacionados en la promoción de la salud y en la prevención y desarrollo de la enfermedad, ayudan a entender dichos procesos minorizando los costos que acarrearán a la sociedad en general, el incremento en los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas y aumentando los beneficios de mantener niveles altos de salud dentro de la población.

A consideración de lo anterior, la presente investigación tiene el objetivo de examinar la influencia del apoyo social (emocional, informativo y tangible) recibido y la satisfacción con éste sobre la historia de salud (salud total, salud reciente y



enfermedad crónica) en la población de la zona metropolitana de México. Con la intención de promover, por una parte, al apoyo social como una clave importante para la salud, y por otra parte, contribuir con la promoción del trabajo que el psicólogo realiza, desde ya hace varios años, para la mejora de las labores del sector salud en México, sin salir claro de los lineamientos del campo de estudio de la Psicología de la Salud.



CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1 Objetivo general.

Examinar la influencia del apoyo social que se recibe y la satisfacción con el mismo (emocional, informativo y tangible) en el desarrollo de la historia de salud (salud total y enfermedad crónica) en la población de la zona metropolitana de México.

5.2 Objetivos específicos.

-Examinar la influencia del apoyo social emocional en el desarrollo de la salud total, salud reciente y enfermedad crónica.

-Examinar la influencia del apoyo social informativo en el desarrollo de la salud total, salud reciente y enfermedad crónica.

-Examinar la influencia del apoyo social tangible en el desarrollo de la salud total, salud reciente y enfermedad crónica.

-Examinar la influencia de la satisfacción del apoyo social emocional en el desarrollo de la salud total, salud reciente y enfermedad crónica.

-Examinar la influencia de la satisfacción del apoyo social informativo en el desarrollo de la salud total, salud reciente y enfermedad crónica.

-Examinar la influencia de la satisfacción del apoyo social tangible en el desarrollo de la salud total, salud reciente y enfermedad crónica.

5.3 Método de investigación.

El método ha emplear es no experimental, descriptiva y explicativa

5.4 Hipótesis

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

5.5 Metodología

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

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

Sujetos

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

La población estuvo conformada por:

- * Usuarios del Sistema Salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1° De Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.

- * Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar sexo o nivel socioeconómico.
- * Familias: conformadas por padre, madre e hijos.
- * En Instituciones (sector salud): Prestadores de servicio, enfermeras, técnicos, etc.
- * Administradores y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Escenario

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

Definición de variables

Se determinó la diferencia estadística que existe entre las variables independientes, con los reactivos que evalúan la historia de salud (variable dependiente) de la población.

V.I. Apoyo social: apoyo emocional, apoyo tangible y apoyo informativo.

V.D. Historia de salud: salud total, salud reciente y enfermedades crónicas.

Materiales e instrumentos

Materiales:

- * 980 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cortés, 2000).
- * Bolígrafos.

Instrumento:

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

- * Funcionamiento de la salud (FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos.
- * Funcionamiento Psicosocial (FP), que consta de cuatro subescalas con un total de 58 reactivos.

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

Para esta investigación se utilizaron los siguientes reactivos de cada escala.

Instrumento “Funcionamiento de la Salud”

Escala	Reactivos
Historia de salud	
Salud total	40
Salud reciente	39
Enfermedad crónica	41

Instrumento “Funcionamiento Psicosocial”

Escala	Reactivos
Apoyo social	
Apoyo emocional	28, 29
Apoyo informativo	25, 26
Apoyo tangible	31, 32

La selección de los reactivos se realizó tomando como base los factores consultados en el marco teórico.

5.6 Procedimiento

Diseño de investigación:

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

Fases:

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento Institucional y personal de cada individuo. En algunos casos (hospitales públicos) se administró grupalmente ya que algunas salas de espera se encontraban hasta 254 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una sola vez para cada sujeto.
2. Captura de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: Se utilizó una prueba no paramétrica Chi cuadrada (X^2) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

CAPÍTULO 6. RESULTADOS.

6.1 Resultados

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, con forme a los objetivos planteados en el presente estudio, se contó con una población de 980 sujetos de los cuales 443 individuos son hombres y 537 mujeres (ver figura 1).

Figura 1.

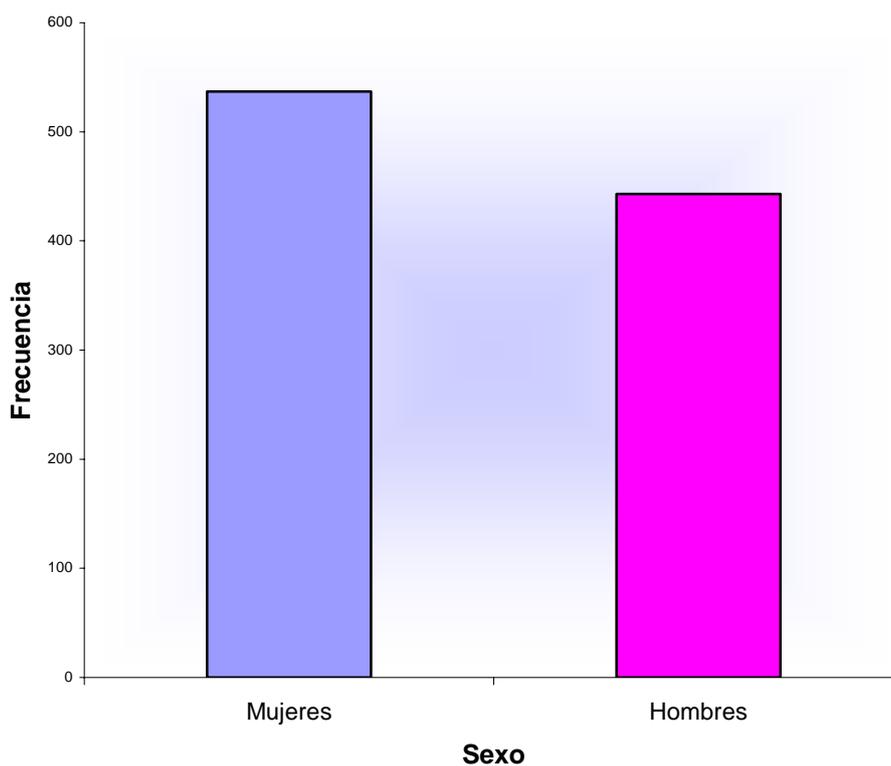


FIGURA1. Representa la frecuencia en la población con respecto al género (masculino y femenino).

Edad.

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

Figura 2.

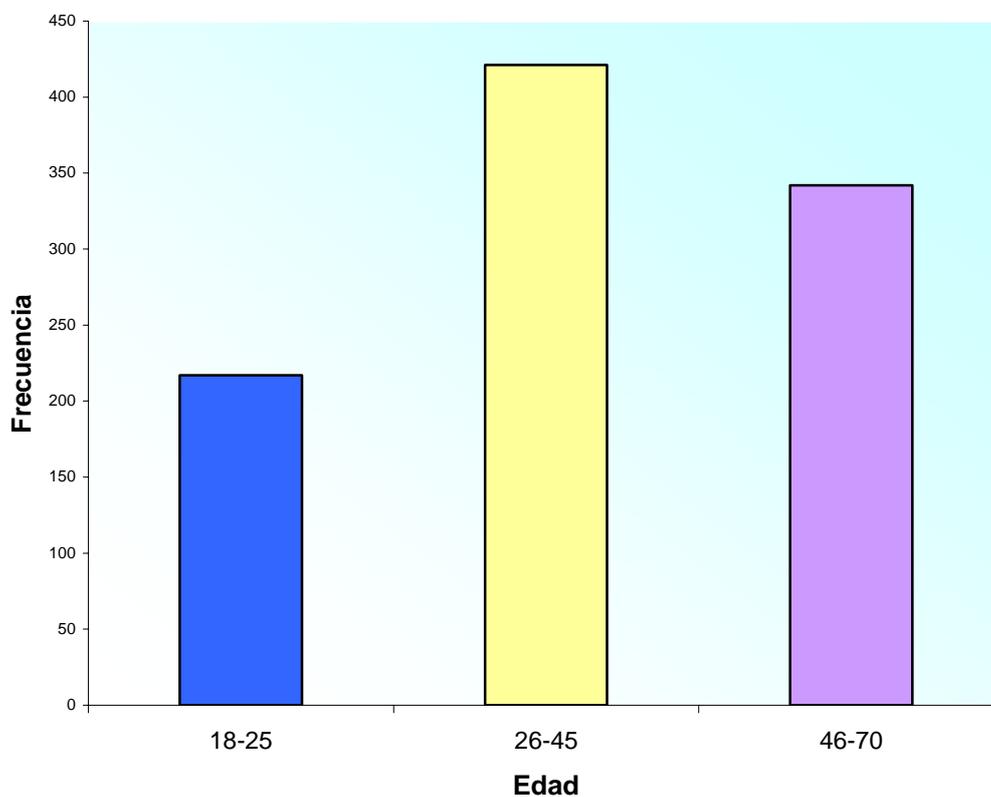


FIGURA 2. Representa la frecuencia de la edad en la población.

Escolaridad.

Con relación al nivel de estudios de la población, los datos nos indican que la mayor parte de los individuos encuestados tienen un grado de estudios a nivel profesional (329 personas) y en una mínima proporción no poseen ningún grado de estudios (17 personas). (Ver figura 3).

Figura 3.

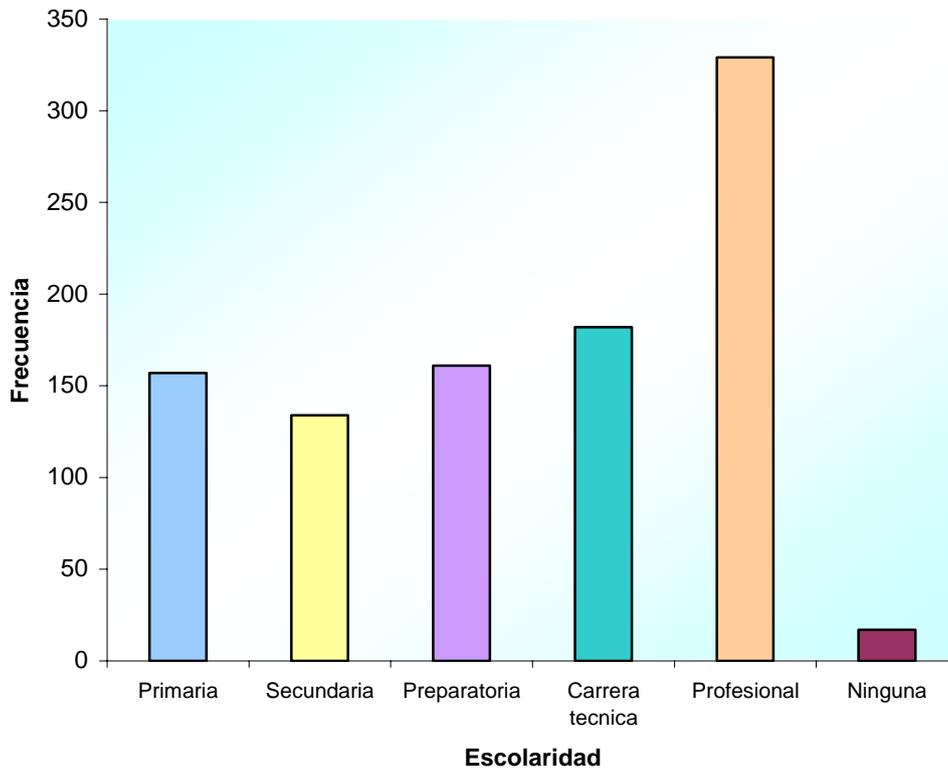


FIGURA 3. Representa la frecuencia del nivel de escolaridad en la población.

Los datos obtenidos de las pruebas de Funcionamiento Psicosocial (FP) y Funcionamiento de Salud (FS), específicamente en las áreas de apoyo social e historia

de salud, respectivamente, fueron sometidos a un análisis estadístico, en este caso se utilizó la prueba Chi cuadrada (X^2). Estos resultados se presentan a continuación:

Tabla 1. Apoyo emocional recibido* Salud reciente.

TABLA 1. Frecuencias de la relación entre apoyo emocional y la salud presentada en los últimos seis meses. Y resultados de la Chi Cuadrada.

		SALUD RECIENTE						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
APOYO EMOCIONAL	NINGUNO		3	4	37	31	11	86
	UN POCO		1	7	20	56	11	95
	REGULAR		5	13	94	110	20	242
	BASTANTE	1		18	79	167	46	311
	MUCHO		2	19	67	100	58	246
Total		1	11	61	297	464	146	980
Pearson Chi-Square		Value		Df		Asymp. Sig. (2-sided)		
		43.196		20		.002		

Figura 4.

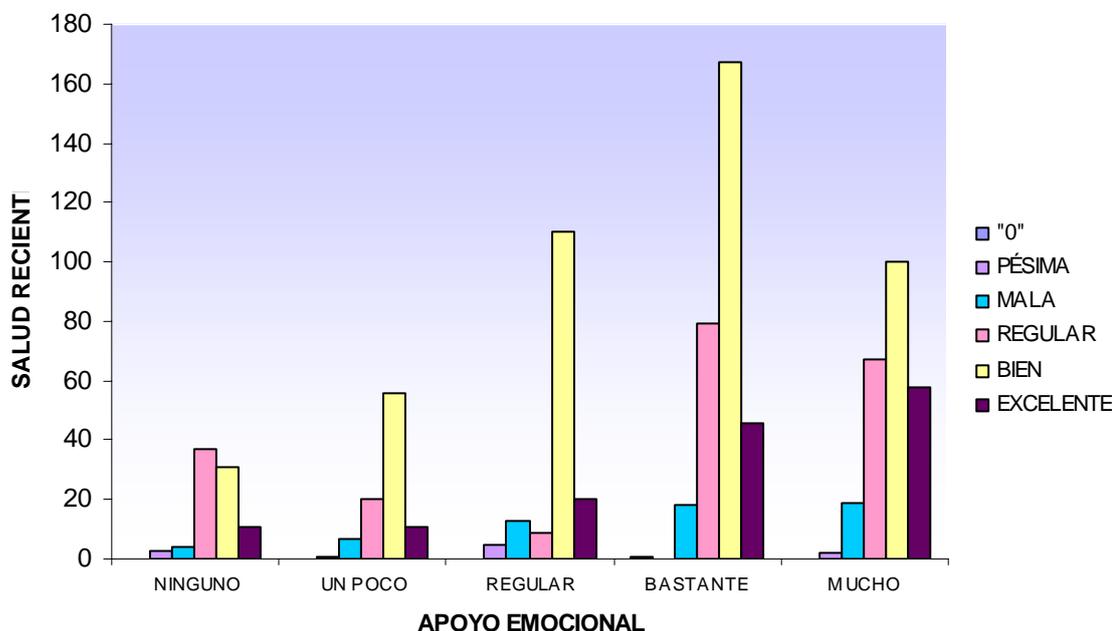


FIGURA 4. Muestra la relación de las categorías del apoyo emocional y la Salud reciente.

