



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**PSICOLOGÍA DE LA SALUD:
HÁBITOS DE SALUD EN RELACION
A LAS CREENCIAS Y ACTITUDES
DE LAS PERSONAS**

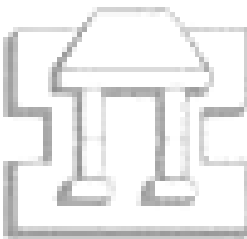
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
**CASAS ROSAS MARIA GUDALUPE
RUBIO JIMÉNEZ TANNYA ISAURA**

ASESORES:

Mtro. Enrique Bernabè Cortés Vázquez.

Mtra. Esther María Marisela Ramírez Guerrero.

Lic. Juana Olvera Méndez.



TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO

2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA
Y
AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de vivir esta vida, de ponerme tantas pruebas que han hecho de mi vida una historia difícil pero maravillosa; que me han hecho cada vez más fuerte y me han dado la seguridad de llegar muy lejos.

Papito te amo y te agradezco tu amor y confianza. Gracias por tus consejos que siempre llevo conmigo en todo lo que hago.

Mami gracias por darme la vida, por tu apoyo y confianza y por ser una amiga, gracias por tu ejemplo de fortaleza, te quiero.

*A mis hermanas **Karla, Guadalupe, Sandra, Laura, Karina y Adriana**, porque cada una con su esencia es especial y porque siempre están presentes en mi corazón y en todo lo que hago, las quiero.*

*A mi familia (sería muy extenso dirigirme a todos) pero gracias a todos, sobre todo a mi abuelita **Olivia**: Abue te adoro, porque eres la fuerza que me motiva en los momentos difíciles ya que soy admiradora de tu fortaleza y tu amor por la vida, Gracias porque mi niñez tiene gran significado porque estuviste a mi lado.*

*Gracias también a mi tía **Chabela** por apoyarme y aguantarme tanto tiempo, gracias por tus regaños y tus consejos.*

*Y Gracias tíos: **Miguel, Moisés y Carmen Rubio** por sus consejos durante toda mi vida me han servido y ayudado mucho los quiero; porque son una motivación y cada uno con su especial forma de ser me han impulsado a seguir adelante, los quiero.*

*Gracias a mis amigos por su apoyo, confianza y compañía. **Viri**, porque los años que tengo de conocerte han sido especiales, gracias por tu compañía en los momentos más difíciles, y por los consejos, **Betza**, gracias por tu consejos que aunque no siempre los llevé a cabo los tengo en mente, por los regaños y por escucharme cuando lo necesito, **Ana** gracias por estar conmigo cuando lo necesito, porque con tu alegría has llenado mi corazón en momentos difíciles y aunque estuvimos distantes un tiempo, lo hemos sabido recuperar y, porque las tres son parte importante de mi vida y tal ves sin ustedes habría sido más difícil. **Sandy** en donde quiera que estés te dedico parte de este triunfo ya que me enseñaste mucho como las ganas de triunfar, porque se las ganas que tenías de ser una gran doctora, hubieras sido la mejor, te quiero y te llevo siempre en mi corazón.*

***Lupita** eres una gran amiga y compañera me da mucho gusto que la vida nos halla puesto en el lugar y el momento indicado para conocernos, gracias por aguantarme y siempre tener palabras para mi, la estancia en la escuela no hubiera sido lo misma sin ti, las chavas y el borre. **Jorge** gracias por todos los momentos agradables y también los desagradables que jamás olvidaré, porque en los instantes que pude haberme caído y no seguir con este sueño, tu me levantabas, eres un gran apoyo y un gran amigo, sabes que te adoro.*

Eric sabes que eres especial y que fuiste gran apoyo y parte de este sueño que hoy se realiza, gracias flaco por todo, eres de las personas que conoce todo lo que he vivido y con tu amor, ayuda, apoyo, tus brazos siempre abiertos para mi y por tu compañía has sido se gran ayuda para seguir adelante, te quiero.

A mis maestros y asesores. *Rene* que considero fue el mejor maestro dentro de mi formación académica, además de ayudarme en un momento difícil de mi vida y Gracias a ti *Juanita* por la dedicación como maestra, por tu apoyo y tiempo en este proyecto y porque no solo eres una gran maestra, si no una gran amiga y ser humano. *Maricela y Enrique* gracias por su apoyo y tiempo y por permitirme ser parte de esta investigación.

A la *UNAM* pero sobre todo a la *FES Iztacala* por abrirme sus puertas, por su experiencia, conocimiento y formación como profesional.

OTRA VEZ GRACIAS A TODOS POR SER PARTE DE MI VIDA, POR CONFIAR EN MI Y POR SER PARTE DE ESTE SUEÑO Y ACOMPAÑARME EN EL CAMINO. LES DEDICO ESTE TRIUNFO.

LOS AMO

ATTE. TANNYA RUBIO

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre por su apoyo, incondicional.....tus sabios consejos siempre los tendré presente

Gracias por confiar en mi, guiar mi camino hacia el termino de mi gran sueño; por no permitir que las adversidades derrumbaran mis deseos de seguir en la lucha que sabes fueron fuertes y severas pero que a pesar de los tropiezos nos levantamos. Recordarme que los valores son parte importante para todo ser humano y más no olvidando la humildad y la honestidad en mi trabajo.

Gracias por permitirme llegar a esta etapa, vivirla, disfrutarla pero sobre todo saber que puedo ser útil a mis semejantes....gracias por la vida, tu confianza, apoyo y te eterno amor.

TE QUIERO.....

A Dios nuestro señor por permitirme llegar a la cumbre, por su eterna fortaleza y protección divina que día a día alumbraban mi camino y mis decisiones.

A mis hermanos forman parte de este éxito, gracias por su apoyo incondicional. Cada uno de ustedes dejan grabado en mi mente y corazón que la lucha y la confianza son fundamentales.

Mis amigos:

Jorge eres una gran persona que quiero mucho, compartimos la misma lucha profesional, pero a su vez grandes momentos de felicidad y tristeza, acudiste a cada llamado mío en momentos difíciles de mi vida, me apoyaste cuando más lo necesite; siempre tenias alicientes para levantarme y no dejarme derrotar, jamás olvidare tu apoyo y tu confianza que depositaste en mi, al igual de aquellos momentos agradables que vivimos y pasamos juntos cada aventura de la vida que compartimos de la cual aprendimos y me enseñaste a madurar y ver que la vida debe ser disfrutada con amor. Gracias amigo

Tannya conocerte fue maravilloso, encontré en ti a una gran amiga y un ser extraordinario, noble y sensible, claro con carácter, como olvidarlo forma parte de tu personalidad y esencia gracias a tus cualidades obtuve una gran amistad, compartimos grandes momentos, el vivir cada instante de la carrera y de nuestras vidas fue fantástico. Gracias por abrirme la puerta de tu corazón, por confiar en mi, apoyarme cuando lo necesite.

Pensé que íbamos a tardar en volver a trabajar juntas y el destino se encargo de juntarnos en este proyecto por el cual luchamos y que hoy concluimos satisfactoriamente, formas parte de este éxito tus consejos me sirvieron demasiado, me permitieron darme cuenta que se tienen errores en la vida y es necesario corregirlos en el momento preciso.

A la familia López Rentarúa por ser parte de mi formación, y culminación de este proyecto sus consejos, entereza y el apoyo incondicional que me brindaron fue maravilloso, gracias por confiar en mi y abrirme las puertas de su hogar y de sus corazones, son grandes seres humanos.

Especialmente quiero agradecer a José Manuel fuiste y serás parte de mi desarrollo profesional haber trabajado contigo fue maravilloso, tu entusiasmo, entereza y entrega fueron parte esencial en el trabajo terapéutico, aprendí mucho de ti, agradezco tu confianza, tu apoyo. Gracias por permitirme guiarte y ser parte de ese cambio...

A mis profesores

Maricela

Agradezco la oportunidad que nos brindaste durante la realización de este proyecto, el tiempo y paciencia que ocupaste para guiarnos a realizar un buen trabajo.

Gracias por permitirnos ser parte de este proyecto y apoyarnos.

Enrique

Gracias por aceptarnos ser parte de esta investigación, y estar en el momento que lo necesitamos; contribuir con tus ideas y sabios consejos, para concluir un trabajo satisfactoriamente.

Juanita

Primeramente mi admiración por ser una gran profesora y una gran persona.

Gracias por escucharme en momentos difíciles y ocupar un poco de tu espacio para dedicármelo, y guiarme en mis decisiones tanto personal como profesionalmente ; agradezco infinitamente la invitación para formar parte de esta investigación y estar en cada momento con nosotras a orientarnos y guiarnos a la culminación de este proyecto, haber compartido parte de tu tiempo con nosotras para lograr un sueño que lo veía inalcanzable pero con tu apoyo lo logramos. Mil gracias.....

A la Universidad Nacional Autónoma de México por hacer realidad mi deseo de pertenecer a esta gran institución que admiro y quiero, no olvidando desde luego al campus Iztacala que fue la pieza importante para lograr mi objetivo una institución maravillosa de la cual me llevo gratos recuerdos y momentos agradables, gracias a ti aprendí muchas cosas que ignoraba y pensaba no existían. Es para mi un orgullo...

ATTE. GUADALUPE CASAS ROSAS

I N D I C E

	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	11
SALUD Y ENFERMEDAD	
1.1 Antecedentes	11
1.2 Definiciones	24
CAPÍTULO II	40
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
2.1 Antecedentes	40
2.2 Definiciones	45
2.3 Desarrollo	49
2.4 El psicólogo de la salud	54
2.5 Vinculación con otras áreas	56
2.5.1 Medicina Comportamental	56
2.3.2 Salud Comportamental	59
2.3.3 Medicina Psicosomática.	60
2.3.4 Psicología Médica	61
2.3.5 Psicología Clínica	64
2.3.6. Sociología Médica	65
2.3.7 Antropología Médica	66
CAPITULO III	69
LAS CREENCIAS Y ACTITUDES EN LOS HÁBITOS DE SALUD	
3.1 Hábitos de salud	69
3.2 Las creencias	79
3.3 Las actitudes	82

CAPITULO IV	90
ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
4.1 Promoción de un estilo de vida saludable	90
4.2 Prevención	97
4.3 Evaluación	100
4.4 Tratamiento	103
CAPITULO V.	108
MÉTODO	108
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	112
RESULTADOS	115
ANÁLISIS DE RESULTADOS	233
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	241
REFERENCIAS	250

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación de tipo no experimental, descriptiva de diseño transversal, que tuvo objetivo describir los hábitos de salud (positivos y negativos) y conocer como estos se relacionan con las creencias y actitudes de una población que vive en la zona metropolitana; asimismo correlacionar la edad y el sexo para detectar si son factores influyentes en la adquisición de hábitos positivos y negativos de salud. El estudio se realizó con una muestra de 966 sujetos, 430 del género masculino y 536 del género femenino, cuya edad oscilo entre los 17 y 77 años de edad. Para recabar los datos se utilizó el instrumento “Funcionamiento de salud” (Ramírez y Cortés, 2000). Para la obtención de la correlación de los resultados se empleo la prueba no paramétrica ji cuadrada y el coeficiente de Pearson por medio del programa estadístico SSPS versión 10.0; arrojando que la escolaridad no es un factor influyente para la adquisición de hábitos positivos, sin embargo en el género se encuentra datos significativos importantes. Al correlacionar los hábitos de salud con las creencias y actitudes se encontró que la mayoría de la población tiene un buen cuidado y vigilancia de su cuerpo y su salud.

INTRODUCCIÓN

El ser humano desde su aparición ha luchado por su supervivencia, es por eso que una de sus mayores preocupaciones es la salud e intentar explicar las causas de la enfermedad.

El problema de tener un concepto de salud nos lleva a regresarnos a nuestros antepasados por saber como la conceptualizaban y como que ha ido cambiando a través del tiempo tanto la definición como los cuidados de las personas según el lugar y la época donde se encuentran.

Por eso el interés de esta investigación en ahondar respecto a la salud, hábitos, creencias y actitudes de las personas. En el primer capítulo comenzaremos por retomar información respecto a los antecedentes de la salud, es decir como concebían este término en diversas épocas y lugares que va desde la prehistoria hasta la actualidad.

Así como la diversidad de definiciones que algunos autores han tratado de definir con respecto a salud y enfermedad, en donde algunos la delimitan como la ausencia de enfermedad; sin embargo son muchos los autores que no están de acuerdo con ello ya que consideran que no es la simple ausencia de enfermedad si no un estado de bienestar físico y psicológico. Otros la consideran como un estado de simple adaptación, sin embargo y aunque hay diversas no se han llegado a unificar las definiciones.

En cuanto a la etiología de la salud y enfermedad hacemos referencia que no tienen una causa única, sino que intervienen diversos factores como: genéticos, ambientales, socioeconómicos, demográficos, culturales y educativos. No olvidando el término de enfermedad desde diferentes puntos: psicológico, biográfico y social; como lo mencionan, Llor, Abad, García y Nieto..

La enfermedad es una mala experiencia que acusa angustia y produce inestabilidad emocional. Además de las lesiones físicas existe también la pérdida de aspectos importantes de la personalidad, como la pérdida de alguna función o parte del cuerpo, actitudes acerca de la causa y el resultado que espera de un estado particular. La personalidad también influyen en el grado de amenaza de la enfermedad, ya que la

persona presenta una serie de emociones como la negación, cólera, regresión o aflicción.

Después de conocer los antecedentes y definiciones de salud y enfermedad empezamos a relacionar a la psicología con ello; nace la Psicología de la salud, las razones que influyeron en su aparición primeramente son el gran cambio de las causas de mortalidad, estos cambios indican que las personas ya no se mueren principalmente por contagio de ciertas gérmenes, es decir por enfermedades infecciosas, si no por las conductas de la gente, otro factor que influyó es el costo elevado de la atención de salud y esto se ve reflejado en conductas y estilos de vida deficientes. El capítulo 2 abarca a la Psicología de la Salud desde los antecedentes y las definiciones que también han sido diversas, los modelos de salud como el biomédico y el biopsicosocial (uno de los principales antecedentes en surgimiento de la psicología de la salud), el desarrollo en donde encontraremos datos estadísticos, la importancia que tiene el papel, las funciones y las áreas de intervención del psicólogo de la salud, así como la vinculación de esta disciplina con otras áreas como la medicina psicosomática que fue la primera en interesarse en la relación existente entre las emociones y los desordenes físicos, la psicología clínica, la medicina comportamental, la antropología médica, la sociología médica, etcétera.

En uno de los apartados de este capítulo veremos una clasificación de factores que influyen para el mantenimiento de la salud, como son: factores socioeconómicos, culturales, orgánicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Existen factores que influyen en el mantenimiento de hábitos saludables como lo son las creencias y actitudes; y también estas de forma positiva pueden contribuir a evitar una enfermedad o mantener un estado saludable. Por eso es que el capítulo 3 se enfoca principalmente al objeto de estudio de esta investigación ya nos habla de las creencias, actitudes y los hábitos de salud de las personas.

Existen hábitos, actitudes y comportamientos que son positivos y otros que son negativos para la Salud). Proteger y mejorar la Salud supone abandonar los hábitos negativos y adquirir y realizar hábitos beneficiosos para la Salud, entre los cuales se encuentran la adherencia al tratamiento, estilo de vida minimizador de emociones negativas, nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, conductas sexuales responsable, evitar el consumo de drogas, realizar con regularidad alguna

actividad física e higiene personal. Otro de los puntos importantes que se revisarán son la modificación de conducta para cambiar las creencias y actitudes, así como la revisión de instrumentos de evaluación en estos aspectos.

En cuanto a las actitudes existen factores que llevan a la gente a no buscar atención médica a pesar de que saben que la necesitan estos son la edad, el género, nivel socioeconómico, la cultura, características de los síntomas, versión personal de la enfermedad, etcétera y se profundizará en ellos en este capítulo.

En el capítulo 4, hablaremos de las áreas de intervención de la psicología de la salud que son: La promoción de un estilo de vida saludable, la prevención, la evaluación y el tratamiento.

En cuanto a la promoción de un estilo de vida saludable se mencionan que algunos contextos relevantes como el contexto urbano, el familiar, el laboral y el de ocio ya que en cada uno de estos el estilo de vida varía.

En este apartado se abordará la educación para la salud porque como ya vimos la gente no se comporta saludablemente por diversas razones por lo que es necesaria tanto a nivel población como a nivel personal. Es fundamental que el ser humano tenga conocimiento necesario de las implicaciones y la importancia de una buena salud, ya que de esto dependen las conductas con respecto a su salud. La educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en las que se debe sustentar el cambio de los sistemas sanitarios para lograr una buena salud.

El segundo apartado de este capítulo se refiere a la prevención donde revisaremos los diferentes tipos y su funcionalidad. Posteriormente revisaremos las diferentes formas de evaluación y por último algunas alternativas de intervención y tratamiento.

Para finalizar, el trabajo en el capítulo 5 se presentará el método empleado para la investigación, los resultados y el análisis de los mismos.

CAPITULO 1.

SALUD Y ENFERMEDAD.

1.1 ANTECEDENTES

El tema de la salud ha sido una constante preocupación en todas las sociedades y culturas, su definición e interpretación ha evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento.

La evolución histórica del concepto de salud esta marcada no solo por el desarrollo de los métodos para abordarla y, por tanto, de la capacidad de comprender y explicar este fenómeno vital, sino también por un aspecto social muy trascendente (Colomer y Alvarez-Dardet , 2001).

Desde nuestros antepasados ha existido diferencias entre el valor dado a la salud y enfermedad. A través del tiempo, la concepción de estos conceptos ha ido cambiando, iniciaremos este capitulo haciendo un recorrido a través de diferentes épocas y lugares para conocer más acerca de la evolución y el cambio de dichos conceptos.

La prehistoria

El hombre prehistórico atribuía el origen de la enfermedad a una de las siguientes causas: el hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto al cuerpo, la posesión por espíritus malignos y la perdida del alma; por lo tanto era común el empleo de amuletos que los protegieran de estas situaciones.

Herreman, (1987) refiere que en ésta época la capacidad curativa del médico primitivo radicaba en la capacidad de liberar una fuerza interior que posee el individuo enfermo, activado con sus ritos y su influencia mágica. Cuando la mente primitiva piensa que la enfermedad se debe a la infracción de un tabú, el médico primitivo cuenta con poderosos recursos terapéuticos, entre los que destaca la “confesión” del enfermo. Al declarar las faltas morales, el enfermo se libera del sentimiento de culpabilidad que le angustia y que conscientemente acepta haber cometido. Los ritos de purificación

corporal con el agua, el ayuno, las dietas, los vómitos y las purgas tienen especial interés en el tratamiento de las enfermedades.

Las primeras civilizaciones

a) Egipto. 3000 a.c.

El conocimiento de la anatomía y fisiología fue escaso. La génesis de la enfermedad se interpretó como en todas las culturas antiguas, como producto del azar o como castigo de los dioses debido a una transgresión social o religiosa. Sin embargo, en algunos casos las razones eran obvias, por ejemplo el consumo de algunos alimentos, venenos o presencia de gusanos. Las prácticas médicas estaban al servicio de los nobles o del Estado; también eran compartidas con los sacerdotes (enfermedad como castigo divino) y con los magos (enfermedad como posesión demoníaca). Esta profesión era heredada y requería de aprendizaje.

La tradición egipcia relacionó las crecidas del río Nilo con la salud y la enfermedad, las subidas del nivel de las aguas significaban abundantes cosechas y salud, mientras que los bajos niveles acarrearían el hambre y las epidemias. Su alimentación consistía en legumbres, frutas, huevos, algo de pescado, poca carne, y excluían de su dieta el cerdo y las bebidas alcohólicas. Los Egipcios hacían uso frecuente de baños y abluciones y fueron cuidadosos de la higiene personal, la limpieza de su ropa, la higiene en sus casas y en la preparación de los alimentos. Consideraban la salud como el estado natural del ser humano. La enfermedad podía clasificarse en dos grupos: aquellas cuyos síntomas eran evidentes, tales como los traumatismos, heridas, fracturas o quemaduras, en las que generalmente no se apelaba a explicaciones de tipo mágico, y el de aquellas cuyas causas era desconocida e invisible, en cuyo caso se daban razonamientos etiológicos de tipo mágico o metafísico. Los alimentos inapropiados o mal combinados podían ser considerados como causa de diversas enfermedades. La alimentación inadecuada era origen de enfermedad; aunque no empleaban la dieta como ayuda de la terapia (Herreman, 1987).

b) China. 1027 al 256 a.c.

Antes de la dinastía Chi'in (221-202 a.c.), la enfermedad se interpretaba como producto del desequilibrio entre el Yin y el Yang, como el resultado de un proceso mágico o como producto de causas físicas externas. Destacan enfermedades como trastornos mentales, fiebres y epidemias.

A partir de la dinastía Chin se dice que el cosmos está formado por elementos distintos: el agua, el fuego, la tierra, el metal y la madera y el hombre que es el resultante de una combinación de estos elementos. Correspondientes a éstos elementos el organismo humano posee cinco órganos primarios: corazón, pulmón, hígado, bazo y riñón; y cinco órganos secundarios: intestino delgado, intestino grueso, uréter, vesícula y estómago. La enfermedad se interpreta como influencia demoníaca, que traduce en el desarreglo de los elementos; sin embargo, se empiezan a mencionar otras causas naturales como influencias climáticas (viento, calor, frío); trastornos de dieta, excesos sexuales, efectos nocivos de ciertas sustancias tóxicas y trastornos emocionales. Las enfermedades que predominaban eran la diabetes, el raquitismo, la lepra, la sarna, el tétanos y algunas parasitosis (Herreman, 1987).

Para Restrepo, (2001) fue también muy importante los principios del Yin Yan; menciona otras medidas que se desarrollaron como la higiene y la cultura física. Entre las medidas higiénicas se recomienda la práctica sexual para el florecimiento de la familia, la satisfacción de la libido y como ejercicio fisiológico que contribuye a prolongar la vida. También recomiendan el ejercicio físico, así como los estados de reposo y meditación. El ejercicio rítmico, basado a veces en los movimientos de los animales, es otra forma de meditación y vivencia de nuestra integración con el mundo que nos rodea.

Surge la acupuntura, la cual consiste en introducir agujas metálicas en puntos, canales y meridianos correspondientes a los principios vitales, con le fin de estimularlos o inhibirlos. Ésta técnica tuvo mucho prestigio y hasta nuestros días; incluso se ha extendido al mundo occidental.

c) India

En la India antigua también tenían cinco elementos cósmicos: luz, aire, fuego, tierra, agua; que determinan cambios en los propiamente orgánicos: quilo, sangre, savia, carne, médula, grasa, hueso y esperma. La salud es el orden y el equilibrio de los elementos y la enfermedad es el desequilibrio o el desorden de los mismos y solo el “terapeuta” debía ayudar a establecer el equilibrio. La enfermedad es considerada fundamentalmente producto de la influencia divina ya que los dioses tienen poder tanto para enfermar como para curar. Los demonios son igualmente causa de enfermedad, así como los son los trastornos de dieta y ciertos factores ambientales. Sea cual sea la causa, la enfermedad se debía a los desordenes sufridos por los elementos orgánicos (Herreman, 1987).

Los desequilibrios de la relación del individuo con el medio (alimentación, intemperie climática, estaciones, género de vida, etc.) son las causas más importantes de enfermedad. El tratamiento médico tenía un sentido de ser una ayuda de los seres humanos al restablecimiento del orden del cosmos, un orden religioso, moral, y físico, que la enfermedad había alterado.

d) América Precolombina

Los incas y los mayas veían la enfermedad con una idea de transgresión ética-moral o espiritual. Los incas tenían cada año un día de purificación en los ríos, a cuyo cauce acudían los reyes a confesar los pecados para que fueran al mar y son bien conocidos los ritos de purificación hindúes en las aguas del Ganges. Es popular el uso de los baños de vapor por los indios precolombinos como parte de un ritual religioso e higiénico para la curación de las enfermedades. Los incas empleaban en los tratamientos los números, como los pitagóricos; por ejemplo, 13 días de ingerir un fármaco para los hombres y 9 para las mujeres. Los mayas utilizaban también la confesión expiatoria de los pecados del enfermo. (Guerra, 1982).

Otro de los grupos indígenas son los aztecas que creían que la enfermedad era causada por los dioses o por hechiceros enemigos. Recibían el nombre del día en el que nacían y sus horóscopos regían el destino, la profesión, la enfermedad, la salud y la duración de la vida. Los aztecas diagnosticaban la enfermedad empleando el horóscopo y tenían en

cuenta la influencia de los astros en los diversos órganos del cuerpo. En la curación, además de los medicamentos, utilizaban el *temazcal*, baño confeccionado en adobe de un metro y medio de alto por dos y medio de longitud, en donde se practicaba una terapia higiénica y purificadora ritual; se hacía sudar al enfermo y se le aplicaban masajes (Guerra, 1982).

e) Grecia

La medicina griega se divide en varias etapas:

1. Antigua u Homérica. Según la metodología griega, Asclepio, Hijo de Apolo, es instruido por el centauro Quiron en el arte de curar enfermedades, convirtiéndose así en el Dios de la medicina. Epione, esposa de Asclepio, tenía atributos para combatir el dolor, y sus hijos Higeia, Panacea y Telesforo son los responsables de la prevención, del tratamiento y convalecencia. Los enfermos acuden a los templos a buscar alivios. La incubación en el abatón es decir, la terapia a través del sueño en los templos, se mantuvo vigente por muchos siglos. Higea, dio origen a la palabra “Higiene”. Para los griegos la higiene era de suma importancia, a Higea se le conocía como diosa del arte de estar sano, entendiéndose esto como la moderación para vivir; Panacea era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos (Restrepo, 2001).

Según la tradición Aaclepio fue el primer médico en hacerse célebre por el manejo del cuchillo y de las hierbas medicinales. Y el equilibrio entre Panacea e Hygea se ha roto en la actualidad con la exagerada supremacía de lo curativo.

En estos tiempos se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor es decir un envejecimiento sano. Los filósofos griegos consideraron que esto solo era un don de los dioses.

2. Prehipocrático o de los filósofos científicos: Ante el reto de conocer la naturaleza del cuerpo humano se desarrollan dos teorías filosóficas para Demócrito (46-37) el universo esta compuesto por espacio y partículas minúsculas; para Heráclito (500) la composición universal parte de 4 elementos primarios, el fuego, el aire, el agua y la tierra de cuyas distintas combinaciones

se forman las cosas. Estos elementos poseen propiedades o fuerzas: para el agua lo húmedo; para la tierra lo seco; para el fuego, el calor; y para el aire, el frío. El equilibrio escrito entre estas fuerzas contrarias y su correcta proporción determinan la salud del individuo.

El inicio de una actitud científica en la medicina hipocrática fue resultado del interés de los griegos por el cuerpo humano. En el año 776 a.C. se inician las olimpiadas y la creación de los gimnasios. Se ponía especial cuidado en atender el bienestar y salud de los atletas, la selección de sus dietas, el entrenamiento físico, las técnicas de fisioterapia y masajes, y el tratamiento de lesiones traumáticas y algunos padecimientos por médicos experimentados. Pero en el nacimiento de la medicina científica griega fue aún más importante la influencia de los filósofos presocráticos, preocupados por conocer la *physis* o naturaleza de las cosas, y en explicar el origen y la constitución del mundo material. La dedicación fundamental de la ciencia presocrática consistió en explicar el origen y constitución de la materia a partir de uno o más elementos (Hayward, 1956).

Otro filósofo importante es Demócrito, que con base en su interpretación atómica, reconoce a las sensaciones, como la resultante del contacto entre el cuerpo y los átomos que lo golpean (Herreman, 1987).

3. Hipocrática. Se desarrolla la teoría humoral, que se mantendrá vigente hasta el Renacimiento. Según esta teoría, a los cuatro elementos antes ya señalados corresponden, en el organismo, cuatro humores, cuya mezcla, en distintas proporciones, forman todos los elementos biológicos.

La idea de la teoría humoral surge al observar la sangre coagular. El suero es la bilis amarilla o colé, se localiza en el hígado y vías biliares y corresponde al fuego; la fibrina es la flema o pituita, se localiza en el cerebro y los nervios y corresponde al elemento agua; la parte roja del coagulo o hema esta en el corazón o en los vasos sanguíneos y corresponde al aire; finalmente la parte oscura del coagulo, melancole o atrabilis corresponde a la tierra y se encuentra en el estómago y bazo. En el lenguaje filosófico, cada humor tiene distintas

propiedades: caliente y seco para la bilis amarilla, frío y húmedo para la flema o pituita, caliente y húmedo para la hema y frío y seco para la bilis negra o melancóle. La salud puede, entonces interpretarse como la proporción adecuada de los distintos humores, la correcta interrelación entre las distintas partes, el flujo normal del neuma (aire) por todo el organismo y la relación armónica del organismo con su entorno.(Hayward, 1956).

Para Hipócrates y su escuela la enfermedad es un desorden de la *Phycis* (naturaleza de las cosas), y por tanto es un proceso natural, por lo que queda eliminada la interpretación mágica y religiosa. Las causas de las enfermedades son múltiples y asientan en su propio organismo, (por lo que intervienen la edad, el sexo, la raza y la constitución) o fuera de el (influencias del clima; de la dieta, traumatismos, venenos, etcétera.)

Para un hipocrático lo importante es la armonía con la naturaleza y todas las enfermedades consisten en desórdenes de la naturaleza, está es la protagonista de la curación donde recobra su armonía y en algunas ocasiones el médico debe intervenir para ayudar a llevar a cabo lo que la naturaleza no es capaz de realizar por si sola.

4. Aristotélica. En esta época filósofos griegos dieron su opinión acerca de salud sin necesidad de ser médicos.

Para Platón, la salud es el equilibrio de las fuerzas físicas y anímicas bajo el dominio absoluto del alma; menciona que las causas y origen de las enfermedades son el desequilibrio humoral, las influencias externas contra su orden, las alteraciones del aire y la desarmonía entre el alma y el cuerpo. Platón vive la dualidad alma-cuerpo en el que el cuerpo y su salud tienen un valor relativo, y a veces llega a ver el cuerpo como un objeto muy inferior al alma. (Herreman, 1987).

La influencia de Aristóteles en el aspecto teórico de la medicina fue muy importante. Hijo de médico, hace de su escuela no solo un centro filosófico, sino la escuela médica de donde saldrán la mayoría de los médicos de esa época (Hayward, 1956). Con los seguidores de Pitágoras se ve un antecedente de la psicología de la salud ya fueron mas que médicos, eran una orden religiosa en donde se recomendaba una dieta pura y a esto aumentándole el valor de escuchar música como terapia para restaurar el equilibrio.

La terapia pitagórica estaba basada en higiene, en relación a ejercicios corporales y el empleo de la música como cura. La dieta que tiene como objeto mantener la armonía de cuerpo y alma. La salud se encuentra en “*la medida*” y está debe mantenerse acostumbrando al ser humano al control del estómago, sueño, cólera y burlas, el vino y los placeres del amor.

Como podemos darnos cuenta los griegos tenían una concepción de salud muy significativo, incluso las prácticas de salud para los griegos eran exageradas por lo que Platón lo califico de “enfermedad”.

Pero, como en muchas cosas hay elitismo y como en la actualidad los griegos decían que las recomendaciones de salud eran solo para los aristócratas que se podían dedicar a cuidar el cuerpo, pero no para las personas que se tenían que dedicar a trabajar para poder sobrevivir.

La salud en el Imperio Romano.

Muchos de los médicos griegos se trasladaron a Roma y los médicos romanos aprendieron los rudimentos de la higiene pública; y en si la mayoría del conocimiento de los romanos fue adquirida de los griegos.

En un principio el encargado de la salud de la familia era el padre; sin embargo pronto surgieron médicos de las más diversas tendencias e influídos, en grado variable por la escuela hipocrática.

Con los romanos se tuvo una visión más realista de la salud. Los romanos creían que el exagerado cuidado del cuerpo era inútil y “afeminado” y aparece así una concepción más amplia de salud ya que se incorpora y se le da importancia a la mente (Restrepo, 2001).

Además hay que tener en cuenta que Roma fue un gran nación y cabeza de un imperio, que para mantenerse como tal y abastecer y cuidar a sus ciudadanos realizó grandes obras públicas, además de desarrollar normas de política sanitaria, mercados y enterramientos, entre otras, convirtiendo en públicas las normas higiénicas individuales que tenían los griegos.

El Cristianismo

En 1139 hubo un cambio en donde el enfoque espiritualista de la enfermedad tuvo más auge, esto debido a la influencia de la iglesia católica. La enfermedad era el resultado de una ley divina; la curación era vista como resultado de la fe y el arrepentimiento del pecado (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Para el Cristianismo el espíritu era el elemento principal de la salud ya que se creía que duraba más que el cuerpo; no eran necesarias dietas, ni ejercicios, sino bautismos. El Cristianismo influye de manera decisiva la práctica médica. Fomenta las prácticas supersticiosas, tales como la magia, la astrología, la alquimia o el hermetismo.

Las grandes pandemias medievales fueron la sífilis, la lepra y la peste. La mayor pandemia de la historia fue la peste o muerte negra, aparecida en Europa en 1347 (Guerra, 1982).

Debido a todas estas enfermedades la caridad cristiana da origen al hospital, quizás el progreso más importante de esta época, e institución que se extiende por toda la Europa occidental, anexa a los monasterios y la atención hospitalaria especializada es llevada a cargo por los monjes. El hospital cristiano no fue una institución asistencial para toda la población, conforme a su idea original, sino un centro para acoger desvalidos.

La situación cambió en el siglo XII con las traducciones de los antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes. Estos estaban dirigidos de alto rango presentando en verso como un manual de medicina doméstica donde el régimen alimenticio ocupaba el lugar primordial y este exaltaba el valor de la leche, los quesos y las nueces.

Los árabes

La medicina árabe estaba íntimamente unida a la religión y a los usos y costumbres de la sociedad y la cultura.

La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina y con relación a la promoción de la salud, el filósofo judío Maimónides escribe un libro sobre las causas y la naturaleza de la enfermedad, en donde hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre la salud física y mental. Los musulmanes construyeron hospitales que contaban con bibliotecas, jardines, patios de lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos, por las noches se tocaban melodías para adormecer a los que sufrían de insomnio, además del dinero que se le daba a los enfermos para que pudieran subsistir hasta poder regresar a trabajar (Restrepo, 2001).

Se adopta la postura Galénica, para la interpretación de la enfermedad, con sus principios inmutables: humores y potencias. La terapéutica en el mundo árabe, consta de las tres ramas galénicas tradicionales; la dietética, entendida como regulación total del género de vida; la farmacología y una cirugía muy poco desarrollada. La dietética va dirigida a evitar la enfermedad mediante reglas muy sencillas para los pacientes. Tratan de regular las seis cosas no naturales del galenismo: aire y ambiente; comida y bebida; sueño y vigilia; trabajo y descanso; ingesta y excreta y movimientos del ánimo. Son también importantes: la luz, el aire, el agua, la situación geográfica y las condiciones climatológicas, así como mantener el ritmo del trabajo y el descanso, del sueño y la vigilia, la higiene, la higiene sexual y los “afectos del alma”. (Herreman, 1987).

La edad media

En este período las ideas colectivas con respecto a la salud se vieron influidas por el oscurantismo religioso, considerándose la enfermedad en general y la peste negra en particular como la expresión de la cólera divina (Colomer y Álvarez- Dardet, 2001).

Durante la Edad Media se da un deterioro importante en todos los campos del saber. La salud se limita a la práctica monástica con base en escasos conocimientos a través de algunos escritos griegos y latinos.