La prueba estadística Chi cuadrada da cuenta de la existencia de diferencias significativas (sig.= .000) entre el apoyo emocional y la salud presentada en los últimos

seis meses. Es decir, que la mayoría de personas que reportaron tener bastante o mucho apoyo emocional gozaban de una buena y excelente salud, y un mínimo de individuos reportaba poseer una pésima salud. Por el contrario, una menor parte de la población que recibió ninguno o un poco de apoyo emocional refirió poseer una buena o excelente salud, y una mayor parte consideraba que su salud había sido pésima. Lo cual se puede corroborar en la tabla 1, donde de un total de 980 personas encuestadas, 58 sujetos gozan de una excelente salud cuando recibieron mucho apoyo emocional, mientras que solo 11 personas reportaron tener una buena salud cuando recibieron ningún apoyo emocional. Mientras que, 2 sujetos con bastante y 0 personas con mucho apoyo emocional dijeron tener una pésima salud, no siendo este el caso de 3 y 1 individuos que refirieron tener ninguno y un poco de apoyo emocional, respectivamente, que poseían una pésima salud. Con estos resultados se puede observar que el nivel de apoyo emocional influye en la salud presentada en los últimos seis meses.

Tabla 2. Apoyo emocional recibido * Salud total.

TABLA 2. Frecuencias de la relación entre apoyo emocional y la salud de los sujetos entrevistados en comparación con otras personas. Y resultados de la Chi cuadrada.

		SALUD TOTAL						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
APOYO EMOCIONAL	NINGUNO	2	3	4	26	39	12	86
	UN POCO		3	6	23	53	10	95
	REGULAR		9	10	84	111	28	242
	BASTANTE		2	14	77	165	52	311
	MUCHO		2	15	66	111	52	246
Total		3	19	49	276	479	154	980
Pearson Chi-Square		Value		Df		Asymp.Sig.		
		43.196		20		.002		

Figura 5.

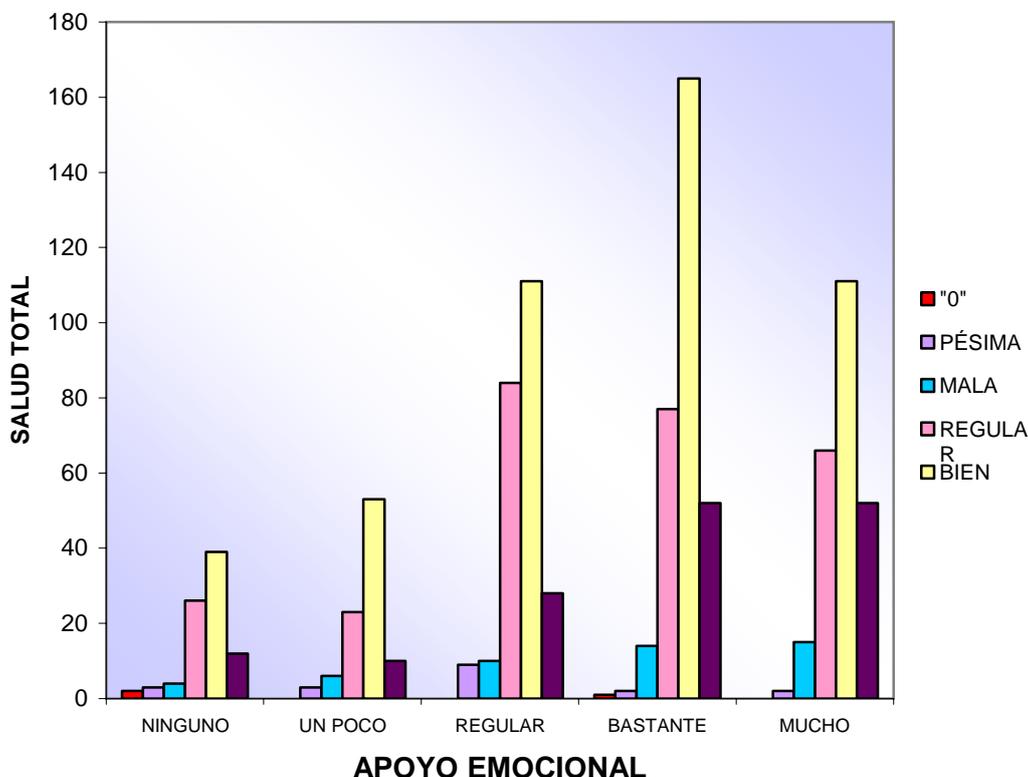


FIGURA 5. Representa la relación entre las categorías del apoyo emocional y la salud total.

Entre las variables de apoyo emocional y la salud presentada en comparación con otras personas de la misma edad, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig.} = .002$). Es decir, que las personas que consideraron que recibían bastante o mucho apoyo emocional, una minoría consideró su salud como pésima; y un número mayor de encuestados sentía una buena o excelente salud. Mientras que una mayoría de sujetos, con ninguno y un poco de apoyo emocional refirieron tener una pésima o mala salud recientemente y una cifra menor consideró su salud como buena o excelente.

De esta manera, se puede observar en la tabla 2, que del total de 980 personas encuestadas, solo 12 y 10 reportaron una excelente salud cuando recibían ninguno y un poco de apoyo social, respectivamente. Mientras que 52 y 52 sujetos gozaban de una excelente salud al recibir mucho y bastante apoyo social, respectivamente. Por otro

lado, 3 personas con ninguno y 3 con un poco de apoyo emocional, y 2 sujetos con bastante y 2 con mucho, refirieron poseer una pésima salud.

Tabla 3. Apoyo emocional recibido * Enfermedad crónica.

		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
APOYO EMOCIONAL	NINGUNO	66	19	1			86
	UN POCO	71	22			2	95
	REGULAR	176	64	1		1	242
	BASTANTE	246	63		1	1	311
	MUCHO	184	61				245
Total		743	229	2	1	4	979
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		19.326		16		.252	

TABLA 3. Frecuencia de la relación entre el apoyo emocional y la presencia y ausencia de Enfermedad crónica. Y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

Figura 6.

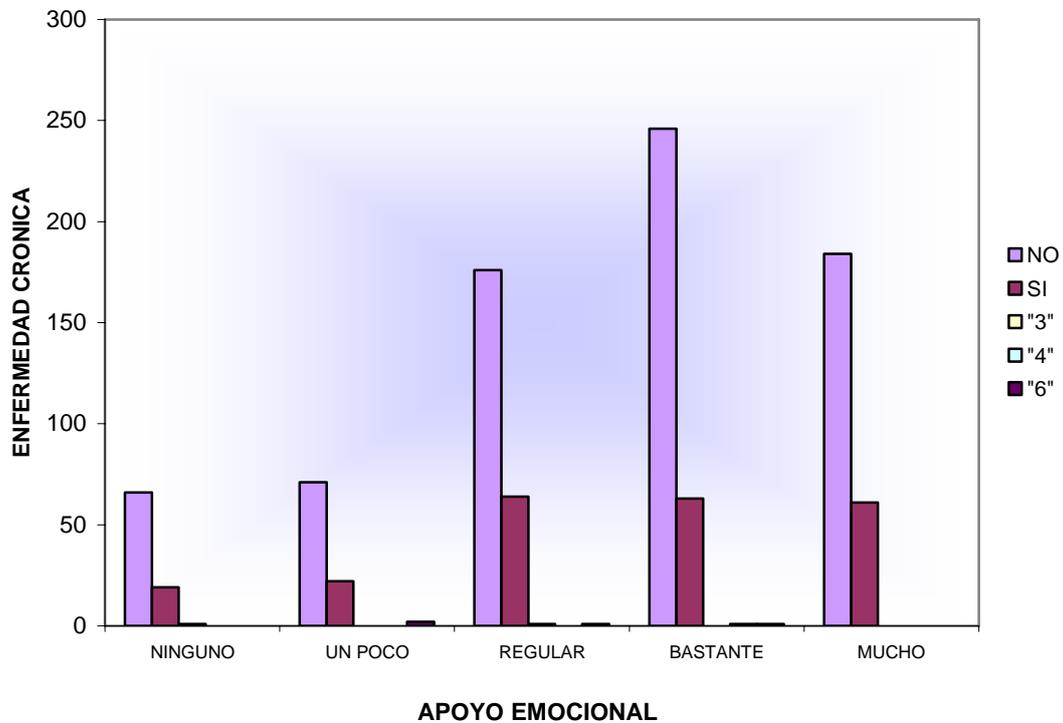


FIGURA 6. Muestra los resultados entre el apoyo emocional y la enfermedad crónica.

Con respecto, al apoyo emocional y la presencia de una enfermedad crónica no se encontraron diferencias significativas (sig. = .252). Esto es que, la cantidad de apoyo recibido por la persona no influye en el tener o no una enfermedad crónica. Esto se puede corroborar con el cuadro 3, donde independientemente de la cantidad de apoyo emocional que hayan recibido, se observa que desde los individuos que consideraron recibir ninguno hasta los que recibieron mucho apoyo emocional, existe una mayor parte que no tienen enfermedad crónica y una minoría sin enfermedad crónica.

Tabla 4. Apoyo informativo * Salud reciente.

TABLA 4. Frecuencia de la relación entre el apoyo informativo y la salud en los últimos seis meses. Y

		SALUD RECIENTE.						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
APOYO INFORMATIVO	NINGUNO		3	8	46	48	17	122
	UN POCO		3	8	66	94	22	193
	REGULAR	1	3	11	94	140	45	294
	BASTANTE			21	58	131	37	247
	MUCHO		2	13	33	51	25	124
Total		1	11	61	297	464	146	980
Pearson Chi-Square		Value			Df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		33.832			20		.027	

resultados de la prueba Chi Cuadrada.

Figura 7.

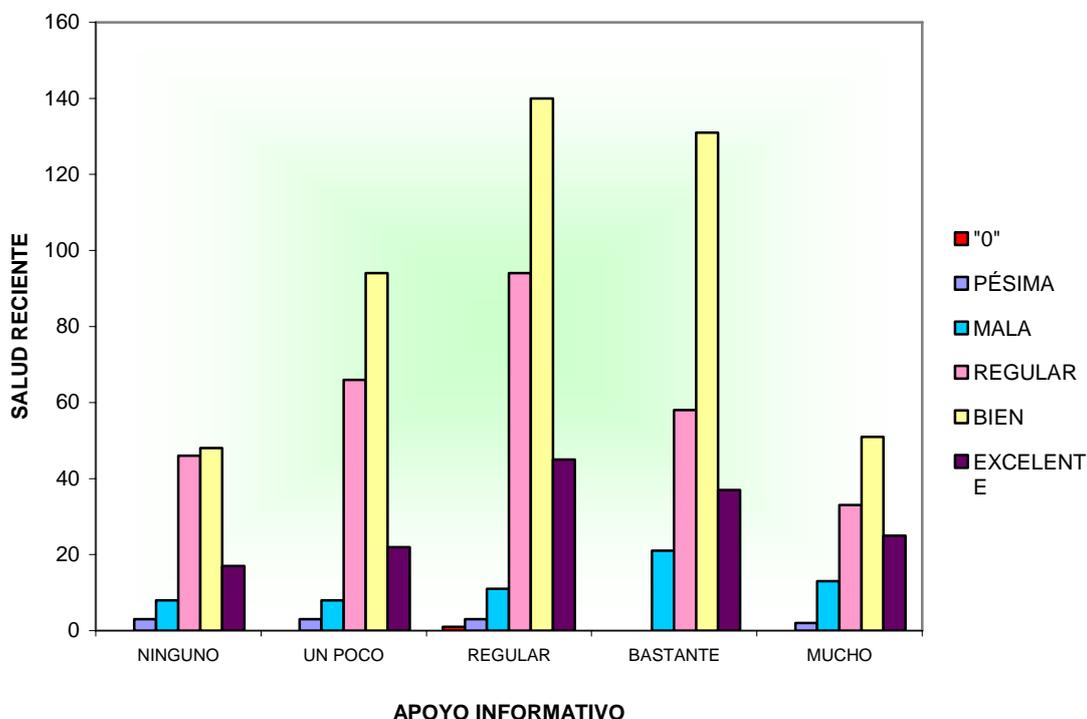


FIGURA 7. Representa las relaciones entre las categorías del apoyo informativo y la Salud reciente.

Estadísticamente se encontraron diferencias significativas entre el apoyo informativo y la salud presentada en los últimos seis meses ($\text{sig.} = .027$). Un mínimo de personas indicó poseer pésima salud cuando recibió regular, bastante y mucho apoyo informativo; mientras que, un mayor número de individuos mencionó que tenía buena o excelente salud. Por el contrario, las personas que reportaron tener ningún apoyo informativo, la mayoría consideró su salud pésima y una minoría la consideró como excelente y buena.

Esto es que de un total de 980 sujetos (ver tabla 4), 3 y 3 sujetos que recibieron ninguno y un poco de apoyo informativo, respectivamente, señalaron tener una mala salud; por el contrario, 0 y 2 personas que recibieron bastante y mucho apoyo informativo, respectivamente, reportaron tener una mala salud.

En tanto, 25 y 37 individuos que recibieron bastante y mucho apoyo informativo, respectivamente, gozan de una excelente salud, mientras que 17 y 22 individuos gozaba de buena salud cuando recibieron ninguno o un poco de apoyo informativo, respectivamente.

		SALUD TOTAL.						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
APOYO INFORMATIVO	NINGUNO		3	8	42	49	20	122
	UN POCO	2	4	6	64	93	24	193
	REGULAR	1	6	10	89	136	52	294
	BASTANTE		3	12	52	144	36	247
	MUCHO		3	13	29	57	22	124
Total		3	19	49	49	479	154	980
Pearson Chi-Square		Value			Df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		35.798			20		.016	

Tabla 5. Apoyo informativo * Salud Total.

TABLA 5. Frecuencias de las relaciones entre la salud total y el apoyo informativo. Y resultados de la prueba estadística Chi cuadrada.

Figura 8.

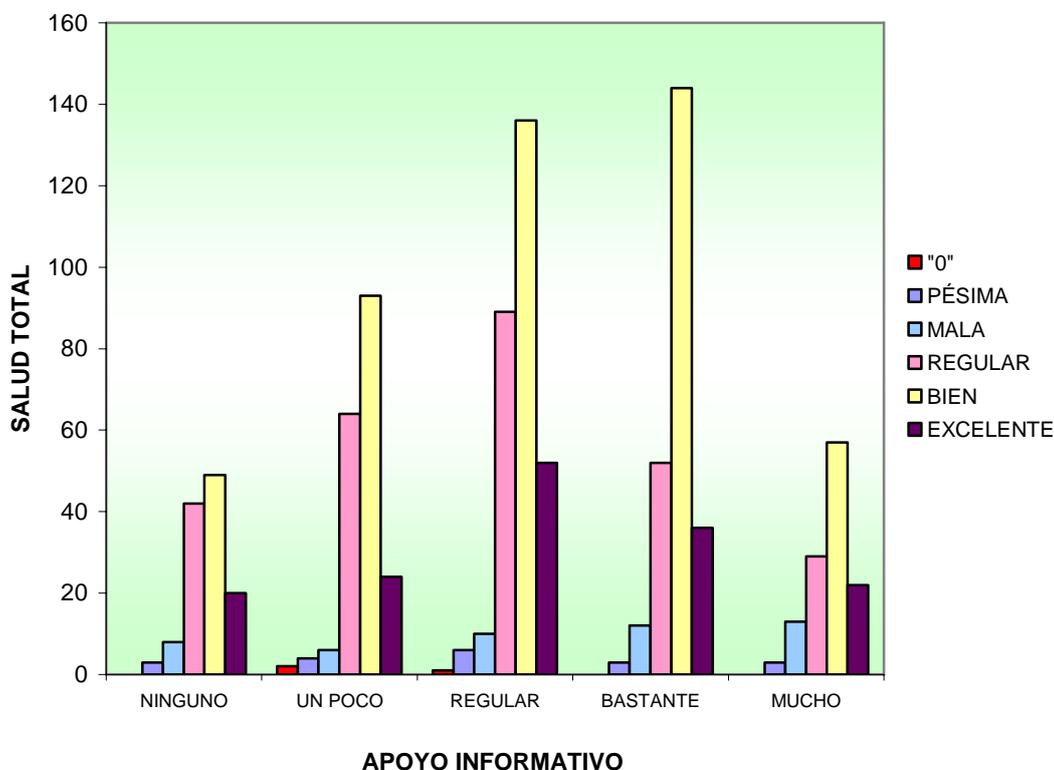


FIGURA 8. Representa las frecuencias entre las categorías de apoyo informativo y salud total.

La prueba estadística Chi cuadrada refiere que si hay diferencias significativas entre el apoyo informativo y la salud actual que posee el sujeto en comparación con otras personas de su edad (sig.= .016). Esto se puede observar en la tabla 5, donde una cifra alta de personas consideró su salud como buena (57 personas) o excelente (22 personas), y una cifra menor pensó que su salud fuera pésima (3 personas), cuando recibieron mucho apoyo social. Mientras que las personas que recibieron un poco de apoyo informativo, 4 dijeron tener una pésima salud y 24 sujetos dijeron tener una excelente salud.

Tabla 6. Apoyo informativo * Enfermedad crónica.

		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
APOYO INFORMATIVO	NINGUNO	88	33	1			122
	UN POCO	146	46			1	193
	REGULAR	223	68	1		2	294
	BASTANTE	192	53		1	1	247
	MUCHO	94	29				123
Total		743	229	2	1	4	979
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		9.693		16		.882	

TABLA 6. Frecuencias entre la presencia o no de enfermedad crónica y el apoyo informativo recibido. Así como los resultados de la prueba Chi cuadrada.

Figura 9.

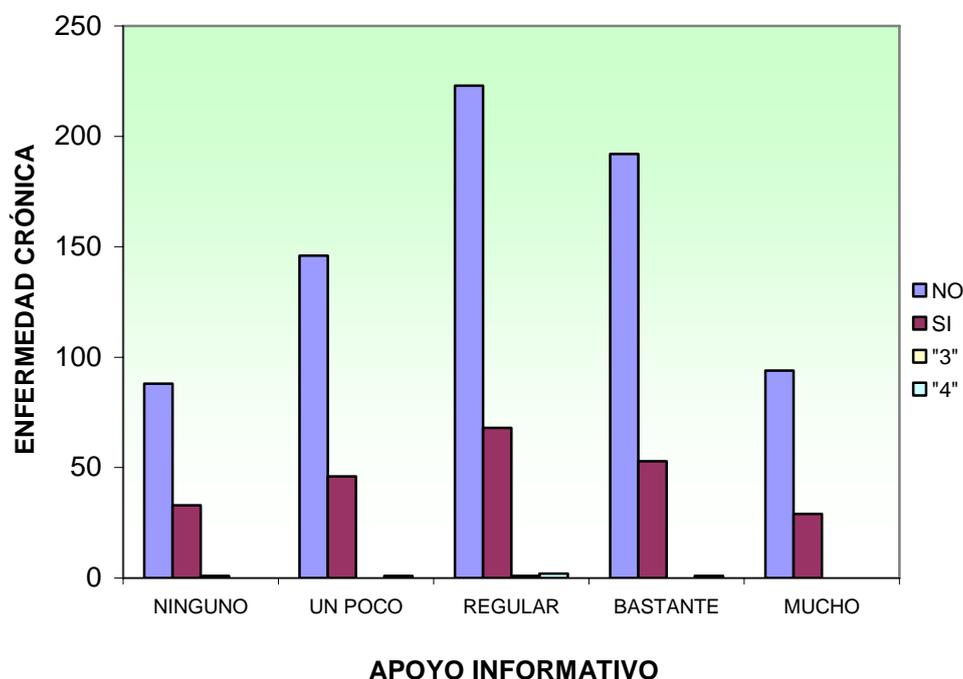


FIGURA 9. Muestra las frecuencias entre las categorías de apoyo informativo y enfermedad crónica.

Respecto a la relación entre enfermedad crónica y apoyo informativo, el apoyo informativo no está influyendo en la presencia o no de enfermedades crónicas en los sujetos de la muestra, ya que estadísticamente no se encontraron diferencias significativas ($\text{sig.}=.882$). Y esto se puede corroborar tanto en la tabla 6 como en la gráfica 9.

Tabla 7. Apoyo tangible * Salud reciente.

		SALUD RECIENTE.						Total	
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE		
APOYO TANGIBLE	MUY POCO		3	4	53	72	26	158	
	UN POCO			14	56	82	20	172	
	REGULAR		4	12	96	133	33	278	
	BASTANTE			2	24	54	113	34	227
	MUY A MENUDO		1	2	7	38	64	33	145
Total		1	11	61	297	464	146	980	
Pearson Chi-Square		Value			Df		Asymp. Sig. (2-sided)		
		38.838			20		.007		

TABLA 7. Frecuencias entre el apoyo tangible y la salud reciente. Y los resultados de la prueba estadística Chi cuadrada.

Figura 10.

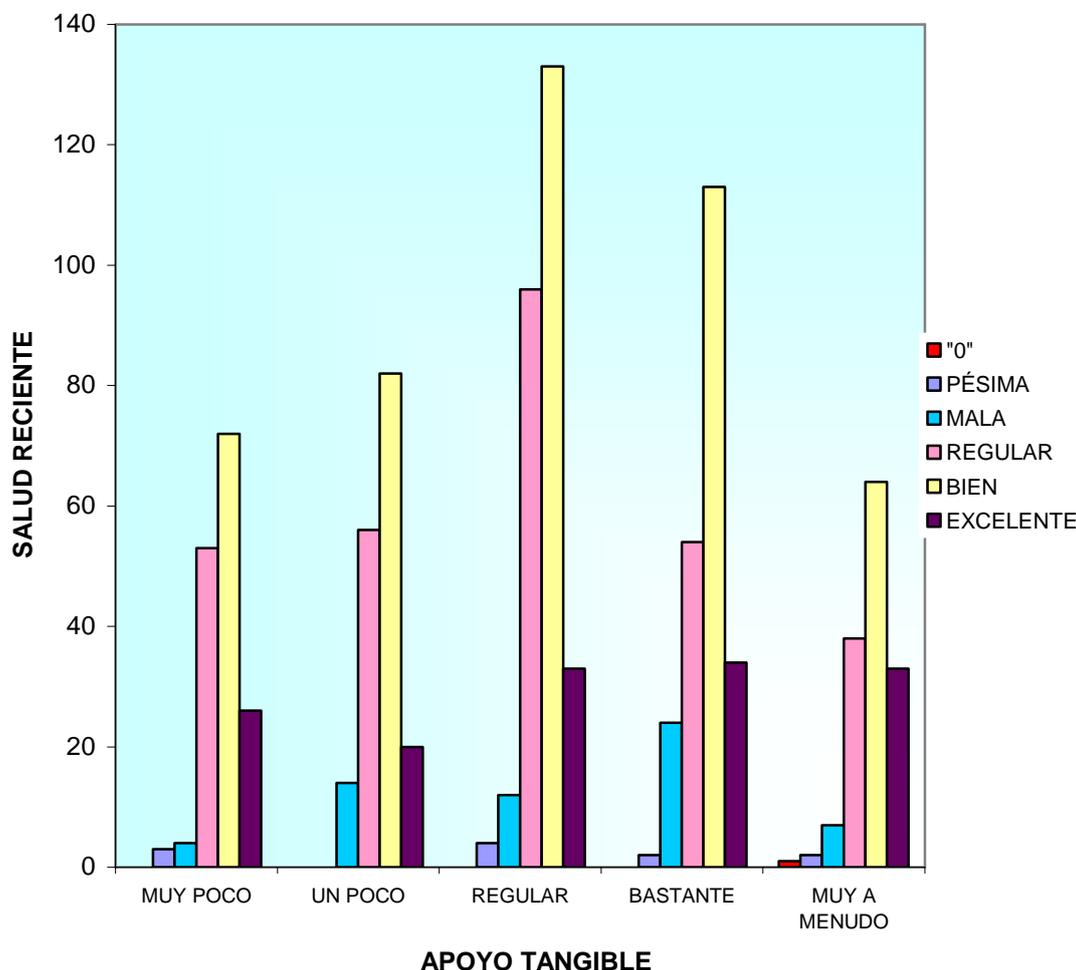


FIGURA 10. Presenta las frecuencias en las categorías del apoyo tangible y la salud reciente.

Estadísticamente se encontraron diferencias significativas ($\text{Sig.}=.007$) entre el apoyo tangible y la salud reciente. De esta manera, una mayoría reportó tener una buena y excelente salud y una menor cifra sintió su salud como pésima cuando recibieron de regular a muy a menudo apoyo tangible. Por el contrario, un número mayor consideraron su salud como pésima, y una minoría reportó poseer una buena y excelente salud, cuando recibieron muy poco o un poco de apoyo tangible. En la tabla 7, se puede observar que de un total de 980 personas, 33 individuos que dijeron tener muy a menudo apoyo tangible gozaban de una excelente salud, y 2 sujetos pensaron que su

salud era pésima. Mientras que 26 sujetos reportaron tener muy poco apoyo tangible y gozar de una excelente salud, y 3 personas dijeron poseer una pésima salud.

Tabla 8. Apoyo tangible * Salud total.

TABLA 8. Frecuencias entre el apoyo tangible y la salud total. Y los resultados obtenidos de la Chi

		SALUD TOTAL.						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
APOYO TANGIBLE	MUY POCO	2	5	4	42	77	28	158
	UN POCO			13	60	80	19	172
	REGULAR		5	11	86	138	38	278
	BASTANTE		7	16	46	118	40	227
	MUY A MENUDO	1	2	5	42	66	29	145
Total		3	19	49	276	479	154	980
Pearson Chi-Square		Value			df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		36.747			20		.013	

cuadrada.

Figura 11.

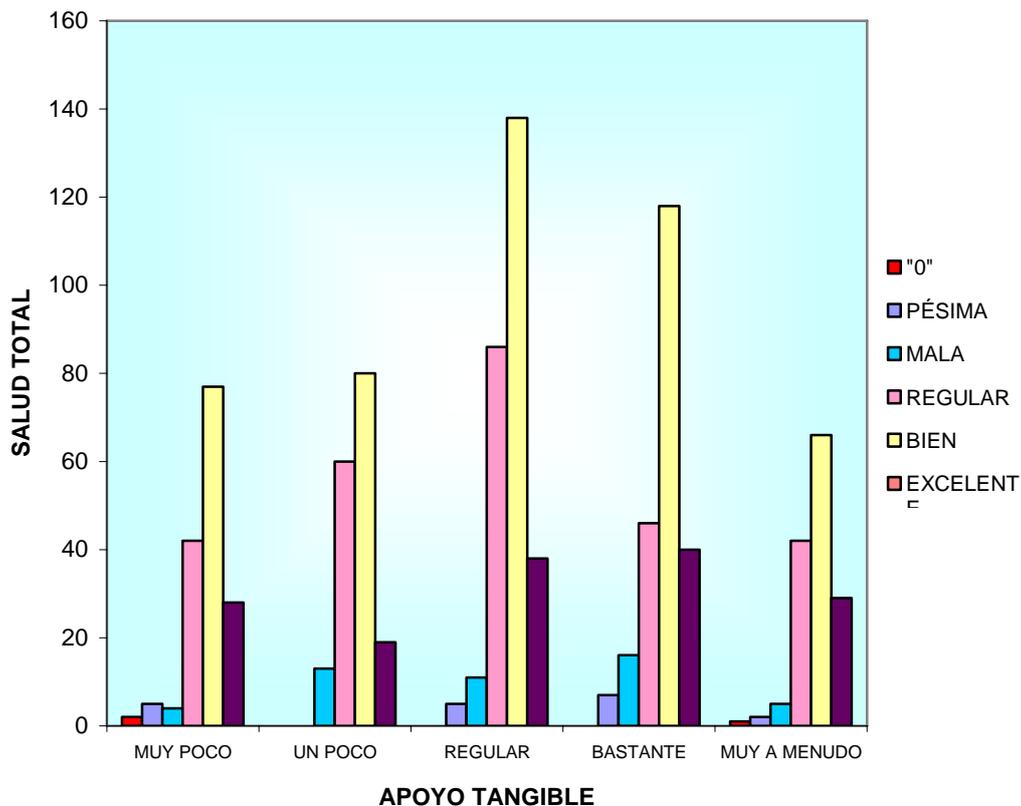


FIGURA 11. Frecuencias entre el apoyo tangible y la salud total.