Cada vez adquiría mayor reconocimiento el enfoque espiritualista de la enfermedad debido principalmente a que la práctica médica fue quedando en manos de la iglesia católica. La enfermedad se veía como la violación de la ley divina, la cura por lo tanto era vista como el resultado de la fe y el arrepentimiento del pecado.

El Renacimiento.

En los siglos XV y XVI no hubo grandes avances en cuanto a salud se refiere, con pocas excepciones. El cuerpo humano con Leonardo da Vinci dejó de ser solamente un “instrumento de pecado”. En la historia de la salud pública hay un nombre importante, Francastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de ellas (Guthrie, 1947).

Un suceso importante en esta época es el descubrimiento de América que originó choques entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y de las europeas que tuvieron grandes repercusiones para la salud. Probablemente, no solo intercambiaron enfermedades si no también medidas de prevención y promoción, sin embargo, no se tiene mucha información al respecto. Parece que algunas culturas indígenas estaban más avanzadas que los españoles en la concepción de salud. Después de la conquista de América uno de los hechos más negativos, es el gusto que despertó el tabaco y el aumento de su consumo hasta la fecha (Restrepo, 2001).

Es en éste período cuando surge el modelo Biomédico que cambio la historia de la medicina.

Este modelo encontró su fundamento en doctrinas que defendieron el dualismo cuerpo-mente cuyo principal representante es René Descartes, quien plantea que lo físico y lo espiritual, son dos realidades separadas, mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual. Desde esta perspectiva el cuerpo es visto como una máquina y la enfermedad sería entonces el fallo de algún elemento de la máquina; el trabajo del médico es diagnosticar dicho fallo y reparar la maquinaria (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

En este modelo, que se revisará mas adelante, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión bioquímica que descartan los factores sociales o psicológicos.

Siglos XVII y XVIII

El Siglo XVII corresponde a la época Barroca y alcanza grandes avances en la medicina. Aparece el método experimental en las ciencias y cambia el concepto del mundo con Copérnico, Kepler, Newton y los nuevos instrumentos como el microscopio y el termómetro.

Tal vez el descubrimiento que más trascendió fue el del microscopio y con esto el hallazgo de seres vivos causantes de enfermedades. En el siglo XVIII se le vuelve a dar importancia tanto a la salud física como a la mental, para el individuo y la sociedad, además de hacer grandes esfuerzos para promoverlas (Restrepo, 2001).

Jhoann Peter Frank, en Alemania trato pacientes, reorganizo hospitales, enseño a estudiantes y denunció que la pobreza en Pavia era la principal causa de enfermedades.

La educación era entonces el remedio y uno de los mejores exponentes en el campo de la salud pública fue John Locke, quien formuló un programa de salud física y mental a través de la educación.

Antes de 1978 la salud era considerada como mera ausencia de enfermedad, desde un nivel orgánico. En 1978 La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la "Salud" como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Presentando así el concepto de salud como algo positivo que integra al hombre en los ámbitos físico, mental y también social.

Siglo XIX: la medicina social.

El siglo XIX tuvo grandes adelantos científicos; Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Show, son nombres de ilustres que contribuyeron en el campo de la promoción para la salud.

Edwin Chadwick, por ejemplo, se colocó entre los pioneros de la salud pública inglesa con *Leyes de pobres*. La publicación que más se le conoce son las *Condiciones Sanitarias de la Clase Trabajadora*. El Francés Louis-René Villarme también fue autor de denuncias sobre la salud de obreros de la industria textil. Federico Engels, quien no siendo del área de la salud escribió varias obras sobre las enfermedades y los sufrimientos de los trabajadores; describió las enfermedades ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, en fin, las raíces de las enfermedades y la muerte prematura de los trabajadores en Inglaterra; también analizó la mala distribución del personal médico y efectuó un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social (Ashthon, 1993).

En este siglo la medicina sufrió numerosos cambios, tanto en sus fundamentos doctrinarios como su estructura y aplicación, son varias disciplinas las que se integran a la medicina de forma definitiva en lo que se refiere a las áreas cognoscitivas como la antropología, la genética, la inmunología, la sociología y la psicología. Esto trae consigo nuevos horizontes aplicativos y nuevas fuentes de retroalimentación. Las demandas y las necesidades cada vez mayores hacen que, en el campo de la salud, los sistemas sanitarios deban adoptar nuevas estructuras para poder satisfacerlas.

La evolución histórica de las relaciones entre salud, enfermedad y sociedad ha sido estudiada, entre otras disciplinas, por la epidemiología histórica; y se pueden distinguir tres grandes periodos, como se muestra en la tabla 1 (Colomer y Alvarez-Dardet, 2001):

1. Época de grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas. Hasta finales del siglo XVIII y comienzos del XIX en el mundo occidental.
2. Época de las enfermedades infectocontagiosas crónicas: Cabría situarla entre los otros dos períodos, variando su aparición entre los distintos países en función del proceso de industrialización y desarrollo económico y social
3. Época de enfermedades sociales no infecciosas. Correspondería con el siglo XX para la mayoría de las naciones desarrolladas.

Conocimientos de salud a través de la historia.

Periodos históricos	Situación del conocimiento
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Antes del siglo XIX: Grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas y grandes carencias nutricionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Insuficiencia para explicar las causas naturales de la enfermedad y sus mecanismos de producción.
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Siglo XIX: Cambios en el sistema social: la Revolución Industrial. Desarrollo de las enfermedades infectocontagiosas crónicas, distribución desigual de los alimentos y presencia de aglomeraciones urbanas. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Aparición de la higiene social. Se sientan las bases de la Prevención y de la Epidemiología.
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Siglo XX: Extensión de las enfermedades sociales, tanto de carácter infeccioso como no infeccioso, con origen en los estilos de vida no saludables. Problemas medioambientales y demográficos. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Desarrollo del conocimiento científico y crecimiento de la ciencia médica. Aparición de la teoría de sistemas y extensión de la ecología. Impulso de la sanidad internacional.

Tabla 1. Se presentan la situación en estas épocas de los conocimientos sobre salud y enfermedad.

Después de la revisión de la historia, ahora veamos los cambios que ha habido en las definiciones de salud y enfermedad.

1.2 DEFINICIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD

Preguntar que es la salud y que es la enfermedad es como preguntar y preguntarse sobre que es la vida. Es una pregunta difícil de explicar y con un sin numero de condicionamientos sociales, culturales, económicos, religiosos, políticos, etcétera.

SALUD

Como ya se ha mencionado, el concepto de salud se ha visto influenciado por la evolución social. No solo los cambios sociales, los económicos, si no también el interés de la sociedad por la salud y la participación de profesionales en este campo, han ido determinando cambios conceptuales importantes.

Primeramente, es importante tomar en cuenta que la salud es considerada en todas las sociedades como uno de los grandes valores individuales y colectivos, al que las personas e instituciones dedican gran parte de sus recursos, tanto materiales como intelectuales. Junto con valores como la justicia, la libertad o la educación (Colomer 2001). La salud es considerada como un bien al que las personas tienen derecho y por tanto es necesario conservarlo.

Etimológicamente el término salud proviene del latín *salus*, que significa “las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.

Desde el punto de vista del lenguaje humano, ha estado considerado de diferentes maneras. El concepto más generalizado por la mayoría de los lingüistas es su interpretación como una analogía de plenitud, totalidad o armonía; dicha analogía incluye cierto matiz subjetivo, sensación de plenitud y bienestar.

La salud más que una definición biológica requiere tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación, por ejemplo ecología, ambiente, sociedad, cultura, etcétera.

Definir salud o establecer un concepto de esta, es un intento por abstraer una percepción de la normalidad como en el de norma o ideal que se desea alcanzar (Colomer y Alvarez-Dardet, 2001).

En medicina la palabra normal se utiliza como sinónimo de salud. En biología el hombre está sometido a una variación biológica constante en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas y psicológicas no admiten un modelo fijo, por lo tanto la palabra normal no concuerda con la realidad, pero cuando una característica

estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que produce síntomas no usuales o inconvenientes a nuestra biología entonces esta variación pasa a ser una anormalidad (San Martín, 1981).

Un aspecto a considerar es la variación ecológica, ya que a veces sucede que lo que es considerado normal en un lugar puede ser anormal en otro lugar diferente, esto es una razón para decir que no se pueden definir límites entre la normalidad y la anormalidad. Mientras más complicado sea el organismo vivo, más complejas son las interacciones con el ambiente y más difícil será definir los conceptos de normalidad y anormalidad.

Desde el punto de vista sociológico se debe considerar el contexto y aclarar el campo en el que se define ya que existen diferentes necesidades, de lo contrario hay ambigüedad y confusión en los términos. La noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continua. En los estados de salud y enfermedad existen, una escala de variación con estados intermedios que van desde la adaptación hasta la desadaptación a la que se le llama enfermedad.

Salud y enfermedad son dos grados extremos de variación biológica y son la resultante del éxito y el fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total, en tal que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar colectivo e individual. La salud es un estado muy variable que debe estar constantemente cultivado, protegido y fomentado, y el factor más importante para lograr esto es el nivel de vida, la calidad del ambiente en que vivimos y nuestro comportamiento en relación con la salud (San Martín, 1981).

La salud puede ser estudiada y definida desde diferentes puntos de vista como lo menciona Blaxter (1995): no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva de comportamientos o estilos de vida, bienestar físico, energía o vitalidad, relación social, función y bienestar social. Este autor también plantea que la salud es concebida de diferentes formas a lo largo de la vida y que existen diferencias importantes entre sexos, que no se deben meramente a los aspectos anatómicos.

Por otro lado Wylie (1970), señala que las definiciones de salud pueden ser clasificadas en dos grandes grupos:

- ▣ Grupo asintótico o de principio-fin. Se incluyen las definiciones en que la salud llega a ser una asíntota; es decir, un horizonte al que es posible aproximarse pero que nunca puede alcanzarse. Aquí quedarían incluidas definiciones como la de la OMS en 1948.
- ▣ Grupo elástico. La salud es presentada como la capacidad para resistir la amenaza de enfermedad, y se describe una interacción positiva entre la persona, la comunidad y el ambiente. En este grupo se incluirían la mayoría de las definiciones holísticas y ecológicas de la salud.

Según George Stone (1987) las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas; la primera son aquellas definiciones que consideran la salud como un estado ideal, implica que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud; y la segunda son las que hablan de salud como movimiento de una dirección positiva

Son muchos los autores que han definido la salud a continuación se expondrán algunas de ellas:

Perkins define a la salud como: “un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas sobre él, sino una respuesta activa de aquel, procurado su adaptación (Álvarez, 1998. p.12)

Milton Terris del New Cork Medical Collage, dice que la salud tiene dos aspectos; uno subjetivo y uno objetivo. El primero se refiere a “sentirse bien” y el segundo implica “la capacidad para la función”. Por lo que la define como: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no solo la ausencia de enfermedad o de invalidez”.

Sigerist (1941) plantea que “la salud no es solo la ausencia de enfermedad, si no que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida, y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” (citado en Colomer y Alvarez-Dardet, 2001, p.8).

R. Dubos, ecologista francés, define la salud como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”. El profesor Cornillot dice que “la salud es una noción totalmente subjetiva: no respondo sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de comprensión física, psicológica, mental y social fuera del cual otra situación es percibida como enfermedad” (San Martín, 1991, p.12).

Fritzgerald (1976) define la salud como “la intensidad con que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas internos y condiciones externas”. Este autor argumenta que clasificar todos los problemas de la humanidad como problemas médicos es totalmente antitético con la verdadera salud, puesto que ello limita la habilidad de las personas para aprender a hacer frente al dolor, la enfermedad y la muerte como partes integrantes de la vida” (Colomer y Álvarez, 2001, p.10)

Terris (1987), la define como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El doctor Bersh: define a la salud como un proceso continuo, de variaciones interrumpidas que acompañan al fenómeno vital en el hombre, y cuyos efectos sobre dicho fenómeno se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en el cumplimiento de su fin último. (citado en Blanco y Maya 2000, p. 2).

Carcavallo para el la salud es la correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente que aseguran una vida activa y creadora y una descendencia apta (citado en Sánchez, 2003, p.3).

Algunos países del Tercer Mundo especialmente los africanos, han propuesto la llamada “definición estratégica de salud” que acuerda que “el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos teniendo en cuenta la cooperación activa de la población” (San Martín, 1991, p.12).

Debido a esta polémica acerca de que es correcto: si referirse a salud como bienestar o como la falta de enfermedad la Organización Mundial de la Salud en 1974 propone una definición de salud en la que se contemplan 3 dimensiones: “La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”, aunque ha sido criticada puede considerarse como la más universalmente citada.

Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la [calidad de vida](#) y el bienestar de las personas que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social.

Pensar en la salud como completo bienestar físico, mental y social resulta algo imposible e inalcanzable, algo así como un estado de felicidad celestial.

Cuando un estado es imposible e inalcanzable introduce en sí un elemento perturbador consistente en la *incapacidad* de alcanzarlo pero con la ilusión de tenerlo algún día. Pero de la incapacidad y de la ilusión surge un tercer elemento, la necesidad continua, que permita a la persona no perder la esperanza por un lado, y por otro, que la realidad a que se ve sometida no sea tan difícil.

Dicha definición hace que la gente se cuestione en todo momento si de verdad puede estar sana, alcanzar lo inalcanzable, y a que la institución, implicada en la misma definición, le demuestre en todo momento que siempre tiene algo funcionando mal.

La salud no debe considerarse como un estado, sino como un *proceso*, para percibir en su significado de movimiento y cambio. Debe considerarse a la salud ya no como algo estático, sino con una visión dinámica.

El proceso es también social ya que hay que reconocer en el ser no sólo al individuo aislado, sino como un ente que forma, transforma y es transformado por el medio social. Así que de ser una individualidad pasa a ser una singularidad en lo biológico y social con una normalidad y orden propios. Así salud se puede conceptualizar como: un

proceso dialéctico, biológico, social, singular e interdependiente, dado por las relaciones del ser vital con el cosmos, en un proceso de adaptación en una sociedad con sus relaciones culturales, políticas, económicas, de producción, vitales e históricas propias, que finalmente aparece como una sensación de bienestar en la vida, no definido únicamente por normas o modelos prefijados, masivos o estadísticos.

La salud es un estado de flujo continuo. Cambia año con año y día con día, dependiendo de factores mentales, físicos, sociales y ambientales, así la habilidad para mantener comportamientos saludables a lo largo de la vida. Su mantenimiento implica un proceso dinámico, siempre cambiante y en evolución, demandando una participación activa (Elizondo M y Cid 2002, p.7).

La definición de salud se complica a la hora de evaluar o medir el estado de salud, introduce un factor subjetivo, ya que si se compara la salud como una sensación de bienestar físico, mental y social, toda frustración podría ser considerada una enfermedad.

Muchas de las definiciones han sido criticadas por ser utópicas, puesto que se trata más de un deseo que de una realidad. Parecieran declaraciones de principios y objetivos imposibles de alcanzar.

Otra complicación es que si para los países mas desarrollados el objetivo de la salud es difícil, lo resulta mucho mas en países menos desarrollados donde la mayoría de la población vive en condiciones ambientales infrasanitarias.

Es por eso que algunos autores han propuesto no modificar sustancialmente la definición sino hacer ajustes incorporándole aspectos como la capacidad de funcionar y el aspecto subjetivo de sentirse bien como elementos fundamentales en su aplicación práctica. Blanco R. (2000) menciona que la salud no es un estado sino un continuum, es decir, que se extiende sin interrupción.

Actualmente la salud se acepta como:

Ψ No es un estado sino un proceso.

Ψ No es una utopía sino una realidad cambiante.

- Ψ No está directamente relacionada con un concepto y normalidad.
- Ψ Está intrínsecamente unida a la enfermedad no siendo posible diferenciar claramente cuándo se pasa de la una a la otra.
- Ψ Supera el aspecto biológico, involucrado lo psíquico y lo social, es decir, al hombre integral.

La salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta y ambiente (físico y social).

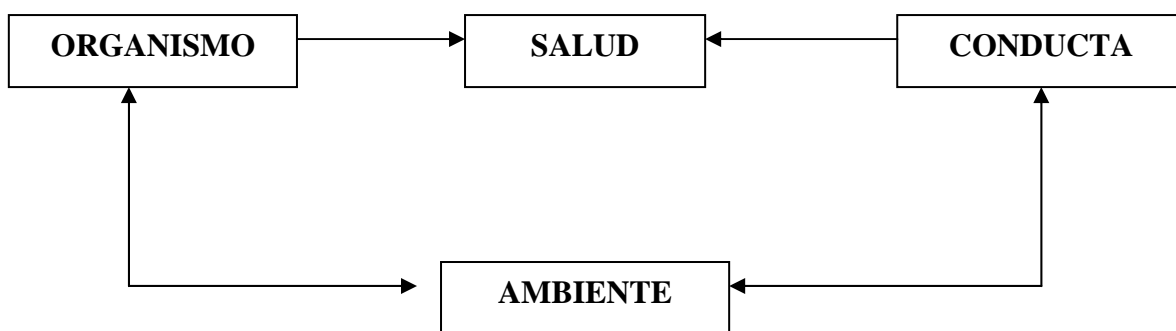


Figura 1. Factores involucrados en la salud.

Es por lo tanto complicado llegar a un acuerdo acerca de cual es la definición de salud más correcta; esto no solo sucede con la definición de salud, también con la enfermedad ya que para poder hablar de ella debemos de conocer su definición. En el siguiente punto hablaremos de enfermedad.

ENFERMEDAD

En cuanto a la definición de enfermedad como ausencia de salud tampoco tiene validez, debido a que existen grados de enfermedad. La enfermedad es un estado de desequilibrio biológico-ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que esta expuesto.

“El termino enfermedad procede del latín infirmitas que significa debilidad, incapacidad, impotencia y minusvalía, y corresponde al griego asthé (de a-, sin y sthénos, fuerza)” (Ridruejo y Rubio 1996, p.462).

Se puede definir enfermedad como una alteración mas o menos grave en la [fisiología](#) o el funcionamiento del cuerpo como organismo biológico, y la salud al estar libre de enfermedad, pero para nuestro efecto, la enfermedad no es únicamente dolor y la [salud](#) no es únicamente ausencia de enfermedad sino un [proceso](#) complejo de adaptación que confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Se puede definir la palabra enfermedad cumpliendo los siguientes tres criterios.

La existencia de un fenómeno patológico.

Es decir si presenta alteraciones de la estructura o función del cuerpo, o de algunos de sus órganos o tejidos, con lo que el médico, antropólogo y político Rudolf Virchow coincide, ya que menciona que toda enfermedad implica un proceso patológico, ya que las lesiones se presentan frecuentemente a nivel de célula o tejido.

Sin embargo al referirse a una alteración es necesario disponer de un criterio de lo que es normal, que se entiende encontrar lo frecuente en los individuos que no tienen enfermedad, o cuya probabilidad de enfermarse corresponde a la norma general de la población.

Alteración manifiesta de la funcionalidad biológica o social del individuo.

Enfocada básicamente a la influencia social como esta repercute en los valores del individuo, y como esta información repercute en sus creencias y valores.

Capacidad para poder clasificar la enfermedad en una categoría nosológica determinada.

Diagnosticar la enfermedad significa poder agrupar las manifestaciones subjetivas y objetivas del padecimiento en un lugar específico de un sistema taxonomico. Sin embargo, la clasificación de las enfermedades enfrenta dos problemas; el primero, para muchas personas que se sienten mal, ya sea física o psíquicamente, no es posible clasificar su

padecimiento en una determinada categoría, es decir llevar a cabo un diagnóstico; el segundo problema es más complejo y trascendente, el hecho de que exista una especie, es decir la unidad menor básica del sistema. La mayoría de las enfermedades no siguen el esquema simple de una causa-efecto, modelo llamado unicausal.

En cuanto a la etiología de la salud y la enfermedad no tienen una causa única, sino que intervienen diversos aspectos tales como:

Ψ **Genéticos:** la genética humana interesa mucho a la salud pública, ya que muchos males genéticos pueden evitarse o tener un tratamiento exitoso. La genética estudia la herencia, la reproducción y los trastornos en la descendencia.

Existen diversas causas por las cuales a nivel genético se transmite alguna enfermedad clasificados en tres padecimientos.

Padecimientos genéticos dominantes: Demencia senil (enfermedad de Alzheimer), Polidactilia (más dedos de los normales), Aumento familiar del colesterol sanguíneo, Síndrome de Gardner (tumor del intestino grueso con posibilidad de transformarse en cáncer).

Padecimientos por males genéticos recesivos: Deficiencia de lactasa (intolerancia a la leche), Hemofilia (dificultad para la coagulación de la sangre), Ceguera a los colores, Favismo (grave enfermedad producida, por comer habas), Mongolismo.

Padecimientos hereditarios: Epilepsia, Diabetes, Labio y paladar hendidos, Luxación congénita de cadera, Esquizofrenia, Hipertensión arterial, Psicosis maniacodepresiva, Cardiopatías (enfermedades del corazón).

Ψ **Ambientales:** el medio influye de manera positiva o negativa la salud. En particular, la contaminación ejerce graves efectos sobre la salud, pueden contaminarse la atmósfera, el suelo, el agua o los alimentos. El ambiente

contaminado es fuente de intoxicaciones accidentales, ya sea por desechos industriales, pesticidas, pinturas, cosméticos, detergentes y otros.

- Ψ **Socioeconómicos:** los aspectos socioeconómicos a través de la calidad de vida, el alimento, la seguridad y otros más son decisivos en la salud y enfermedad. Ejercen acción sobre la morbilidad y mortalidad. Según Koos menciona que las personas con profesión o trabajo no le dan la importancia a los síntomas que presentan en su organismo ya que para ellos ninguna es razón suficiente para acudir al médico. Contrario a las personas de bajos recursos y con menos educación presentan mayor morbilidad, incapacidad y mortalidad no solo con enfermedades relacionadas con el estrés o por infecciones. Las clases socioeconómicas más bajas utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia que los grupos de clase media y alta (Bowderich, 1990).
- Ψ **Demográficos:** la demografía estudia la cantidad y distribución de la población, informa del ritmo de crecimiento, de cómo se ordena por sexos y edades, detecta desigualdades sociales, migración, densidad urbana y otras particularidades.
- Ψ **Culturales y educativos:** Estar enfermo, significa arriesgarse a perder respeto dentro de la sociedad. Existe la tendencia a culpar a fuerzas externas por sus enfermedades o, en el caso de trastornos emocionales, a tribuir la causa a enfermedad orgánica.

En cualquier cultura, existe gente que ignora o niega incluso los síntomas más obvios. Esto sucede especialmente cuando: a) la condición está diseminada, b) no hay remedio efectivo o barato, o c) los síntomas son episódicos y no amenazan el bienestar de la comunidad

Podemos abordar la enfermedad desde diferentes puntos como lo hacen Llor, Abad, García y Nieto (1995), es decir como hecho psicológico, como hecho biográfico y como hecho social.

Como hecho psicológico.

Se debe tomar en cuenta que para cada enfermedad hay características específicas dependiendo de la naturaleza de la misma; así como considerar la individualidad biológica y psicológica del enfermo, como la edad y las demás circunstancias de su vida. Sin embargo, debemos distinguir características genéricas, es decir que son iguales para cualquier enfermedad.

Laín Entralgo citado en Llor, Abad, García y Nieto (1995), señala las siguientes características genéricas de la situación de enfermedad:

1. Invalidez. El enfermo se encuentra ante la imposibilidad de desarrollar una actividad normal.
2. Malestar. Existe una situación de malestar en forma de dolor, sufrimiento o molestia.
3. Amenaza. En el sentido psicológico de muerte, bien biológica o biográfica ya que la enfermedad impide realizar ciertas acciones a futuro.
4. Fenómeno de absorción del cuerpo. La información que recibimos de nuestro cuerpo, pasa a ocupar un primer plano en nuestra atención, y por lo tanto el funcionamiento corporal pasan a ser el centro de preocupaciones del sujeto.
5. Soledad. Primero porque todas las vivencias del malestar tanto físico como psíquico son propias y no transfieren a los demás; y en segundo porque deja de participar en la vida social ya que no puede desempeñar su rol normal, como por ejemplo asistir a trabajar.
6. Anomalía. Marginación. Supone un estado de desviación social.
7. Recurso. Es el sentido o significado de la enfermedad. Para muchas personas puede ser considerada como un castigo y aquí entran las creencias que pueden tener las personas acerca de su enfermedad.

Además, de estas características genéricas, el paciente presentará.

- a) Ansiedad. Se interpreta la realidad de forma ansiosa, incluyendo la interpretación de la enfermedad de forma poco objetiva.
- b) Elevado nivel de egocentrismo. El paciente tiende a pensar solo en si mismo, sufriendo las actitudes y los intereses del mismo y abandona prácticamente sus relaciones exteriores para centrarse en su problemas entorno a la enfermedad.

- c) Regresión infantil como manifestaciones claras de dependencia, sobre todo en el medio familiar.

Como ya se ha mencionado la enfermedad es una experiencia amezadora que causa angustia y que produce inestabilidad emocional. Las enfermedades y lesiones que producen el grado más alto de amenaza de aquellas que comprenden la pérdida de aspectos importantes de la personalidad, como la pérdida de alguna función o parte del cuerpo, la pérdida de movilidad o independencia y el riesgo de perder la vida u otras alteraciones mayores; el grado de ansiedad que siente el paciente puede estar influido por las creencias familiares, las actitudes acerca de la causa y el resultado que espera de un estado particular. La personalidad de la persona también influye en el grado de amenaza de la enfermedad (Craford y Curry 1987).

A continuación se presentará una serie de emociones que las personas presentan al estar enfermas:

Negación: es una reacción inicial ante la enfermedad o accidente que la persona como una amenaza para los planes de sus actividades futuras, su seguridad económica y estabilidad familiar. Este es un mecanismo de defensa psicológico que lo protege durante un tiempo del impacto total de la enfermedad. Muchos pacientes emplean la negación en forma parcial y participan en los planes de tratamiento; aunque parecen negar la gravedad de su enfermedad. Para otros la negación es tan completa que interfiere con el tratamiento. La gran necesidad de autoprotección, satisfecha por la negación, puede obligar a los pacientes a realizar cambios importantes en su vida. Por tanto la negación es un mecanismo de protección que limita, en forma automática, la cantidad de información con la que se enfrenta el enfermo o su familia cuando no son capaces de aceptar de golpe la amenaza abrumadora de la enfermedad, la importancia de ésta se vuelve auténtica de manera gradual.

Cólera: es una reacción común a la ansiedad, relacionada con una lesión o enfermedad que, en general, es una desfiguración o invalidez. La persona se siente frustrada, temerosa e impotente. La amenaza a su integridad aumenta la ansiedad que puede manifestarse de inmediato a través del enfado. Los sentimientos de cólera y frustración los comparten también los familiares. Los sentimientos de cólera son más confortables

que los de la ansiedad aguda; aquellos se consideran como reacciones más saludables que la indiferencia, la apatía y el alejamiento, los cuales reflejan abatimiento y desesperación. En una enfermedad más grave, las fuerzas que mantienen este equilibrio se debilitan y el grado de ansiedad aumenta. En este momento suele ser que el enfermo reaccione con regresión y mayor dependencia.

Regresión: es un mecanismo de defensa común de adaptación a la enfermedad, permite que una persona, en forma inconsciente, tenga un comportamiento menos maduro, de esta forma disminuye el grado de ansiedad y el paciente puede descansar y gastar menos energía para su recuperación. La regresión ayuda al paciente al enfermo a tolerar la pérdida de independencia y adoptar el papel de “paciente pasivo” durante la enfermedad; como el comportamiento temporal, es útil para ayudar a los pacientes a adaptarse durante las etapas graves de su enfermedad. Dado que el paciente presenta ciertas reacciones emocionales estas se involucran con una alteración independencia-dependencia. El equilibrio de la independencia-dependencia se ve amenazado por la enfermedad cuando el paciente ve restringida sus actividades usuales; ya que éstos necesitan sentir que tienen algún control sobre lo que les está pasando. Si a causa de la enfermedad cambia su forma de vida y requiere preparación para desempeñar otra actividad, y además se le restringen algunas actividades que planeó con anterioridad, éste puede manifestar sentimientos de ansiedad respecto al futuro, y tal vez durante su convalecencia busque la información que considere útil para tratar los problemas que surjan por dicho cambio.

Aflicción: es un término usado para identificar los sentimientos y reacciones que normalmente se presentan en una persona que sufre una pérdida muy importante. Existen diferentes clases de pérdidas. Las que se refieren a la salud comprenden la pérdida de una parte o función del cuerpo una desfiguración. Algunas pérdidas se reaccionan con la autoestima, el orgullo y la independencia de una persona; otras, con el trabajo, posición social o seguridad financiera. Las más importantes se relacionan, con frecuencia con la pérdida de un ser querido o por muerte separación, y la pérdida inminente de la propia vida. Las reacciones de las personas son diferentes, dependiendo del significado que para ellas tenga.

Sin duda alguna no es fácil aceptar la enfermedad y más aún si su grado de complejidad es severo, el estado emocional tiene un gran énfasis en el desarrollo de la autoestima del individuo, por lo tanto es necesario considerar estos aspectos que si bien no son muy claros a simple vista están presentes y afectan la estabilidad emocional del individuo y de la misma familia.

Como hecho biográfico.

La enfermedad surge en un momento concreto de la vida del sujeto, que además posee una personalidad propia. La misma enfermedad en dos personas distintas tiene un curso, una importancia y una repercusión distintos.

El hecho de que aparezca en distintos momentos de la vida y en sujetos con distinta personalidad, hace que la enfermedad tenga un significado distinto para cada individuo.

Como hecho social.

La enfermedad es un fenómeno de carácter social, de desviación de la norma que sitúa al que la padece en un status peculiar que le obliga a unos comportamientos específicos: el rol del enfermo.

Frente a este personaje social que es el enfermo, en todas las culturas ha surgido otro personaje complementario que es el sanador (chamán, mago, curandero, médico, enfermera, la propia madre, etcétera).

Ya vimos que la enfermedad se puede explicar en varios ámbitos, en el siguiente cuadro se expondrán las fases o etapas del proceso de enfermedad.

Tabla 2. Etapas de la enfermedad.

En este cuadro que presentan Llor, Abad, García y Nieto (1995), la fase 1 es la etapa de dolencia o aparición de los síntomas. En este momento todavía no han surgido los síntomas; se da una valoración subjetiva de los síntomas que se caracteriza porque la persona es consciente de que no se encuentra bien y aunque sigue haciendo su vida normal, algunas veces se somete a autotratamiento. Las respuestas del sujeto varían desde la negación de la enfermedad hasta la aceptación de la misma en donde se pasaría a la fase 2.

Esta es la etapa de la definición de la enfermedad, el sujeto comienza a comunicar sus síntomas a su entorno familiar o grupo y después pedir ayuda especializada, pero muchas veces la familia no reconoce el hecho y retrasa la búsqueda de atención. El tratamiento no es técnico, es decir esta basado en remedios caseros.

La fase 3 es la etapa del contacto con el médico, esperando que se le de una explicación de sus síntomas.

FASES	I	II	III	IV	V	VI
	Aparición de síntomas	Aceptación rol enfermo	Contacto asistencia médica	Periodo estado	Convalecencia Rehabilitación	Recuperación
Decisión	Valoración subjetiva	Abandono rol normal	Búsqueda contacto médico	Aceptación tratamiento	Aceptación curación	Abandono rol enfermo
Comportamiento	Continuación actividad normal Autotratamiento	Legitimación profesional Tratamiento no técnico Folkmedicina	Legitimación profesional Diagnóstico iniciación tratamiento técnico	Desemp. Del rol Paciente depend. Ganancia secundaria	Reanudación parcial actividades Aceptación limitaciones	Reanudación total actividades normales
Resultado final	←Negac. (evasión hacia salud) Retraso Accept.→	← Negac. Acceptac. →	← Negac. Compra de diagnostico Confirm. →	←Rechaz. Acceptac→	←Rechazo Aceptación→	←Denegaci Rol enfermo crónico Aceptación

La siguiente fase es el estado de enfermedad. El sujeto asume su rol de enfermo y acepta las indicaciones terapéuticas. Se encuentra en una situación de dependencia, ya que en ocasiones no puede acudir al trabajo o necesita de cuidados y atenciones. Las respuestas pueden variar desde retrasar el tratamiento hasta sumirse en la dependencia en lugar de esforzarse para mejorar.

La etapa 4 es la de convalecencia y rehabilitación y se caracteriza porque los síntomas se debilitan o desaparecen; o por las secuelas que la enfermedad puede dejar, en el caso de que existan secuelas el sujeto debe aceptar y tratar de adaptarse a una nueva forma de vida. En esta etapa el sujeto reanuda sus actividades.

La última fase es la de recuperación o curación en donde el sujeto abandona definitivamente el rol de enfermo, reanudando totalmente sus actividades.

Indudablemente la enfermedad puede ser la misma pero los sujetos pueden vivir la situación de enfermedad de forma distinta. Según las circunstancias sociales, el grado de fortaleza, las experiencias, las creencias, los valores, etcétera.

Vargas y Palacios (1993), señalan que la enfermedad depende de tres factores: el huésped, el agente y el ambiente. EL huésped es la persona que se encuentra enferma; el agente el la causa de la enfermedad, por ejemplo la bacteria productora del padecimiento; y el ambiente son las características necesarias para la aparición del mal. Esta clasificación se aplica para todas las enfermedades aunque no sean infecciosas.

La salud y la enfermedad no son estados totalmente diferenciados sino que forman parte de un continuo equilibrio de factores naturales y sociales en continua interacción y evolución, que permiten al individuo la capacidad funcionar en la comunidad. De esta manera salud y enfermedad son conceptos unidos entre sí y dependientes de las estructuras socioculturales y de los factores económicos y políticos de cada época.

Es decir, el concepto de salud y enfermedad es dinámico, histórico, cambia de acuerdo a la época y con las condiciones de vida de las poblaciones y sus ideas. De aquí que la idea de la gente tiene de su salud no siempre es correcta; esta limitada por el marco social en que el individuo actúa.

No puede entonces admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa. Y aunque no exista un acuerdo generalizado acerca de la definición de enfermedad y sobre todo de salud, resulta evidente la necesidad de un concepto normalizado que sea ampliamente conocido y aceptado.

Como se ha visto hasta aquí, características como los diferentes lugares y épocas hacen que el concepto de salud y enfermedad vaya cambiando; estas concepciones van a

influir de manera decisiva en las conductas de las personas, así como las conductas influyen en nuestros estilos de vida, es por eso que considero de suma importancia conocer los antecedentes de salud y enfermedad para darnos cuenta como ha ido evolucionando y poderlo relacionar con la actualidad y la vida diaria.

CAPITULO 2.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 ANTECEDENTES

Los intentos por estudiar los diferentes fenómenos psicológicos que ocurren en el proceso de salud-enfermedad no son recientes, ya que han sido diferentes disciplinas las que han tratado de aplicar este proceso. La medicina psicosomática fue la primera en interesarse en la relación existente entre las emociones y los desordenes físicos.

Entonces para poder hablar de antecedentes de la psicología de la salud hay que remitirse a la Psicología psicosomática, término dado en 1918 en el contexto de la extensión del Psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos.