Estadísticamente se encontraron diferencias significativas ($\text{sig.} = .013$). Un índice mayor de personas que reciben muy poco apoyo tangible consideran su salud como pésima, y una minoría consideró su salud como excelente. Mientras que las personas que recibieron bastante apoyo tangible una mayoría consideró su salud como excelente, y una minoría la consideró como pésima. Se puede observar lo anteriormente dicho en la tabla 8, donde de un total de 980 personas, 29 consideraron excelente su salud y 2 pensaron que su salud era pésima, cuando recibieron muy a menudo apoyo tangible. En tanto, los individuos que recibieron muy poco apoyo tangible, 28 creyeron que su salud era excelente y 5 refirieron que su salud era pésima.

Tabla 9. Apoyo tangible * Enfermedad crónica.

		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
APOYO TANGIBLE	MUY POCO	126	29	1		2	158
	UN POCO	125	45	1	1		172
	REGULAR	205	72			1	27
	BASTANTE	178	47			1	226
	MUY A MENUDO	109	36				145
Total		743	229	2	1	4	979
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		17.568		16		.350	

TABLA 9. Frecuencias entre el apoyo informativo y enfermedad crónica. Y los resultados de la Chi cuadrada.

Figura 12.

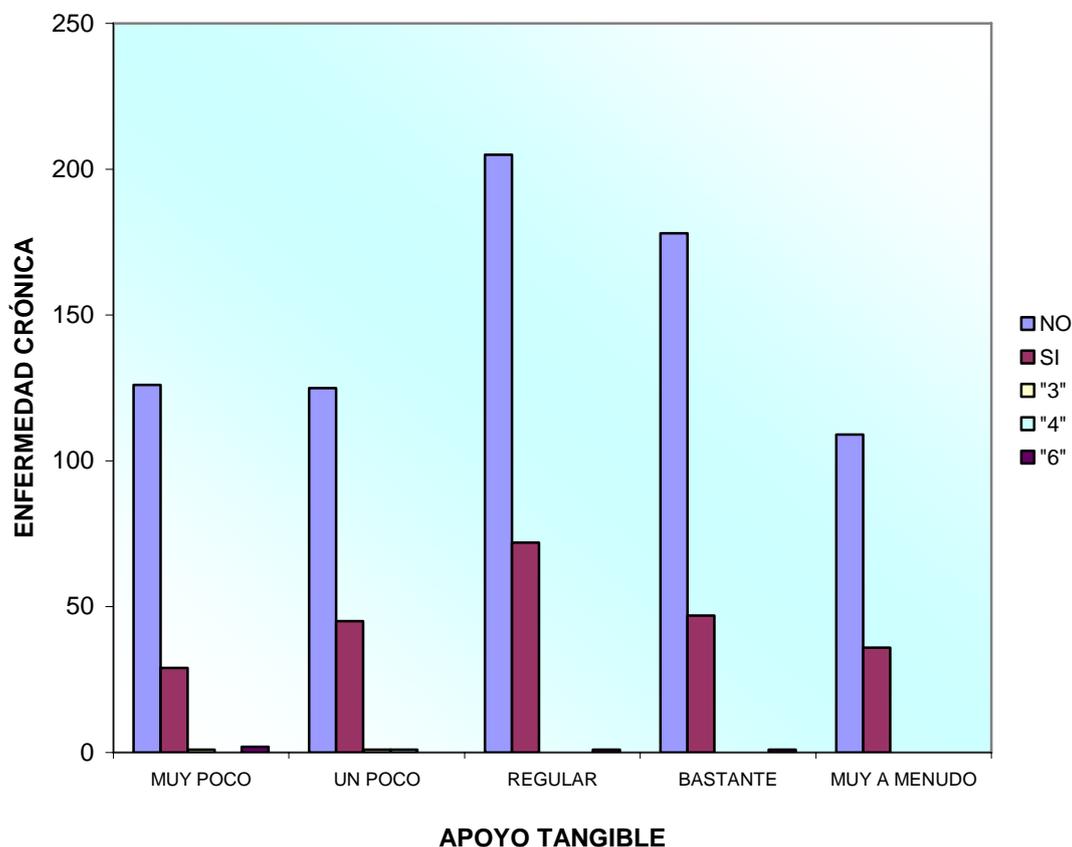


FIGURA 12. Presenta las relaciones entre las categorías del apoyo informativo y enfermedad crónica

La prueba chi cuadrada (X^2) muestra que no hay diferencias significativas ($\text{sig.} = .350$) entre el apoyo tangible que recibe el individuo y la presencia o no de alguna enfermedad crónica. Es decir, que la apreciación de haber o no recibido apoyo tangible, no influye en que, los sujetos entrevistados, sufran o no de algún tipo de enfermedad crónica (enfermedad que haya durado más de seis meses).

Tabla 10. Satisfacción de apoyo emocional * Salud reciente

		SALUD RECIENTE						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	NADA SATISFECHO		3	7	26	29	8	73
	UN POCO		1	6	31	42	3	83
	REGULAR		3	10	82	97	30	222
	BASTANTE	1	2	23	92	159	36	313
	MUY SATISFECHO		2	15	66	137	69	289
Total		1	11	61	297	464	146	980
Pearson Chi-Square		Value		f			Asymp. Sig. (2-sided)	
		52.176		20			.000	

TABLA 10. Frecuencias de la relación entre la satisfacción del apoyo emocional recibido y la salud presentada en los últimos seis meses y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 13. Satisfacción de apoyo emocional * Salud reciente

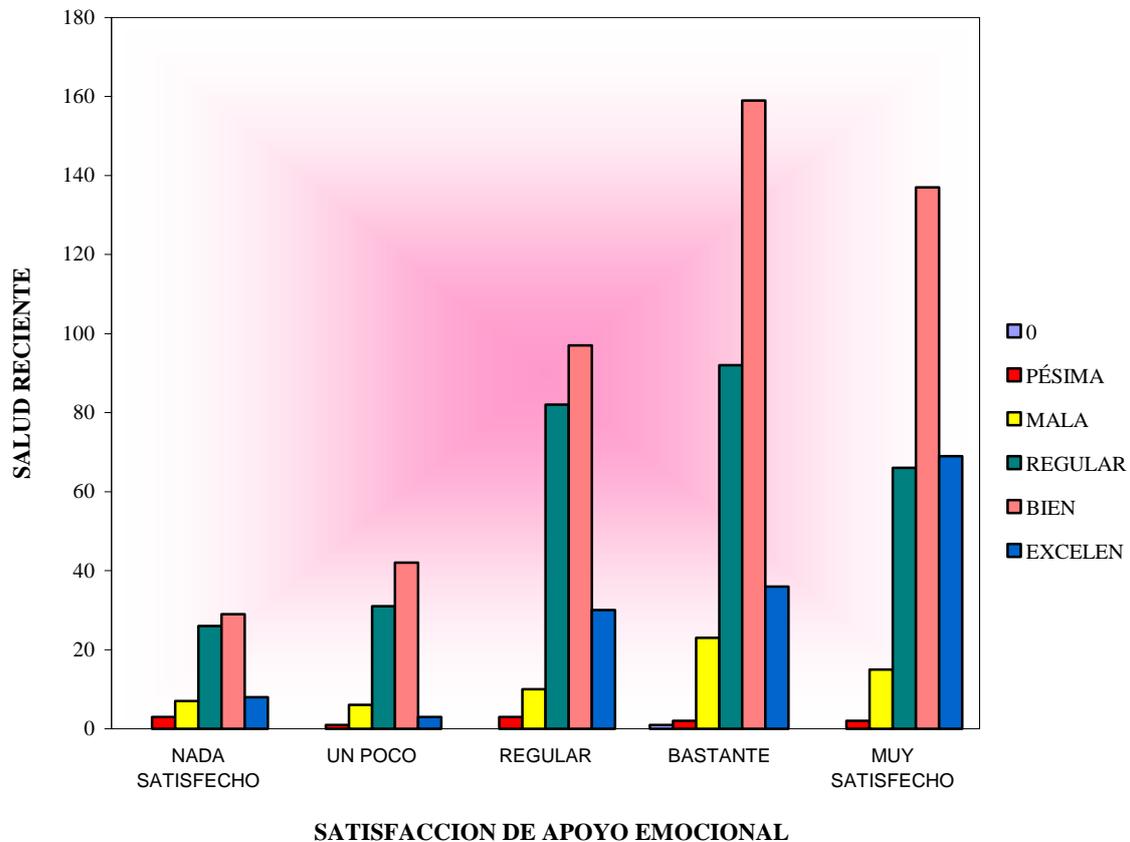


FIGURA 10. Muestra la relación de las categorías de la satisfacción del apoyo emocional y salud reciente.

Los resultados nos muestran que estadísticamente hay significancia estadística en relación a las variables de satisfacción con el apoyo emocional y la salud que presentan en los últimos seis meses (salud reciente) los sujetos entrevistados (sig.= 0.000), es así que, se observa que el mayor número de personas que reportan tener una buena salud se encuentran entre los sujetos que señalan sentirse bastante satisfechos con el apoyo emocional recibido, por lo que se puede decir, que la satisfacción que mencionan sentir los sujetos de la muestra con el apoyo emocional recibido, influye en la salud que presentan en los últimos seis meses en comparación con otras personas de su edad. Es así que el grupo de sujetos que mencionan sentirse muy satisfechos con el apoyo emocional, es el grupo que mayor número de personas reportan poseer una excelente salud, puesto que de un total de 146 sujetos con excelente salud, 69 de estos señalaron sentirse muy satisfechos con el apoyo emocional recibido y solamente 8, 3,30 y 36 mencionaron sentirse nada, poco, regular y bastante satisfechos con el apoyo recibido, respectivamente. En relación con las personas que reportaron tener una pésima salud, 3 de ellos apreciaron sentirse nada satisfechos con el apoyo emocional recibido, mientras que 2 de estos, opinaron sentirse bastante satisfechos y 2 mas, muy satisfechos con el apoyo emocional recibido.

Tabla 11. Satisfacción de apoyo emocional * Salud total

		SALUD TOTAL						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	NADA SATISFECHO		3	7	19	33	11	73
	UN POCO		1	5	30	41	6	83
	REGULAR	2	9	10	75	97	29	222
	BASTANTE	1	4	13	86	170	39	313
	MUY SATISFECHO		2	14	66	138	69	289
Total		3	19	49	276	479	154	980
Pearson Chi-Square		Value			df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		47.917			20		.000	

TABLA 11. Frecuencias de la relación entre la satisfacción del apoyo emocional recibido y la salud total y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 14. Satisfacción de apoyo emocional * Salud total

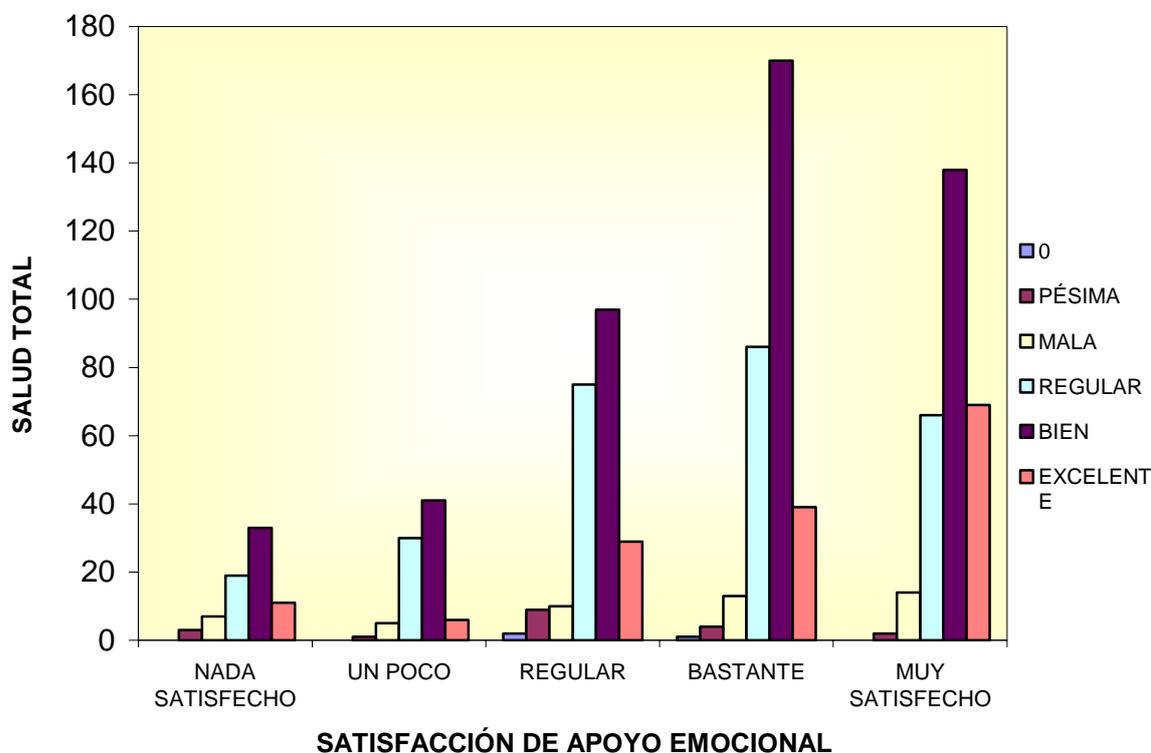


FIGURA 14. Muestra la relación de las categorías de satisfacción del apoyo emocional y la salud total.

Acerca de los reactivos: satisfacción de apoyo emocional y salud con otras personas (salud total) se puede hablar de que los datos encontrados son estadísticamente significativos ($\text{sig.} = 0.000$) lo cual nos indica que el grado de satisfacción que se tiene con el apoyo emocional recibido influye en la salud de los sujetos encuestados, es decir, que si se tiene mayor satisfacción del apoyo emocional recibido, se tendrá mejor salud. Dentro de la figura correspondiente a dichos reactivos, observamos que 69, de un total de 154 personas que reportaron poseer una salud excelente, señalan sentirse muy satisfechos con el apoyo emocional recibido, siendo este el grupo con mayor índice de personas con excelente salud. Dentro del grupo de personas que reportaron tener una excelente salud, solamente 11 sujetos señalaron sentirse nada satisfechos con el apoyo recibido, el menor número de casos de sujetos con excelente salud se encuentra dentro de los que señalaron sentirse poco satisfechos con el apoyo emocional recibido. En lo que respecta a aquellos que mencionaron poseer una pésima salud, el mayor número de casos fueron los que percibieron una regular satisfacción con el apoyo emocional que

recibieron, y el menor índice de casos con pésima salud se encuentra dentro de los sujetos que se sintieron poco satisfechos y muy satisfechos con el apoyo emocional recibido, 1 y 2 sujetos respectivamente.

Tabla 12. Satisfacción de apoyo emocional * Enfermedad crónica

		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	NADA SATISFECHO	51	21			1	73
	UN POCO	64	19				83
	REGULAR	162	55	2	1	2	222
	BASTANTE	241	72				313
	MUY SATISFECHO	225	62			1	288
Total		743	229	2	1	4	979
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		17.237		16		.370	

TABLA 12. Frecuencias de la relación entre la satisfacción del apoyo emocional recibido y padecer alguna enfermedad crónica y resultados de la prueba X^2 .

FIGURA 15. Satisfacción de apoyo emocional * Enfermedad crónica

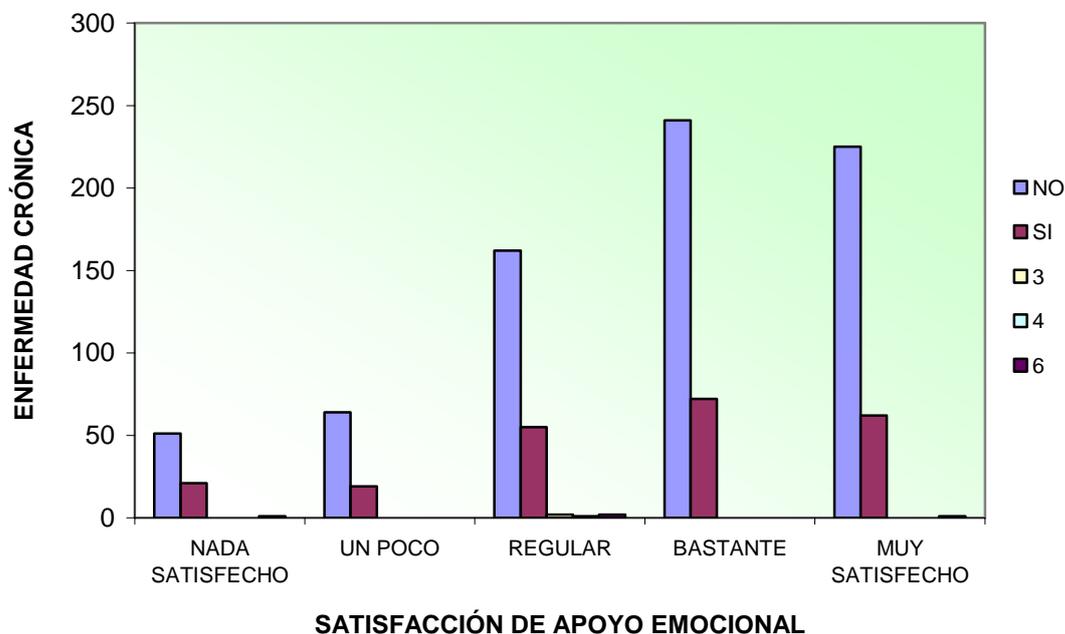


FIGURA 14. Muestra la relación de los reactivos ¿Tiene una enfermedad crónica, una enfermedad que haya durado mas de seis meses? y ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?.

De acuerdo al nivel de significancia, los reactivos de apoyo emocional y padecimiento de alguna enfermedad crónica no tienen un alto grado de significancia

estadística (sig.= .370). De los 229 casos que reportaron padecer alguna enfermedad crónica, en el 21 de los casos, los sujetos señalaron sentirse nada satisfechos con el apoyo emocional, mientras que el 62 de los sujetos indicaron sentirse muy satisfecho, sin embargo, el mayor número de casos que reportan padecer una enfermedad crónica son aquellos que señalan sentirse bastante satisfechos con el apoyo recibido (72 sujetos). Por otra parte, 743 personas encuestadas señalaron no padecer ninguna enfermedad crónica, y el mayor número de estos sujetos reportaron sentirse bastante satisfechos con el apoyo emocional que les han otorgado (241 sujetos), sin embargo, de la misma forma un alto número de personas que reportan padecer alguna enfermedad crónica, señalan sentirse bastante satisfechos con al apoyo recibido, puesto que de un total de 229 casos de personas con enfermedad crónica, 72 sujetos señalan percibir bastante satisfacción con el apoyo emocional recibido. El menor número de casos que reportan padecer alguna enfermedad crónica, se encuentra en el grupo de los que señalan sentirse poco satisfechos con el apoyo emocional (19 casos de un total de 229).

Tabla 13. Satisfacción con apoyo informativo * Salud reciente

		SALUD RECIENTE						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
SATISFACCION CON APOYO INFOMATIVO	0					4		4
	NADA SATISFECHO		5	6	30	40	9	90
	UN POCO		1	8	44	61	8	122
	REGULAR		3	13	99	100	27	242
	BASTANTE	1		20	71	159	57	308
MUY SATISFECHO		2	14	53	100	45	214	
Total		1	11	61	297	464	146	980
Pearson Chi-Square		Value			df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		65.453			25		.000	

TABLA 13. Frecuencias de la relación entre la satisfacción con la ayuda, guía o información recibida y la salud presentada en los últimos seis meses y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 16. Satisfacción con apoyo informativo * Salud reciente

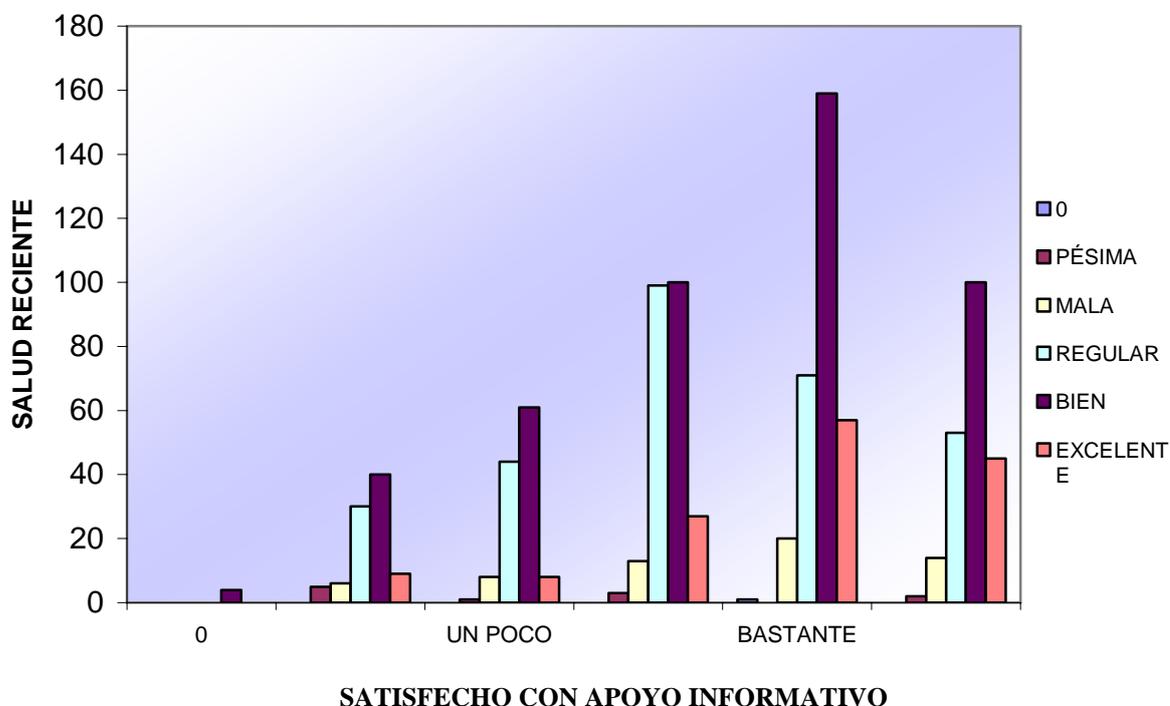


FIGURA 16. Muestra la relación entre la satisfacción con la ayuda, guía o información recibida y la salud presentada en los últimos seis meses.

Acorde a los resultados estadísticos mostrados anteriormente, se encontró significancia estadística en los datos, considerando el grado de satisfacción con el apoyo informativo y la salud reciente ($\text{sig.} = 0.000$), por lo cual se puede observar que las personas que se encuentran más satisfechas con el apoyo informativo recibido son aquellas que poseen una mejor salud, a diferencia de las personas que reportan sentirse nada satisfechos con el apoyo informativo, quienes son el mayor número de personas que reportan tener una pésima salud, indicando así que el grado de satisfacción que los entrevistados sienten con el apoyo informativo es un factor que influye en su salud reciente. Estos resultados se muestran de igual forma en la tabla anterior, dentro de la cual, se observó que de un total de 980 sujetos entrevistados el 308 sujetos reportaron sentirse bastante satisfechos con la ayuda, guía o información recibida, presentándose dentro de este grupo el mayor índice de sujetos que señalaron tener una buena y excelente salud, 159 y 57 sujetos respectivamente. Así también, dentro de este grupo se

observó que no existe ningún caso que reporte tener pésima salud. En lo que respecta a aquellos que señalaron sentirse nada satisfechos con la ayuda, guía o información, son el grupo donde se muestra el más alto número de sujetos que poseen una pésima salud (5 personas). En estos casos se evidencia la influencia que tiene la satisfacción del apoyo informativo en la salud que reportan poseer recientemente los sujetos encuestados (ver figura 16).

Tabla 14. Satisfecho con apoyo informativo * Salud total

		SALUD TOTAL						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
SATISFECHO CON APOYO INFORMATIVO	0				2	2		4
	NADA SATISFECHO		5	6	27	39	13	90
	UN POCO	2	2	8	35	61	14	122
	REGULAR		8	7	95	109	23	242
	BASTANTE	1	1	14	63	167	62	308
	MUY SATISFECHO		3	14	54	101	42	214
Total		3	19	49	276	479	154	980
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)		
		62.085		25		.000		

TABLA 14. Frecuencias de la relación entre la satisfacción con la ayuda, guía o información recibida y la salud total. Así como los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 17. Satisfecho con apoyo informativo * Salud total

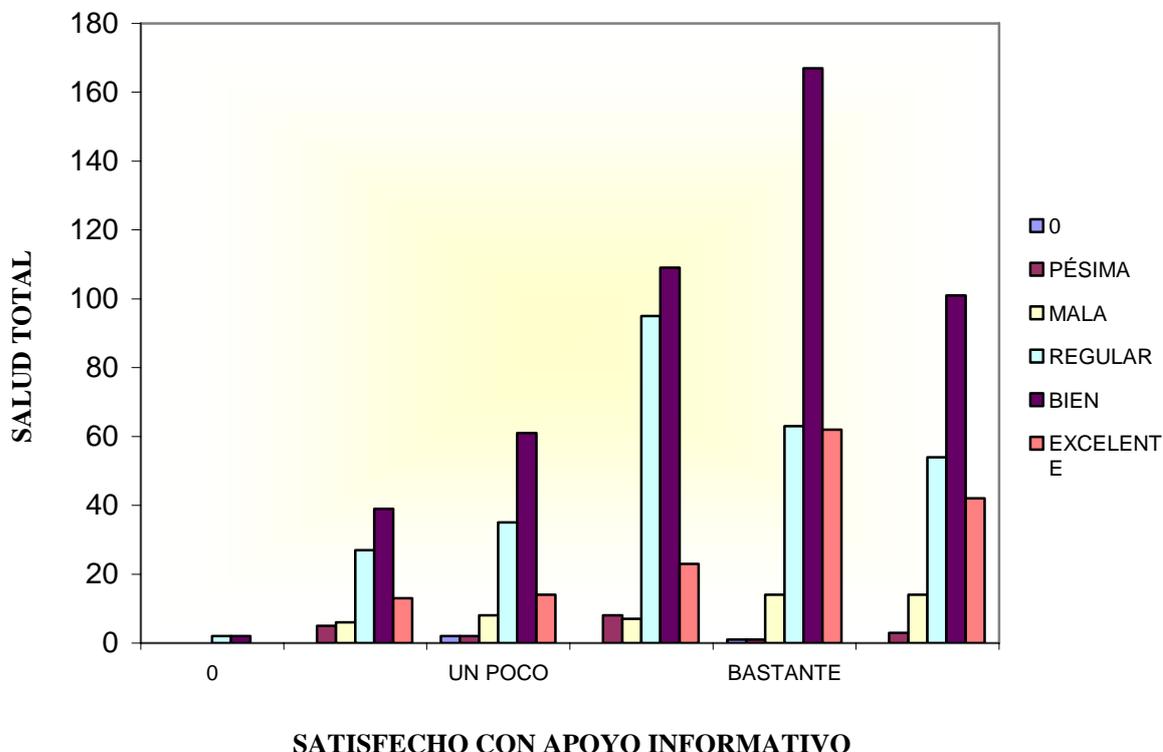


FIGURA 17. Muestra la relación entre la satisfacción con el apoyo informativo y la salud total.