Bayés (1985) identifica los siguientes aspectos como antecedentes de la Psicología de la salud: los trabajos de Franz Alexander y Flanders Dunbar, en el Instituto Psicoanalítico de Chicago, quienes en la década de los años cincuenta plantearon que los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos, y que es posible descubrir tipos "específicos" de personalidad en algunos de ellos: como asma bronquial, hipertensión, etc. Los defensores de esta línea postularon, por ejemplo, que los asmáticos poseen una personalidad excesivamente dependiente de la figura materna, con inhibición de la hostilidad hacia ella, y que las situaciones que implican un peligro de separación de la madre o de los símbolos maternos desencadenan o agravan las crisis asmáticas; o que los hipertensos han tenido una infancia marcada por padres excesivamente estrictos, capaces de retirar su amor al menor signo de rebeldía, siendo esta situación la que lleva al niño a ocultar sus ataques de rabia y a desarrollar una inhibición crónica de sus tendencias agresivas que, finalmente, se somatizan. Gracias a los esfuerzos de esta escuela psicoanalítica alcanzó una notable difusión la denominada medicina psicosomática (Citado en Luzoro, 1992).

La medicina psicosomática tradicional se desarrolló en los años treinta como una rama especial de la medicina, porque un pequeño grupo de médicos se hallaban insatisfechos,

con los esfuerzos por explicar los síntomas de los pacientes sólo en términos bioquímicos.

Para 1940 varios investigadores habían identificado diversas enfermedades psicosomáticas como la úlcera péptica, la hipertensión básica y el asma bronquial. En ese tiempo las enfermedades se dividían en las causadas por factores orgánicos y las provocadas por factores psicológicos. Se consideraba que cada enfermedad psicosomática tenía subyacente un conflicto inconsciente específico, que predisponía a la persona al trastorno (Phares, 1996).

La medicina psicosomática era controlada por psiquiatras y médicos, pero los psicólogos conductuales comenzaron a extender sus métodos de terapia en los trastornos médicos.

En 1946 se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo y en su declaración de principios estableció que: “ el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de cada individuo, sin distinción alguna de raza, religión, credo político o condición económica y social” y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones (Higashida, 1995, p.1).

Para 1960 las enfermedades infecciosas estaban casi controladas y la principal atención se volcaba hacía enfermedades cardiovasculares y el cáncer; y conductas como la ingestión alimenticia excesiva, el consumo de tabaco y alcohol comenzaron a identificarse como principales causas de estas enfermedades (Phares, 1996).

En 1968 Schofield, dijo que la psicología era una profesión de salud y elaboró un informe sobre el estado actual de intervenciones psicológicas en el mundo sanitario

Se ha de situar también en esta perspectiva histórica el trabajo de Iván P. Pavlov relativo al condicionamiento de respuestas viscerales, con lo que supuso el entendimiento de la "enfermedad psicosomática". En esta línea se ha llegado a hablar incluso de toda una 'medicina córtico-visceral' y, en particular, las 'neurosis experimentales' fueron

ciertamente modelo de investigación de las influencias de condiciones psicológicas sobre el funcionamiento corporal.

Por su lado, el condicionamiento operante supuso la posibilidad de una autorregulación de respuestas (hasta entonces) involuntarias mediante técnicas de biofeedback. El uso del biofeedback revolucionó el campo de las contribuciones de la psicología al ámbito médico, llegando a imponerse desde 1973 el nombre de "Medicina Conductual". La medicina conductual vino a ser, más allá del procedimiento de biofeedback, la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta al campo biomédico.

En 1979 Matarazzo propone el término de salud conductual para recalcar dos áreas de intervención de la medicina conductual: la prevención y el mantenimiento de la salud. La aproximación con la medicina conductual es total, a excepción de la aparición de un nuevo término "salud", frente al de "medicina". Este término supone la transición prácticamente inmediata, al de psicología de la salud. Introduciendo así varios cambios importantes. El primero es que elimina la multidisciplinariedad, la cual era una de las características de la medicina conductual, para restringirse al campo psicológico; el segundo, es que adopta una filosofía de la salud como elemento característico de intervención en este ámbito (Matarazzo, 1980).

Con un interés común por lo relacionado con la salud, disciplinas de la psicología como la clínica, social, experimental y fisiológica, se reunieron en 1978 para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así, formal, institucional y profesionalmente la Psicología de la Salud. En 1979 sale a la luz el primer libro sobre este tema, titulado *Health Psychology*. En 1982 se publica la primera revista dedicada solamente a este tema, la *Health Psychology*. En 1983 se lleva a cabo una conferencia nacional sobre la educación y el entrenamiento de los psicólogos de la salud. En 1984 en España se celebró el I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, en el mismo se establecieron cinco áreas de trabajo, una de ellas es la "Psicología Aplicada a la Salud". (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Las razones que influyeron en la aparición de la Psicología de la Salud primeramente son el gran cambio de las causas de mortalidad, estos cambios en la mortalidad indican que las personas ya no se mueren principalmente por contagio de ciertas gérmenes, es decir por enfermedades infecciosas, si no por las conductas de la gente. Los factores de riesgo son otros, los tratamientos convencionales ya no sirven y hay que empezar a pensar en otros.

El descubrimiento de fármacos efectivos como antibióticos y vacunas, y el avance de la tecnología médica contribuyeron a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento de la longevidad ha dejado paso a las enfermedades crónicas. Ello quiere decir que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son predecibles.

También interviene el interés sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades debido al aumento de los gastos sanitarios y la consolidación de la psicología como profesión y la eficacia de los tratamientos psicológicos.

Otro de los factores que influyeron en el campo de la psicología de la salud era el costo elevado de la atención de salud y esto se ve reflejado en conductas y estilos de vida deficientes y que dan por resultado lesiones, accidentes, envenenamiento, violencia, entre otros. Y para finales de los setentas se comenzó a señalar de manera específica el papel de los acontecimientos de vida que provocan estrés, como factores de riesgo de enfermedad.

Factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas y, especialmente, en cambiar las conductas no saludables.

Por lo tanto puede resumirse que las principales razones que impulsaron a la aparición de la Psicología de la salud son:

- El cambio de las causas de mortalidad

- El interés sobre promoción de salud
- Prevención de enfermedades debido al aumento en gastos sanitarios
- La consolidación de la psicología como profesión
- Eficacia de tratamientos psicológicos

Uno de los principales antecedentes y causa del surgimiento de la Psicología de la salud es la revisión de un modelo médico (biomédico), en donde se encuentran insuficiencias por no tomar en cuenta características sociales y psicológicas; es por eso que surge la necesidad de otro modelo.

MODELOS DE SALUD

a) Modelo Biomédico

El modelo biomédico dice que las enfermedades son causadas por un agente patógeno, se basa en dos supuestos básicos: el primero es la doctrina del dualismo cuerpo-mente, en donde el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. El segundo principio es el del reduccionismo en donde se asume que todo el proceso de enfermedad se limita a una cuestión de factores físicos y químicos, dejando a un lado lo psicológico y lo social (Amigo, Fernandez y Perez, 1998).

Por mucho tiempo el modelo biomédico a permitido a la medicina controlar muchas enfermedades; sin embargo, a finales del siglo XX, médicos, psicólogos y sociólogos empezaron a cuestionarse sobre la utilidad de este modelo, el cual ha sido señalado por diversos autores debido a las carencias que presenta, entre ellos el más destacado es Engel.

Por lo tanto en 1977, propuso un modelo alternativo al biomédico. Hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como los determinantes de la enfermedad y su tratamiento “El modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud”.

En éste modelo el criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anomalías bioquímicas, esto ignora que hay enfermedades en las que una medición biológica no es suficiente para el diagnóstico. También se menciona que el diagnóstico del estado físico depende en gran medida de la entrevista que se le hace al paciente; pero la habilidad está el médico para poder cuestionar y entender acerca de las determinantes culturales, sociales, psicológicas y familiares de los síntomas del paciente.

El modelo biomédico no abarca la recuperación después de la enfermedad, ni el aspecto de cómo se llega a sentir la familia al ver a la persona enferma.

Con estas deficiencias que se le ha visto al modelo biomédico, existen autores que han tratado de hacer una conceptualización con la finalidad de superar la formulación dualista cuerpo-mente y surge el modelo biopsicosocial.

b) Modelo Biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y la enfermedad. La salud y la enfermedad tienen múltiples causas, y también múltiples son sus efectos. Para este modelo es igual de importante tanto la salud como la enfermedad, en comparación con el modelo biomédico que fundamentalmente se ocupa de la enfermedad. El modelo biomédico sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Algunos investigadores han adoptado la Teoría de Sistemas para comprender el proceso de interacción de estas variables.

La teoría de sistemas se refiere a que todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectan a todos los demás: Por lo tanto, la salud y la enfermedad, y la atención médica serían todos un conjunto de procesos, interrelacionados que incluyen cambios que interactúan

dentro del individuo, y estos a su vez, sobre los otros niveles (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Con el surgimiento del modelo biopsicosocial, surge la Psicología de la salud, además de que actualmente cuando las personas se refieren a la salud solo piensan en los aspectos físicos dejando a un lado los psicológicos, sociales y económicos.

Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

El ser humano esta en constante movimiento e interacción para ir en búsqueda de nuevos descubrimientos y la psicología de la salud no podría dejar de ser la excepción. Debido a la gran preocupación que surgió de la salud y la enfermedad, esta área se interesa básicamente a estudiar y comprender los comportamientos y los estilos de vida que el individuo tiene de su salud física, sin duda alguna el aspecto económico y social no pueden hacerse a un lado pues todos los factores externos e internos están involucrados en el área de la salud.

2.2 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Podríamos comenzar la definición de salud recordando que el objeto de estudio de la psicología es el comportamiento y que los factores de personalidad se registran en tres niveles: el cognitivo, el motor y el fisiológico.

Debido a que las principales causas de las enfermedades se originan de las conductas y estilos de vida de la gente surge la necesidad de una disciplina encargada de controlar y estudiar estos procesos.

La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que como ya vimos nace a finales de los setentas dentro del modelo biopsicosocial, y es en el cual la enfermedad

física no solo es resultado de factores médicos si no también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

De acuerdo con Morales (1999), la preocupación de la psicología de la salud se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas; ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan la salud, a diagnosticar y tratar determinadas enfermedades crónicas y a modificar factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica.

Existe una diversidad respecto a la definición de psicología de la salud ya cada autor difiere en su concepción de dicha área.

Matarazzo (1980) definió la psicología de la salud como : "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Carrobbles (1993), define la psicología de la salud como el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

En 1983 Gatchell y Baum, la definen como "una disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual".

Bloom(1988) la define como “Estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes, y creencias relacionados con la salud y la enfermedad”.

Por su parte Sarafino (1990) menciona es el “campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario”.

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

Marks (1995) dice que es una “la aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma.

Taylor en 1995 la definió como; “campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos”.

Buela (1996) considera que la definición mas acertada es la de Carboles, a diferencia de Becoña (2000) que se inclina mas por la definición que da Matarazzo.

Phares(1999), menciona que posteriormente se reformó la definición para incluir el papel de los psicólogos como representantes de la política de la salud y como profesionales contribuyentes para el sistema de atención a la salud, incorporando estos nuevos roles, anexando”.... incluye las contribuciones de la psicología para la mejora de salud, prevención y tratamiento de la enfermedad.

La división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido 10 objetivos de ésta área:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.

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

Por lo que se establece que la Psicología de la Salud implica, (Buela-Casal, Caballo, y Sierra, 1996):

- a) La promoción y el mantenimiento de la salud a través de programas escolares de educación para la salud y de campañas para motivar estilos de vida y conductas saludables.
- b) La prevención y tratamiento de la enfermedad por medio de desarrollo de programas de rehabilitación y de medidas preventivas.

- c) La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad, o la participación de procesos preceptuales y fisiológicos específicos en ciertos problemas de salud.
- d) La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria, investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, por el personal médico, los costos médicos, etcétera.

Pese a las definiciones prescritas anteriormente, se puede hacer mención que la base fundamental de esta área es la prevención y promoción de hábitos saludables, para así evitar desajustes emocionales en los individuos que presenten una alteración física.

2.3 DESARROLLO

A lo largo del tiempo se le ha dado prioridad a diferentes enfermedades que han sido la causa principal de la muerte, actualmente las causas de muerte han cambiado ya no son las enfermedades infecciosas, si no las que provienen de conductas y estilos de vida poco saludables.

El cuadro de morbilidad y mortalidad de la población mundial ha experimentado cambios que lo alejan de las antiguas epidemias de enfermedades infectocontagiosas. En los países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida de la población, con un predominio de las enfermedades crónico degenerativas entre las causas principales de enfermedad y de muerte. En los países en vías de desarrollo coexisten problemas como la desnutrición, la violencia y la accidentalidad, con enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades infectocontagiosas. Las primeras agobian especialmente a la población adulta; las segundas a la población infantil.

Las enfermedades crónicas duran mucho tiempo, las infecciosas frecuentemente se pueden curar con rapidez; las infecciosas las causa un virus, las crónicas regularmente son causadas por comportamientos de la gente o estilos de vida; y las crónicas se dan con mayor frecuencia en ancianos y adultos (los cuales son portadores en la mayor de

las ocasiones, del ingreso económico al hogar) y las infecciosas suelen atacar a niños y jóvenes.

En 1900 la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran tres de las cuatro principales causas de muerte, sin embargo en 1988 las tres principales causas de muerte fueron la enfermedad coronaria, los ataques fulminantes y el cáncer (Matarazzo, 1995).

En 1990 en Estados Unidos, aproximadamente el 70% de todas las muertes son consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y el SIDA, enfermedades vinculadas a las conductas de los individuos. De los 50as a los 90as las tasas de suicidio (este la mayoría de las ocasiones ligado a aspectos emocionales) se incrementaron del 30 al 40%. En el caso del SIDA a raíz de su aparición en 1981 no ha dejado de incrementarse de modo alarmante el número de casos nuevos (Becoña, Vazquez y Oblitas, 1995).

Las personas jóvenes con una edad de entre 15 y 24 años mueren con mayor frecuencia a causa de accidentes o de daños no intencionados de por cualquier otro motivo. En 1995, los daños no intencionados eran responsables de aproximadamente el 40% de las muertes en este grupo de edad, el homicidio provocaba aproximadamente el 21% de las muertes y el suicidio era responsable del 14%. A continuación revisaremos una tabla de los principales motivos de causa de muerte en Estados Unidos en 1900 y comparándola con 1997. En esta tabla se puede observar que las causas de muerte han cambiado y en esta época la gente esta muriendo por enfermedades que se pueden prevenir y que resultan de una mala calidad de vida o de hábitos no saludables (Morales, 1999).

Causas principales de muerte.

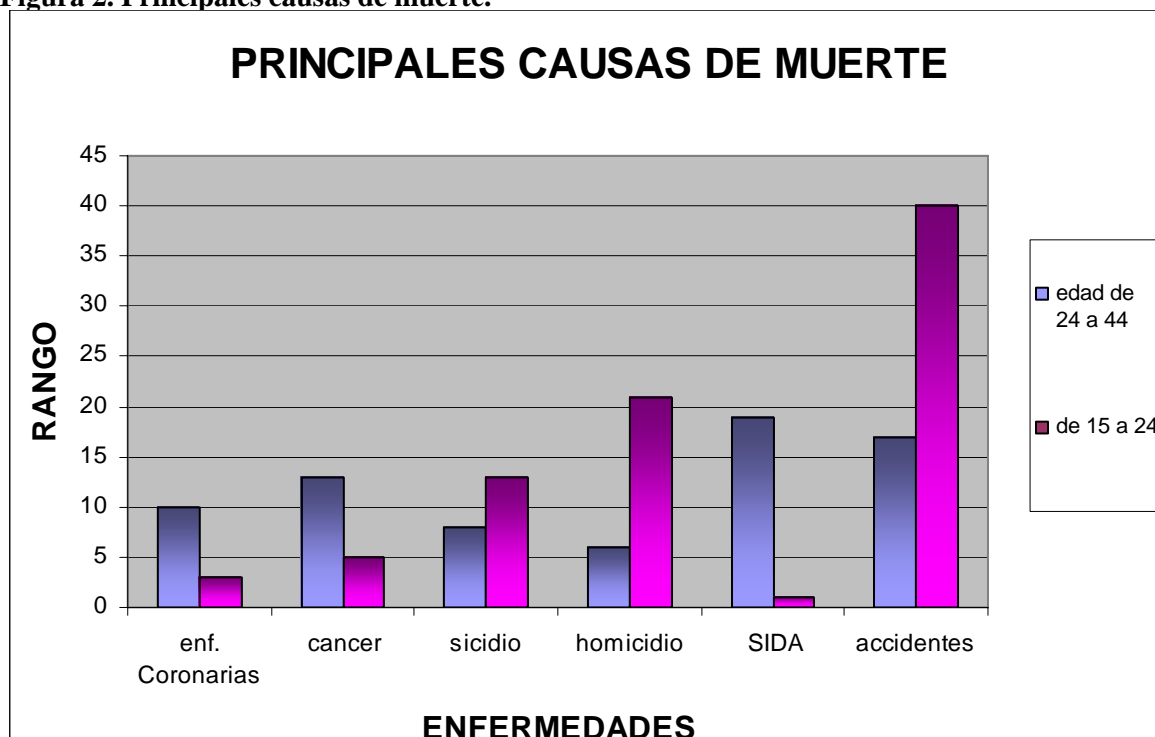
1900	Tasa	1997	Tasa
1. Enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias y cerebro vasculares).	345	1. Enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias y cerebro vasculares).	331
2. Gripe y neumonías.	202	2. Cáncer	201

3. Tuberculosis.	194	3. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.	41
4. Gastritis, duoseditis, enteritis y colitis.	143	4. Accidentes (daños no intencionados)	
5. Accidentes (daños no intencionados)	72	5. Gripe y Neumonía	33
6. Cáncer	64	6. Diabetes.	23
7. Difteria	40	7. Suicidio	11
8. Fiebre Tifoidea	31	8. Enfermedades renales	10
9. Sarampión	13	9. Enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis	9.3
10. 1. Enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias y cerebro vasculares)	5	10. Septicemia (infecciones en la sangre)	8.4
		Enfermedad de Alzheimer	8.4

Tabla 3. Las 10 causas principales de muerte en Estados Unidos entre 1900 y 1997. (cada unidad representa 100.000 unidades).

Ahora haremos una comparación en la siguiente figura, de las causas de muerte en dos grupos dependiendo de la edad. Es muy notorio que desde hace ya varios años (1993) el SIDA a rebasado a los daños no intencionados como primera causa de muerte, siendo esta una enfermedad que se puede prevenir.

Figura 2. Principales causas de muerte.



La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etcétera.

Las enfermedades crónicas pueden tener muchas causas pero es un hecho que el comportamiento y el estilo de vida están involucrados en su desarrollo.

Incluye un amplio rango de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales incluían la salud física y son influenciados por la misma. La psicología de la salud comprende varias áreas: 1) la promoción y el mantenimiento de la salud; 2) la prevención y el tratamiento de la enfermedad; 3) los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad; y 4) la psicología de la salud esta interesada en el sistema de cuidados de salud y en la formulación de la política de cuidados de la salud.

Vega (2002), hace una clasificación de factores que influyen para el mantenimiento de la salud, estos son:

- Factores socioeconómicos y culturales: Están determinados por la raza, sexo, religión, educación, economía, etc.,
- Factores orgánicos. Se refieren al base fisiológica y genética que de ellos depende el buen funcionamiento de el cuerpo humano.
- Factores psicológicos. Determinan el bienestar subjetivo del individuo, que esta en función de sus pensamientos, emociones y percepciones.
- Factores ambientales. Estos a su vez se dividen en micro y macro ambiente, el primero se refiere a los factores que dependen del control

del individuo, y el segundo son los factores en los que la persona tiene poco o ningún control.

Según Ardila (1992), la salud esta determinada por factores sociales estructurales que tienen que ver con la distribución de recursos, con la ocupación, clase social, género, etcétera, todo lo cual esta mediado por normas culturales.

La interpretación de los síntomas del enfermo, la prescripción del tratamiento, acudir o no al médico, el uso de medicinas alternativas, procedimientos populares, automedicación, adherencia al tratamiento son agentes que están involucrados en la salud de la gente y en las que tiene la familia un papel muy importante. Los estados psicológicos como los sentimientos y emociones pueden influir de manera positiva o negativa en la salud; y es en todos estos aspectos que la psicología de la salud interviene.

Otros factores que intervienen en las conductas relacionadas con la salud de las personas son las creencias y actitudes, Green y Simon-Morton (1980) definieron una creencia como: una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, la confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Es algo que se acepta como verdad sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos.

Las creencias pueden otras personas tomarlas como falsas o verdaderas. Tienen un elemento cognoscitivo, o lo que la persona sabe o cree saber al respecto. Tienen también un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

En cuanto al desarrollo económico y social, que aunque ha beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, también ha impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los riesgos mentales, los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades.

El factor económico es de suma importancia debido a que los riesgos para la salud asociados con la pobreza comienzan antes del nacimiento. Al no realizarse los cuidados prenatales necesarios, las mujeres pobres tienen mayores posibilidades de traer niños con peso bajo. Y por lo tanto estos niños corren el riesgo de morir. Por otro lado los niños y jóvenes que viven en condiciones de pobreza están más expuestos a la violencia y sus consecuencias. Además de resultar difícil para las personas de bajos recursos tener acceso a los servicios de salud.

Variables en psicología de la salud.

PERSONALES	SOCIOAMBIENTALES	BIOLOGICAS	PSICO-BIO-SOCIALES
Estados Psicológicos	Condiciones ambientales	Cond. hereditarias	Calidad de vida
Comportamientos Asociados a intervenciones médicas	Condiciones sociodemográficas	Físicas	
Hábitos de salud	Sistemas de salud	Fisiológicas	
Características psicológicas de riesgo	Condiciones microsociales	Bioquímicas	
Actitudes, creencias, conocimientos sobre la salud y enfermedad.			
Indicadores de salud			
Percepción de la propia salud			

La tabla 4 presenta las condiciones relevantes en el proceso de salud y enfermedad. En las *condiciones personales* se encuentran los psicológicos como el estrés, los asociados con las intervenciones médicas como el seguimiento de prescripciones, los hábitos de salud tales como llevar una dieta saludable o los comportamientos de riesgo como fumar o beber en exceso, las actitudes, creencias y la percepción de salud y por ultimo los comportamiento asociados con la enfermedad como las visitas al médico y las medicinas ingeridas. En las *condiciones socioambientales* se encuentran las condiciones ambientales como la contaminación, las condiciones sociodemográficas como el nivel de educación, las condiciones microsociales como las redes de apoyo, y las características de los sistemas de salud ya sean públicos o privados. Entre las *condiciones biológicas* que se deben tener en cuenta están las condiciones genéricas y los defectos físicos o las condiciones microbiológicas del organismo. Finalmente las condiciones psico-bio-sociales como la calidad de vida que es de suma importancia en psicología de la salud (Casullo, Franck Verthelyi, Fernandez Ballesteros, García-

Merita, Dura, González Barrón, Ferrer Pérez, Avila Espada, Jiménez-Gómez, González Martínez, 1996).

La psicología de la salud hace hincapié en aspectos relacionados con la promoción de la salud y en una actitud preventiva. La promoción de la salud, tiene como objetivo mejorar y optimizar lo que puede ser considerado normal, saludable, o fomentar comportamientos y estilos de vida adaptativos.

La psicología en el campo de la salud busca demostrar que puede producir cambios de conducta y con esto reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades más importantes de los países desarrollados y son todas estas variables las que se tienen que tomar en cuenta cuando hablamos de psicología de la salud.

2.4 EL PSICÓLOGO DE LA SALUD

Los psicólogos de la salud son aquellos quienes a través de la investigación y práctica contribuyen a la promoción y el mantenimiento de la buena salud. También contribuyen en la prevención y tratamiento de la enfermedad: pueden diseñar, ejecutar programas para ayudar a la gente con algún problema.

Las tareas de los psicólogos de la salud son diversas y se agrupan en 3 categorías según Becoña, Vásquez y Oblitas, (1995)son: investigación, aplicaciones y formación.

La primera de estas es la más predominante entre los psicólogos de la salud y esta investigación esta orientada al mantenimiento y prevención de la enfermedad. Uno de los temas que mas se hablan son los referentes a las prácticas sexuales. Otros de los temas son es la prevención para no fumar y la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, prácticas dietéticas saludables, etcétera. Los efectos de la hospitalización y el impacto del cuidado del personal de enfermería son temas que tampoco han sido descuidados por está área de salud.

Con respecto a lo que el tratamiento se refiere, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor y el desarrollo de técnicas para distintas enfermedades.

Otra de las líneas de investigación es la que ha estudiado los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo: afrontar el estrés que provoca la enfermedad y como las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud.

Las aportaciones que resultan de la investigación son el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación. Se aplican a la prevención y al tratamiento de la enfermedad; por ejemplo, programas para la prevención del tabaquismo, para el tratamiento de trastornos alimenticios, manejo del estrés, problemas cardiovasculares y respiratorios como el asma, etcétera.

Los psicólogos de la salud también participan en la educación, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud.

Ardila (2000), menciona cinco áreas de actividad en las que se desarrolla el psicólogo de la salud:

- Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Educación a otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, fonaudiólogos, etcétera.
- Participación en el sistema Nacional de salud.
- Investigación científica, tanto básica como aplicada.
- Evaluación, intervención y consultoría.

En comparación con los autores anteriores vemos mucha similitud a diferencia de que este autor menciona que debe haber participación en los sectores de salud.

Becoña, Vázquez y Oblitas (1995), plantean que los psicólogos de salud deben estar bien entrenados en psicología junto con amplios conocimientos de ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de síntomas clínicos y patofisiológicos.

El psicólogo de la salud se ocupa esencialmente de la evaluación de las condiciones personales o psicológicas, también está interesado en la evaluación de condiciones socioambientales y multidimensionales.

Los psicólogos de la salud que son en su mayoría procedentes de la psicología clínica y la experimental, siguen el modelo conductual, aunque toman elementos de la psicología social, la psicología comunitaria, la evaluación y medición (Ardila, 2000).

Morales (1999), menciona que las funciones del psicólogo en el fomento y promoción de la salud se dividen en dos grupos: directamente con el individuo y en la organización de los programas y capacitación de facilitadores. Dentro del primer grupo incluye la aplicación de programas a diversos grupos, con el objetivo de fomentar hábitos o conductas saludables y la consejería de parejas, adolescentes y adultos. Con respecto al segundo grupo, incluye la organización, planificación de programas de salud, planeación de programas de promoción dirigidas a distintos grupos de población, formulación de políticas de salud y la capacitación de recursos humanos.

2.5 VINCULACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

Existen otras disciplinas dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de psicología de la salud y que también trabajan conjuntamente con la psicología; tienen diferencias y similitudes, estas son: la medicina conductual, salud comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología médica y antropología médica.

2.5.1 Medicina Conductual.

En los años setenta, un número cada vez mayor de psicólogos comenzaron a vincularse a problemas comportamentales y emocionales asociados a enfermedades físicas iniciándose otro campo, la medicina conductual.

El acercamiento de la psicología clínica al tratamiento de trastornos como el dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, alérgicas, etc..., supuso una extensión de la actividad clínica que tenía una evidente repercusión en el tratamiento médico de estos problemas. Surge así un campo interdisciplinario que integra, básicamente, el enfoque psicológico y el médico, a la hora de abordar los distintos aspectos relevantes a este tipo de problemas, nace así la Medicina Conductual. Esto es, el psicólogo clínico, terapeuta de conducta trabajando juntamente con médicos y especialidades ajenas, en la evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación de todo tipo de problemas clínicos. Se trata, por tanto, de una extensión de la actividad profesional de la psicología clínica, en integración con otros profesionales (Blanco, 1996).

Este término de Medicina conductual o comportamental lo propuso Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Aquí es clara la intención de referirse a la medicina conductual como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas.

Es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionado con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En un primer momento este término estuvo limitado a las técnicas de biofeedback, aunque después se aplicaron a todos los métodos de modificación de conducta, aunque con un predominio en intervenciones, por ejemplo relajación, cuya finalidad es modificar respuestas fisiológicas. En 1974, se crean los dos primeros centros de medicina conductual: el Center for Behavioral Medicine de la Universidad de Pensilvania y el Laboratory for the Study of Behavioral Medicine de la Universidad de Stanford (Becoña, Vásquez y Oblitas, 1995).

Habitualmente se suele asegurar que un número de trastornos o padecimientos que el hombre sufre son aprendidos, es decir, se encuentran influenciados de forma importante por factores de naturaleza psicológica.

Y si bien es cierto al biofeedback se le ha definido como el eje central por el cual ha transitado la medicina conductual.

Pasados cerca de 20 años de su nacimiento, consideramos necesario, examinar y discutir hasta donde la medicina conductual se ha convertido, con base en la evolución científica de nuestra disciplina, en una opción sistemática, coherente y eficiente que nos permita incidir sobre los fenómenos de la salud y la enfermedad, en sus niveles conceptual, metodológico y tecnológico, respectivamente (Sánchez, y cols; 1996).

Tabla 5. Definiciones de medicina conductual

AUTORES	DEFINICIÓN
Blanchard(1977)	Aplicación sistemática de los principios y la tecnología conductuales al campo de la medicina, la salud y la enfermedad.
Schwartz y Weiss(1977)	Campo interesado en el desarrollo del conocimiento de las ciencias de la conducta y las técnicas relevantes para el entendimiento de la salud y la enfermedad físicas, y a la aplicación de esos conocimientos y esas técnicas para el diagnóstico, prevención tratamiento y rehabilitación.
Millar (1983)	Campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad.
Godoy (1991)	Amplio campo de integración de conocimientos que proceden diferentes disciplinas, que dirigen a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Sin embargo Pomerleau y Brady fueron quienes sugirieron que debe de entenderse a la medicina conductual, como el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta, mismas que enmarcan bajo los rubros genéricos de terapia y modificación de la conducta y ; una tendencia hacia el quehacer de investigación, teniendo como soporte metodológico al análisis funcional de los comportamientos asociados a cualesquiera desordenes médicos(Sánchez, y cols; 1996).

En 1977 en la Conferencia de Yale sobre medicina conductual y la reunión del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, se concreto la definición de medicina conductual: “La medicina conductual es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Los factores que han colaborado al desarrollo de la medicina conductual han sido, según Labrador, Muñoz y Cruzado (1990) los siguientes:

- 1) el cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasándose de enfermedades infecciosas a enfermedades funcionales, trastornos asociados al tipo de vida y degenerativos;
- 2) la mayor parte de los retos actuales en el área de la salud tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, muy influenciadas por el estilo de vida de las personas;
- 3) el hecho de que al trabajar de forma independiente los investigadores biomédicos y conductuales no han sido capaces de explicar satisfactoriamente porque en igualdad de condiciones, según sus criterios, algunas personas enferman y otras no, o presentan distinto grado de enfermedad;
- 4) la madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, tanto en sus desarrollos como en sus logros, así como los avances en epidemiología conductual;
- 5) el interés que progresivamente se ha despertado por los temas de prevención de enfermedades, salud pública o “salud comportamental”, en parte provocado por el drástico incremento de los costos de los cuidados médicos;
- 6) el resurgir y rápido desarrollo de la psicología médica, que ha añadido una dimensión de aplicación clínica de la carencia de medicina psicosomática y;
- 7) la evidencia de la importancia de los factores conductuales en la salud y en la enfermedad a partir tanto de los estudios clínicos como epidemiológicos y experimentales.

Los objetivos básicos de esta disciplina son: 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de las enfermedades; y 5) diseñar nuevas estrategias de intervención (Becoña, Vásquez y Oblitas, 1995).

Sin duda alguna colaborar un grupo de apoyo en el área de la salud es indispensable y necesario, con la finalidad de lograr un estado de salud estable buscando las causas, consecuencias y comportamientos diferidos en las personas con alguna enfermedad, queda claro que la diversidad de factores que influyen en el individuo, solo podrá controlarlos a través de modificaciones y apoyo médico.

2.5.2 Salud comportamental.

La salud conductual enfatiza primordialmente en la mejora de la salud y la prevención de enfermedad en gente saludable, sin embargo no se centraliza en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos producidos en gente afectada por enfermedades.

Matarazzo (1980), propone la subespecialidad de “salud comportamental” ya que según el la definición de medicina comportamental no mencionaba el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, las cuales son el objetivo de la salud comportamental; que tiene la siguiente definición; “ La salud comportamental es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar la filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédica , para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la difusión, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas”

La salud conductual pone el énfasis en la mejora de la salud y la prevención de la enfermedad en gente saludable. Es decir, que esta disciplina esta enfocada principalmente a individuos que gozan de buena salud, ya que son técnicas para mantener la salud y prevenir la enfermedad.

2.5.3 Medicina Psicosomática.

Sus antecedentes remontan desde que los griegos y los romanos concebían a la persona como un conjunto donde el cuerpo y la mente constituían un todo inseparable. La medicina psicosomática surge como la rama de la medicina considerando los dos componentes (físicos y psíquicos) del organismo como una unidad indivisible y en continua interrelación. Su objeto de estudio es la relación existente entre lo somático (lo visible) y la vida psicológica de los enfermos.

La Medicina Psicosomática es un modo de hacer Medicina, implica un enfoque bio-psico-social del enfermar de cada paciente. Si bien es cierto el termino psicosomático

que debe tener en cuenta los factores psicológicos y ambientales que rodean al hombre, no de una forma aislada sino interrelacionados y en interacción.

Esta disciplina es un antecedente al psicología de la salud, sin embargo su historia y su orientación son distintas; sus raíces no son precisamente psicológicas sino biomédicas.

La medicina psicosomática analiza los componentes emocionales y psicológicos y somáticos (físicos) que interactúan produciendo enfermedades (Morales, 1999).

A principios de los años treinta es cuando nace la psicología psicosomática, para identificar los factores psicológicos específicos que se creían que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

La definición más moderna de la medicina psicosomática recibió un importante impulso de Sigmund Freud, quien destacó la importancia de los factores psicológicos inconscientes en el desarrollo de síntomas de carácter físico (Morales, 1999).

Una de las definiciones más importantes y más completas es la de Weiner (1985) como: “una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento, y mantenimiento de muchas enfermedades”.

Phares (1992), la define como “un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal”.

Diversos autores como Weiner (1985) la definieron, como una aproximación a la enfermedad que se basa en las hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades. A lo que Cannon demostró que la emoción puede causar cambios fisiológicos que pueden estar relacionados con el desarrollo de enfermedades

físicas, es decir, la emoción puede producir cambios que, a su vez, pueden provocar enfermedades.

A lo que hay que considerar que las enfermedades psicosomáticas, son desordenes reales causados o agudizados por un determinado estado mental o emocional. hoy en día se sabe que, quien cree estar enfermo, realmente lo está (aunque no necesariamente de lo que cree o teme tener), y no sería extraño que todas sus neurosis se manifiesten, con el tiempo, en desordenes orgánicos fácilmente verificables.

La relación entre cuerpo- mente se encuentra estrechamente relacionada, y no es más que un control que ejerce la mente hacia el cuerpo y que el propio individuo permite que así, sea, por otro lado no puede excluirse, lo social, ya que como se ha mencionado cada ser humano esta inmerso a un contacto social y a una relación .

La importancia de esta área radica en estudiar adecuadamente todo lo que este proceso implica y su relación e intervención con el individuo.

2.5.4 Psicología médica.

Surge cuando un grupo de médicos se interesan cada vez mas por comprender a los enfermos, por lo tanto esta disciplina se centra principalmente en cómo afecta la enfermedad psicológicamente a las personas a diferencia de la psicología de la salud que no solo centra en las personas enfermas si no también en las personas sanas, es decir, no solo en el mantenimiento de la salud, también en la prevención.

Esencialmente es una disciplina clínica que se aproxima al hombre sano- enfermo como una totalidad. No olvidando que es un ser biológico y un ser psicosocial. Que debe entenderse también como una disciplina nutrida por corrientes psicológicas y psiquiátricas, que tiene su campo de proyección en el ámbito de la medicina

La psicología médica es un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo médico (De la fuente, 1992).