Por su parte, respecto a las variables satisfacción con la ayuda, guía o información que recibieron y salud total, se encontró que si hay significancia estadística entre ambas variables (sig.= 0.000) lo cual indica que las personas que reportan sentirse mas satisfechas con el apoyo informativo son las que señalan tener mejor salud, en comparación con aquellas que valoran sentirse nada satisfechas con el apoyo recibido. Aquí se observa, que dentro del grupo que señaló sentirse bastante satisfecho con el apoyo informativo se encuentra el mayor numero de sujetos que valoró tener una buena y excelente salud, 167 y 62 casos respectivamente, siendo este el grupo mas sobresaliente respecto al numero de casos que reportaron tener buena y excelente salud. Así mismo, de aquellos que valoraron sentirse bastante satisfechos con la ayuda, guía o información recibida, solo una persona señaló tener pésima salud. Además, se observó que el segundo grupo con mayor numero de personas que valoraron su salud como excelente, fueron aquellos que señalaron sentirse muy satisfechos con el apoyo

informativo (42 casos). Sin embargo, a diferencia de la grafica anterior, aquí el mayor número de sujetos que reportan tener una pésima salud son aquellos que señalan a su vez sentir ninguna y regular satisfacción con el apoyo informativo, 8 sujetos en ambos casos.

Tabla 15. Satisfecho con guía * Enfermedad crónica

		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
SATISFECHO CON APOYO INFORMATIVO	0	4					4
	NADA SATISFECHO	66	23			1	90
	UN POCO	98	23			1	122
	REGULAR	172	66	2	1	1	242
	BASTANTE	247	61				308
MUY SATISFECHO	156	56			1	213	
Total		743	229	2	1	4	979
Pearson Chi-Square		Value		df	Asymp. Sig. (2-sided)		
		20.620		20	.420		

TABLA 15. Frecuencias de la relación entre la satisfacción con la ayuda, guía o información recibida y el padecer una enfermedad crónica y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 18. Satisfecho con guía * Enfermedad crónica

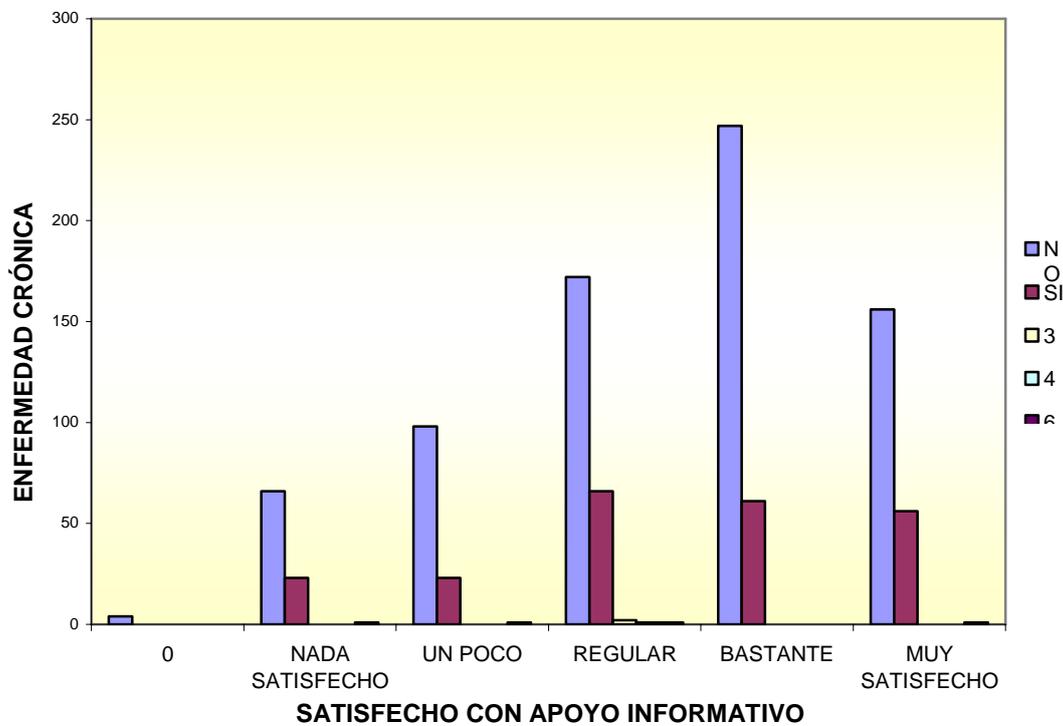


FIGURA 18. Muestra la relación entre la satisfacción con el apoyo informativo y el padecer o no una enfermedad crónica.

Referente a las variables de satisfacción con el apoyo informativo recibido y padecer alguna enfermedad crónica, no se encontró significancia estadística ($\text{sig.} = 0.420$), lo cual nos indica que la satisfacción que se tenga con la guía, ayuda o información recibida no es un factor que influya en el hecho de padecer o no alguna enfermedad crónica. Pese a que estadísticamente no se encontró significancia estadística entre estas variables, en la gráfica 15, se puede observar que de un total de 743 personas que reportaron no padecer ninguna enfermedad crónica, el mayor índice de estas, 247 casos, refirieron considerarse bastante satisfechos con el apoyo informativo recibido. No obstante, este grupo también es el segundo con mayor número de personas que a su vez señaló tener alguna enfermedad crónica (61 casos) solo después del grupo de sujetos que valoraron sentirse satisfechos de manera regular con el apoyo informativo recibido, con 66 casos de personas que padecen alguna enfermedad crónica.

Tabla 16. Satisfacción con apoyo tangible * Salud reciente

		SALUD RECIENTE						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
SATISFECHO CON APOYO TANGIBLE	NADA SATISFECHO		3	4	29	34	11	81
	UN POCO			6	32	40	5	83
	REGULAR		3	16	83	99	21	222
	BASTANTE		2	19	96	158	43	318
	MUY SATISFECHO	1	3	16	57	133	66	276
Total		1	11	61	297	464	146	980
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)		
		50.347		20		.000		

TABLA 16. Frecuencias de la relación entre los reactivos: ¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad? (salud reciente) y ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron? (apoyo tangible) y resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 19. Satisfacción con apoyo tangible * Salud reciente

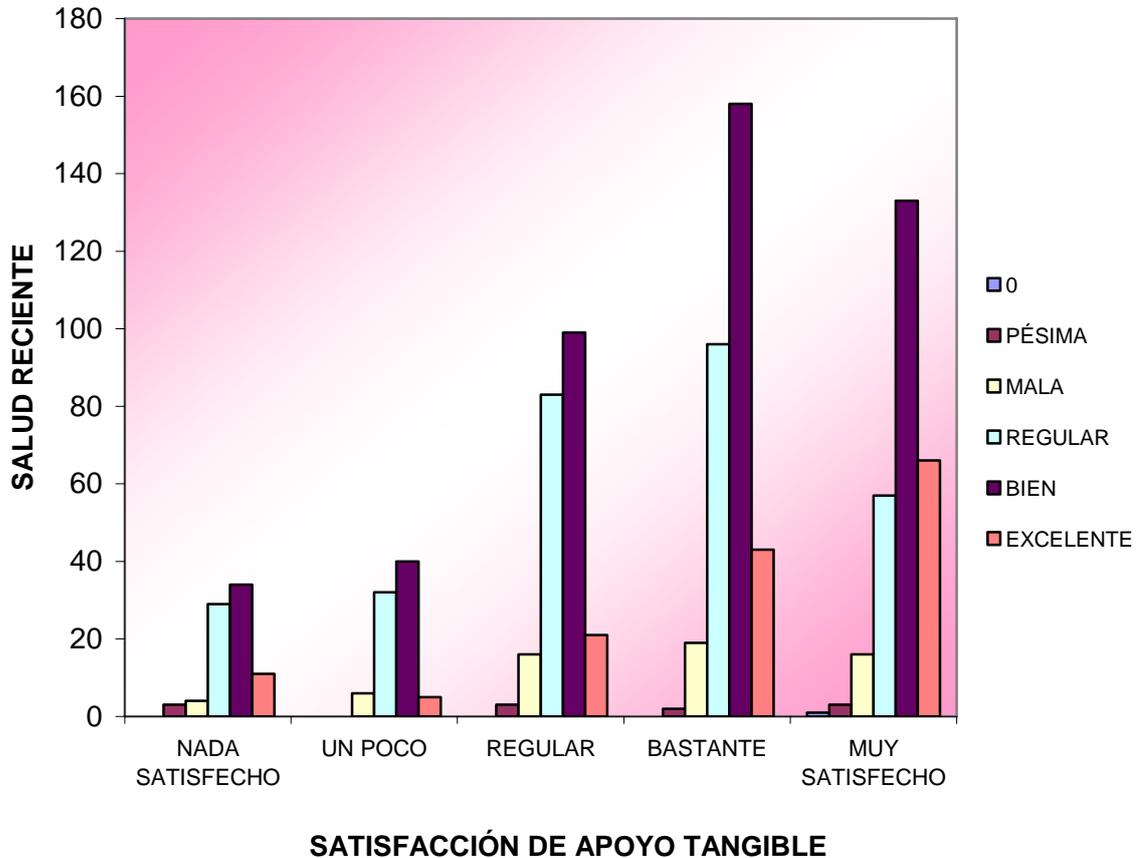


FIGURA 19. Muestra la relación entre las variables salud reciente y satisfacción con el apoyo tangible.

Los resultados muestran que estadísticamente la relación entre las variables apoyo tangible y salud reciente, muestran que si existe una diferencia significativa (sig.= 0.000), por lo cual podemos decir que, el grado de satisfacción que los sujetos entrevistados tuvieron con las cosas que hicieron o le dieron, familiares o amigos, influye en su salud reciente, es decir, mientras mayor satisfacción hayan sentido con el apoyo recibido mejor salud reportaran poseer. Esta relación se observa en la tabla 16, donde los datos señalan que aquellos que valoraron sentirse bastante satisfechos con el apoyo tangible son el grupo con mayor cantidad de personas que reportan poseer una buena salud (158 personas) siendo este, igualmente, el segundo grupo con menos personas con una pésima salud, solo después de aquellos poco satisfechos. El mayor grupo de personas que refieren poseer una excelente salud fueron las 66 personas que señalaron sentirse muy satisfechos con el apoyo recibido. Por el contrario, el menor número de personas con excelente salud son el grupo de sujetos que reportaron sentirse nada satisfechos con el apoyo tangible recibido (11 personas), así también 3 personas valoraron tener pésima salud, al igual que los sujetos que con muy satisfecho y regular.

TABLA 17. Satisfacción con apoyo tangible * Salud total

		SALUD TOTAL						Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
SATISFECHO CON APOYO TANGIBLE	NADA SATISFECHO		4	5	20	37	15	81
	UN POCO		1	5	29	43	5	83
	REGULAR	2	6	12	76	103	23	222
	BASTANTE		5	14	91	163	45	318
	MUY SATISFECHO	1	3	13	60	133	66	276
Total		3	19	49	276	479	154	980
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)		
		42.102		20		.003		

TABLA 17. Frecuencias de la relación entre los reactivos: ¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad? (salud total) y ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron? (apoyo tangible) y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 20. Satisfacción con apoyo tangible * Salud total

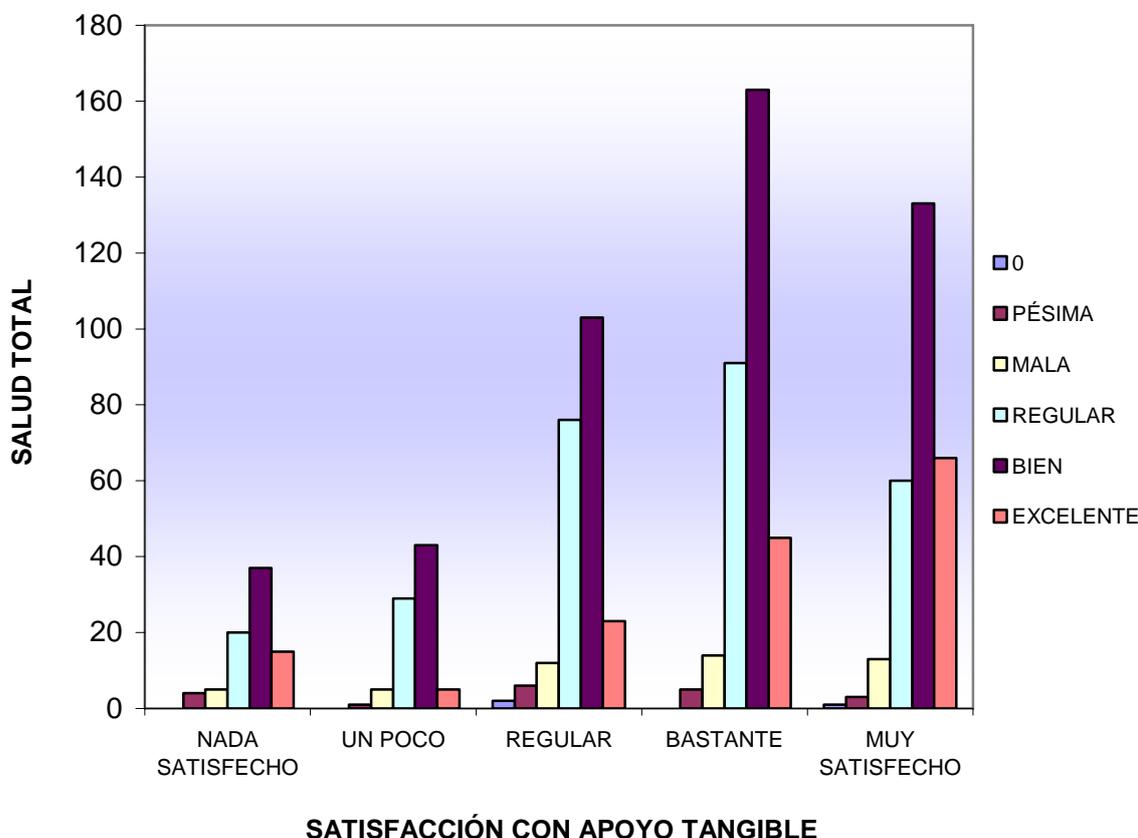


FIGURA 20. Muestra la relación respecto a las variables satisfacción con el apoyo tangible y salud total.

Respecto a los datos obtenidos en la relación de las variables satisfacción con el apoyo tangible y salud total, se encontró diferencia significativa ($\text{sig.}=0.003$), indicando con esta, que el grado de satisfacción con las cosas que hicieron o le dieron (apoyo tangible), familiares o amigos influye en la salud presentada por los sujetos encuestados. Estos resultados muestran que el grupo con mayor índice de casos con excelente salud es el conformado por las personas que reportaron sentirse muy satisfechos con el apoyo tangible (66 personas), así también, este grupo es el segundo con menor número de personas que reportan una pésima salud. En contraste, el menor grupo de personas con excelente salud son los que mencionaron sentirse nada y poco satisfechos con el apoyo (15 y 5, respectivamente).

Tabla 18. Satisfacción con apoyo tangible * Enfermedad crónica

		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
SATISFECHO CON APOYO TANGIBLE	NADA SATISFECHO	60	19	1		1	81
	UN POCO	62	20			1	83
	REGULAR	166	54	1		1	222
	BASTANTE	243	74		1		318
	MUY SATISFECHO	212	62			1	275
Total		743	229	2	1	4	979
Pearson Chi-Square		Value		df		Asymp. Sig. (2-sided)	
		12.627		16		.700	

TABLA 18. Frecuencias de la relación entre los reactivos: ¿Tiene una enfermedad crónica (una enfermedad que haya durado mas de seis meses)? y ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron? Y los resultados de la prueba Chi cuadrada.

FIGURA 21. Satisfacción con apoyo tangible * Enfermedad crónica

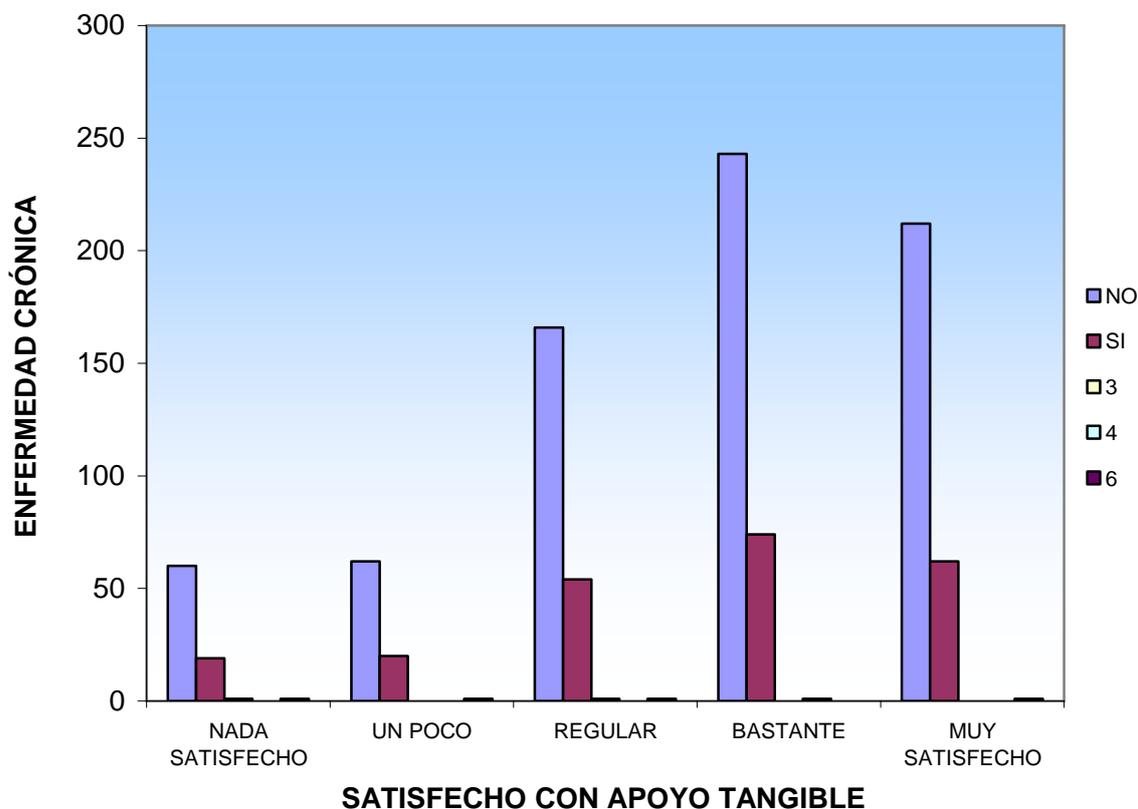


FIGURA 21. Muestra la relación entre la satisfacción con el apoyo tangible y padecer alguna enfermedad crónica.

En relación a los reactivos ¿Tiene una enfermedad crónica (una enfermedad que haya durado mas de seis meses? y ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?, no se encontraron diferencias significativas ($\text{sig.}=0.700$), indicando de tal forma que el grado de satisfacción que se sienta con el apoyo tangible recibido no influye en los sujetos encuestados para padecer o no alguna enfermedad crónica. Así se puede observar en la tabla 18, donde se muestra que aunque los dos grupos con mayor numero de personas sin enfermedad crónica son los que reportan sentirse bastante (243 sujetos) y muy satisfecho (212 sujetos) con el apoyo tangible, también son estos dos grupos los que contienen el mayor índice de casos con enfermedad crónica. En cambio, los grupos con menor número de casos con enfermedad crónica son aquellos conformados por las personas que valoraron sentirse nada y poco satisfechos con las cosas que hicieron o les dieron.

6.2 Conclusiones.

Con base en los resultados obtenidos mediante la prueba Chi Cuadrada y acorde al objetivo general de la presente investigación, que se refiere a examinar la influencia del apoyo social que se recibe y la satisfacción con el mismo (emocional, informativo y tangible) en el desarrollo de la historia de salud (salud total, salud reciente y enfermedad crónica) en la población de la zona metropolitana de México.

Al cotejar los resultados obtenidos con los diferentes modelos de apoyo social, se encontró que, tanto los modelos genéricos, los centrados en el estrés y los centrados en el proceso psicosocial, nos indican que se da una influencia entre el apoyo social, la salud y la enfermedad. En general dicha influencia se da de manera que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta o les falla el apoyo. Y, que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad, es decir, cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) en la forma de relaciones estrechas, menor será la probabilidad de que esa persona enferme (Rodríguez, 1995).

Partiendo de lo anterior, se encontró que las personas que tenían bastante apoyo emocional, tangible e informativo gozaban de una buena y excelente salud, y por lo tanto, carecían de una pésima salud. Por el contrario, la población que recibió un mínimo de apoyo emocional, refirió poseer una pésima salud.

Esto se puede deber, como señalan Abril (1997), Buceta, Bueno y Mas (2001), Gil Roales-Nieto (2004) y Lazarus y Folkman (1984, en Caballo y Simón, 1998) a que según el modelo basado en el proceso psicosocial y el centrado en el estrés desde la hipótesis del amortiguador, el bastante o mucho apoyo emocional, tangible e informativo que recibió la población de la zona metropolitana funcionó como protector ante las situaciones de estrés. Estrés generado por la percepción de amenaza en las relaciones de trabajo, escuela, familia, el estar enfermo, etcétera (Rodríguez, 1991). De igual forma estos resultados se pueden fundamentar desde la hipótesis del efecto directo, puesto que, conforme a lo postulado por dicha hipótesis, el hecho de tener apoyo social crea un ambiente promotor de la salud que mejora el bienestar y la salud de la persona, por lo que, se puede decir que, el apoyo social recibido y percibido por la población metropolitana esta influyendo directamente en la salud (Barrón, 1996). O

bien se puede deber a lo que afirman los modelos genéricos, que el apoyo social se afecta a la salud y la enfermedad de las personas, a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos, o bien por su efecto en las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos.

Por otro lado, los datos mostrados respecto a la satisfacción con el apoyo social recibido (emocional, tangible e informativo) y la salud (reciente y total), muestran diferencias significativas, ya que un alto índice de personas que refirieron sentirse bastante satisfechos con el apoyo social recibido reportaron presentar una buena salud, al contraste con las personas que se sienten poco o nada satisfechas con el apoyo social, quienes presentaron una pésima o mala salud. Estos datos señalan, de acuerdo a los mediadores de la satisfacción con el apoyo recibido que proponen Barrera et al. (1990, en Abril, 1997), que en el caso de los sujetos que mencionaron sentirse bastante satisfechos con el apoyo recibido y que señalaron tener una buena salud, fue menor el número de personas con las que tuvieron una relación conflictiva y mayor número de relaciones que consideraron les ayudaron a su crecimiento, bienestar, logro de sus metas y a afrontar un problema. Propiciándose así un contexto favorable para el mantenimiento de la salud.

Es así que, los resultados obtenidos respecto a la relación entre el apoyo social recibido, la satisfacción que se tiene con este y la salud, confirman la influencia del apoyo social para el mantenimiento de la salud, concordando con las investigaciones de Barrón (1996), Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez (1997), Morales y Coronel (1998), Rodríguez (1995) y Váldez (1999).

También se encontraron resultados tales como, que a pesar de que una parte de la población reportó no poseer apoyo emocional, tangible o informativo y tener poca satisfacción con estos, había personas que señalaban gozar de excelente salud. Esto nos habla de que existen personas con excelente salud aunque no perciban tener apoyo social ni sentirse satisfechos con estos, lo cual se puede explicar desde la perspectiva

funcional del apoyo social, que propone Gil Roales –Nieto, esto es, que pese a que algunas personas reportan no tener apoyo social ni sentirse satisfechos con él, sí están recibiendo apoyo social y éste satisface sus necesidades (aunque no lo perciban así), puesto que las interacciones que tiene con familiares, amigos, etcétera, están beneficiando su salud a corto mediano o largo plazo, y por eso deben ser consideradas como apoyo social. En general, se afirma que se deben considerar como apoyo social todo aquello que beneficie a la salud. Aunque, como menciona Barrón (1996) lo ideal sería que existiera realmente el apoyo y la persona lo percibieran así.

Con respecto a la relación entre el grado de satisfacción con el apoyo social y la cantidad de apoyo recibido por la persona, los resultados mostraron que, estas dos variables no influyeron en el padecer o no una enfermedad crónica. Pero, se esperaría que estos resultados se dieran de alguna de las siguientes formas: primeramente como lo señala Rodríguez (1995), que las personas sin enfermedad crónica señalaran un mayor apoyo social recibido (y percibido). O que este apoyo social funcionara para prevenir las enfermedades crónicas y por lo tanto que las personas sin enfermedad crónica reportaran tanto recibir bastante apoyo social como estar satisfecho con el mismo, ya que este apoyo las debería orientar adecuadamente para que acudieran a revisión médica ante cualquier sospecha de padecer alguna enfermedad, un estilo de comportamiento o vida adecuado y promoviendo la autoobservación y prácticas sanitarias preventivas adecuadas (Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1997; Morales y Coronel, 1998; Váldez, 1999).

O bien, que las personas con alguna enfermedad crónica reportaran mayor percepción y recibimiento de apoyo social (Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001) debido a que muchas veces las enfermedades crónicas llegan a ser discapacitantes, ya que dejan de realizar actividades como de cuidado personal o algunas otras actividades físicas y la dificultad de trasladarse de un lugar a otro. O por el contrario, se hubiese esperado que los individuos reportaran un menor recibimiento o percepción de apoyo social, ya que como mencionan varios autores, estas limitaciones en la capacidad física afectan las actividades sociales, como las laborales, recreativas y/o escolares; así como

el rol que juega dentro del contexto familiar, por lo que puede haber aislamiento social. Lo que conlleva a una calidad de vida afectada, debido a que el enfermo logre o no adaptarse a los efectos que acarrea en su vida tanto la enfermedad como el tratamiento, de igual forma se ve influenciada por el nivel de adaptación que la propia familia del enfermo logra alcanzar (Grau y González 1998; Robles, 2004.; Musi, 2004; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Velasco y Sinibaldi, 2001).

O por otro lado, que durante la rehabilitación el apoyo social sirviera para disminuir las secuelas negativas de las alteraciones que conllevan las enfermedades crónicas facilitando los cambios en los hábitos o estilos de vida y beneficiando la adherencia al tratamiento (Robles, 2004). O que el apoyo social no beneficie la adherencia al tratamiento, debido a que se de una comunicación escasa entre los integrantes de la red, desencadenando sensaciones negativas como la ansiedad, lo cual perturba el tratamiento y la adherencia al mismo.

De esta forma, tomando en cuenta que tales relaciones, entre el apoyo social y la enfermedad crónica, pudieron estar presentes en los resultados aquí descritos, es que se puede explicar por una parte el que no se hayan encontrado diferencias significativas entre estas variables, como lo hubiera podido señalar la bibliografía consultada (Grau y González 1998; Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1997; Morales y Coronel, 1998; Musi, 2004; Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001; Robles, 2004; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Váldez, 1999 y Velasco y Sinibaldi, 2001). Además, otro aspecto que parece importante destacar y que puede estar influyendo en los resultados, es el hecho de que, en esta investigación no fue condicionante padecer tal o cual enfermedad, lo cual podría a su vez influir en el hecho de que no se encontraron diferencias significativas, ya que los efectos de la enfermedad crónica sobre la persona que la posee, varían conforme a los diferentes tipos de enfermedades crónicas que existen, estas se diferencian en las causas a que les dan origen, en los síntomas, tratamiento y en los efectos sobre las actividades y vida de la persona enferma como de sus familiares, puesto que ciertas enfermedades como la enfermedad cardiaca, el cáncer y los accidentes cerebro vasculares ponen en peligro la vida de quien las padece no así la artritis, la epilepsia y la sinusitis crónica, de igual forma existen enfermedades que

aparecen en edades tempranas y otras que son características de la edad avanzada, mientras que existen otras enfermedades que por sí solas son devastadoras para la vida del enfermo y otras que se pueden controlar sin mayor afectación de la actividad normal (Grau y González 1998).