Este término varía en su significado depende de donde se utilice. En Inglaterra es sinónimo de psiquiatría, y de modo semejante en España. En Estados Unidos es una subespecialidad de la psicología clínica que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de la enfermedad física. En un manual castellano sobre psicología médica la definición es: “abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia” (Alonso-Fernández, 1978).

Otra definición la realiza Vega (2002), el cual menciona que esta disciplina se centra específicamente en la comprensión de cómo afecta la enfermedad psicológicamente a las personas.

Es considerada como un desarrollo disciplinario y como una forma de colaborar en la elaboración de una medicina integral, ha de tener previsto un razonable marco de asentamiento; que constituye un saber estrictamente médico, consistente en el análisis de los factores psíquicos y psicosomáticos que intervienen en el enfermar y sanar humanos. Por lo que es de gran interés considerar las emociones, el humor, los procesos cognitivos, etc., y sus sustratos y concomitantes cerebrales en el grado en que son conocidos. El acento cae en las respuestas psicobiológicas, las interacciones humanas, los estilos de vida y los sistemas de valores. (Ridruejo y Rubio 1996).

La meta primordial de la psicología médica consiste en conocer al hombre enfermo para facilitar su curación en sentido médico y social, sin embargo P. Scheneider difiere con respecto a esta meta, ya que se basa más en preparar psicológicamente al médico con objeto de que pueda comprender mejor al enfermo, cualesquiera que sea su afección y la etiología de su enfermedad.

El autor Fernández F. divide a la psicología médica en cinco partes:

- ψ Esta dedicada al estudio de los sistemas psicológicos más representativos.

- ψ Es equiparable a la psicología médica en sentido estricto y esta integrada por cuestiones específicas de la medicina psicológica.
- ψ Se ocupa de los aspectos más importantes de la psicología del niño y del adolescente en el marco de la psicología evolutiva.
- ψ Abarca cuestiones sociales, ya que la situación clínica se desarrolla en un contexto social.
- ψ Es imprescindible estudio psicológico y psicopatológico de las distintas modalidades de vivencias radicales psíquicos básicos.

Su relación se lleva a cabo tanto en el ámbito de las llamadas ciencias médicas básicas, con las que guarda un parentesco singular, como en relación con el mundo de la patología, bien sea de signo orgánico o de signo psiquiátrico.

Los conceptos, los conocimientos y los métodos que la psicología médica aporta a la medicina le enriquecen y la amplían en sus aspectos etiopatogenicos y terapéuticos.

El hecho de que el médico identifique y maneje problemas psicológicos tiene ventajas. Una de ellas es que puede apreciar y tomar realmente en cuenta el papel que los eventos adversos de la vida juegan en la iniciación, curso y desenlace de muchos trastornos; otra que tengan la habilidad para asegurar la participación activa y perseverante de los enfermos en su curación.

Así el desarrollo de la psicología médica debe plasmarse sobre sistemas psicológicos ya sea a nivel objetivo o subjetivo, para poder perseguir el estudio del hombre tal como es, sin dejarse absorber en ningún momento por el extremismo metafísico de ciertas psicologías de la conciencia, ni por el extremismo fisiológico de algunas psicologías de la conducta. La psicología médica, por tanto, no adopta una postura naturalista ni espiritualista, pretende el conocimiento del hombre enfermo para ayudarlo en el proceso de curación. Y ser analizado al hombre- enfermo como un ser natural considerando vivencias y sufrimientos de un ser cultural (Fernández, 1989).

No podría decirse que el médico es más importante que el paciente, o que debe darse más importancia al paciente, resulta imposible y esto porque están estrechamente

relacionados, por lo que es importante considerar que tanto la actitud del paciente como el comportamiento y la preparación del médico intervienen en una relación de comunicación entre ambos; que si bien es cierto es esencial en todo ser humano. Logrando confianza, relación y comunicación se podrán obtener óptimos resultados.

2.5.5 Psicología clínica.

Tal vez, los primeros cimientos de la psicología clínica se sitúan en el laboratorio creado por Wundt en Alemania, 1879, en el primer laboratorio de psicología en Rusia dirigido por Bójterev y fundado en 1886 en la Clínica para Enfermos Alienados y Enfermedades Nerviosas en la ciudad de Kazan, o en el laboratorio de psicología de la Universidad de Johns Hopkins fundado en 1896 y dirigido por May. Pero la consideración de la psicología clínica como disciplina independiente podría situarse en 1906 cuando Lightner Witmer fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania. A partir de esto la psicología clínica se ha ido desarrollando se define como “un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta, para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos (Buela-Casal y Caballo, 1991).

Phares (1992) la define como “un campo que tiene como objetivo el estudio, el diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos o la conducta anormal”.

Se puede hacer mención de algunas definiciones importantes de algunos autores que contribuyen a la psicología. "Feldman, R" (1998). Lo define como: la rama de la psicología que versa sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal"

A diferencia de Hall y Marzillier (1987), mencionan que los “los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental. Entre sus actividades principales están: a) evaluación psicológica, b) tratamiento psicológico, e c) investigación psicológica.

En términos generales, la Psicología clínica es la aplicación de los principios de la Psicología a la situación psicológica del individuo, para una mejor adaptación a la realidad (Rotter, 1971).

La psicología clínica es el área que se encarga del cuidado de la salud, aunque no exclusivamente mental. Las actividades principales de un psicólogo clínico son: evaluación psicológica, tratamiento psicológico, investigación psicológica.

Existen autores que relacionan mucho estas dos disciplinas, sin embargo no son los mismo ya que la psicología clínica esta enfocada principalmente en trastornos mentales como la ansiedad o depresión; y la psicología de la salud esta enfocada principalmente a los trastornos físicos como el asma, cáncer o diabetes.

Sin duda alguna todas las áreas son de suma importancia, y está arrea no podría dejar de ser la excepción, considero la más importante en el área de la salud, ya que maneja un punto esencial: el diagnóstico, así como los problemas emocionales y conductuales, y sus causas. Es decir estudia con mayor profundidad el problema de salud de un individuo.

2.5.6 La sociología médica

Estudia la naturaleza y funciones de la sociedad y sus influencias sobre nuestra vida, la sociología plantea al médico la necesidad de considerar al paciente no solo como un organismo enfermo, si no como una personalidad y como miembro de una familia, con un sitio en la comunidad.

También se le conoce como sociología de la salud. Esta especialidad de la sociología como su nombre lo dice incluye variables sociales y de la salud, estudia patrones sociales y culturales con relación a las enfermedades Su diferencia con la psicología de la salud es que la sociología médica se enfoca a factores sociales que influyen a la salud, y la psicología de la salud se enfoca a los procesos psicológicos.

Bishop (1994), la define como “la especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y de la enfermedad”.

La enfermedad es un fenómeno universal que afecta a las personas de cualquier lugar. El estudio del modo como las enfermedades afecta a los grupos humanos y de la forma en que dichos grupos reaccionan ante la enfermedad suministra un campo fundamental para la aplicación del conocimiento y de las técnicas de investigación sociológicas. Pueden distinguirse cuatro aspectos susceptibles de análisis. En primera instancia, las enfermedades no son ni uniformes ni azarosas en su incidencia, sino más bien se observa que son más o menos comunes en los diferentes grupos sociales. En segundo lugar, la gente tiende a considerar el hecho de la enfermedad desde las perspectivas de su propia cultura y, basándose en parte en estas perspectivas, suele responder ante la enfermedad como modos previsibles. En tercer lugar la gente crea una serie de instituciones para tratar sistemáticamente aquellas enfermedades que aparecen en su grupo; finalmente puede afirmarse que el tratamiento de la enfermedad incluye algo más que la mera aplicación del conocimiento médico por medio de instituciones.

Así el estudio de las enfermedades en la sociedad, de las perspectivas culturales de la enfermedad, de los roles, actitudes y valores que surgen de la organización social de los centros de tratamiento y de la relación del tratamiento y medios de ayuda.

Por otro lado la investigación sociológica en medicina proporciona a los sociólogos muchas oportunidades para realizar contribuciones a la sociología general..

La sociología medica puede proporcionar información sobre el propósito visión y organización de los elementos de la medicina que pueden afectar al hombre en la calle; también puede proporcionar al médico práctico información acerca de las perspectivas de los demás.

Debido que el ser humano esta sumergido a una estrecha relación con la sociedad, y que está es involucrada en el desarrollo y comportamiento del individuo fundamentalmente en los valores es necesario comprender más aún la relación existente entre sociedad-individuo, y no simplemente una relación.

2.5.7 Antropología médica.

Considera fundamental el estudio de las culturas actuales, que están llenas de oscuridades y misterios, cuyo desvelamiento corresponde a los científicos especializados en esta rama.

El aspecto específico de la antropología médica se encuentra en su objeto y en sus finalidades. En su objeto se enfoca en la relación medico-enfermo, la relación, por tanto, terapéutica y asistencial que se establece entre dos seres humanos: uno enfermo y el otro curador o sanador. La cuestión central de la antropología médica es la relación médico-enfermo; aunque estos se encuentren relativamente solos están unidos por lazos humanos y normativos con el resto de la humanidad.

Por lo que la antropología médica no solo tenga que ser cultural en el sentido ya tratado, sino también sociológica, preocupándose del estudio de la sociedad. Con esta antropología se trata de que el hombre médico tenga una formación y unos conocimientos del ser humano suficientes para que pueda curar debidamente a hombres enfermos, así la antropología no es solo una fuente de conocimientos, sino también una fuente de formación, ya que los conocimientos adquiridos sobre el hombre van modelando al hombre con una mentalidad nueva.

Estudia los efectos culturales de la enfermedad. La antropología médica y la psicología de la salud difieren en la intención y el centro de interés. La primera hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad. La antropología médica enfatiza y hace comparaciones en los sistemas de curación y las creencias acerca de la salud. Los psicólogos de la salud reconocen la importancia de la cultura y en como sus sujetos tratan los asuntos de salud, pero se interesa mas por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

La antropología junto con la psicología trata de dar al médico una formación suficiente para que en todo momento sepa tratar adecuadamente los hombres enfermos.

La antropología de la medicina ha ido consolidándose en diferentes aspectos, como en el campo de las disciplinas antropológicas, teniendo así un desarrollo más rápido y una extensa utilización operativa.

Sin embargo el desarrollo de las investigaciones sistemáticas de esta fuente ha estado vinculado en Europa desde finales del siglo XIX, a un contexto histórico, que a pesar de los avances cognoscitivos y operativos de la biomedicina, a su control legal progresivo de toda la actividad preventiva y terapéutica y a la fuerte tendencia a la expansión de la sanidad pública para una cobertura total de la población.

La mirada antropológica sobre la salud y la enfermedad ha de superar por sí misma su institucionalización inicial; sin embargo ha variado el sentido y la función operativa de la antropología de la medicina, ya que esta nueva perspectiva de las investigaciones, la articulación de los intereses temáticos, los objetivos y las estrategias acerca del uso social de la investigación, los propios criterios.

Estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad; hacer hincapié en los aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad, así como en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud.

CAPITULO 3.

CREENCIAS Y ACTITUDES EN LOS HÁBITOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE SALUD

Existen factores que influyen en el mantenimiento de hábitos saludables como lo son las creencias y actitudes; y también estas de forma positiva pueden contribuir a evitar una enfermedad o mantener un estado saludable.

3.1 Hábitos de salud.

Hábito

Hábito proviene del latín "habitus" que es una tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando el hábito se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática. Es decir es una forma especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición, actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.

También se le conoce como conjuntos de habilidades, actividades que el individuo va adquiriendo al relacionarse con los medios, escuela, en la calle, en el hogar, etc. que posibilitan la adaptación del niño al medio y la adquisición de la competencia necesaria para responder a los requerimientos complejos de la vida en sociedad. La frecuencia con que se exigen determinados comportamientos en la interacción social facilita la adquisición de comportamientos como hábito.

El hábito es también una acción que, por haberse realizado muchas veces, se ha convertido en automática. Según Anderson (1982), en su formación se pueden distinguir tres fases. En la fase de iniciación o declarativa, para orientar su acción la persona utiliza una información que consta de un conjunto de hechos. Estos, por si solos, son incapaces de guiar la acción y obligan a la persona a recurrir a procedimientos interpretativos. En la siguiente fase, de formación estricta del hábito, la información anterior deja atrás la forma declarativa y adapta la procedimental, a través del proceso de compilación de conocimiento. En esta fase, los procedimientos o de

perfeccionamiento, el hábito ya está formado, pero sigue perfeccionándose en aspectos de ajuste a las situaciones y rapidez de ejecución. Morales 1996.

Según la ética aristotélica las virtudes y los vicios son hábitos, correspondiéndole a cada virtud dos vicios, uno por exceso y otro por defecto. Aunque el hábito se adquiere por repetición de una conducta, termina por convertirse en una posesión permanente del individuo que lo ha adquirido, de modo que por él se regula de una manera inmediata su conducta.

Por otro lado los hábitos representan la información sobre la acción en formas procedimental e incluyen información sobre cómo llevarlas a cabo. Es importante considerar que el hábito no requiere esfuerzo consciente, puede pasar desapercibido y puede actuar al mismo tiempo que otros procesos.

La constancia y la repetición de ciertas conductas parecen resultar en ocasiones favorables, siempre y cuando este enfocado hacia algo positivo y justificado, pero resulta contraproducente cuando se emplea para lo negativo o peor aún para dañar a su propio cuerpo.

Sin duda alguna los hábitos que cada individuo posee en su mayoría son adquiridos por presión social o por imitación, pero si bien es cierto el aspecto emocional recae sobre la persona y provoca una respuesta positiva o negativa según sea la situación.

Hábitos de salud.

Considerar la importancia de adquirir hábitos de salud favorables va a provocar un ajuste y equilibrio en el individuo. Por tanto en el siguiente apartado se hace mención sobre los hábitos positivos y negativos y las consecuencias de adquirirlos.

Habito de salud es el modo o la forma especial de proceder o comportarse, adquirido por la repetición de actos que influyen sobre la salud. Existen hábitos, actitudes y comportamientos que son positivos (beneficiosos para la Salud) y otros que son negativos (malos para la Salud). Proteger y mejorar la Salud supone abandonar los hábitos negativos y adquirir y realizar hábitos beneficiosos para la Salud.

Los hábitos inicialmente son conductas que después de ser reforzadas recurrentemente son mantenidas, por lo tanto se adquieren, se mantienen y pueden llegar a extinguirse con ciertas conductas aprendidas. Todos los estilos de vida que se consideran y se mencionan como saludables son respaldados por las investigaciones científicas en esta área. Así el ser humano a través de hábitos conforma un estilo de vida y de este dependerá su salud.

A continuación se enlistan una serie de comportamientos relacionados con la salud que los comparten diferentes autores como Matarazzo y Becoña, Vázquez y Oblitas:

1. Adherencia al tratamiento.

Según Becoña, Vázquez y Oblitas (1995), para que la recomendación del médico tenga repercusiones beneficiosas para el paciente deben tenerse en cuenta dos aspectos: en primer lugar el consejo debe de ser acertado y en segundo lugar debe ser seguido por el paciente.

La adherencia al tratamiento evitará visitas innecesarias de los sujetos a los hospitales.

2. Estilo de vida minimizador de emociones negativas.

Las emociones negativas influyen en la salud y uno de los mecanismos más conocidos es el estrés. Labrador (1992), menciona que el estrés es cuando una persona esta en una situación que implica demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o; si avanzamos un poco mas, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas”.

Detectar y canalizar emociones negativas para evitar que se expresen de manera psicósomática, es decir mediante malestares fisiológicos.

La frecuencia de que una persona esté estresada depende de la vulnerabilidad del individuo a padecer alguna enfermedad. Muchos estímulos psicosociales pueden generar estrés, el cual tiene el poder de afectar de manera indirecta a los sistemas hormonal, autónomo e inmunológico. Las emociones pueden influir grandemente sobre el tipo de cantidad de alimentos que se ingieren.

3. Nutrición adecuada

Las dos principales causas de mortalidad y morbilidad en los noventa, son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que se deben principalmente a dietas inadecuadas. Las dietas ricas en grasa favorece a la hipertensión y a la hipercolesteremia que son dos importantes factores de riesgo en enfermedades cardiacas (Costa y López, 1986).

Los hábitos alimenticios varían según la cultura y el estrato socioeconómico, pero también día a día dependiendo del humor y de la forma de reaccionar ante el estrés.

Una nutrición correcta es indispensable para tener un estado saludable. Incluso la mayoría de las enfermedades actuales están relacionadas con los hábitos alimenticios.

La alimentación debe ser un régimen ordenado con horarios establecidos y respetados, esta debe ser balanceada de acuerdo a las necesidades particulares de cada persona.

Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga una cantidad adecuada de de todos los nutrientes esenciales. Además de agua los nutrientes contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes fundamentales al organismo que son los carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. (Becoña, Vásquez y Oblitas, 1995).

Se recomienda el aumento de consumo de leche, verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, además de ingerir alimentos de los cuatro grupos básicos; cereales, frutas, vegetales, productos lácteos y carnes y pescados. Entre los hábitos

alimentos más recomendables está la disminución de grasas animales, azúcar, dulces y harinas refinadas y el consumo de alcohol.

Por dieta se entiende todo aquello, sólido o líquido, que se ingiere durante 24 horas. Una dieta sana es aquella que cumple con las leyes de alimentación. El exceso de grasas se ha ligado a una serie de problemas enfermedad del corazón, alta presión, cáncer y obesidad. Es muy importante no descuidar los desayunos y las meriendas aunque haya que invertir diez minutos en prepararlos. Para obtener beneficios positivos es necesario seguir las siguientes pautas (Elizondo, C.)

- a) Desayuno: Un desayuno completo deberá incluir leche, fruta, azúcar, miel, cereales, pan y aceite de oliva.
- b) Tentempiés: Hay que prescindir de grasas y azúcares y pensar en sustituirlos por yogures o nueces.
- c) Comida: Es aconsejable tomar alimentos a la plancha y no abusar de sal y harinas. Por otro lado tomar una copita de vino es una buena solución para prevenir enfermedades cardiovasculares.

La energía que proveen los alimentos se mide en calorías, esta se define como la cantidad de calor necesario para elevar la temperatura. El cuerpo utiliza calorías de muchas formas: para formar estructuras corporales, para producir calor, para moverse, o para guardarla como grasa para su uso posterior. Las calorías provienen en tres formas principales: carbohidratos, proteínas y grasas. El cuerpo necesita estos nutrientes y otros como vitaminas, minerales, fibra, agua y electrolitos, para crecer, obtener energía y mantenerse en un estado de equilibrio.

- d) Cena: Hay que ingerir una cena completa pero ligera con presencia de verduras y alimentos cocinados al vapor.

Llevar una buena dieta ayuda para mantener un peso adecuado con la estatura y la edad, previniendo la hipertensión arterial, diabetes, problemas durante el embarazo y problemas óseos (Roa, 1995).

Ya cuando la gente se encuentra enferma estas recomendaciones pueden salir sobrando porque aunque sean de los alimentos básicos dependiendo de la enfermedad hay alimentos que los médicos recomiendan evitar.

4. Adoptar comportamientos de seguridad.

Las muertes por accidentes se mantienen como la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados y la mayoría de estos accidentes pudieron haberse evitado ya que la mayoría son por conductas de los individuos.

Cuando se habla de accidentes no solo se refiere a los automovilísticos si no también a comportamientos inapropiados con medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etcétera, sin embargo son los accidentes automovilísticos junto con el fuego la causa principal de lesiones, destacando también que los primeros en su mayoría son en adolescentes.

Los jóvenes de entre 15 y 19 años presentan una probabilidad dos veces y media mayor de morir en un accidente de circulación que las mujeres jóvenes de la misma edad (Matarazzo, 1984).

Becoña et al.(1995), sugiere cuatro medidas preventivas para evitar la mayoría de los accidentes: 1) eliminar los agentes físicos (por ejemplo armas de fuego); 2) reducir la cantidad del agente (velocidad de los vehículos); 3) evitar la liberación del agente (dispositivos de seguridad de los vehículos) y, 4) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos.

5. Conductas sexuales responsables.

Las conductas sexuales responsables no solo tienen que ver con el uso de métodos anticonceptivos, si no también a la hora de tomar decisiones cuando se adquiere una enfermedad o un embarazo no deseado (este último frecuentemente en adolescentes).

Cada vez es más frecuente que las personas, en su mayoría jóvenes adquieran enfermedades transmitidas sexualmente (como gonorrea y herpes), estas siempre han sido peligrosas, pero a partir de los años 50 la mayoría puede tratarse eficazmente, sin embargo, la aparición del SIDA en los años ochenta cambio el panorama.

El Sida es una enfermedad contagiosa que se trasmite sexualmente en su mayoría, debido a las relaciones promiscuas, no usar preservativos, efectuar penetración anal o contacto bucal-genital (Becoña, Vásquez y Oblitas, 1995).

Otro de los problemas preocupantes dentro de la sociedad son los embarazos no deseados. Ya que el problema no solo es para la adolescente, también es para el futuro hijo y las personas cercanas a ella como sus padres.

Un gran número de embarazos no deseados se acompañan de una incidencia desproporcionada de mortalidad infantil, descuido y maltrato a los niños, terminado cuatro de cada diez embarazos en aborto o malogros. Las madres adolescentes tienen un riesgo mayor de presentar anemia, preclamsia y complicaciones durante el parto, además de un mayor riesgo de mortalidad durante el mismo. Los hijos de estas mujeres corren el riesgo de experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, etcétera.

6. Evitar el consumo de drogas.

El consumo de drogas es una causa importante de enfermedades y muertes en todo el mundo, sin dejar a un lado la relación que tiene con problemas psicológicos, familiares, laborales y sociales como la delincuencia.

Existen dos tipos de drogas: las legales las cuales su venta y consumo están permitidos por la ley como el alcohol, el tabaco y las drogas de prescripción (las dos primeras son las mas consumidas por la sociedad y las que mas problemas generan); y las ilegales como la heroína, cocaína, marihuana, etcétera. Y aunque unas legales y otras no las dos son un problema para la salud.

La relación entre la conducta de consumo de tabaco y ciertos problemas de salud que a menudo debilitan y llevan a la muerte, como las enfermedades cardiovasculares, pulmonares y de cáncer parece estar claramente establecida (Goldstein, 1991).

Incluso se han hecho conjeturas de que los individuos de distintos tipos de personalidad emplean el consumo de tabaco para reforzar los patrones de conducta preferibles (Pormerleau, 1984).

Es importante mencionar que actualmente el patrón de fumadores entre hombres y mujeres es casi igual, y generalmente las personas con mayor grado de educación y mejor nivel socioeconómico fuman menos que las condiciones contrarias, en promedio cerca de 400,000 personas mueren al año por alguna enfermedad ocasionada por el humo del cigarro.

En cuanto al alcohol tiene una gran diferencia respecto al tabaco ya que en pequeñas dosis no es perjudicial. Para saber si se es un bebedor de riesgo simplemente hay que consultar con su médico sobre el consumo de alcohol.

7. Realizar con regularidad alguna actividad física.

Es el vehículo más importante y adecuado para prevenir el comienzo de muchas enfermedades físicas y psicológicas, principalmente la prevención de problemas cardiovasculares. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y los lípidos.

Los beneficios del ejercicio no solo son físicos si no también psicológicos: primeramente una actividad física practicada regularmente reduce el estrés, además de que contribuye a mejorar el autoconcepto de la persona, porque regularmente tienen un aspecto mas atractivo (Becoña, Vásquez y Oblitas, 1995).

Las investigaciones relacionan la actividad física con el rendimiento intelectual, psicológico, social e incluso en el rendimiento en el trabajo(Elizondo 1996). Basta con dedicarse 15 ó 30 minutos diarios a hacer ejercicio moderado 3 ó 4 veces por semana para que el organismo lo agradezca (Goldstein, 1991).

Todas las personas pueden plantearse la actividad física teniendo en cuenta las cualidades personales y las necesidades a cubrir.

No es lo mismo desear adquirir o mantener una buena forma física que intentar reducir el colesterol o recuperar la fuerza muscular tras la inmovilización por un accidente. Cada uno debe realizar el tipo más adecuado de actividad para mejorar los aspectos que le interese.

Se sabe de las dificultades y problemas de la vida moderna, que no favorecen el mantenimiento regular de un ejercicio físico o su aprovechamiento. Entre ellas podemos citar: Que no existe una cultura suficiente sobre el ejercicio físico. En la edad infantil, donde se aprenden las conductas y actitudes, no se adquieren los principios sobre la forma física ni el sentido de una vida con el ejercicio saludable, o que hay muchas personas que desarrollan una actividad por debajo de los niveles necesarios para obtener beneficios.

Puede anexarse también los siguientes hábitos:

Hábitos de higiene personal y social. La higiene es un elemento importante para la conservación de la salud, mantener limpio nuestro organismo y el lugar que habitamos limita en gran medida los factores de riesgo de enfermedad y eventualmente favorece el desarrollo de un ambiente adecuado para la construcción de una cultura de salud y de individuos saludables.

Vargas y Palacios (1993) plantean la siguiente lista de normas higiénicas para prevenir enfermedades infecciosas y mantener la higiene personal:

- Bañarse diariamente
- Cepillarse los dientes después de cada alimento
- Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño
- Mantener una postura correcta en el cuerpo
- Cultivar la actividad mental
- Usar vestidos apropiados al clima.
- Examen médico periódico
- Revisión ocular

Los médicos recomiendan revisiones para prevenir una enfermedad o detectarla a tiempo y su tratamiento sea más corto y menos problemático. Ya que en ocasiones la enfermedad se encuentra en el cuerpo pero no existen síntomas. El chequeo médico no solo sirve para detectar algún problema, si no al contrario, darse cuenta que se encuentran en buen estado de salud.

Entre otros comportamientos saludables que recomiendan estos autores están el dormir de 7 a 8 horas, desayunar todos los días y aproximarse al peso conveniente en función con la talla. Es importante también vigilar el corazón; para prevenir posibles enfermedades cardíacas es necesario que los jóvenes tomen alimentos de calidad preparados en casa y que eviten las "comidas rápidas".

En cuanto a la salud femenina, debe hacerse la primera revisión ginecológica cuando se empiecen a tener relaciones sexuales o cuando se note alguna irregularidad con la menstruación.

Los hombres tienden a ser más renuentes al llevar a cabo revisiones propias de su sexo pero son igualmente importantes para prevenir cáncer de próstata.

Otro aspecto importante dentro de los comportamientos relacionados con la salud esta la Automedicación ya que en muchas ocasiones, una dolencia puede ser tratada con un simple cambio de hábito y no hace falta la medicación. De cualquier modo, no todos los medicamentos son eficaces para todas las personas y su prescripción debe ser individualizada.

Existen diversidad de factores influyentes para dar seguimiento a estos comportamientos y adoptar hábitos de salud positivos para un estilo de vida saludable, y evitar problemas de salud que a lo largo pueden ser perjudicial para el individuo; sin duda alguna esto se logra través de la decisión, dedicación, tiempo y amor a uno mismo. Valorar lo que realmente posee y otorgarle un cuidado importante así como es fácil adquirir los hábitos no saludables, debe resultar agradable cambiar esos patrones y estar dispuestos a generar un cambio importante por si mismo.

Factores que influyen en los hábitos de salud.

Todas las actividades de la vida cotidiana están condicionadas culturalmente. Ya que modela nuestras conductas asemejando comportamientos sociales. Por lo que el ser humano actúa partiendo de una determinada cultura de salud, se comparten una serie de principios básicos saludables que permiten integrarse en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás. La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades en salud.

No es fácil inculcar a la gente hábitos sanos, debido a que no en todos los casos se sabe que patrones de conducta producen una morbilidad reducida. Los médicos tienden a ver este tipo de problemas como ajenos al área de la medicina. Las intervenciones realmente efectivas requieren un esfuerzo especial del individuo. Los médicos como quienes trabajan con ellos necesitan desarrollar en el área conocida como medicina de la conducta (Bowderich, 1990).

Existe diversidad de factores que influyen para la adquisición de hábitos ya sean positivos o negativos que a continuación se mencionan:

Cultural o conductual: Parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se le designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las ciencias de la conducta se ha considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad.

En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social.

Materialista o estructural: Cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el

origen de desigualdades en salud. Destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud.

Otro punto importante a considerar son los estilos de vida que hace referencia a la manera de vivir característica de cada persona, es decir, incluye todos sus comportamientos, ideas y actitudes, que no deben olvidarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. Se pone de relevancia los aspectos culturales y conductuales en la salud. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir. Fumar, beber alcohol, el tipo de alimentos y la realización de ejercicio han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud.

Existen estilos de vida que favorecen la salud, ya que hacen que la persona evite o minimice los factores que pueden desequilibrarla. Intentar que los individuos tomen conciencia de cuál es su estilo de vida y la repercusión que tiene en su bienestar debe ser la estrategia de la educación para la salud. Sólo desde esta perspectiva el individuo puede realizar los cambios necesarios para conseguir un estilo de vida saludable.

Modificación de hábitos

Para lograr un cambio en los hábitos de salud es necesario modificar algunos patrones de conducta así como el cambio de las actitudes de creencias de las personas frente a prácticas específicas.

Estas son algunas formas por las cuales se puede predecir el comportamiento: 1) cuando minimizamos otras influencias sobre nuestro comportamiento y nuestros planteamientos actitudinales y 2) cuando la actitud es específicamente relevante a esa forma de comportamiento observado. Existe una tercera condición: una actitud predice más adecuadamente una forma de comportamiento cuando se trata de una actitud fuerte (Myers D. 2000).

La respuesta ante la enfermedad no depende de la situación en si, si no de la interpretación que se haga de ella. Una vez que las personas han adquirido ciertas

creencias toman actitudes y así las dos repercuten en el comportamiento de las personas con respecto a su salud.

Y porque es importante las actitudes para mantener los hábitos positivos y alejar los negativos de nuestra vida; así como es de suma importancia a la hora de actuar las creencias que tengamos, a continuación se ahondará sobre las creencias y las actitudes con relación a los hábitos de salud (positivos y negativos).

3.2 Creencias

Nuestras poblaciones, se caracterizan por su alto sentido religioso y de superstición; lo que se refuerza en muchas comunidades por un elevado analfabetismo. Lo que saben respecto a la salud y enfermedad en ocasiones son conceptos que no están sustentados en criterios científicos, sino en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación, pero que en su mayoría no se apegan a lo real. Las causas de las enfermedades muchas veces son atribuidas a castigos divinos o a fenómenos sobrenaturales o mágicos, éstas son creencias que de alguna manera están afectando las conductas de salud de las personas.

Las creencias se caracterizan por tener un elemento cognoscitivo y afectivo y por ser individuales (otras personas pueden considerarlas falsas o verdaderas según su criterio).

Las creencias acerca de la enfermedad determinan el afrontamiento de la misma, e influyen en la adaptación y en la recuperación. El enfermo necesita atribuir la enfermedad a causas concretas porque así disminuye la inseguridad y aumenta la sensación de control.

Green *et al.* (1980), (citado en Becoña, Vásquez y Oblitas, 1995), definieron una creencia como: “Una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia”. Es decir, una creencia es algo que se acepta como verdad, sin saber si lo es en términos objetivos.

Greene y Simons-Morton (1988), mencionan tres características de las creencias. Primero, otras personas pueden clasificarlas como falsas o verdaderas; segundo, las

creencias tienen un elemento cognoscitivo o lo que la persona sabe o cree saber al respecto ; tercero, las creencias tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o al grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

Las creencias se caracterizan por tener un elemento cognoscitivo y afectivo, además de ser individuales, es decir, que una persona puede tener una creencia y para otra esta es falsa. Las creencias sobre la salud hacen mención a las percepciones que el sujeto tiene sobre la salud en función de su conocimiento y actitudes.

Llor, Abad, García y Nieto (1995), mencionan dos tipos: sobre las causas de la enfermedad y sobre el control de la enfermedad.

Creencias sobre las causas. El paciente puede sentirse culpable o culpar a otras personas de su enfermedad, a las circunstancias o al destino. Si se siente culpable puede ser un mecanismo de adaptación ya que entonces el sujeto se da cuenta que la causa de su enfermedad se deriva de comportamiento, y esto lo puede llevar a que asuma el control de su enfermedad y lo afronte de modo eficaz. En algunos casos el paciente considera que su enfermedad es un castigo divino o una prueba, lo que les lleva a aceptar resignadamente su enfermedad, sin hacer nada por resolverlo.

Creencias sobre el control. Las personas que creen que pueden controlar su enfermedad siguiendo hábitos saludables o cumpliendo con lo dicho por los especialistas presentan mayores niveles de ajuste a los que no tienen esas creencias y al contrario piensan que ya no pueden hacer nada por su situación.

Como ya se había mencionado la respuesta a la enfermedad depende de la interpretación que se le de, es decir que depende de cómo piensen las personas y cuales sean sus creencias. Lipowsky (cit. En Llor, Abad, García y Nieto, 1995), describió las siguientes categorías de significados de la enfermedad.

- La enfermedad como desafío: el paciente considera la enfermedad como cualquier otro acontecimiento de la vida que requiere de exigencias y

obliga a sus hábitos terapéuticos para tratarla adecuadamente, este tipo de personas buscan atención médica a tiempo.

- La enfermedad como amenaza: se considera un atentado a la necesidad de mantenerse íntegro.
- La enfermedad como enemigo: se considera como una invasión de fuerzas enemigas. Las consecuencias emocionales de esta forma de pensar son la ansiedad, el miedo y el mal humor, sentimientos que predisponen a la lucha o a rendirse por indefensión.
- Enfermedad como refugio: para algunas personas el enfermarse puede parecer un alivio ya que si la vida resulta difíciles para ellos y es fuente de frustraciones, la enfermedad les ofrece la oportunidad de atenderse a si mismo.
- La enfermedad como ganancia: hay personas que utilizan la enfermedad como medio para conseguir una mayor atención y disponibilidad por parte de los demás, para obtener bajas laborales, para manipular a los miembros de la familia, etcétera.
- La enfermedad como castigo: casi siempre esto se refiere a connotaciones religiosas, que les lleva a adoptar actitudes de resignación y pasividad, y por lo tanto no buscan ayuda médica.

Se han propuesto modelos teóricos para explicar y predecir los comportamientos saludables, uno de ellos es el “Modelo de creencias de la salud” creado por Becker y Rosenstock y dicen que las creencias contribuyen significativamente a la búsqueda de la salud. Este modelo incluye cuatro percepciones que deben combinarse para predecir los comportamientos relacionados con la salud: (1) la susceptibilidad percibida a la enfermedad, (2) la gravedad percibida de la enfermedad, (3) los beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud, y (4) las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de salud. Los investigadores han demostrado que el modelo de creencias sobre la salud presenta una eficacia limitada a la hora de predecir los comportamientos relacionados con la salud.

Los instrumentos mas recientes para la evaluación son el *Cuestionario de creencias de salud* de Cohen, Brownell y Felix (1990), y el de Rivas Torres (1991).

Autor	Rives Torres
-------	--------------

Año	1991
Población	niños y adolescentes
Contenido	39 ítems acerca de las creencias sobre distintas dimensiones de salud (salud personal, salud mental, nutrición, drogas, componente social, y seguridad). Los ítems se puntúan de 5 a 1 si son positivos, de 1 a 5 si son negativos y en la forma 53135 si son neutros o no influyen sobre la salud.
Objetivo de estudio	Conocimiento de las creencias acerca de las prácticas positivas o negativas para la salud.

Tabla 6. Cuestionario de creencias de salud.

Para las creencias específicas, como la vulnerabilidad o susceptibilidad percibida, investigadas por el modelo de creencias de salud, Gochman, (1971) han desarrollado las escalas de vulnerabilidad percibida, las cuales evalúan el grado con el que el sujeto se siente vulnerable a padecer enfermedades o a sufrir accidentes.

Autor	Gochman
Año:	1971
Población:	adultos
Contenido:	25 ítems sobre la probabilidad percibida por parte del sujeto de verse afectado por enfermedades o accidentes. Se puntúa en un formato tipo Likert de 1 a 5 (desde nada probable hasta muy probable).
Objetivo de estudio:	Creencia del sujeto sobre la probabilidad de padecer diversos problemas de salud

Tabla 7. Escala de vulnerabilidad percibida

3.4 Actitudes

Las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiéndonos a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia si mismo y hacia otro ser; es decir son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores (Alcantara, 1988).

Son modos profundos de enfrentarse a sí mismos y a la realidad. Las líneas radicales conformadores, impulsoras y motivadoras de nuestra personalidad. Las formas habituales de pensar, amar y sentir y comportarse. Es el sistema fundamental por el cual el hombre ordena y determina su relación y conducta con su medio ambiente. También es considerada como una asociación ante un objeto dado y una evaluación dada (Alcantara 1988; Morales; Olza 1996).

Para Fishbein y Ajzen, la actitud es un juicio evaluativo bipolar acerca de un objeto. Las actitudes se conforman a partir del repertorio de creencias salientes relativas al objeto de actitud. En la teoría de la acción razonada, las creencias se conciben básicamente como las consecuencias que tiene el realizar una determinada conducta (Morales, 1996).

Cuando una persona actúa de forma automática, sus actitudes se van a ver adormecidas, es decir “Nuestras actitudes guían nuestro comportamiento si pensamos en ellas. Las personas autorreflexivas por lo general son conscientes de sus actitudes (Millar y Grush, 1986). Esto plantea otra forma de inducir a las personas a concentrarse en sus convicciones internas llevándolas a ser conscientes de sí mismas.

Por otro lado Ruseell Fazio y Mark Zana(1981), en una larga serie de experimentos demuestran que cuando las actitudes surgen de la experiencia, tienen más posibilidades de permanecer y de guiar las acciones. Y cuando los componentes emocionales y de creencia de una actitud son coherentes, la actitud guía el comportamiento, tal como lo hacen las actitudes fuertes (Chaiken y cols.,1995; citado en: Myers, 2000).

Las actitudes poseen las siguientes características:

- Ψ Son adquiridas, es decir es el resultado de la historia de cada hombre.
- Ψ Son estables, perdurables, difíciles de mover y cambiar.
- Ψ Son raíz de conducta, pero no la conducta misma, ya que son las precursoras y determinantes de nuestro comportamiento. Conllevan a un impulso operativo y resultan ser nuestras tendencias de actuar, las predisposiciones para responder ante las múltiples estimulaciones que nos llegan.

- Ψ Es un proceso cognitivo y su raíz es cognitiva. Este componente intelectual es su centro regulado. Toda actitud es una respuesta electiva ante los valores y ello sólo es posible, si la razón conoce, juzga y acepta el valor.
- Ψ Conlleva procesos afectivos; ya que los valores que tienen nuestras actitudes ponen en juego nuestros deseos, nuestra sensibilidad y nuestra voluntad como segundo principio motor e todos los actos y hábitos humanos.
- Ψ Es un proceso complejo e integral.
- Ψ Son cualidades radicales. Predisposiciones, los hábitos y las aptitudes.
- Ψ Evocan un sector de la realidad, se refieren a unos determinados valores.
- Ψ Son trasferibles y pueden actualizar de modos diversos y hacia distintos objetos.
Con una actitud podemos responder a múltiples y diferentes operaciones.

Las actitudes no son innatas como los instintos, sino adquiridas y no se determinan a un solo acto, como funciona el impulso instintivo, sino que se abre a múltiples operaciones.

La actitud también se diferencia de la aptitud. Esta se ha conformado por la integración de varias disposiciones, consiguiendo una mayor estabilidad y eficiencia que la simple disposición. La actitud a su vez, se origina por la unión de varias aptitudes alcanzando una superior estabilidad y operatividad con una mayor carga motivacional. Si la aptitud se refiere a la faceta de capacidad-saber, el hábito es la vertiente que nos habla de la acción, de una disposición para actuar.

Por tanto la actitud es la resultante de la integración de la aptitud y los hábitos generándose una estructura funcional de mayor eficiencia y solidez (Alcántara, 1988).

Por otro lado, resulta difícil entender si las actitudes se relacionan con el comportamiento, dicha suposición fundamenta la mayor parte de la enseñanza, la consejería y la educación infantil, es que nuestras creencias y sentimientos privados determinan nuestro comportamiento público.

Lo que dio pie a que psicólogos sociales estuvieran de acuerdo en que conocer la actitud, de las personas equivalía a poder predecir sus acciones. Pero en 1964 Leon Festinger, (Gerard, 1994, citado en: Myers, 2000) concluyó que la equivalencia no

demostraba que cambiar las actitudes equivalía a cambiar el comportamiento. Tal como dijo Robert Abelson (1972), “estamos muy bien entrenados y somos muy buenos para encontrar razones que expliquen lo que hacemos, pero no somos muy buenos para hacer aquello para lo que encontramos razones”. Si la gente no hace lo que dice, es natural que fracasen los intentos para modificar el comportamiento cambiando la actitud.

Las actitudes hacia la salud hacen mención a la organización de un tipo de creencias sobre la salud que son relativamente perdurables y que nos predisponen a actuar de una manera particular con respecto a la misma.

Otro de los problemas en cuanto a actitudes de la gente con su salud es la adherencia a las prescripciones médicas. Dentro de una prescripción médica se deben de tomar en cuenta dos cuestiones, la primera es que el consejo debe de ser preciso. Un consejo erróneo puede traer nuevos problemas de salud con consecuencias graves y un consejo excelente resulta inútil si el paciente no lo sigue.

Para Meichenbaomy Turk (1987), la adherencia cubre una variedad de conductas entre las que se encuentran: 1) iniciar y continuar un programa de tratamiento, 2) asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones, 3) tomar correctamente la medicación prescrita, 4) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control de estrés, alimentación, ejercicio físico, etc.), 5) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, 6) evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etcétera). (Citado en Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J., 1996)

El incumplimiento de las prescripciones médicas, además de suponer que el paciente no va a tener la mejoría que se supondría, presenta un alto coste económico, no solo para el paciente si no también para la institución, ya que no se consumen la cantidad de medicinas que se proporcionan, y en el caso del paciente porque en la mayoría de los casos es hospitalizado por agravarse su dolencia como consecuencia de no haber seguido las indicaciones hechas en un primer momento.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996), menciona cuatro variables relacionadas con el seguimiento de las instrucciones terapéuticas, variables: a. del paciente, b. del

tratamiento, c. del trastorno o de la enfermedad, y d. variables de relación (interacción médico paciente).

En cuanto a las variables del paciente solo se han establecido las relaciones entre el grado de satisfacción del paciente con el terapeuta y el régimen terapéutico; las personas insatisfechas en este sentido tienen mayores probabilidades de no cumplir el tratamiento. La forma en que los sujetos perciben la implicación del terapeuta, el régimen terapéutico y su enfermedad, tienen importantes impedimentos para la adhesión.

Características del tratamiento como el número de medicamentos a consumir, la frecuencia de consumo, combinación de distintos tipos de intervención, la duración del tratamiento, lo vuelve complejo para los pacientes, y cuanto más resulta complejo el tratamiento peor será la adhesión del mismo.

La relación del paciente con su médico tendrá mucho que ver para que el paciente siga el tratamiento ya que de una buena comunicación y empatía incrementa la conducta de adhesión. La relación terapeuta-paciente es la que se establece cuando el terapeuta aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico, cuidado y tratamiento de un enfermo con la finalidad de devolver la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

¿Cuáles serán los factores o actitudes que afectan en la decisión de buscar atención médica?

La enfermedad tiene lugar antes de que se halla realizado el diagnóstico oficial, las personas experimentan síntomas que pueden constituir un signo de enfermedad, los síntomas son el elemento que impulsa a las personas a buscar la atención médica. Algunas personas buscan la atención, otras se niegan a ello y otras simplemente no lo hacen.

La negativa personal.

Hay una gran diferencia entre lo que las personas recomiendan a otros y lo que ellos harían a la hora de buscar atención médica. Ya que existen estudios que demuestran que

la mayor parte de las personas aconsejan visitar al médico pero si ellos presentan los mismos síntomas están menos dispuestos a ir al médico. La negativa a buscar ayuda médica dependerá del trastorno de cada persona.

Hay investigaciones donde se ha encontrado que las personas ante distintas partes de su cuerpo es mayor o menor la disposición a buscar ayuda, cuando estas partes presentan algún problema (Klonoff y Landrine, 1993). Partes como el ano, los genitales, son considerados partes íntimas y si hay algún problema en alguna de estas partes la probabilidad de asistir al médico es mucho menor.

Factores sociales y demográficos.

Uno de estos factores es el género, ya que se encuentra que las mujeres están más dispuestas a asistir al médico que los hombres esto porque las mujeres tienen mayor cantidad de síntomas que ellos y ellas se muestran más sensibles a las señales internas de su cuerpo a comparación de los hombres que lo dejan pasar (Klonoff y Landrine, 1993).

También influye a la hora de informar acerca de los síntomas, el papel femenino permite a las mujeres buscar más clases de ayuda, mientras que el papel masculino indica a los hombres que deben ser fuertes y negar su dolor e incomodidad.

Además de los factores de género, están los socioeconómicos. Las personas de un grupo socioeconómico elevado afirman que tienen menor cantidad de síntomas y mejor salud que las que tienen un nivel socioeconómico más bajo. Las personas con ingresos elevados buscan más la atención médica y debido a que en ocasiones es larga la espera o por el costo que en ocasiones se tiene que pagar por los servicios del hospital y los medicamentos; las personas de bajos ingresos tienden a esconder los síntomas de ciertas enfermedades, y esto por supuesto dificulta el tratamiento.

Los factores culturales y sociales también influyen debido a que en ciertas culturas a la gente se le enseña a no manifestar sus emociones ni la enfermedad.

Otro factor que influye en la decisión de buscar asistencia médica es la edad, en este factor se encontró que los adultos jóvenes y la edad intermedia muestran el mayor

rechazo. Los niños están mas dispuestos a acudir que los adolescentes, especialmente si estos últimos son varones (Garland y Zingler, 1994).

Con el paso del tiempo, la gente debe de saber distinguir entre los síntomas del envejecimiento y los de la enfermedad. Las personas que atribuyen sus síntomas a la edad tienden a retrasar su visita al médico, la gente de edad más avanzada acudía rápidamente al médico cuando aparecían síntomas que no podían identificar.

El estrés también se relaciona con la búsqueda de ayuda médica ya que las personas que presentan mayor estrés están más dispuestas a buscar ayuda médica; a pesar de que cuando mayor es el número de trastornos psicológicos que afirma tener el paciente sus padecimientos físicos son malestares menos reales.

Características de los síntomas.

Los síntomas que se presentan tienen diferentes características que influyen en el momento y la forma de buscar ayuda. Mechanic (1978) menciona cuatro características de los síntomas que determinaron las respuestas de las personas a la enfermedad:

1. Visibilidad de los síntomas. Hasta que punto resulta evidente el síntoma para la persona afectada y para la gente que lo rodea.
2. Gravedad percibida del síntoma. Los síntomas considerados graves motivarán a tomar medidas mas rápido que los síntomas menos graves. Debido a que los síntomas con gravedad mayor producen mayor preocupación y una creencia más fuerte de que resulta urgente un tratamiento.
3. Medida en que un síntoma interfiere en la vida de una persona. Es decir, que cuanto más incapacitada esté una persona, mayores probabilidades presentan de buscar asistencia medica.
4. Frecuencia y persistencia de los síntomas. Las situaciones que requieren cuidado médico son aquellas que presentan características graves y continuas, mientras que los síntomas intermitentes tienen menor probabilidad de generar comportamiento de malestar. Y los síntomas leves pueden motivar a las personas a solicitar asistencia si estos síntomas persisten.

Versión personal de la enfermedad.

La mayoría de las personas no saben ni conocen como funciona su cuerpo, ni como se desarrollan las enfermedades, incluso las personas bien educadas. La visión personal de la enfermedad depende tanto del conocimiento propio acerca de la enfermedad como la estructura. Por ejemplo un niño que tiene creencias no reales acerca de la causa de una enfermedad, como algo mágico.

Sin embargo, esto no solo se limita a los niños, ya que muchas personas consideran la existencia de causas sobrenaturales en relación con las enfermedades, como el castigo divino, pensamientos pecaminosos, mal de ojo, etcétera. Y como ya lo veíamos en capítulos anteriores estas creencias son de nuestros antepasados que intervienen en actitud de las personas.

Si bien es cierto que el ser humano es constructor de su vida propia, la actitud no podría dejarse a un lado, indudablemente el individuo es el único autor de crear su actitud, con la parte fundamental como lo es *la mente* quien dirige, y organiza a la persona, junto con el entorno en el que se desenvuelve, a medida en como la persona la relacione y la apoye. Va a dirigir su comportamiento.

Por otro lado es importante mencionar que la actitud forma parte de la percepción de uno mismo, así que es necesario reflexionar si en realidad se adquieren de acuerdo a la experiencia vivida, o bien son meramente imitación.

Las actitudes son solo un determinante de nuestras acciones. Como se ha mencionado existe una conexión entre lo que somos y lo que hacemos, incluso si tal conexión es más difícil de lo que la mayoría de nosotros habría supuesto. Sin embargo los efectos mentales tardíos de nuestro comportamiento aparecen en realidad en una gran variedad de situaciones sociales: nuestras actitudes siguen a nuestro comportamiento.

En cuanto a instrumentos para la evaluación de actitudes son escasos, pero los más conocidos son, la *Escala de actitudes* de Edwards y cols. (1982) y la *Entrevista de comparación de pares de riesgo* de Mangili y Jurs (1990).

Autores:	Edwards, Hotch y Bickman
Año:	1982.

Población:	adolescentes
Contenido:	Los ítems de esta escala forman parte de un cuestionario global de salud con 120 ítems. Las actitudes se evalúan en función de las consecuencias con que se asocia un determinado comportamiento y la probabilidad percibida de que estas ocurran. Los ítems se puntúan sobre un formato tipo Lickert de 1 a 5.
Objetivo	Conocer las actitudes positivas o negativas de los sujetos hacia determinados comportamientos de riesgo en función de sus consecuencias percibidas de éstos.

Tabla 8. Escala de actitudes hacia la salud

Autores:	Mangili y Jurs
Año:	1990.
Población:	Niños en edad preescolar
Contenido:	Varias combinaciones de pares con cuatro comportamientos de riesgo (fumar, no usar cinturón de seguridad, comer golosinas, no lavarse las manos); los sujetos deben elegir la peor conducta de cada par.
Objetivo:	Conocimiento de las actitudes de los sujetos hacia determinados comportamientos de riesgo.

Tabla 9. Escala de actitudes hacia el comportamiento de riesgo

CAPITULO 4.

AREAS DE INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Las áreas en donde interviene la psicología de la salud son: 1) Promoción de un estilo de vida saludable, 2) Prevención, 3) Tratamiento, y 4) Evaluación.

3.1 Promoción de un estilo de vida saludable

La promoción de la salud es un tema prioritario en la psicología de la salud, y se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable; es decir existe una relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud; el estilo y calidad de vida determina cómo se siente la persona en términos de salud.

El objetivo de la promoción de un estilo de vida saludable, no es otro más que el aumento de años de vida y el aumento en la calidad de los mismos, es decir una vida de calidad.

El médico alemán Bernhard Cristoph Faust considera que existen medios particulares por los que un cuerpo fuerte y saludable puede ser afectado o deteriorado, estos son: una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el comer y beber; por alimentos nocivos, y licores espirituosos; por respirar aire dañino, por molestias ocasionadas por excesivo ejercicio o por inactividad; por calores y fríos excesivos; por aflicción, penas, sufrimientos y miseria, y por muchas otras condiciones el cuerpo puede ser dañado y cargarse de enfermedad (Restrepo, 2001).

Si nos ponemos a analizar todos los medios que menciona este autor podemos darnos cuenta que todo esta inmerso en nuestras vidas y somos muy vulnerables a estilos no saludables. Por ejemplo necesitas ir a la escuela porque si no te enseñan hábitos, a cuidarte, etc, entonces la gente indígena...puede enfermar con mayor facilidad; en cuestión del aire dañino los que vivimos en el Distrito Federal no podemos hacer mucho y no solo aquí existen muchas ciudades con alto grado de contaminación; la gente que

hace ejercicio puede enfermar por algún exceso y si no realizas ejercicio también por la inactividad del cuerpo; si hace mucho calor puede ser malo, si hace mucho frío las enfermedades respiratorias; nos enfermamos también por penas, sufrimiento, aflicción, y creo que a toda las personas les pasa algo de lo mencionado por lo menos una vez a la semana, en el trabajo, con la familia, con la pareja, etc.; es difícil no?, pero conociendo todo lo que nos puede hacer daño, tal vez no lo llevemos al 100% pero podríamos tener una mejor calidad de vida sin llegar a los excesos y buscando un equilibrio en todos los ámbitos de nuestras vidas.

Por lo tanto las mayores preocupaciones en el área de la salud es que las principales causas de muerte ya no son enfermedades infecciosas si no las que provienen de conductas y estilos de vida poco saludables.

Ya que comenzaremos a hablar de estilos de vida y conductas es importante hablar de patógenos e inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar, como por ejemplo fumar. Por lo contrario los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que hacen a uno menos susceptible a la enfermedad, por ejemplo el ejercicio (Matarazzo, 1984).

Los estilos de vida poco saludables como el tabaco, el alcohol en exceso, la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, la falta de sueño, etcétera y estos influyen en la fisiología del organismo y contribuyen a la aparición de la enfermedad o bien a la aparición de problemas psicológicos que, a su vez, contribuyen a la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, el tabaco puede producir directamente una bronquitis crónica, o bien puede producir síntomas como aumento crónico del ritmo cardíaco y náuseas, lo cual a su vez, aumenta la sensación de nerviosismo general y la predisposición a sentir ansiedad. Si esta persona interpreta estos síntomas de ansiedad como algo muy desagradable y negativo, es posible que se sienta aún más ansiosa al notar dicha ansiedad, con lo cual esta aumenta, afectando, a su vez, al organismo. Es decir, se trata de un mecanismo circular en el que comportamiento, emoción y fisiología se influyen unos a otros hasta producir la enfermedad. Los estados emocionales influyen en la salud, el estrés es un estado psicológico que mas influye negativamente en la salud.

Además de las razón anteriormente mencionadas se puede tomar en cuenta parte de la sociedad, la familia y si los miembros de la familia tienen ciertos hábitos, se pueden aprender como por ejemplo el fumar; los hijos ven fumar a los padres, y por otro lado serían fumadores pasivos y recordemos que también hace daño.

Las conductas dentro de la sociedad también influyen sobre nuestra salud. En nuestra salud puede estar en riesgo en la sociedad por riesgos ambientales como la contaminación del aire, agua y suelo, o sustancias tóxicas y radiaciones naturales o provocadas, también existen factores demográficos tales como la edad, el nivel educacional, la clase social, el sexo, etcétera.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996), mencionan que algunos contextos son relevantes en cuanto a los estilos de vida, como el contexto urbano, el familiar, el laboral y el de ocio.

El contexto urbano es uno de los ambientes más relevantes para el comportamiento humano implicado en el nivel de salud. La organización de la ciudad en los aspectos de higiene ambiental, contaminación, tratamiento de residuos, la disponibilidad de los espacios verdes (los cuales son áreas de paseo, ejercicio físico y deporte), etcétera, determinan en gran parte la salud de sus habitantes. Un problema importante también son los segmentos de población que viven en pobreza.

El contexto familiar es muy importante ya que la familia es el primer núcleo donde el ser humano comienza a relacionarse.

Las relaciones estables en este contexto provocan sentimientos de autoconfianza, permitiendo al individuo fijar su atención en responsabilidades cotidianas como el trabajo y la escuela (Morales, 1999 y Pérez, 2001).

El contexto familiar propicia en los entornos urbanos, situaciones de estrés derivadas en muchos casos de la demanda y las exigencias de la atención simultánea a los hijos, el mantenimiento del hogar y el trabajo.

El contexto laboral ha sido objeto de importantes estudios. El número de horas que el individuo permanece el trabajo y las condiciones espaciales y ambientales hacen que sea un contexto de especial relevancia para la salud y el bienestar, y no menos importante las relaciones interpersonales y el tipo de tarea que se realiza en el lugar de trabajo.

El espacio de ocio esta fuertemente relacionado con el estilo de vida, ya que las actividades recreativas ayudan a mantener al individuo activo lo cual fomenta ejercicio físico o distracción y si nos vamos al otro extremo lo puede mantener en reposo y descanso dejando a un lado el estrés. Este contexto tiene una doble dirección, por ejemplo la asociación que puede haber entre el ocio y el alcohol o el ocio y el ejercicio físico. Para muchas personas es difícil tener tiempo libre ya que el trabajo, la dedicación al hogar y la familia no lo permiten. Otro problema mas resulta la disponibilidad de recursos accesibles tanto en términos de cercanía como de coste económico.

A pesar de que la gente sabe cual es el estilo de vida que más es conviene, tienen la información de lo que es bueno y lo que es dañino y sin embargo no lo hacen; las principales causas de muerte están asociadas con conductas que la gente sabe que atacan su salud.

Bayes (1985), señala que son tres los factores fundamentales por los que las personas no se comportan saludablemente:

1. *Por el carácter placentero (reforzarte) de la mayor parte de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos.* Es como los fumadores, la sensación que tienen al fumar un cigarro o la comodidad y el reposo contingentes al los comportamientos de no hacer ejercicio, ir en contra de los hábitos positivos de salud y esto ocurre por varias razones.
 - a) *El consumismo.* Los medios de comunicación que frecuentemente bombardean con modelos acerca de lo que se debe ser, hacer y tener. Como por ejemplo los anuncios de cuerpos esbeltos y bronceados, coches rápidos, el consumo de tabaco y alcohol, la promiscuidad sexual, las exquisitas comidas, la gente rica, etcétera.

- b) *El poder económico, el hecho de comercializar y producir productos dañinos;* un claro ejemplo es el cigarro o productos que afectan la capa de ozono y en relación con estos últimos no hay el menor interés por sacarlos del mercado o frenar la producción por las consecuencias económicas que esto implicaría.
- c) *La confianza* que se le tiene a la medicina y que se descubrirán drogas milagrosas para curar todas las enfermedades.

En resumen la gente considera que no debe perderse de algunas satisfacciones por una enfermedad que les va a dar en varios años y que para ese tiempo ya va a existir medicina para curarlo. Aquí vemos como las creencias determinan los comportamientos y actitudes que puede tener la gente para su salud.

2. *Por lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable.* Muchas de las enfermedades que ocupan los primeros lugares en las listas de mortalidad, como el cáncer, tienen una etapa de latencia que dura muchos años, es por eso que las personas no tienen idea al momento de las consecuencias ya que estas son a largo plazo y cuando el problema se presenta muy pocos son los que cambian las conductas. Un motivo por lo que las personas no cambian su conducta es porque tienen largo tiempo realizándolas y les cuesta trabajo modificarlas.
3. *Por el hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables.* No existe la seguridad al 100% de que ciertas sustancias o conductas nos lleven a una enfermedad y mientras tanto se dejan llevar por el placer que producen éstas. Se busca el placer sin analizar las consecuencias. Por ejemplo la muerte de jóvenes en carreteras debido al exceso de velocidad, el hecho de correr a altas velocidades los hace sentirse libres y creen tener control del mundo, incluso porque previo a esto casi siempre existe un consumo de alcohol o drogas (Salleras, Taberner, Fernández et al., 1994)

Becoña, Vásquez y Oblitas (1995), además de las antes mencionadas sugieren tres más:

1. *El convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología y para solucionar cualquier problema que podamos padecer.* Existen ciertas enfermedades que pese a la tecnología médica, las cirugías y la hospitalización, la gente sigue muriendo a consecuencia de ellas y esto hace que se caiga en una contradicción con la medicina. La gente no comprende aún que la realidad de la medicina no es mantenernos siempre perfecto, que las enfermedades están relacionadas con la conducta.

2. *Las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables.* Cada cultura tiene establecidas sus normas y la cultura de cada lugar tiene mucho que ver en la socialización, en las creencias y el modo en el que interpretamos el mundo. Por ejemplo el consumo de alcohol que se remonta a los orígenes de la humanidad; el hombre descubrió que con la fermentación de la uva se producía el vino y alcohol, o mediante otros procedimientos de fermentación con distintas plantas. En la actualidad el alcohol es un problema para la sociedad por el abuso y dependencia, ya que tiene relación con accidentes de tráfico, conductas violentas, cáncer y otras enfermedades físicas y psicopatológicas. En muchas culturas la ingesta de alcohol cumple varias funciones. Di Pardo (1993), menciona algunas de las funciones en cuanto a la cultura mexicana: psicotrópicas, terapéuticas, alimentaria, como fuente de calorías, como mecanismo de control social, para identificarse y diferenciarse dentro de la sociedad (hay personas que piensan que el alcohol les proporciona mas categoría, y los hace entrar dentro de un círculo social), como mecanismo de adaptación a situaciones de cambio o como mecanismo de solución por ejemplo con la pérdida de algo o alguien.

3. *El cambio con un proceso cíclico y lento, más que rápido y lineal.* Hay algunos tratamientos que los procesos son cíclicos, es decir, que la gente no cambia su conducta de un día para otro, ni mantiene dicho cambio después de que se ha dado, esta propenso a recaer.

Factores de riesgo de las enfermedades y su porcentaje de muerte.

ENFERMEDAD	% DE TODAS	FACTORES DE RIESGO
------------	------------	--------------------

	LAS MUERTES	
Enfermedades del corazón	36.4	Fumar, hipertensión, colesterol elevado, dieta alimenticia, ausencia de ejercicio físico, estrés, historia familiar.
Cáncer y tumores malignos	22.3	Fumar, carcinógenos laborales, carcinógenos ambientales, alcohol, dieta alimenticia
Ataque fulminante	7.1	Hipertensión, fumar, colesterol elevado, dieta alimenticia, estrés
Gripe y neumonía	3.3	Fumar, ausencia de vacunación
Diabetes	3.3	Obesidad
Otros accidentes distintos de los vehículos a motor	2.3	Alcohol, abuso de drogas fumar (incendios), diseño del producto, disponibilidad de armas de fuego
Suicidio	1.5	Estrés, abuso de alcohol y drogas, disponibilidad de armas de fuego
Cirrosis hepática	1.2	Abuso de alcohol
Arteriosclerosis	1.1	Colesterol elevado
Accidentes de vehículos a motor	2.3	Alcohol, no usar el cinturón de seguridad, exceso de velocidad, trazado de la carretera, fallas mecánicas.

Tabla 10. Fuente: Becoña, Vásquez y Oblitas (1995)

Como ya vimos en esta tabla la gente no se comporta saludablemente por diversas razones, por lo que es necesaria una educación para la salud tanto a nivel población como a nivel personal. Es fundamental que el ser humano tenga conocimiento necesario de las implicaciones y la importancia de una buena salud, ya que de esto dependen las conductas con respecto a su salud.

La educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en las que se debe sustentar el cambio de los sistemas sanitarios para lograr una buena salud. Surge a través de la confluencia de dos fenómenos: 1) la crisis y la evolución de los sistemas sanitarios de cuidado de salud, y 2) el desarrollo de la psicología conductual comunitaria o ecología conductual. Educar a los individuos en comportamientos positivos preventivos de enfermedades y favorecedores de salud, tanto física como psíquica junto a la modificación de los contextos perjudiciales y creadores de conflictos, son los objetivos más importantes de esta área.. Ortigosa Q.; Quilas, Mendoza (2003).

Respecto a una definición clara de “Educación para la salud” aún no se tiene clarificada una definición como tal por las diversas disciplinas que se relacionan con ella. Sin embargo San Martín y Pastor (1988), refieren el concepto como la preparación del individuo para conocer su organismo (su fisiología) desde el punto de vista físico,

mental y social, y su ambiente de vida desde el aspecto ecológico y social, con el objetivo de saber vivir en salud (protección, prevención, curación) y de participar con la comunidad en la protección de salud.

La OMS (1983) la define como un conjunto de actividades de información y educación que estimulan a las personas a querer disfrutar de buena salud.

Para Costa y López (1986) es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza/ aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo. Mencionan que la educación para salud pretende modificar tanto los estilos de vida de la persona como los comportamientos pocos saludables. Por estilos de vida se entiende el conjunto de constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos impregnados del ambiente del entorno en el que viven las personas.

Algunas características establecidas para la educación para la salud de acuerdo a Sainz, 1985 son las siguientes (citado en: Buela y cols, 1996).

- ψ La modificación, a favor o en contra de la salud, de ciertos factores sociales y económicos.
- ψ La salud, al poder estar afectada por el medio en el que vivimos, supone la adopción de unas normas de vida para favorecerla, y de ahí la necesidad de desarrollar el autocuidado por su implicación, tanto para uno mismo como para los demás.
- ψ Todos los sujetos que componen una comunidad deben de recibir por igual información acerca de la salud, siendo posible su provisión a través de programas fundamentales en diferentes procesos de aprendizaje.
- ψ La educación para la salud tiene como meta principal estimular competencia personal en materia de salud.

Las intervenciones en educación para la salud sean positivas, es necesario que estén previamente programadas y diseñadas, conociendo de este modo la población a la que

van dirigidas, sus necesidades, motivación y también los recursos de que disponen quines van a intervenir.

Así durante el proceso de evaluación permitirá obtener información inteligible de aquellos aspectos sobre lo que se desea investigar y, además, aportara una medida de cómo se han conseguido o no las expectativas de un programa determinado (Ortigosa y cols 2003).

Es importante considerar que la educación para la salud representa un conjunto de conocimientos y prácticas que se transmiten a la población a través de estrategias de enseñanza/ aprendizaje, para que las personas puedan modificar sus comportamientos individuales y/o sociales y adoptar aquellos que favorecen la salud.

Una buena educación para la salud debe pretender que los niños / adolescentes desarrollen hábitos y costumbres sanos, que los valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a aspectos favorables.

El papel de la psicología de la salud es demostrarle a la gente de la mejor manera que puede producir cambios en la conducta y con ello reducir no solo la mortalidad si no prevenir enfermedades. La prevención resulta más fácil a largo plazo que un tratamiento ya cuando existe una enfermedad por lo que a continuación hablaremos de la importancia que tiene la prevención.

3.2 Prevención.

La intervención comportamental preventiva tiene como objetivo el eliminar o eventualmente disminuir el riesgo de aparición de alteraciones comportamentales o de salud para toda la población.

La prevención es una tarea multidisciplinaria en donde trabajan médicos, psicólogos, demógrafos, estadísticos, sociólogos, trabajadores sociales y otros especialistas.

El concepto de prevención de la enfermedad, incluye evitar y/o eliminar la presencia y desarrollo de situaciones o factores que favorecen, condicionan y/o acompañan cualquier patología, esto es, las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que evitan la incapacidad prolongada, invalidez o muerte. (Jáuregui y Suarez, 1996).

Los programas de prevención han sido dirigidos a una amplia gama de problemas que incluyen las dificultades de conducta, de aprendizaje y de desarrollo, el abuso de sustancias tóxicas y el enfrentamiento a sucesos traumáticos de la vida.

Una actuación preventiva supone conocer: a) las variables que generan el problema; b) las conductas que se deberían desarrollar en la población a fin de que los daños fueran lo menos posibles; c) los procedimientos o métodos de cambio de dichas conductas, y d) los procedimientos metodológicos que hagan posible valorar los efectos de nuestra intervención (Méndez, Macia y Olivares, 1993).

Existen tres tipos de prevención, la primaria, secundaria y terciaria:

Prevención primaria

La prevención primaria esta dirigida a evitar la aparición del trastorno, dando una protección específica a los grupos de alto riesgo y buscando la promoción de la salud en general. La atención se dirige a la reducción o eliminación de aquellos factores o condiciones del medio, tanto físico como humano, asociados a la aparición del problema.

El concepto de prevención primaria en salud tomó especial fuerza a partir de 1978 con la conferencia de Alma Ata (Rusia), en esta conferencia se señaló que hay una crisis en los sistemas de salud y una insatisfacción generalizada de las poblaciones; y los principales problemas planteados fueron (Ardila, 2000):

- La incapacidad para entender la expectativas y las diferencias transculturales.
- La injusta distribución de los servicios de salud entre los países y dentro de cada país. Por ejemplo las diferencias en clases sociales, de género y de edad.

- Elevación de costos
- Inadecuada cobertura de los servicios de salud
- Distanciamiento entre los usuarios del servicio y el personal de salud.

Así Ardila (2000), define la prevención primaria como “el conjunto de actividades encaminadas a reducir el riesgo y la aparición de problemas de la salud, a propiciar y reforzar factores protectores de las actitudes de la comunidad, que permitan la detección de los problemas y acceso a los servicios disponibles”.

Leavell y Clark en la década de los cincuentas propusieron que la prevención primaria comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica y se enmarcan las siguientes acciones:

- Ψ Promoción de campañas de salud
- Ψ Divulgación de prácticas de autocuidado como la higiene personal
- Ψ Educación acerca de factores de riesgo, su vigilancia y control
- Ψ Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua y otros recursos naturales, la adecuada disposición de desechos sólidos y de aguas residuales.
- Ψ La protección específica con la aplicación de vacunas
- Ψ Control e plagas (insectos, roedores, etc.)

La prevención primaria es la que se realiza antes de que se presente el problema.

El objetivo de la atención primaria de salud es proporcionar atención a todos los grupos poblacionales, por lo tanto debe ser accesible a todos los niveles socioeconómicos, a todas las culturas; suficiente, es decir, abarcando todos los campos de la salud; eficiente, es decir, que cumpla todos sus objetivos; oportuna y personalizada, adecuándose a las necesidades de cada persona (Ardila, 2000).

Esta asociada con factores culturales, relacionados con prejuicios, estereotipos, tendencias históricas, etcétera. Un ejemplo de esto es la nutrición, ya que en los distintos grupos humanos tienen diversas preferencias por lo que se come, es decir, la cultura nos va marcando lo que debemos comer.

Becoña (1995), menciona que la prevención primaria implica dos estrategias:

1. cambiar los hábitos negativos de la salud de los sujetos y,
2. prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar los hábitos positivos y animando a la gente a que los adopte.

Prevención secundaria

La prevención secundaria es la utilizada cuando el problema ha aparecido. Esta dirigida a detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases. La atención se dirige al cuidado temprano de los casos o conductas de riesgo, con el fin de modificarlos.

Según Leavell y Clark está, comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas.

- Ψ Búsqueda y captación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, menores de cinco años).
- Ψ Consulta médica precoz
- Ψ Exámenes de laboratorio y otros métodos de diagnóstico (aplicación de métodos de screening o tamizaje).
- Ψ Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.

Prevención terciaria

Dirigida a reducir las consecuencias o los efectos del problema o la enfermedad. En psicología se pone el énfasis en la prevención de recaídas a través de interacciones y estrategias terapéuticas conducentes a ese objetivo. La prevención terciaria es intervención de tratamiento en el control de determinadas enfermedades con el objetivo de lograr la curación o de impedir la recaída.

Comprende la rehabilitación física, social y laboral buscando evitar la permanencia de secuelas, invalideces y muertes prematuras (Leavell y Clark).