Asimismo, estos resultados podrían estar relacionados con la etiología propia de las enfermedades crónicas, si se tiene en cuenta que son diversos factores los que intervienen en su aparición, factores sociodemográficos, la herencia, los hábitos alimenticios, estilos de vida, factores ambientales, características personales, la poca o nula participación en programas promocionales de la salud y preventivos de enfermedades, así como las creencias que se tiene sobre la salud y formas de enfermarse, entre otros, los cuales deben ser tomados en cuenta para explicar el origen de dichos padecimientos, y no solamente considerar la presencia del apoyo social. Concluyendo así, que hay otras variables influyendo en el proceso de enfermar, tal como lo revelan los estudios de Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín (2001), donde al igual que en el presente trabajo, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de sujetos sanos y los sujetos con infarto agudo al miocardio y con úlcera péptica en cuanto a la percepción del apoyo social. No obstante, y según la bibliografía consultada (Musí, 2004; Remor, 2002; Valdés, 2001 y Rodríguez, 1995) un buen apoyo social sirve como un amortiguador ante agentes estresantes que pueden estar involucrados con la adquisición de tales padecimientos, disminuyendo así su potencial patógeno, de igual forma, como se mencionó anteriormente, el apoyo social tiene una participación importante en el mantenimiento de la salud a través de la adquisición de conductas positivas que ayudan a desarrollar estilos de vida sanos y no potencialmente peligrosos para la salud, minorizando de tal manera, los riesgos a padecer algún padecimiento crónico.

En general, estas dos variables (apoyo social y enfermedad crónica), están relacionadas no solamente con la etiología de estas, sino con todo el proceso de salud-enfermedad (prevención, afrontamiento, etapas de la enfermedad, recuperación o rehabilitación y muerte).

De este modo, tomando en consideración con lo expuesto a lo largo de este trabajo, se sugiere indagar con mayor profundidad el proceso y los efectos que tienen los diferentes tipos de apoyos social sobre el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, para lo cual, valdría la pena considerar al apoyo social solamente como aquellas interacciones que influyen positivamente en la salud ya sea a corto, mediano o largo plazo, tal como lo propone Roales Gil, puesto que el concepto por sí solo habla de un soporte que brinda el entorno social, lo cual facilitaría la comprensión de dicho fenómeno y favorecería a explicar los mecanismos por lo cuales esta variable interfiere en el proceso de salud - enfermedad. Contribuyendo, de tal forma, en la creación de redes sociales que brinden un apoyo apropiado, que influya de manera efectiva en los estilos de vida para el mantenimiento y promoción de la salud, de modo que como consecuencia, también se vean reducidos los altos índices de mortalidad y morbilidad a causa de las enfermedades crónicas, que reporta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2003). Así también no hay que olvidar que otro factor a tomar en cuenta para el desarrollo de un apoyo social efectivo es la calidad del mismo, mas que la cantidad que se otorga, para que así realmente el apoyo social tenga efectos sobre la salud, permitiendo así mismo la justa importancia que tiene el apoyo social en el proceso de salud y enfermedad.

Retomando lo anterior, se propone que los programas de intervención sean a nivel primario, lo que conlleva a realizar actividades de promoción de la salud (adquisición y mantenimiento de hábitos saludables) y prevención de la enfermedad (reducción o eliminación de comportamientos de riesgo para el desarrollo de alguna enfermedad). Los cuales, por lo tanto, se centrarían en mejorar o reforzar las fuentes de apoyo social existentes (familia, amistades, relaciones de trabajo, vecinos, etc.), crear redes de apoyo social y potenciar cambios que permitan a las personas establecer relaciones personales íntimas. Lo cual ayudaría, ya sea a obtener directamente buena salud (hipótesis del efecto directo), a mejorar el manejo de situaciones estresantes (hipótesis del amortiguador), o bien a su influencia sobre los patrones conductuales o estilos de vida (modelo genérico). Y estas relaciones deben estar basadas en los principios de solidaridad y apoyo mutuo. Donde, al existir relaciones íntimas y de apoyo mutuo, las

personas que dan y reciben apoyo, ambas lo perciban y reciban como apoyo social; donde, los individuos se sientan satisfechos con el apoyo social que posean, a pesar de las muchas o pocas personas que integren su red social.

El centrarse en el hecho de fomentar y crear redes de apoyo social, se ve respaldado por los resultados de la presente investigación, ya que el recibir apoyo social y sentirse satisfechos con el mismo se relaciona con la buena y excelente salud, y a menor o nulo recibimiento de apoyo social, se tiene una mala salud.

Por último, la importancia de llevar a cabo programas de prevención primaria se basa en que se reduzcan o evitan gastos económicos y emocionales, así como el que se disminuyan los altos índices de morbilidad y mortalidad en México.

REFERENCIAS

- Abril, C. V. (1997). Conceptualización del apoyo social. En Abril, C. V. (Ed.), *Apoyo social y salud: una perspectiva comunitaria* (pp. 3-45). Valencia: Promolibro.
- Aburto, G. C. (2001). Estilos de vida y salud: su efecto en la mortalidad. *Psicología y Salud, 11*, (2), 53-59.
- Aburto, G. C. y Gamudi, P. G. (1996). El papel del comportamiento en las 10 primeras causas de mortalidad en el país. En Aburto, G. C. y Gamudi, P. G. (Eds.), *La ciencia y el hombre*. (pp. 21-27). México: Universidad Veracruz.
- Amigo, V. I., Fernández, R. c. y Pérez, A. M. (1998). El nacimiento de la psicología de la salud. En Amigo, V. I., Fernández, R. c. y Pérez, A. M. (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud*. (pp. 26-32, 52-56). Madrid: Ediciones Pirámide
- Bakal, D. A., (1996). Integración de cuerpo y mente. En: *Psicología de la salud*. (pp.15-44). España: Descleé de Brauwer.
- Ballester, A. R. (1997). Capítulos 1, 2, 3, 4 y 5. En Ballester, A. R. (Eds.), *Introducción a la psicología de la salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Barrón, A. (1996). Capitulo 2 y 3. En Barrón, A. (Ed.), *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones* (pp. 3-52). España: Editores.
- Becoña, E., Vázquez, L. F. y Oblitas, A. L. (1998). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Becoña, E. y

- Oblitas, A. L. (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). Afrontar el estrés y el dolor. En Brannon, L. y Feist, J. (Eds.), *Psicología de la salud*. (pp. 251-257). España: ITES-Paraninfo.
- Buceta, J. M., Bueno, A. M. y Mas, B. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En Buceta, J. M., Bueno, A. M. y Mas, B. (Eds.), *intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (23-27, 53). Madrid: Dykinson.
- Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1996). Concepto de Psicología clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología de la Salud*. (pp.3 – 12). México: Siglo XXI.
- Buendía, J. (1991). Apoyo social y salud. En Buendía, J. (Ed.), *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales* (pp. 189 – 203). Murcia: Universidad, secretariado de publicaciones.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (1998). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En Becoña, E. y Oblitas, A. L. (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 11-116). México: Plaza y Valdés.
- Carrascoza, V. C. y Ayala, V. H. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. *Psicología y Salud*. 10, (2), 149-160.
- Carrascoza, V. C. y Reynoso, E. L. (1993). La psicología de la salud: enseñanza y ejercicio. En Palacios, J. y Lucia, E. (Ed.), *Primer congreso Internacional de la Psicología de la Salud* (39-42). Facultad de Psicología UNAM.

Donker, F. J. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En Buela – Casal, G. y Cabalo, V. (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 3-13). México: Siglo XXI.

INEGI, Cuaderno Número 20, Edición 2003. Las principales causas de mortalidad en México.

Fernández, C. J. y Edo, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32.

Gascón, S., Olmedo, M., Bermúdez, J., García, C. y Ciccotelli, H. (2003). Estrés por desempleo y salud. *Cuadernos de medicina psicosomática*, 66, 9-18.

Gil, L. M. y Pons, D. J. (2000). Los comportamientos de riesgo para la salud y sus relaciones con variables sociodemográficas. *Psiquis*, 21, (2), 33-43.

Gil Roales-Nieto. (2004). Apoyo Social y salud. En Gil Roales-Nieto. (Ed.), *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 217-234). Madrid: Ediciones Pirámide.

Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En Simon, M. A. (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodologías y aplicaciones* (pp. 39 – 75). España: Biblioteca Nueva.

Grau, A. J. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: Rodríguez y Rojas (Eds.), *La Psicología de la salud en América Latina*. (pp. 47-60). México: Facultad de Psicología.

- Grau A. J. y González P. U. (1998). Ética, calidad de vida y psicología de la salud. *Revista de Psicología y Salud*, 8, (12), 83-96.
- Grau, A. J., Knapp, R. E., Pire, S. T., Villanueva, G. T. y Rodríguez, F. H.(1997). La psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades. *Psicología y salud*,9, 73-85.
- Holtzman, W. H. (1993). La psicología y la salud por todo el mundo. En Palacios, J. y Lucia, E. (Eds.), *Primer congreso Internacional de la psicología de la salud* (141-148). Facultad de Psicología UNAM.
- Latorre, P.J. y Beneit, M. P. (1992). Psicología de la salud: introducción y conceptos básicos. En Latorre, P. J. (Ed.), *Psicología de la salud*.(pp. 17-25). Albacete: editorial Lumen.
- León, R. J., Medina, A. S. (2002). Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. En León, R. J., Medina, A. S. (Eds.), *Psicología de la salud fundamentos teóricos y metodológicos*.(p. 11-53). España: ediciones y publicaciones comunicación.
- Martínez, S. F. y Fernández C. J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de psicología*, 10, (2), 101-109.
- Montiel, C. M., Urquidí, T. L. y Gálvez, M. A. (1999). Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cervicouterino o de mama. *Psicología y salud*, 14, 43-49.

- Morales, C. F. (1999). Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. En Morales C. F. (Ed.), *Introducción a la Psicología de la salud*. (pp. 21-63). Barcelona: Paidós.
- Morales, C. F. y Piña, L. J. (1995). Psicología y salud en el siglo XX: aproximación desde la psicología como disciplina y profesión. *Psicología y Salud*, 6, 143-155.
- Morales, G. R. y Coronel, B. P. (1998). El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud. *Psicología y salud*, 12, 115-116.
- Mussi, M. C. (2004). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En Oblitas, A. (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 112-148). México: Thompson.
- Ojeda, P. B., Ramal, L. J., Calvo, F. F. y Vallespín, M. R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 22, (3), 155-168.
- Ortigosa, Q. J., Quiles, S. M. y Méndez, C. F. (2003). Estrés y salud. En Ortigosa, Q. J., Quiles, S. M. y Méndez, C. F. (Eds.), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia* (pp. 68 – 69). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Piña, L. J. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *Internacional Journal of Clinical and Health psychology*, 4, 191- 205.
- Póveda, S. R. (2003). Cuidados a pacientes crónicos. Recuperado de <http://www.perso.wanadoo.es/apuntes>

- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Originales. Atención Primaria*, 30, (3), 143-149. Recuperado de <http://www.atencionprimaria.com/48.404>.
- Restrepo, F. M. (1991). Factores psicológicos en madres adolescentes: intervención dentro de un programa de atención primaria en salud. *Revista de psicología*, XXVI, 57-71.
- Robles, G. R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En Oblitas, A. (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 253-272). México: Thompson.
- Rodríguez, A. (1991). Las relaciones sociales en la salud y en la enfermedad. En Buendía, J. (Ed.), *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales* (pp.169-183). Murcia: Universidad, Secretariado de publicaciones.
- Rodríguez, O.G. , Hernández, P. R. y Ramos, P.T. (1993). Panorama preliminar del estado de la investigación en psicología de la salud en Latinoamérica. En Palacios, J. y Lucia, E. (Ed.), *Primer congreso Internacional de la Psicología de la Salud* (271- 277). Facultad de Psicología UNAM.
- Rodríguez, M. J. (1995). Apoyo social y salud. En Rodríguez, M. J. (Ed.), *Psicología social de la salud* (pp. 107-117). España: Síntesis Psicología.
- Rodríguez, M. J., Pastor, M. A. y López, R. S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez, Ortega y Rojas. (1998). La Psicología de la salud en América Latina. En Rodríguez y Rojas (Eds.), *La Psicología de la salud en América Latina*. (pp. 15-32). México: Facultad de Psicología.

- San Martín, H. (1992). Los comportamientos humanos y la salud. En Hernán, S. M. (Ed.), *Salud y enfermedad* (pp. 34 – 45). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Sánchez, R. M. (2003). Prevención y control de las principales enfermedades crónicas. En Sánchez (Ed.), *Elementos en salud pública* (pp. 103-114). México: Méndez Editores.
- Sarason, R. B. (1999). Familia, apoyo social y salud. En Buendía, J. (Ed.), *Familia y psicología de la salud* (pp. 194-8) Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sarduy, S. C. y Alfonso, R. A. (2001). Psicología de la salud y género. Invisibilidad y retos para el nuevo siglo. *Revista de Psicología y Salud*, 11, 17 – 25.
- Sepúlveda, R., Troncoso, M. y Alvarez, C. (1998). Psicología y salud: el papel del apoyo social. *Revista Médica de Santiago*, 1, (2).
- Urbina, S. J. y Rodríguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. En Palacios, J. y Lucia, E. (Ed.), *Primer congreso Internacional de la Psicología de la Salud* (349 - 359). Facultad de Psicología UNAM.
- Valdés, C. R. (1999). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervico-uterino. *Psicología y salud*, 14, 51-59.
- Vázquez, O. J. (2002). La necesidad de una psicología social de la salud en México. *Revista de Psicología y Salud*, 1, (12), 143-153.
- Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. S. (2001). La enfermedad a través de las diferentes etapas del desarrollo humano. En Velasco y Sinibaldi. (Eds.), *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historia y creencias)* (pp. 47-78). México: Manual Moderno.

Werner, Pelicioni y Chiattonne. (2002). La Psicología de la Salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2,(1), 153-172.

Zas, R. B. (2000). *La psicología en las instituciones de salud*. En: Psicored.