- ψ Salud y enfermedad son dos modos de vida, puesto que no cambian su esencia.
- ψ La salud es un valor positivo por cuanto posibilita el auto desarrollo del individuo al mantener su integridad estructural y dinámica.
- ψ La enfermedad es una ruptura del auto desarrollo.
- ψ La enfermedad es una posibilidad que supone un cambio de sentido en la vida del individuo.

El último tipo de prevención es la rehabilitación, todo lo relacionado con el tratamiento que se desarrollara más adelante.

Como podemos ver es mejor la prevención primaria, es decir, evitar que el problema o enfermedad aparezcan. Sin embargo, esta tiene una serie de dificultades y casi no se puede promocionar socialmente ya que al no haberse presentado el problema aún es difícil comprobar su importancia.

3.3 Evaluación

La evaluación es un proceso de comparar lo bueno o el valor de algo con un propósito u objetivo dado.

La evaluación tiene como objetivo recabar información que permita definir los objetivos de cambio, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento indeseable o que propician la posible aparición de éste, seleccionar y aplicar los medios mas útiles para producir los cambios deseados y evaluar los resultados alcanzados.

El proceso de evaluación facilita la identificación de necesidades objetivas de salud de una determinada población, pudiendo así establecer prioridades de intervención, cuyos efectos permitan la correcta elaboración de programas dirigidos a instaurar o modificar el comportamiento requerido.

La evaluación puede ser de dos tipos primaria y secundaria. La evaluación primaria plantea la pregunta de si el bienestar psicológico, el status laboral y económico o las relaciones interpersonales están en peligro, es decir, la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. Y la evaluación secundaria se refiere a los propios recursos para afrontar la situación.

Se utilizan modelos básicos en la evaluación de la salud: (Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J., 1996):

- a. El modelo biomédico y de salud pública, el cual se interesa exclusivamente por el resultado de la intervención, recayendo el énfasis en la evaluación de la calidad, efectividad y eficiencia de una intervención, ya sea esta una estrategia, una técnica, un programa o una situación.
- b. El modelo comportamental, según el cual la intervención se asume en función de una serie de acciones y reacciones, efectos directos o indirectos de las variables intermedias o de impacto (cognitivas, actitudinales, comportamentales, sociales y económicas), que se dirigen a lograr las consecuencias de la salud deseada.
- c. El modelo de educación para la salud, de acuerdo con el que se destacan tanto las determinaciones del comportamiento (variables intermedias) como la consecuencia de la intervención, siendo por ello el modelo más completo. Si la evaluación se planifica conforme al mismo es necesario atender a la recogida de datos, al análisis, y a la medida de cada uno de los tipos de factores determinantes o variables intermedias para poder establecer una incidencia en el comportamiento de salud y a partir de aquí fijar el modo más adecuado de intervenir, modificando la conducta hacia estilos de vida más positivos. Una vez implantados los mecanismos de intervención más idóneos sobre los factores responsables del logro del cambio comportamental se evaluarían los efectos de éstos en cuanto a sus beneficios para el bienestar.

De acuerdo con este modelo, los pasos fundamentales de la evaluación son los siguientes:

- a. *Evaluación inicial*, en la cual el objetivo básico es establecer en el programa de instrucción prioridades conforme a las necesidades de la población, para esto los pasos esenciales son:
 1. El grado de bienestar a partir de los problemas sociales de dicha comunidad; son concernientes las opiniones personales de la población en cuanto a los problemas de salud más preocupantes, obtenido por medio de cuestionarios, y el

- bienestar el cual puede apreciarse también por muestreo en donde los sujetos deben señalar cinco condiciones que sean impedimentos para mejorar su calidad de vida.
2. Análisis epidemiológico de diferentes problemas de salud, analizando las tasas de ocurrencia o distribución de problemas de salud en un sector poblacional o describiendo de modo detallado los problemas de salud utilizando los datos nacionales y/o regionales sobre las tasas de mortalidad y morbilidad. Una vez establecidos los problemas que impiden una buena calidad de vida, se establecen los objetivos del programa de salud.
 3. Identificación de conductas específicas vinculadas con problemas de salud, por una parte prácticas vinculadas con problemas de salud como fumar o consumir alcohol en exceso; y por otra las prácticas de salud que aunque no son factores conductuales se encuentran unidos a la conducta como los niveles de colesterol o estar obeso, los cuales tienen que ver con la dieta o los estilos de vida. Una vez identificadas se forma una jerarquía de las más importantes y relevancia viene determinada por la frecuencia con la que provocan problemas.
 4. Determinación de los factores que potencialmente afectan a las conductas de salud
- b. *Evaluación del proceso*, la cual permite identificar aspectos que pueden dificultar o facilitar la implantación del programa de educación para la salud. La evaluación de proceso es una evaluación periódica para examinar el progreso de la actividad del programa de acuerdo a sus objetivos.
- c. *Evaluación del programa*. Esta etapa consiste en estimar los logros del programa una vez puesto en funcionamiento, permitiendo así efectuar e incorporar posibles cambios futuros en el programa para su completa eficacia.

Métodos de evaluación.

Como ya se ha mencionado el psicólogo de la salud se ocupa en gran parte de la evaluación que permite amplificar o detectar respuestas del organismo y su contexto. Y para esto se han desarrollado diferentes formas en donde se agrupan instrumentos,

técnicas o procedimientos de recogida de información como: entrevistas, autoinformes, escalas de apreciación, observaciones, medidas de laboratorio, registros mediante instrumentos, exámenes físicos, registros de archivo y datos epidemiológicos.

Fernández (1996), menciona las siguientes:

1. Entrevista. Sirve para recopilar información y conocer datos históricos por medio del autoreporte del paciente.
2. Cuestionario. Es utilizado cuando el tiempo del terapeuta es corto y para ahondar en aspectos de mayor importancia.
3. Diarios. Es utilizado para el registro de conductas por parte del paciente, se emplea como línea base y también es utilizado en tratamiento.
4. Pruebas psicométricas. Existen una lista extensa en cuanto a pruebas se refiere, ya es cuestión del terapeuta elegir la conveniente de acuerdo a lo que se desee evaluar.
5. Observación. Dependiendo de las habilidades del terapeuta, éste método puede dar mucha información en cualquiera de los factores que se vayan a estudiar.
6. Medidas psicofisiológicas. Se emplean para tener información acerca del estado físico del sujeto.

La entrevista es el método más común para recabar información de un paciente, de su familia y su medio, ya que con ella se pueden obtener datos históricos y actuales en todas las áreas: física, afectiva, cognitiva y conductual.

Las fuentes de información son el propio sujeto, sus allegados, los expertos y los instrumentos y aparatos.

3.4 Intervención y Tratamiento.

Las intervenciones restringidas al ámbito de los problemas de conducta y de salud mental se han extendido hacia la salud en general y hacia todos los campos donde la gente se comporta, ampliando el concepto de salud.

La intervención psicológica o comportamental ha desplazado su atención desde el tratamiento de la disfunción patológica al mejoramiento de las condiciones de vida y de

trabajo, buscando ayudar a la persona en su adaptación al medio y por lo tanto, prevenir las enfermedades (físicas, mentales y ambientales).

Existen diversas técnicas cognitivas y de autocontrol que permiten a los pacientes a tratarse a si mismos, supone un cambio de orientación del proceso terapéutico, implicando activamente al sujeto en el curso de la intervención. Entre las técnicas están las de biofeedback, encaminadas a regular las respuestas psicofisiológicas. Las técnicas cognitivas dirigidas a regular aspectos relacionados con la percepción de la realidad, actitudes, procesamiento cognitivo (Méndez, Macia y Olivares, 1993).

La intervención de un psicólogo puede realizarse en tres niveles: el primario que se refiere a la detección de factores de riesgo, el secundario que son las acciones para identificar y tratar enfermedades y el terciario referente a las acciones sobre la enfermedad ya presente, (Ramírez, 1996; cit. en: Velásquez, 2001).

Tulkin (1987; cit. En Roa, 1995) divide las intervenciones en seis áreas:

1. Tratamientos alternativos no farmacológicos, incluye enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos.
2. Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médicos fracasan.
3. Tratamiento psicológico auxiliar, se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos.
4. Afrontamiento o procedimientos médicos intensivos
5. Adaptación a enfermedades crónicas
6. El cumplimiento de tratamientos.

En cuanto a las técnicas de intervención, son muy variables, pero son los mismos que se utilizan en las diferentes áreas de la psicología. Muchos de los métodos que se utilizan en la intervención son conductuales.

Las técnicas respondientes utilizadas son con frecuencia la extinción o el contracondicionamiento.

En la extinción se elimina una reacción emocional condicionada al crear una situación en la que los estímulos condicionados se asocian con los ambientes que generan la conducta. Por ejemplo, se puede utilizar para eliminar el temor de los niños al visitar al dentista. Se lleva al niño al consultorio y se le familiariza con el personal, se le permite conocer a otros niños que han vencido los temores al dentista; en pocas palabras se extinguen las reacciones emocionales del niño porque ya no se les refuerza. (Phares, 1996).

Las respuestas operantes se mantienen o se eliminan por medio de consecuencias que traen consigo. Se puede utilizar para incrementar conductas que se considera que conducen a la salud, o para disminuir las que producen problemas de salud.

El modelado es otra variante. Bandura (1969), define el uso del modelamiento o del aprendizaje por observación como un medio para alterar patrones de conducta. Facilita el aprendizaje de conductas adaptativas, puede usarse la observación directa o la imaginación. Si una persona respetada y admirada que no fuma participa en un programa para dejar de fumar otras personas puede responder con la conducta deseada de no fumar.

El entrenamiento en asertividad, es otro ejemplo operante, puede permitir que el paciente sea más persistente en buscar la información de su médico. Situaciones que evocan ansiedad, ya no lo hacen, ya que la conducta asertiva inhibe la ansiedad.

El contrato de contingencias, por ejemplo con la economía de fichas se utiliza para promover conductas deseables a través del control de reforzamientos se puede incitar al paciente a que participe más en la terapia física, tomar sus medicamentos o reducir sus quejas.

Y, a juicio de cada quien se puede aplicar el castigo para disminuir la frecuencia de conductas indeseables.

Biorretroalimentación.

En la biorretroalimentación se supervisan algunos aspectos del funcionamiento fisiológico, por medio de un aparato y después se le regresa la información al paciente

en la modalidad de alguna señal auditiva o visual; la idea es que el paciente modifique esa señal mediante un cambio en la función fisiológica.

Relajación.

La relajación es el principal método de contracondicionamiento. Si se le puede enseñar al paciente a que se relaje ante los estímulos productores de ansiedad, esta disminuye: se utiliza en problemas como frecuencia cardíaca acelerada y alta presión sanguínea.

La relajación sirve para producir un estado de excitación reducida, mediante los esfuerzos del individuo. Por ejemplo, a un paciente que lleva una vida muy estresada y le ha ocasionado problemas físicos, se le enseñaría la relación entre el estilo de vida y la enfermedad, por medio de una explicación verbal; a continuación se realiza la evaluación psicofisiológica completa, mediante un equipo de registro, autocalificaciones de tensión y las observaciones del terapeuta. Posteriormente se le enseña al paciente a automonitoriarse, para después darle el entrenamiento en relajación. A la práctica regular en el consultorio le sigue la que el paciente realiza en casa.

La terapia aversiva consiste en utilizar estímulos aversivos para modificar la conducta, en el emparejamiento de un estímulo positivo que se requiere reducir con el aversivo. Por ejemplo, en el alcoholismo, se emplea un estímulo químico que induce náuseas y vómito con la ingestión de alcohol.

Estrategias cognoscitivas.

Métodos de autocontrol. Mahoney y Armkoff, (1979) (citado en Phares, 1996), mencionan cinco estrategias de autocontrol. Primero está el entrenamiento en automonitoreo; en segundo lugar está el entrenamiento en especificación de objetivos: el establecimiento de metas realistas y la identificación de los medios para obtenerlas; en tercer orden está el concepto de estrategias de entrelazamiento. Esto implica que el paciente reduce y elimina de manera gradual los estímulos, que a partir de la experiencia pasada, tienen gran probabilidad de precipitar la conducta indeseable; en cuarto lugar se encuentra la modificación de incentivo, que es el proceso en el cual los pacientes se les enseña a recompensarse por sí mismos, cuando su conducta satisface criterios sobre los que han llegado a un acuerdo; en quinto lugar está el ensayo, en

donde el paciente practica de manera sistemática aquellas conductas (pensamientos, actos físicos o similares) que son compatibles con las metas de autocontrol.

Apoyo social. La idea básica es que los lazos interpersonales pueden fomentar la salud. Apartan a las personas del daño cuando las mismas se topan con el estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a los individuos a obedecer y mantener los regímenes de tratamiento. Se puede utilizar una asesoría de apoyo, aproximaciones con el individuo y su familia o los grupos de apoyo.

Se utiliza en tratamientos en donde existe abuso en el uso de alcohol y comida. Los pacientes pueden aprender a modificar o controlar sus procesos fisiológicos involuntarios, como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y las ondas cerebrales.

Otros métodos de intervención:

Uno de los más utilizados es *el efecto placebo* ya que es simple, se refiere a los cambios en la conducta que ocurren debido a las expectativas del paciente con respecto a un tratamiento determinado.

En cuanto a la *psicoterapia verbal* pueden existir diferentes aproximaciones: analítica, cognitivo-conductual, racional-emotiva, etcétera.

La *educación o información* que se refiere a la educación enfocada en el modelo biopsicosocial y sus aplicaciones específicas al paciente y al problema.

CAPITULO V.

METODO

Objetivo General.

Describir los hábitos de salud (positivos y negativos) y conocer como estos se relacionan con las creencias y actitudes de una población que vive en la zona metropolitana, asimismo saber si la escolaridad y el sexo son factores influyentes en la adquisición de hábitos positivos de salud.

Objetivos específicos.

1. Describir la evolución del concepto de salud y analizar las definiciones actuales.
2. Detectar el desarrollo de la Psicología de la Salud y su vinculación con otras disciplinas
3. Identificar si en el ámbito de la salud el psicólogo tiene una función importante y si existe cuál(es) es(son) y como la(s) desarrolla.
4. Explicar los factores que determinan la adquisición y mantenimiento de los hábitos de salud y describir los principales hábitos para mantener una salud física, psicológica y social.
5. Describir propuestas dirigidas a la promoción de la salud.
6. Describir la función del psicólogo en dicha área.
7. Describir las creencias y actitudes que llevan a tener algunos hábitos de salud.

Hipótesis:

Debido a que la investigación que se llevara a cabo no es experimental, si no descriptiva y explicativa de diseño trasversal descriptivo, no se formuló hipótesis como tal y se consideraron los datos por si mismos, partiendo de la variable independiente (sexo y escolaridad) para identificar las variables dependientes(hábitos de salud y creencias y actitudes).

Sujetos

Se tomó una muestra no probabilística. Se utilizó una muestra de 986 de los cuales 440 hombres y 546 mujeres, la edad establecida como criterio es de 17 a 77 años, para ambos sexos.

La población estuvo conformada por:

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

Escenario

Sector Salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados

Comunidades: Sociedad de Colonos del Fracc. Bosques de Aragón S.C. y Sociedad de Colonos Lindavista S.C.

Familias: se solicitará la participación de las familias cuyos hijos asistan a colegios: Escuela primaria “Thomas Alva Edison” A.C., Secundaria “Colegio Cultural México” A.C. y Escuela Nacional Preparatoria No. 3 “Justo Sierra” UNAM.

Instituciones: Profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Definición de Variables.

Se terminó la relación que existe entre las variables independientes, con cada uno de los reactivos que evalúa el Funcionamiento de salud (Creencias y actitudes saludables) y hábitos positivos y negativos de salud.

V.I.: Sexo y escolaridad.

V.D.: Creencias y actitudes (vigilancia de salud) y hábitos de salud.

Materiales e Instrumentos

Materiales:

- 986 formatos de los instrumentos “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cortés,2000), (ver anexo 1).
- Bolígrafos

Instrumento:

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000)

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

La confiabilidad del instrumento, se obtendrá 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 utilizará un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándole a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como mujeres. Todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado, el rango de edad fue entre 18 a 80 años. El instrumento se aplicará en las salas de espera en hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontrarán dos investigadores.

Para esta investigación se utilizarán los siguientes reactivos de cada escala (ver anexo 2):

Instrumento “Funcionamiento de la salud”.

ESCALA	REACTIVOS
--------	-----------

Hábitos de salud	
HP	17,18, 20, 21, 23, 24. 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38.
HN	15, 16, 19, 22, 29, 33, 35, 36.

Creencias y actitudes de salud	
VS	46, 47, 53, 59, 65

Procedimiento:

Diseño de la investigación:

La investigación fue no experimental y se llevó a cabo un análisis no paramétrico de los datos.

Fases:

1. Aplicación del instrumento: Se aplicó el instrumento “Funcionamiento de salud”, en las instituciones ya mencionadas, con la aprobación institucional y personal de cada individuo. En algunos casos (hospitales público),. Se administró grupalmente ya que algunas salas de espera se encontraban hasta 25 personas al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una vez para cada sujeto.
2. Capturación de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados por medio del programa estadístico computarizado SPSS.

3. Análisis de datos: Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo utilizando la prueba no paramétrica (ji cuadrada y coeficiente de Pearson), para evaluar la relación entre las variables (variable independiente y dependiente).

RESULTADOS

CARACTERISITICAS DE LA POBLACIÓN

GENERO.

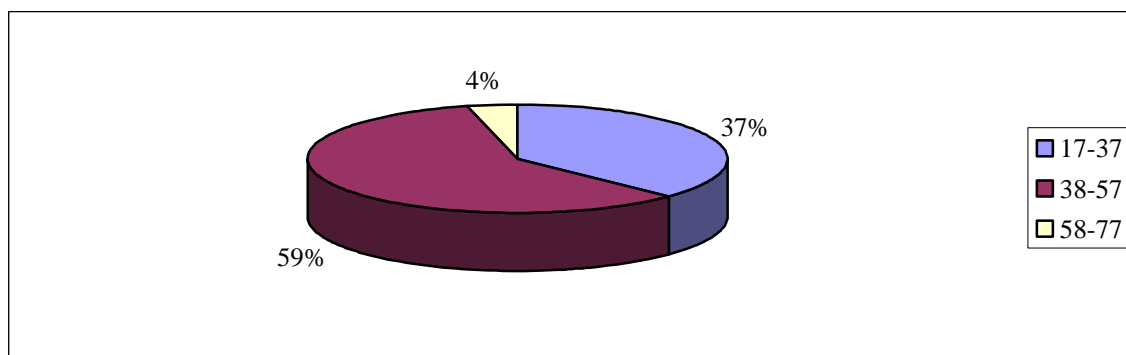
Se aplico el instrumento a una población de 966 sujetos de los cuales 430 son del genero masculino que representan el 44.5% de la población y 536 del género femenino que equivale al 55.5% de la población, como se muestra en la tabla 1.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	430	44.5%
FEMENINO	536	55.5%
TOTAL	966	100.0%

Tabla 1. Muestra la frecuencia y el porcentaje de la población, según el género.

EDAD.

El rango de edad utilizado en la muestra fue de 17 a 77 años. Para el mejor manejo de los datos se realizó una clasificación de tres escalas: 1. De 17 a 37 años que abarca 358 sujetos (37.1%); 2. De 38 a 57 años que abarca 569 (58.9%) y 3. De 58 a 77 años que abarca 39 sujetos (4%), como se muestra en la figura 1.



ESCOLARIDAD.

En cuanto a la escolaridad se consideró desde ninguna hasta el nivel profesional y se encontraron los siguientes resultados: 334 personas cuentan con un nivel profesional, 187 con carrera técnica, 167 con preparatoria, 156 con primaria, 135 con secundaria y 18 personas con ninguna escolaridad.

Tabla 2. Nivel de escolaridad.

		ESCOLARIDAD			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PROFESIONAL	334	33.4	33.5	33.5
	CARRERA TECNICA	187	18.7	18.8	52.3
	PREPARATORIA	167	16.7	16.8	69.0
	PRIMARIA	156	15.6	15.6	84.7
	SECUNDARIA	135	13.5	13.5	98.2
	NINGUNA	18	1.8	1.8	100.0
	Total	997	99.7	100.0	
Missing	System	3	.3		
Total		1000	100.0		

Esta tabla muestra la frecuencia de la población de acuerdo a su nivel de escolaridad y el porcentaje de dicha frecuencia.

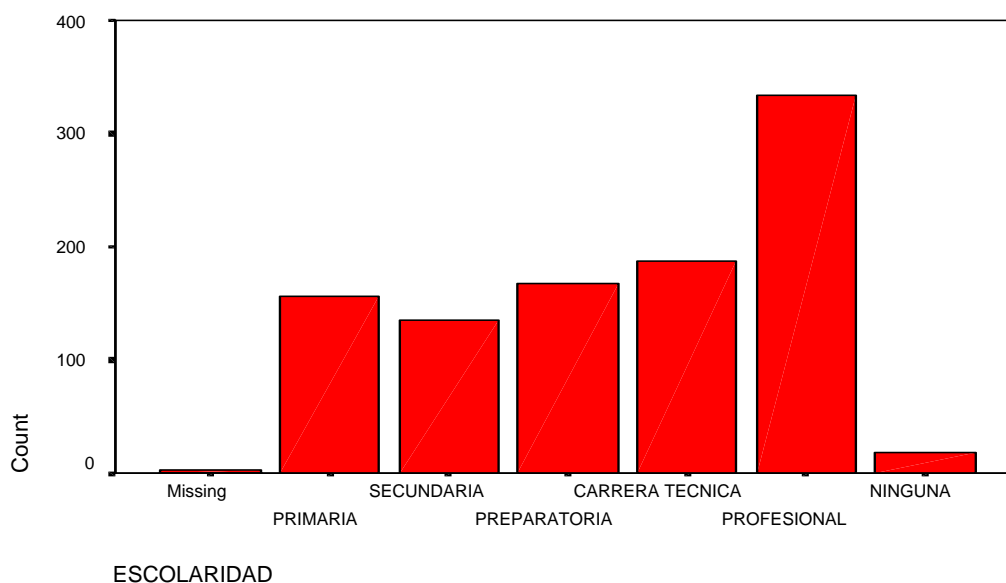


Figura 2. Esta grafica nos señala que la mayoría de la población tiene una carrera profesional, siguiéndole la carrera técnica, nivel preparatoria, primaria, secundaria y el mínimo de la población es la gente que no cuenta con ningún tipo de estudios.

Como ya se mencionó la mayoría de la población cuenta con una carrera profesional, a continuación veremos en la tabla 3 la relación que tiene el género con la escolaridad.

Tabla 3. Sexo-Escolaridad

Sexo * ESCOLARIDAD Crosstabulation

Count		ESCOLARIDAD						Total
		PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	CARRERA TECNICA	PROFESIONAL	NINGUNA	
Sexo	Masculino	55	61	93	67	168	4	448
	Femenino	101	74	74	120	166	14	549
Total		156	135	167	187	334	18	997

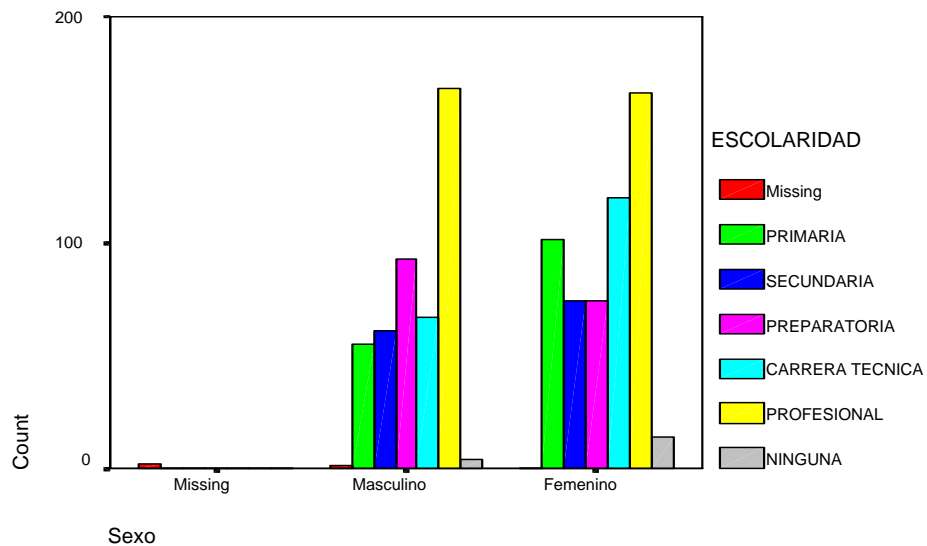


Figura 3. Muestra la diferencia del género masculino con el femenino en relación al grado escolar.

RESULTADOS

Con base al objetivo de esta investigación se realizó un análisis de resultados mediante el programa SPSS Versión 9.0, con los resultados arrojados por el instrumento “Funcionamiento de la salud” (Ramírez y Cortés, 2000) tomando como variables los hábitos de salud, edad, sexo y escolaridad en relación a las Creencias y actitudes de las personas, utilizando la subescala de Vigilancia de salud.

Sexo-Hábitos positivos

La variable sexo con relación a los reactivos de hábitos positivos de salud arrojan los siguientes resultados:

Sexo-Beber sin cafeína

Al aplicar la ji cuadrada para determinar la relación entre las variables “sexo” y “beber sin cafeína”, se obtuvo una significancia de .005, lo cual indica que estas variables tienen relación.

Tabla 4.

Count		Beber sin cafeína					Total	
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
Sexo	Masculino	1	122	104	102	64	55	448
	Femenino	3	161	77	125	90	93	549
Total		4	283	181	227	154	148	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.820	5	.005

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.054	.031	1.716	.086
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.049	.031	1.548	.122
N of Valid Cases		997			

Esta tabla muestra los resultados obtenidos al aplicar la ji cuadrada a las variables “sexo” y “beber sin cafeína”. Las respuestas son muy parejas en ambos sexos, en este caso la frecuencia lata se encuentra en la frecuencia “diario” con 283 de los cuales 122 son hombres y 161 son mujeres.

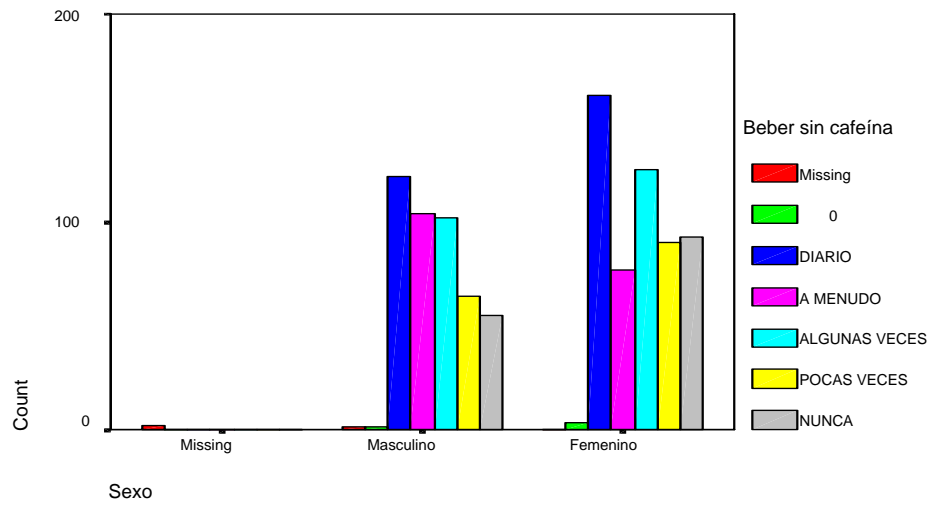


Figura 4. Representa la diferencia del género en hábito de beber sin cafeína.

Sexo-Caminar a diario

Para conocer la correlación entre “sexo” y “caminar a diario” se aplico la prueba estadística ji cuadrada, con un resultado de Significancia=.000, lo que significa que existe una relación estadística en estas dos variables.

Tabal 5.

Count		Caminar a diario					Total	
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
Sexo	Masculino		149	82	100	93	24	448
	Femenino	2	108	101	138	129	71	549
Total		2	257	183	238	222	95	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.807	5	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.165	.031	5.274	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.163	.031	5.211	.000
N of Valid Cases		997			

En esta tabla podemos ver los resultados obtenidos de la correlación entre “!sexo” y “caminar a diario”. Se encontró que la mayoría de los hombre tienen el hábito de caminar a diario con 149 personas de 448, en lo que se refiere a las mujeres solo algunas veces tienen este hábito con 138 de 549 personas, siguiéndole pocas veces.

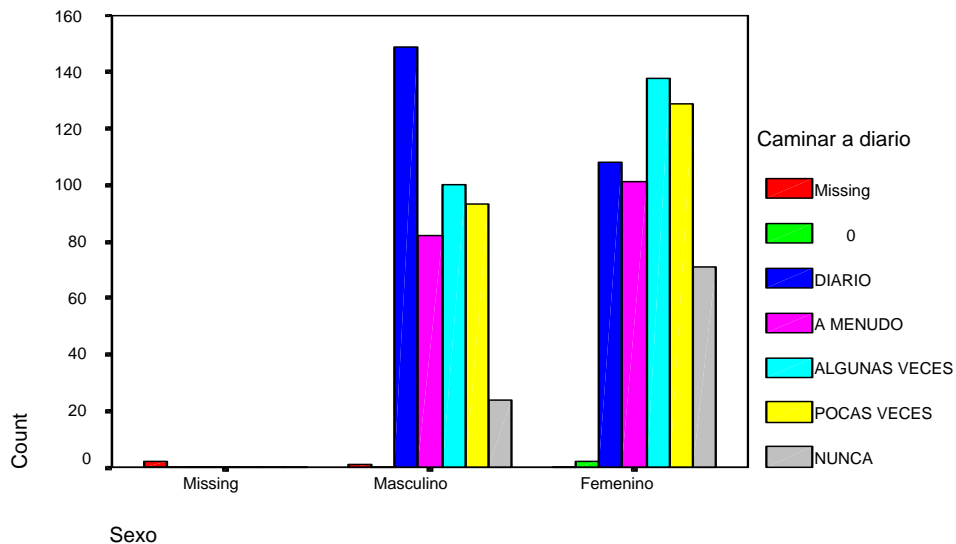


Figura 5. Muestra la relación del sexo con el hábito de caminar a diario

Sexo-Comer menos

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “sexo” y “comer menos” resulto una significancia de .339 que indica que no existe relación estadística entre las variables.

Tabla 6.

Count		Comer menos						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	2	6	52	141	159	88	448
	Femenino	2	14	69	193	186	85	549
	Total	4	20	121	334	345	173	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.676	5	.339

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.065	.032	-2.047	.041
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.065	.032	-2.052	.040
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba aplicada a los datos. Se puede ver que sin mucha diferencia los hombre no comen menos pocas (159) y algunas (141) veces y las mujeres algunas (193)y pocas(186) veces.

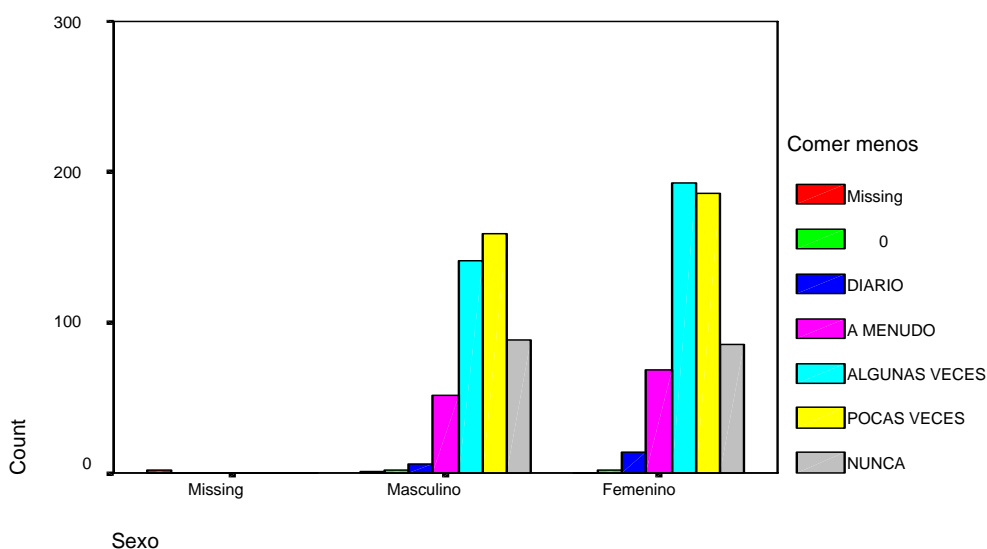


Figura 6. Se observa la diferencia en los géneros con relación al hábito de comer menos.

Sexo-Conocer calorías que consume

Al aplicar la prueba estadística ji cuadrada a las variables “sexo” y “conocer calorías que consume”, la significancia es igual a .045 lo cuál nos señala que no existe relación entre estas dos variables.

Tabla 7.

Count		Conocer calorías que consume						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	2	21	27	52	94	252	448
	Femenino	2	31	45	97	109	265	549
	Total	4	52	72	149	203	517	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.334	5	.045

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.085	.031	-2.702	.007
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.091	.031	-2.892	.004
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba aplicada a las variables. Se observa que no hay diferencia entre ambos géneros ya que los “nunca” conocen las calorías que consumen; lo que resulta que es más de la mitad de la población.

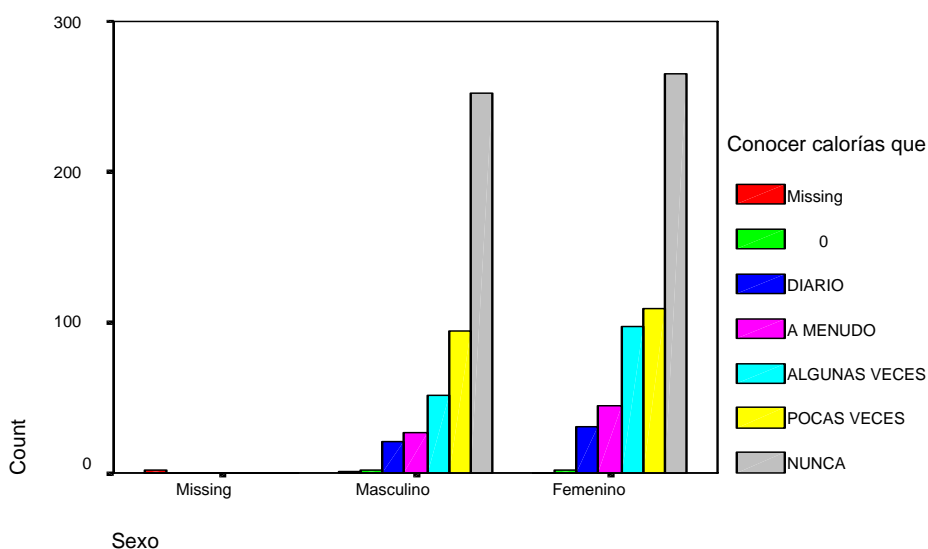


Figura 7. Se puede observar en el gráfico la diferencia del género en relación al reactivo: conocer las calorías que consumen.

Sexo-Desayunar sustanciosamente

Para encontrar la correlación entre las variables “sexo” y “desayunar sustanciosamente”, se aplico la prueba ji cuadrada, dando como resultado una significancia de .122 lo que nos dice que no existe relación entre estas variables.

Tabla 8.

Count		Desayunar sustanciosamente					Total	
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
Sexo	Masculino	1	82	99	136	102	28	448
	Femenino	2	98	105	150	131	61	547
	Total	3	180	204	286	233	89	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.699	5	.122

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.057	.031	1.812	.070
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.056	.031	1.781	.075
N of Valid Cases		995			

Muestra los resultados arrojados de la prueba estadística. No existe diferencia en ambos sexos ya que la mayor frecuencia se encuentra en algunas veces en los dos géneros, siendo mayor la del sexo femenino.

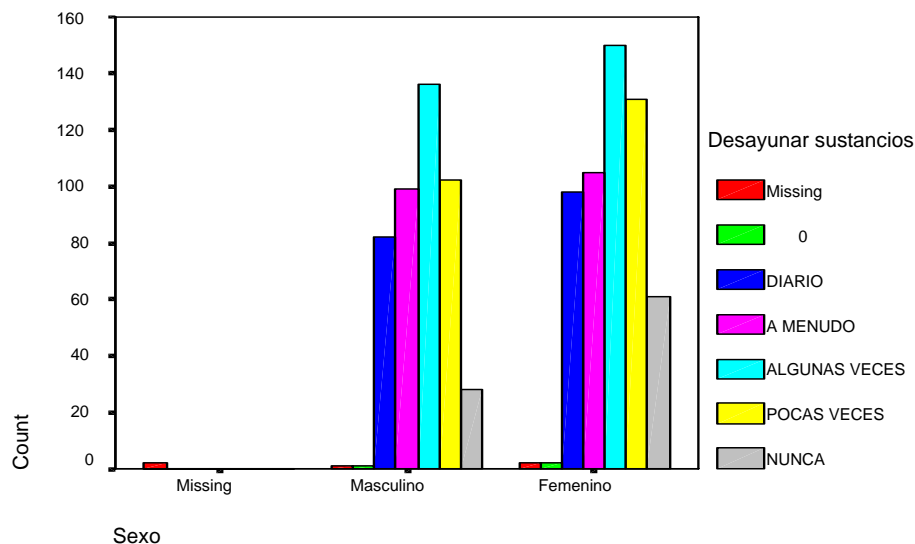


Figura 8. Señala la relación del genero con el hábito de desayunar sustanciosamente.

Sexo-Dormir al menos siete horas

Para encontrar la correlación entre estas variables se empleó la prueba ji cuadrada, encontrando una significancia igual a .563, que reporta que no existe relación entre “sexo” y “dormir al menos siete horas”.

Tabla 9.

Count		Dormir al menos siete horas					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	159	96	83	75	34	447
	Femenino	206	115	115	82	31	549
Total		365	211	198	157	65	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.971	4	.563

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.035	.032	-1.111	.267
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.031	.032	-.988	.323
N of Valid Cases		996			

La tabla expone los resultados obtenidos de la prueba aplicada a los datos. No existen diferencias en los géneros ya que ambos duermen diario mas de siete horas, en el sexo masculino 159 de 447 lo hace y de las mujeres 206 de 549.

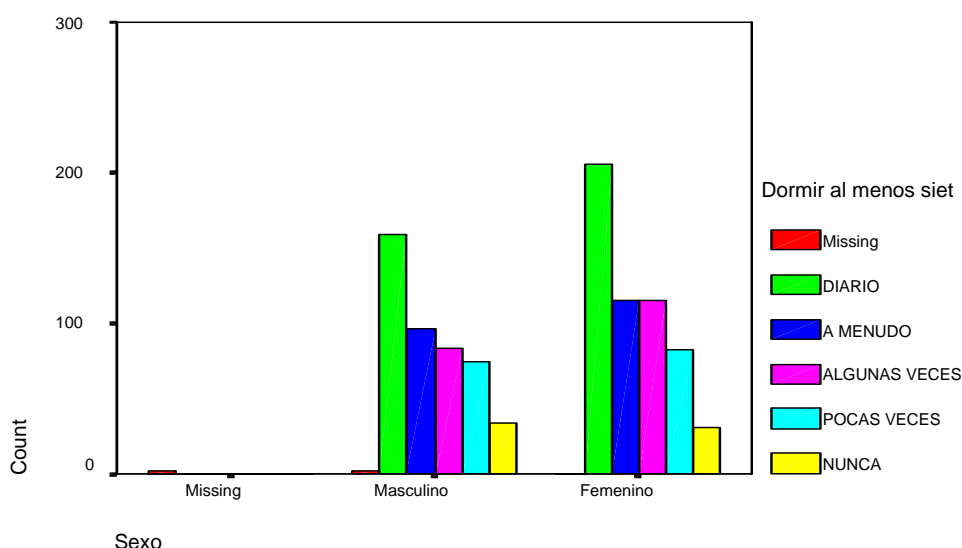


Figura 9. Representa la relación entre el género y dormir menos de siete horas.

Sexo-Ingerir alimentos nutritivos

En lo que se refiere a “Sexo” relacionado con la variable “Ingerir alimentos nutritivos”, la prueba ji cuadrada aplicada a estos datos arrojan una significancia= .008, dicho resultado nos indica que no existe una relación significativa entre las variables.

Tabla 10.

Count		Ingerir alimentos nutritivos					Total	
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
Sexo	Masculino	3	113	166	121	39	6	448
	Femenino		168	231	106	36	8	549
Total		3	281	397	227	75	14	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.734	5	.008

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.081	.032	-2.558	.011
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.088	.032	-2.788	.005
N of Valid Cases		997			

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística aplicada a los datos, en donde podemos encontrar que entre los sexos no hay diferencia y ambos a menudo ingieren alimentos nutritivos. En el caso de los hombres 166 de 448 y las mujeres 231 de 549.

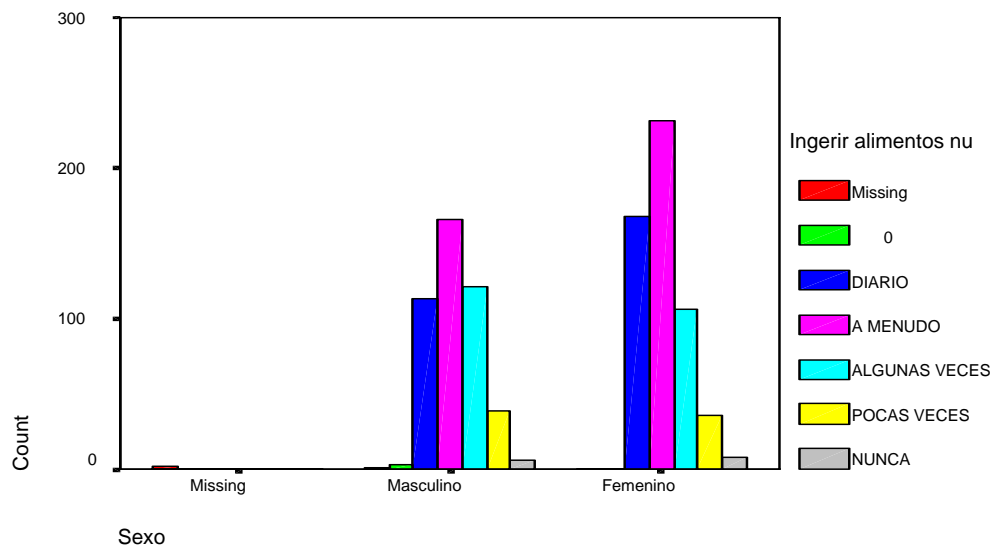


Figura 10. Muestra la relación entre el género e ingerir alimentos nutritivos.

Sexo-Ingerir vitaminas

Para encontrar la correlación entre “Sexo” e “Ingerir vitaminas”, se aplico la prueba ji cuadrada, encontrando una significancia= .053, que reporta que no existe relación entre el sexo e ingerir vitaminas.

Tabla 11.

Count		Ingerir vitaminas						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino		31	57	135	129	96	448
	Femenino	2	38	84	150	124	151	549
Total		2	69	141	285	253	247	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.896	5	.053

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.009	.031	.294	.769
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.014	.032	.452	.651
N of Valid Cases	997			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística aplicada a los datos, donde encontramos que la mayor frecuencia en el caso de las mujeres se encuentra en que nunca ingieren vitaminas con 151 sujetos, siguiéndole algunas veces con 150 de 549 y los hombres algunas veces con 135 de 448.

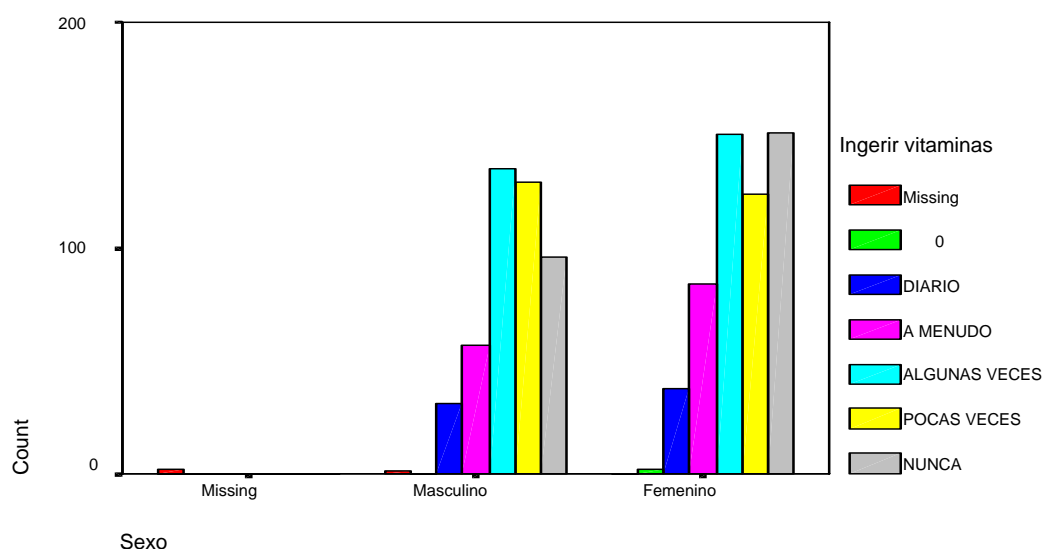


Figura 11. En esta gráfica podemos ver la relación entre el género e ingerir vitaminas.

Sexo-Leer sobre el cuidado de salud

Para conocer la correlación entre “sexo” y “leer sobre el cuidado de salud” se aplico la prueba ji cuadrada, con un resultado de significancia= de .400, lo que significa que no existe una relación estadística entre estas variables.

Tabla 12.

Count		Leer sobre cuidado de salud						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino		13	60	141	128	106	448
	Femenino	2	12	93	159	163	120	549
Total		2	25	153	300	291	226	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.136	5	.400

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.026	.032	-.822	.411
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.024	.032	-.771	.441
N of Valid Cases		997			

En esta tabla se muestran los resultados obtenidos de la prueba aplicada a los datos, en donde podemos ver que la mayor frecuencia en el caso de las mujeres se encuentra en que pocas veces tienen el hábito de leer sobre el cuidado de su salud con 163 sujetos de 549 y en los hombres la mayor frecuencia esta en que algunas veces tienen este hábito con 141 de 448.

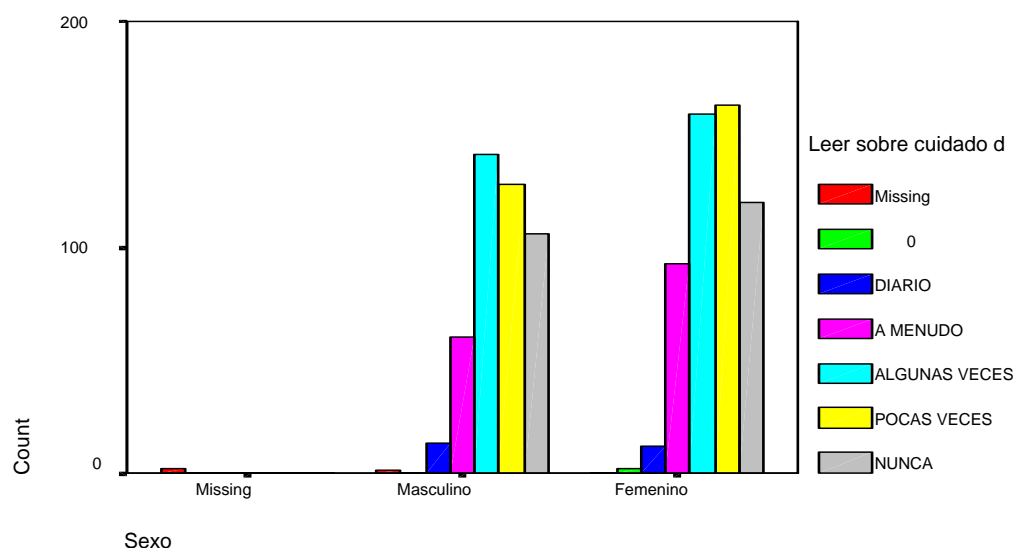


Figura 12. Se observa la relación entre el género y el hábito de leer sobre cuidados de salud.

Sexo-Medir colesterol

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “Sexo” y “Medir colesterol”, arroja una significancia de .072, lo que nos indica que no existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 13.

Count		Medir colesterol					Total	
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
Sexo	Masculino		11	18	58	89	272	448
	Femenino	1	16	34	97	84	317	549
Total		1	27	52	155	173	589	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.117	5	.072

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.066	.031	-2.071	.039
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.052	.031	-1.657	.098
N of Valid Cases		997			

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística utilizada a los datos, la mayor cantidad de sujetos se encuentran ubicados en que nunca miden su nivel de colesterol; el sexo masculino con 272 de 448 y el femenino 317 de 549.

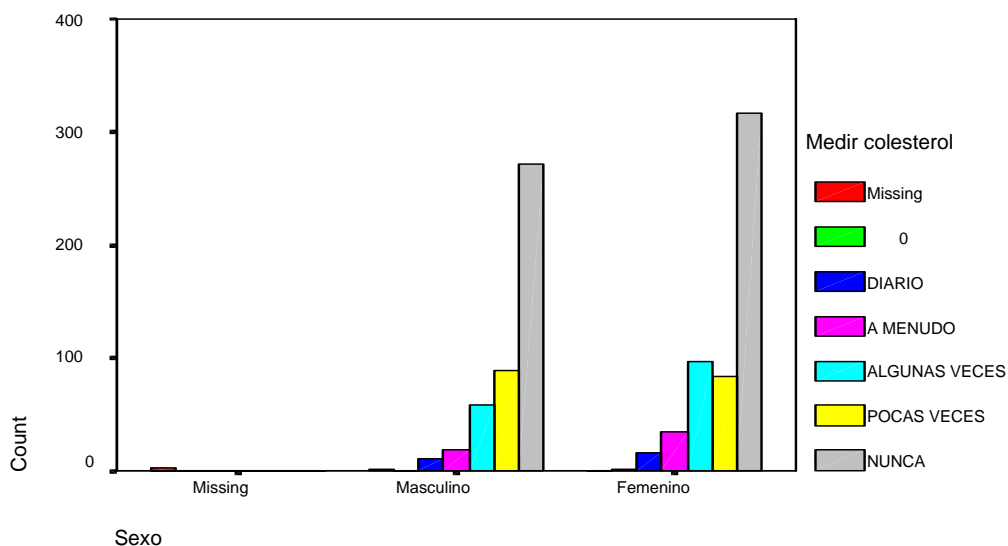


Figura 13. En ésta gráfica se observa la relación entre el género y medir el colesterol.

Sexo-Platicar con amigos sobre salud

Al correlacionar las variables “Sexo” y “Platicar con amigos sobre salud”, la prueba ji cuadrada reporta una significancia de 0.26, lo que significa que no existe una relación entre el sexo y platicar con los amigos.

Tabla 14.

Count		Platicar con amigos sobre salud					Total	
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
Sexo	Masculino		9	31	151	143	114	448
	Femenino	1	9	66	206	157	110	549
Total		1	18	97	357	300	224	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.726	5	.026

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.095	.031	-3.001	.003
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.097	.031	-3.089	.002
N of Valid Cases		997			

La tabla muestra los resultados obtenidos de la prueba aplicada a los datos. La mayor frecuencia en ambos géneros esta en que solo algunas veces platican temas relacionados con la salud, el en los hombre 151 sujetos de 448 y en las mujeres 206 de 549.

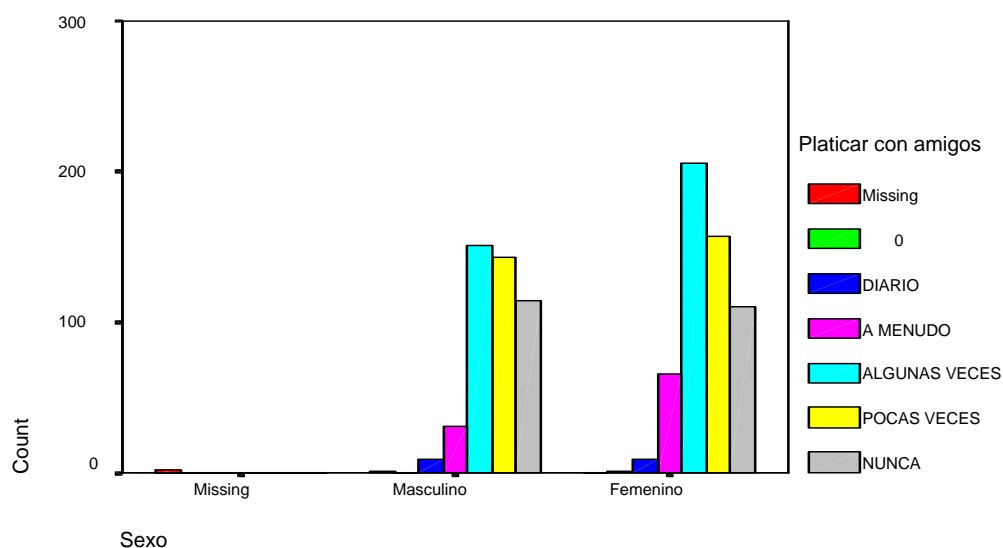


Figura 14. Representa la relación entre el género y platicar con amigos sobre la salud.

Sexo-Realizar ejercicio

Al aplicar la prueba ji cuadrada a los datos “sexo” y “realizar ejercicio” dio como resultado una significancia de .000, que nos dice que si hay una relación entre estas variables.

Tabla 15.

Count		Realizar ejercicio						Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	45	
Sexo	Masculino	65	80	135	88	79	1	448
	Femenino	38	71	126	137	177		549
	Total	103	151	261	225	256	1	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.366	5	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.122	.060	3.875	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.209	.031	6.728	.000
N of Valid Cases	997			

Muestra los datos obtenidos de la aplicación de la prueba aplicada a las variables. En la variable realizar ejercicio la mayor frecuencia de los hombre se encuentra en que algunas veces lo realizan con 135 de 448 y en el caso de la mayoría (177 de 549) de las mujeres nunca lo practican.

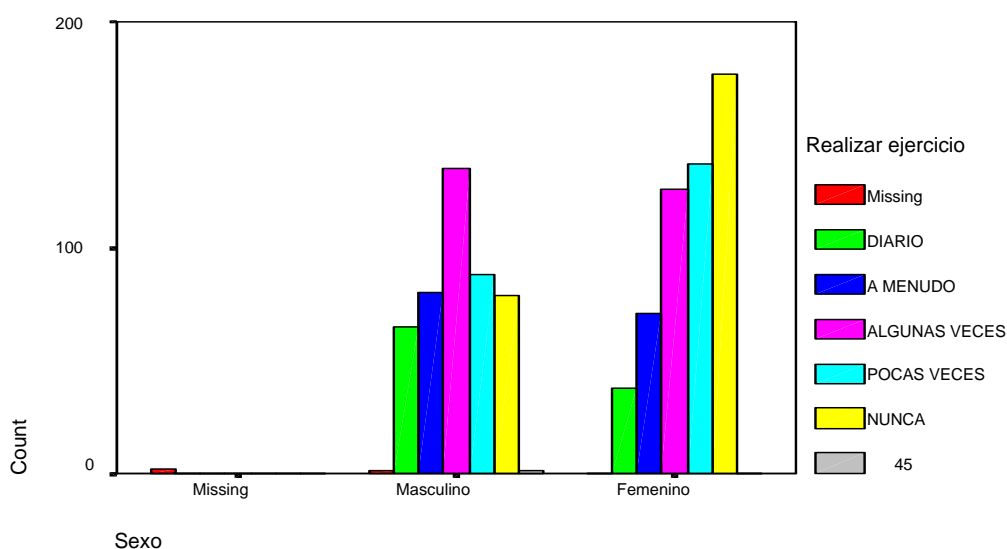


Figura 15. Se observa la diferencia que existe entre los sexos en relación con este hábito.

Sexo-Usar hilo dental

En la prueba aplicada a las variables, los resultados nos muestran una significancia=.135, que nos indica que no existe una relación significativa entre “sexo” y “usar hilo dental”.

Tabla 16

Count		Usar hilo dental					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	28	39	63	83	235	448
	Femenino	34	64	94	76	281	549
Total		62	103	157	159	516	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.019	4	.135

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.039	.032	-1.232	.218
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.033	.032	-1.029	.304
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos en la prueba estadística aplicada a los reactivos, la frecuencia mas alta se encuentra en la respuesta de que nunca utilizan hilo dental, esto en ambos géneros.

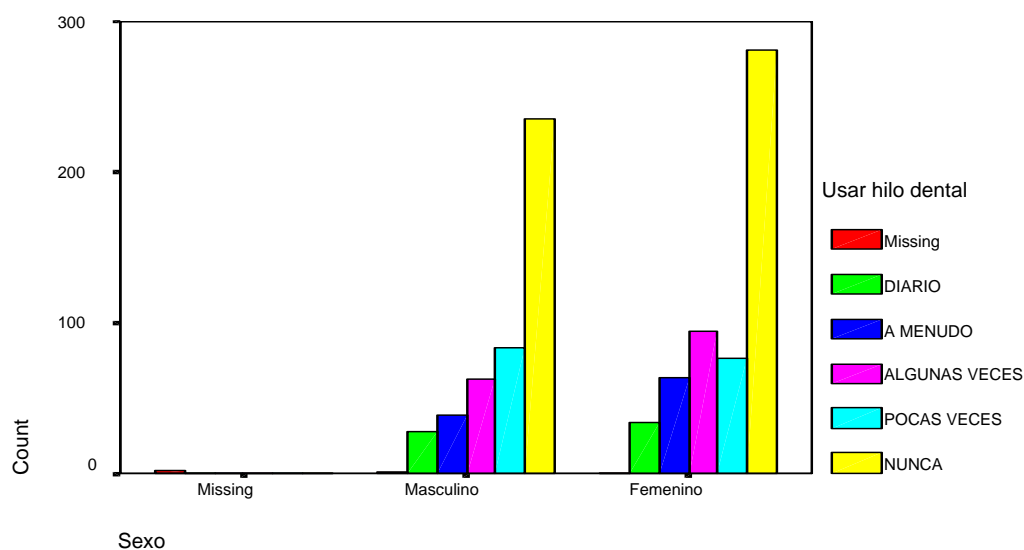


Figura 16. Muestra la relación entre el género y usar hilo dental.

Sexo-Usar cinturón de seguridad

En la correlación aplicada a estas variables, los resultados arrojaron diferencias significativas (.002), lo que indica que si existe relación estadística entre el “sexo” y “usar cinturón de seguridad”.

Tabla 17

Count		Usar cinturón de seguridad					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	168	112	64	28	76	448
	Femenino	168	108	87	50	136	549
Total		336	220	151	78	212	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.702	4	.002

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.122	.031	3.882	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.117	.031	3.708	.000
N of Valid Cases		997			

Representan los resultados obtenidos con la prueba ji cuadrada a las variables. Diario utilizan cinturón de seguridad ambos sexos con 168 personas de cada uno.

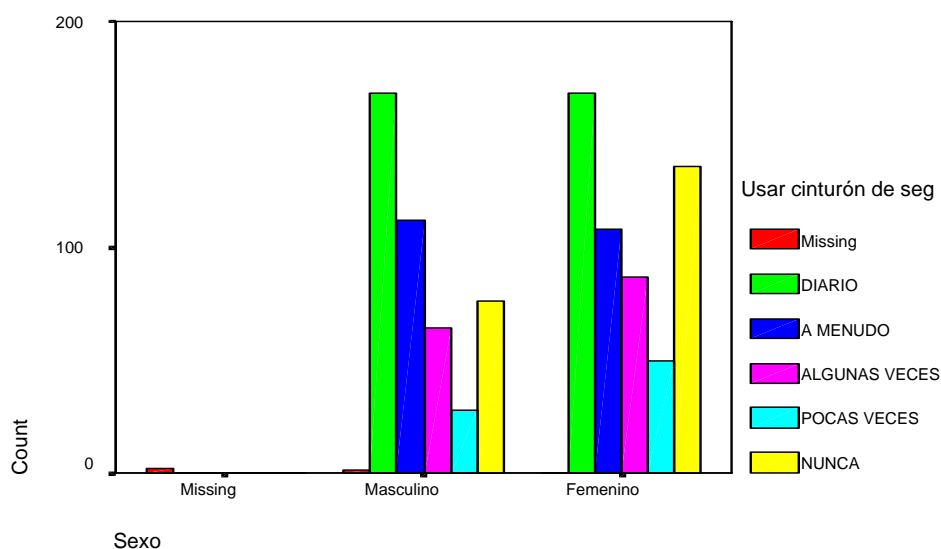


Figura 17. Muestra la relación entre el sexo y usar cinturón de seguridad.

Sexo-Hábitos negativos

Para la variable “Sexo” correlacionada con “Hábitos negativos”, los resultados muestran lo siguiente:

Sexo-abusar de sal

Al aplicar la prueba ji cuadrada a los datos dio como resultado una significancia= .000 que nos dice que existe relación estadística entre estas variables..

Tabla 18.

Count		Abusar de sal					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	38	78	81	163	88	448
	Femenino	30	54	101	190	174	549
Total		68	132	182	353	262	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.851	4	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.149	.031	4.756	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.151	.031	4.818	.000
N of Valid Cases		997			

Muestran los resultados obtenidos de la prueba estadística aplicada a las variables. En ambos sexos la frecuencia más alta esta en que pocas veces las personas abusan en el consumo de sal. El sexo masculino con 163 de 448 y el femenino 190 de 549.

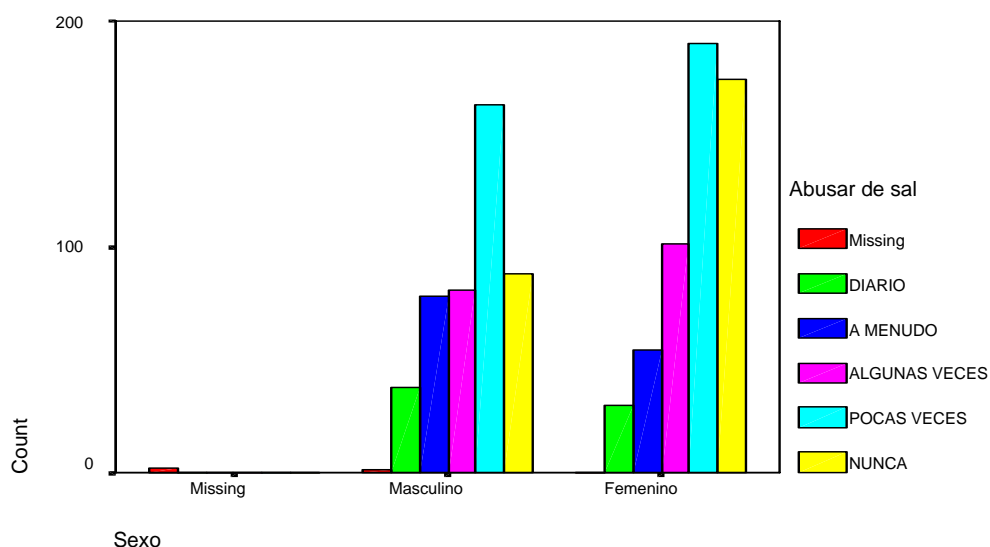


Figura 18. Muestra la relación entre el género y abusar de la sal.

Sexo- beber caféina

En lo que se refiere a “Sexo” y “Beber cafeína”, la prueba ji cuadrada aplicada a estos datos arrojan una significancia= .920 dicho resultado nos indica que no existe una relación significativa entre estas variables.

Tabla 19.

Count		Beber cafeína					Total	
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA		
Sexo	Masculino		100	86	101	101	60	448
	Femenino	1	125	96	126	122	79	549
Total		1	225	182	227	223	139	997

	Value	d f	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.438	5	.920

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.007	.032	.223	.823
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.007	.032	.225	.822
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística. La mayor frecuencia se encuentra en que algunas veces beben cafeína, los hombre con 101 sujetos de 448 y las mujeres 122 de 549 y solo con un sujeto menos en ambos sexos diariamente lo consumen.

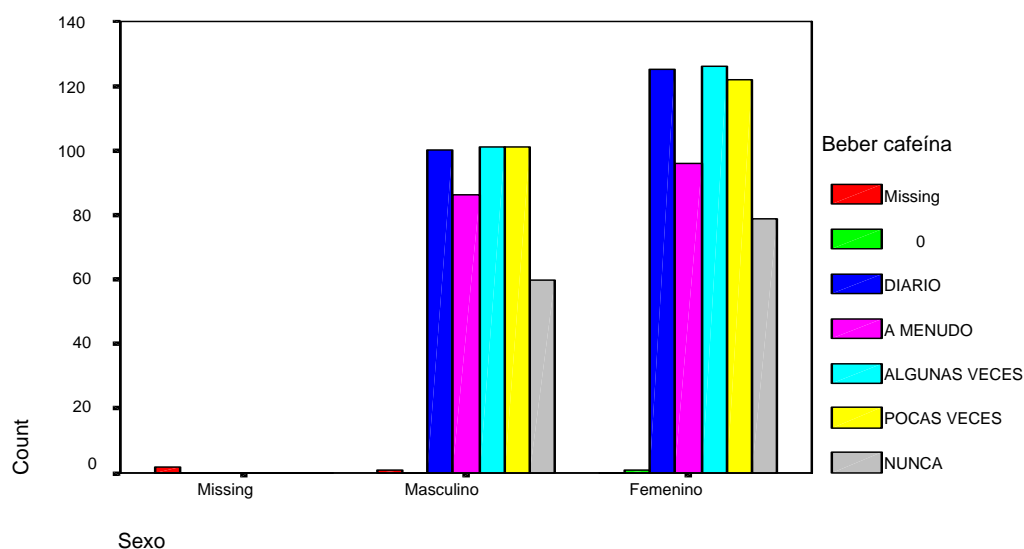


Figura 19. Muestra la relación entre el género y beber cafeína.

Sexo-Comer entre comidas

Para conocer si existe, correlación entre las variables, se aplicó la prueba ji cuadrada dando como resultado una significancia=.159, que nos reporta que no existe relación estadística entre el “sexo” y “comen entre comidas”.

Tabla 20.

Count		Comer entre comidas					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	48	84	159	110	47	448
	Femenino	82	118	166	129	54	549
Total		130	202	325	239	101	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.597	4	.159

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.058	.031	-1.821	.069
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.056	.031	-1.763	.078
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba estadística aplicada en los datos. En ambos sexos la frecuencia mayor se sitúa en que algunas veces comen entre comidas; en los hombre 159 y en las mujeres 166 de 549.

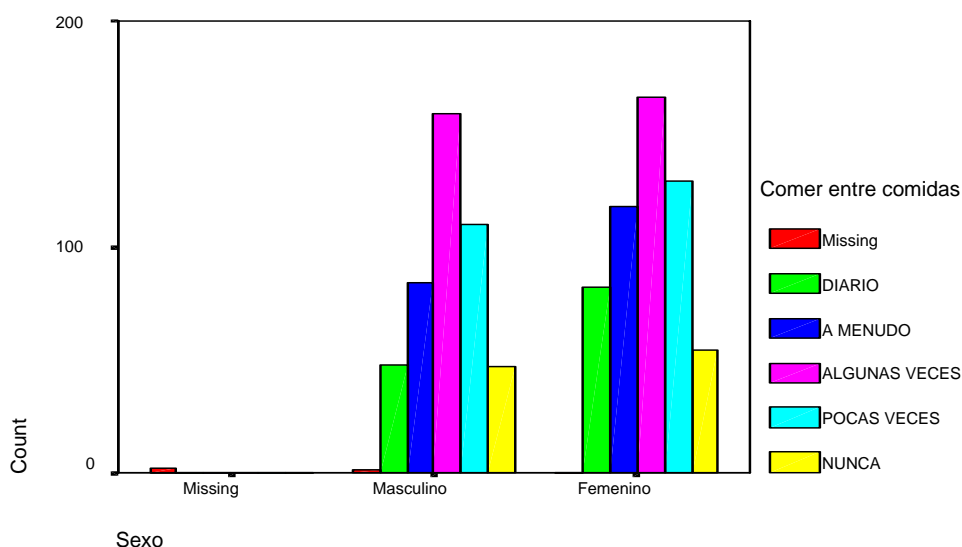


Figura 20. Muestra la relación entre el género y comer entre comidas.

Sexo- consumir tabaco

Para encontrar relación en estas variables se aplicó la prueba ji cuadrada, arrojando una significancia de .000, lo cual indica que existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 21.

Count		Consumir tabaco					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	99	34	41	67	207	448
	Femenino	67	34	29	56	363	549
	Total	166	68	70	123	570	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.105	4	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.181	.031	5.799	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.198	.031	6.382	.000
N of Valid Cases		997			

Presenta los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba estadística en los datos. La mayoría de la población se encuentra en que nunca consumen tabaco. En el caso de los hombre 207 de 448 y en las mujeres 363 de 549.

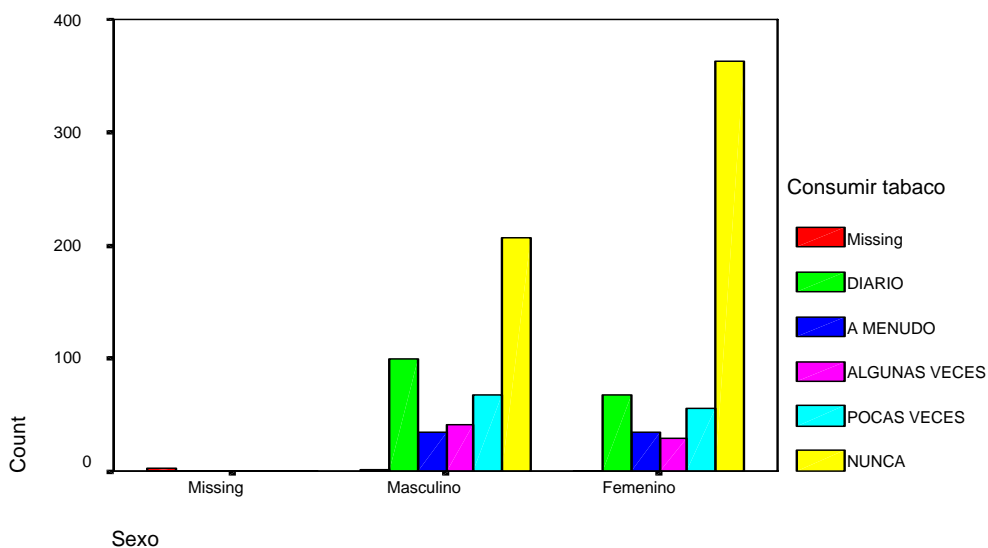


Figura 21. Muestra la relación entre el género y consumir tabaco.

Sexo- ingerir comida chatarra

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables arrojo una significancia= .877, lo cual indica que no existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 22.

Count		Ingerir comida chatarra					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	16	55	159	183	35	448
	Femenino	17	71	194	215	52	549
	Total	33	126	353	398	87	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.208	4	.877

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.010	.032	.326	.745
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.007	.032	.224	.823
N of Valid Cases		997			

Presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística a los datos. La mayor frecuencia se encuentra en que pocas veces ingieren comida chatarra, las mujeres con 215 y los hombre 183 de 448.

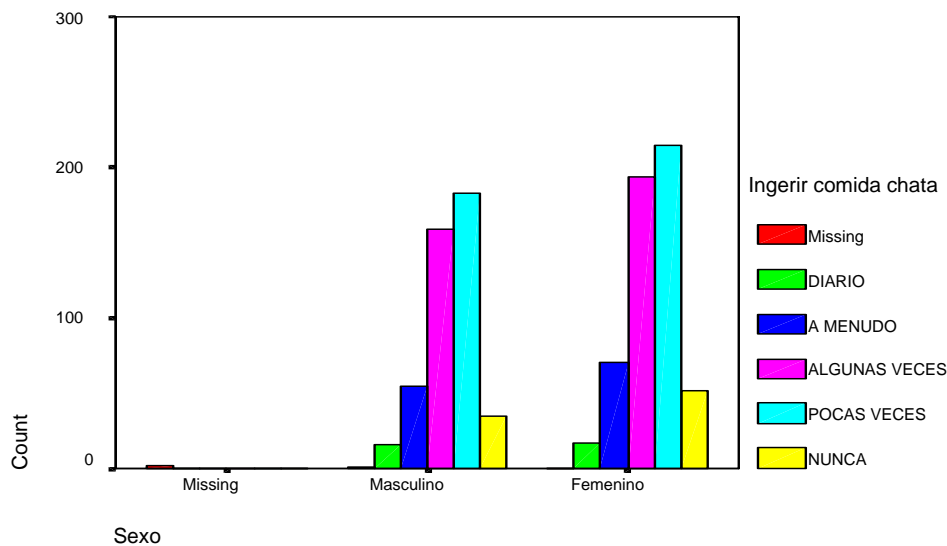


Figura 22. Esta gráfica representa la relación entre el género e ingerir comida chatarra.

Sexo- manejar rápido

En la prueba aplicada a las variables los resultados nos muestran una significancia=.000

Figura 23.

		Manejar rápido						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	2	20	34	53	99	240	448
	Femenino	5	6	19	50	48	421	549
Total		7	26	53	103	147	661	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	70.910	5	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.192	.031	6.167	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.231	.031	7.488	.000
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística a los datos. Se observa que en ambos sexos la frecuencia mayor se sitúa en que nunca tienen este hábito, las mujeres con 421 de 549 y los hombres 240 de 448.

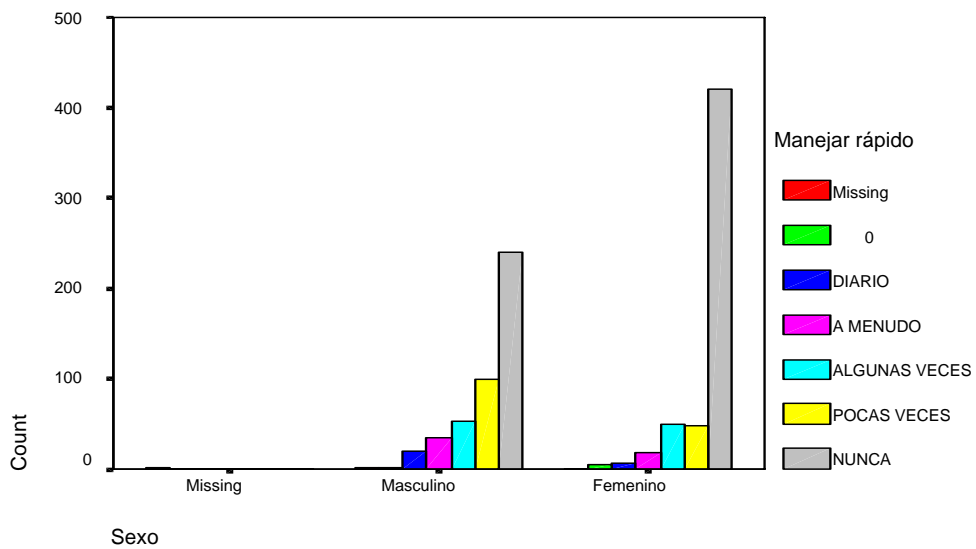


Figura 23. Representa la relación entre el género y manejar rápido.

Sexo- Tomar cerveza

Para obtener la significancia entre estas variables se aplicó la prueba estadística Ji cuadrada en donde se obtuvo una significancia = .000, lo cual indica que existe relación entre el “ sexo” y tomar cerveza”.

Tabla 24.

Count		Tomar cerveza						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino		11	58	139	148	92	448
	Femenino	1	13	23	79	154	279	549
Total		1	24	81	218	302	371	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	118.160	5	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.298	.030	9.843	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.327	.029	10.922	.000
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba aplicada entre las variables. Como puede apreciarse la mayor frecuencia con respecto a este hábito se sitúa en las mujeres (279 de 549) ya que nunca toman cerveza en cuanto a los hombres en donde muy pocas veces la consumen. Con 148 de 448.

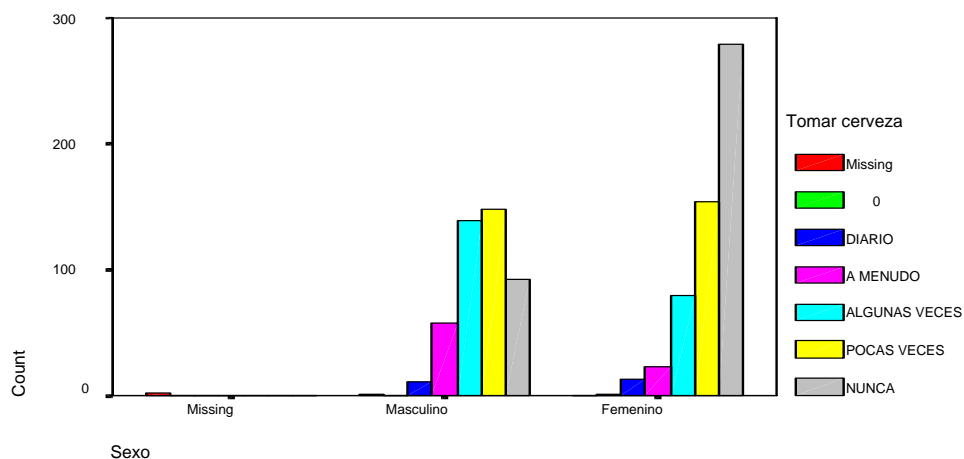


Figura 24. Se observa una diferencia significativa entre ambos géneros, con relación a tomar cerveza.

Sexo- Tomar tequila

Para obtener la correlación de estas variables se aplicó la prueba Ji cuadrada que arroja una significancia del .000 lo que indica que dichas variables poseen una relación entre sí.

Tabla 25.

Count		Tomar tequila					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	10	40	126	180	92	448
	Femenino	7	27	92	157	266	549
Total		17	67	218	337	358	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85.136	4	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.250	.030	8.139	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.272	.030	8.926	.000
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos en relación a la prueba estadística aplicada de las variables. Se observa que la frecuencia más alta radica en las mujeres ya que ellas nunca lo consumen siendo éstas 266 de 549. a diferencia de los hombres que su mayoría se sitúa en que pocas veces lo ingieren.

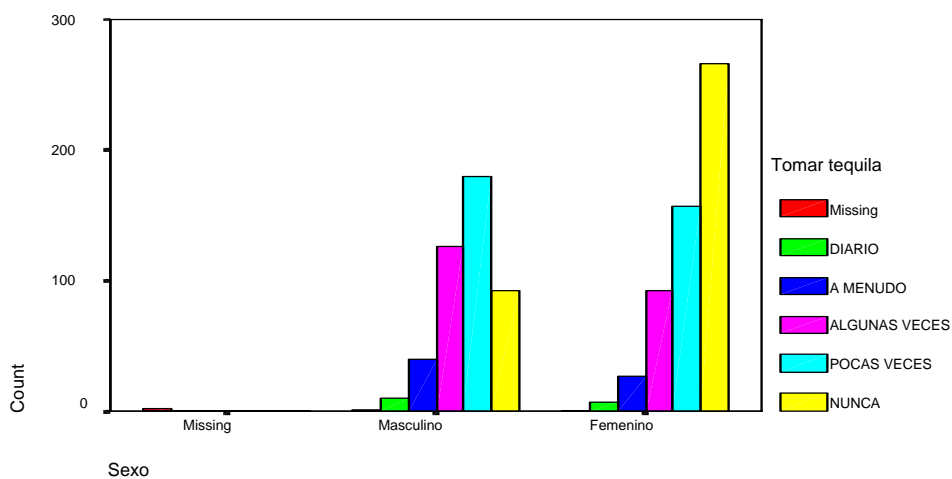


Figura 25. Muestra la relación entre el género y tomar tequila.

Sexo- Tomar vino

Al establecer la relación entre “sexo” y “tomar vino”, la prueba ji cuadrada aplicada a estos, nos da como resultados una significancia de .000, lo cual indica que existe relación entre estas variables.

Tabla 26.

Count		Tomar vino					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino	10	23	105	193	117	448
	Femenino	6	21	85	179	258	549
Total		16	44	190	372	375	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.990	4	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.184	.031	5.916	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.203	.031	6.524	.000
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados de prueba estadística aplicada a las variables. Con una frecuencia de 258 de 549, las mujeres nunca consumen vino y los hombres con 193 sujetos mencionan que lo hacen pocas veces.

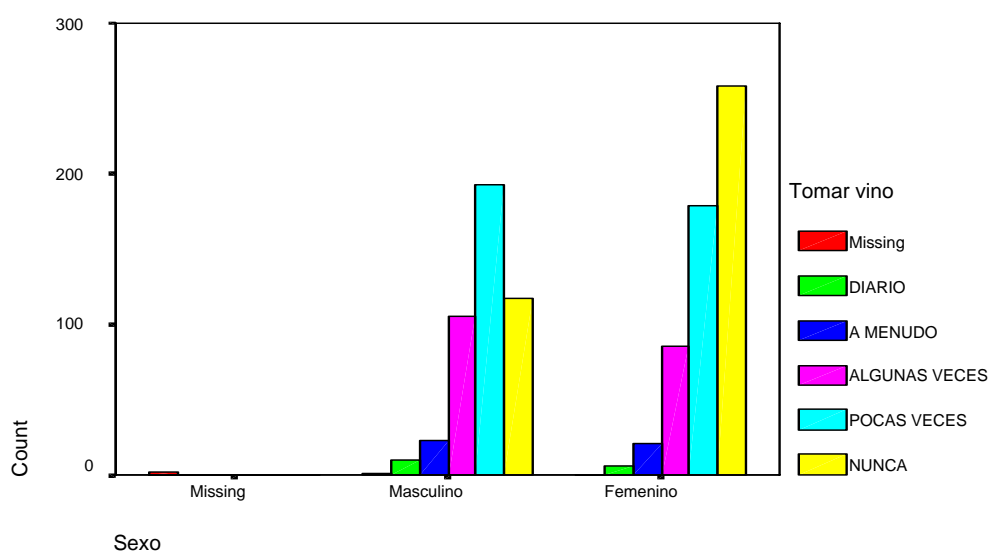


Figura 26. Muestra la relación entre el género y tomar vino.

Sexo- tomar drogas

Al aplicar la prueba ji cuadrada, a las variables “sexo” y “consumir drogas”, arrojó una significancia de .055, que nos dice que no existe relación estadística con estas variables.

Tabla 27.

Count		Usar drogas						Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Sexo	Masculino		9	1	10	30	398	448
	Femenino	2	5	3	7	20	512	549
Total		2	14	4	17	50	910	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.833	5	.055

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.051	.032	1.626	.104
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.077	.032	2.431	.015
N of Valid Cases		997			

Presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. No es significativo ya que en los dos géneros la respuesta es que la mayoría nunca consumen drogas. El sexo masculino con 398 sujetos de 448 y el sexo femenino 512 de 549.

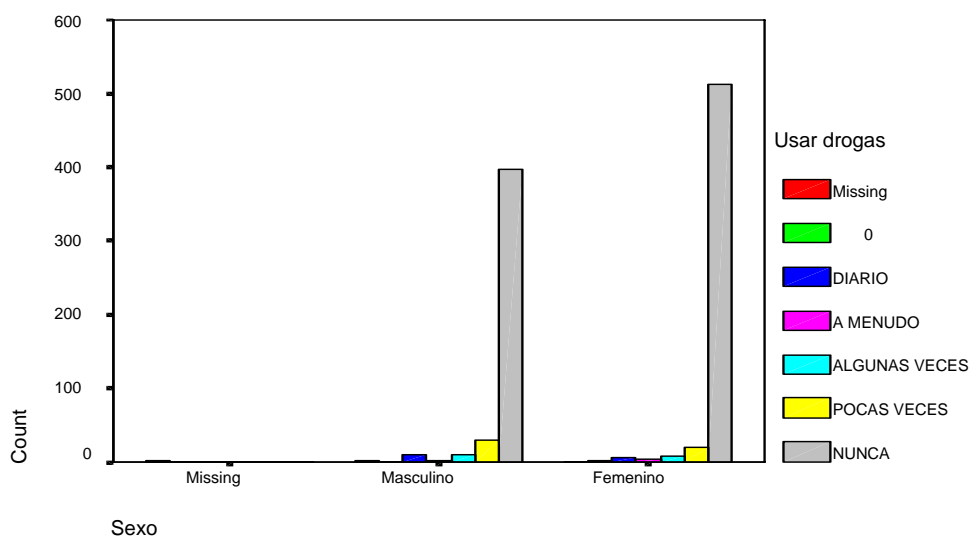


Figura 27. En el caso de esta gráfica podemos observar la relación que existe entre el género y consumir drogas.

ESCOLARIDAD

En la variable “Escolaridad” correlacionada con los reactivos de “Hábitos positivos”, los resultados son los siguientes:

Escolaridad-Beber sin cafeína

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “escolaridad”, “beber sin cafeína”, arroja una significancia= .000, lo cual indica que estadística entre estas variables.

Tabla 28.

Count	Beber sin cafeína						Total
	0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA		47	29	30	22	28	156
SECUNDARIA		42	25	34	19	15	135
PREPARATORIA		28	38	30	38	33	167
CARRERA TECNICA	2	53	29	41	24	38	187
PROFESIONAL	2	107	59	87	51	27	333
NINGUNA		6	1	4		7	18
Total	4	283	181	226	154	148	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59.152	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.044	.032	-1.395	.163
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.054	.032	-1.692	.091
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos de la prueba aplicada a los datos. Podemos observar que la respuesta más elevada en que diario consumen sin cafeína son las personas con carrera profesional y las personas que nunca consumen sin cafeína son las personas que solo tienen la secundaria.

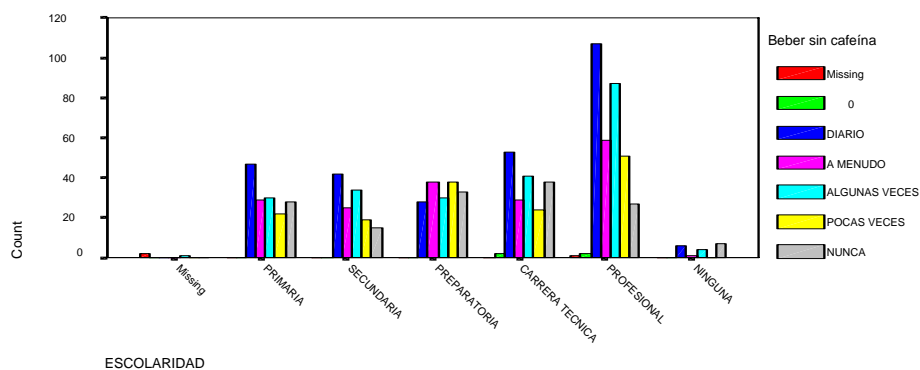


Figura 28. Muestra la relación entre la escolaridad y beber sin cafeína.

Escolaridad-caminar a diario

Para encontrar la correlación entre estas variables se aplico la prueba estadística ji cuadrada arrojando una significancia= .000, lo cual nos indica que existe una relación entre “escolaridad” y “caminar a diario”

Tabla 29.

Count	Caminar a diario						Total
	0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA		51	14	35	43	13	156
SECUNDARIA		33	34	24	31	13	135
PREPARATORIA		31	37	41	41	17	167
CARRERA TECNICA		50	35	34	43	25	187
PROFESIONAL	2	84	63	99	63	22	333
NINGUNA		8		5		5	18
Total	2	257	183	238	221	95	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.757	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.024	.032	-.770	.441
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.032	.032	-1.016	.310
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba estadística. Esta tabla manifiesta que las personas que caminan a diario son los profesionistas con 84 personas 333, y por lo contrario las personas que nunca lo hacen son los que tienen escolaridad de primaria y secundaria con 13 sujetos cada uno.

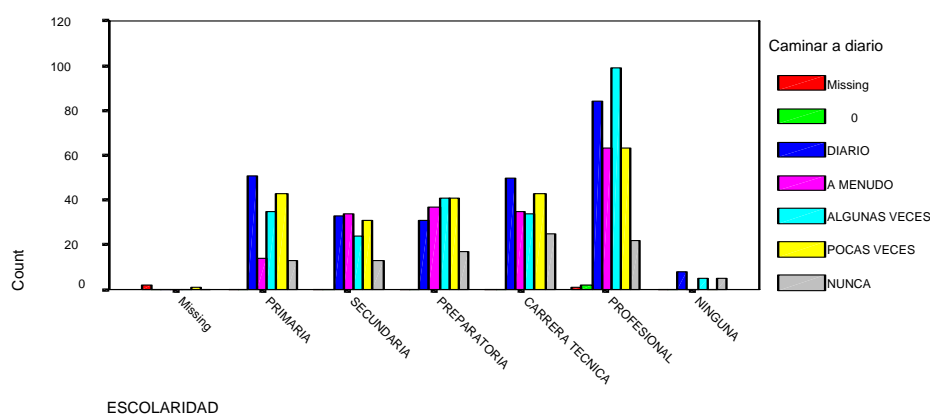


Figura 29. Representa la relación entre la escolaridad y caminar a diario.

Escolaridad-comer menos

Para conocer si existe correlación entre las variables “escolaridad” y “comer menos” se aplico la prueba ji cuadrada , dando como resultado un significancia de .000 que nos reporta que si existe relación estadística entre estas.

Tabla 30.

Count	Comer menos						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA	2	5	12	43	65	29	156
SECUNDARIA		6	11	41	41	36	135
PREPARATORIA			18	56	56	37	167
CARRERA TECNICA		5	20	60	74	28	187
PROFESIONAL	2	4	58	128	102	39	333
NINGUNA			2	5	7	4	18
Total	4	20	121	333	345	173	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54.978	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.110	.033	-3.482	.001
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.133	.031	-4.220	.000
N of Valid Cases	996			

Presenta los resultados de la aplicación de la prueba estadística. Donde la mayor parte de la población se sitúa en que los profesionistas algunas veces tienen este hábito, ya que las respuestas nunca y diario son similares entre las diferentes escolaridades.

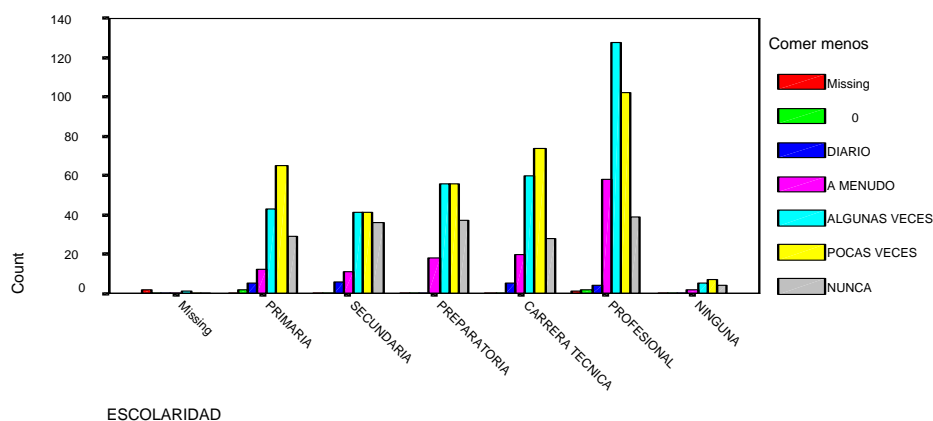


Figura 30. Muestra La relación entre la escolaridad y comer menos

Escolaridad-Conocer calorías que consumen

Al establecer la relación entre “escolaridad” y “conocer calorías que consumen”, la prueba ji cuadrada aplicada a estos, nos da como resultado una significancia de .093, lo que nos indica que no existe relación entre estas variables.

Tabal 31.

Count	Conocer calorías que consume						Total
	0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA	2	8	8	19	34	85	156
SECUNDARIA		7	5	19	26	78	135
PREPARATORIA		2	16	30	29	90	167
CARRERA TECNICA		16	12	28	39	92	187
PROFESIONAL	2	19	30	52	73	157	333
NINGUNA				1	2	15	18
Total	4	52	71	149	203	517	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.763	25	.093

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.052	.032	-1.651	.099
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.054	.031	-1.712	.087
N of Valid Cases	996			

Nos indica los resultados obtenidos de emplear la prueba estadística. No es significativo en las respuestas, sin embargo, los profesionistas tienen la mayor frecuencia en que nunca conocen las calorías que consumen.

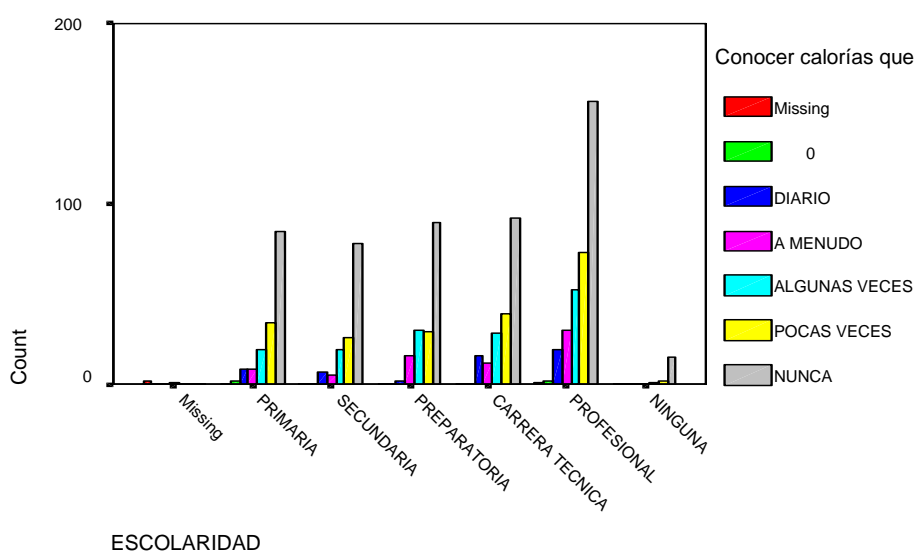


Figura 31. Muestra la relación entre la escolaridad y conocer calorías que consumen.

Escolaridad-desayunar sustanciosamente

Al aplicar la prueba ji cuadrada a las variables “escolaridad”y “desayunar sustanciosamente”, arroja una significancia= .085 lo que nos indica que no existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 32.

Count	Desayunar sustanciosamente						Total
	0	DIARIO	MENUDC	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA		29	28	49	34	15	155
SECUNDARIA		31	26	27	38	13	135
PREPARATORI		30	42	46	36	13	167
CARRERA TEC		44	39	45	43	16	187
PROFESIONAL	3	40	67	112	79	32	333
NINGUNA		5	2	7	3		17
Total	3	179	204	286	233	89	994

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.152	25	.085

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.020	.031	.635	.525
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.028	.031	.886	.376
N of Valid Cases	994			

Representa los resultados obtenidos al aplicar la prueba estadística, donde se puede observar que la frecuencia mal alta se encuentra en que algunas veces desayunan sustanciosamente y se encuentra entre los profesionistas.

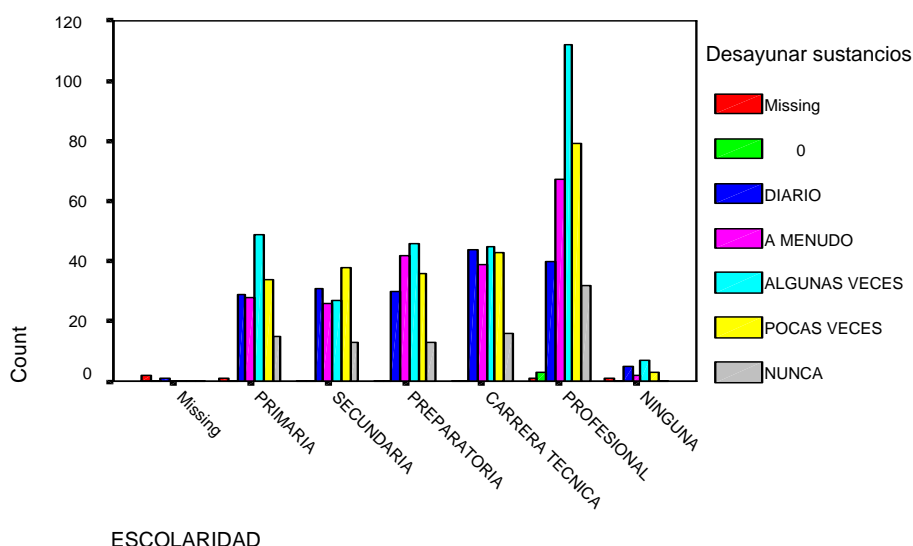


Figura 32. Muestra la relación entre la escolaridad y desayunar sustanciosamente.

Escolaridad-dormir al menos siete horas

Al determinar la relación entre “escolaridad” y “dormir al menos siete horas” se encontró una significancia= .000, lo que nos indica que ambas variables se relacionan estadísticamente.

Tabla 33.

Count	Dormir al menos siete horas					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDA PRIMARIA	64	32	40	15	5	156
SECUNDARIA	61	28	21	22	3	135
PREPARATORIA	46	32	37	36	16	167
CARRERA TECNICA	88	36	23	30	10	187
PROFESIONAL	92	80	76	53	31	332
NINGUNA	13	3	1	1		18
Total	364	211	198	157	65	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64.531	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.077	.030	2.438	.015
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.075	.031	2.364	.018
N of Valid Cases	995			

Nos indica los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba. Podemos observar que la mayoría diario tiene este hábito y la frecuencia más alta esta en los profesionistas y carrera técnica.

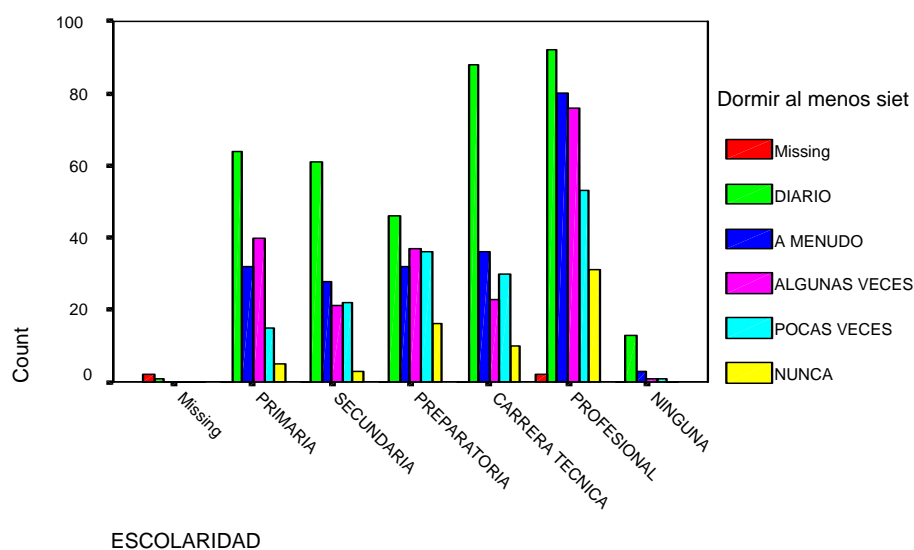


Figura 33. Representa la relación entre la escolaridad y dormir al menos siete horas.

Escolaridad-ingestionar alimentos nutritivos

En la prueba aplicada a “escolaridad” y “alimentos nutritivos”, los resultados nos muestran una significancia= .670, lo que nos indica que no existe relación entre estas variables.

Tabal 34

Count	Ingerir alimentos nutritivos						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA		49	66	31	7	3	156
SECUNDARIA		41	49	33	10	2	135
PREPARATORI		46	68	39	11	3	167
CARRERA TEC		60	67	38	20	2	187
PROFESIONAL	3	80	139	80	27	4	333
NINGUNA		4	8	6			18
Total	3	280	397	227	75	14	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.406	25	.670

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.042	.031	1.330	.184
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.049	.031	1.549	.122
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados arrojados de la aplicación de la prueba estadística, en donde podemos ver que la mayoría a menudo consume alimentos nutritivos y que la mayor frecuencia se encuentra en los profesional.

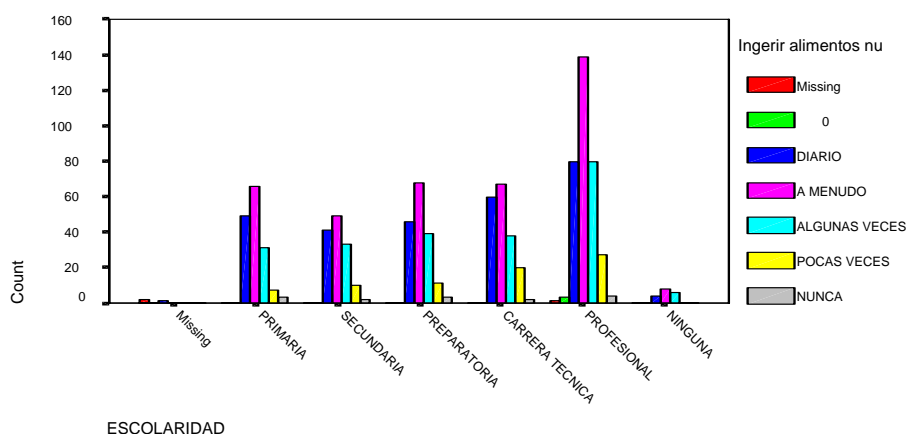


Figura 34. Muestra la relación de la escolaridad e ingerir alimentos nutritivos.

Escolaridad-ingerir vitaminas

Para conocer si existe correlación entre las variables “escolaridad” e “ingerir vitaminas”, se aplico la prueba ji cuadrada, dando como resultado una significancia=.001, que nos reporta que si existe relación estadística entre estas.

Tabla 35.

Count	Ingerir vitaminas						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA	2	10	16	54	40	34	156
SECUNDARIA		6	15	30	30	54	135
PREPARATORIA		12	19	49	41	46	167
CARRERA TECNICA		13	31	55	58	30	187
PROFESIONAL		26	55	90	84	78	333
NINGUNA		2	4	7		5	18
Total	2	69	140	285	253	247	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51.456	25	.001

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.069	.032	-2.170	.030
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.072	.032	-2.264	.024
N of Valid Cases	996			

Nos muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Los resultados arrojan que algunas veces ingieres vitaminas la mayoría de la gente y la frecuencia más alta se encuentra en los profesionistas.

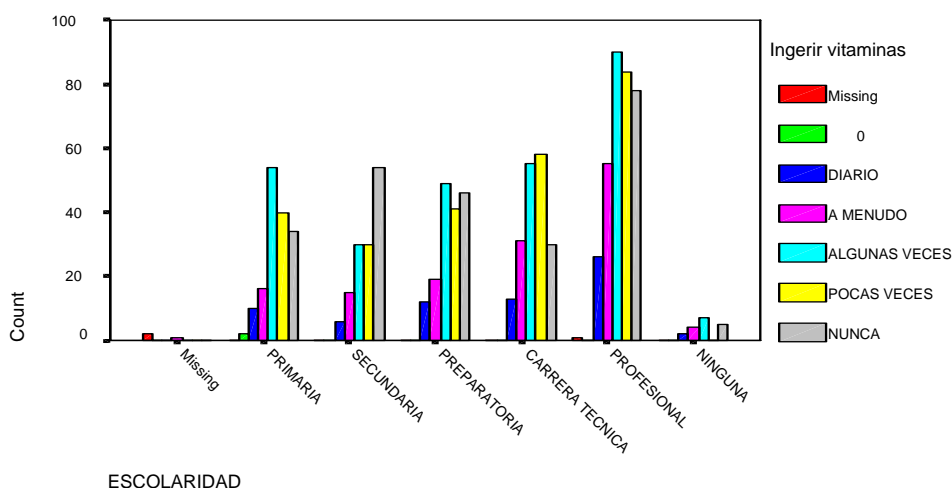


Figura 35. Muestra la relación entre escolaridad e ingerir vitaminas.

Escolaridad-leer sobre el cuidado de salud

Con la aplicación de la prueba se encontró una significancia de .000, lo que indica que existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 35

Count	Leer sobre cuidado de salud						Total
	0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA		2	20	24	58	52	156
SECUNDARIA	2	4	17	47	39	26	135
PREPARATORIA		2	26	56	49	34	167
CARRERA TECNICA		4	28	57	54	44	187
PROFESIONAL		13	62	114	89	55	333
NINGUNA				2	2	14	18
Total	2	25	153	300	291	225	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	86.321	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.101	.032	-3.203	.001
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.104	.032	-3.292	.001
N of Valid Cases	996			

Representa los resultados arrojados al aplicar la prueba, los cuales señalan que algunas veces la mayoría de la población lee sobre cuidados de la salud y la frecuencia más alta está en los profesionistas y la carrera técnica.

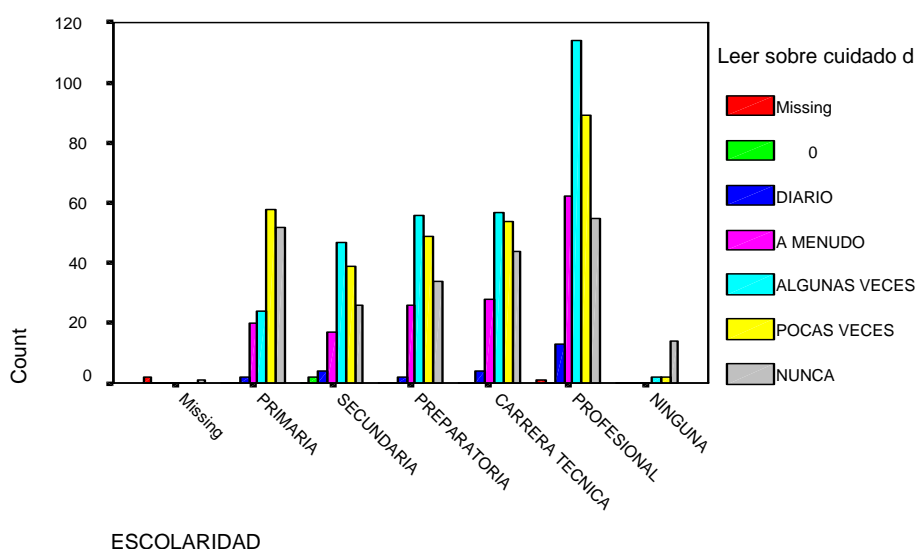


Figura 35. Muestra la relación entre la escolaridad y leer sobre cuidados de salud.

Escolaridad medir colesterol

Al establecer la relación entre “escolaridad” y “medir colesterol”, la prueba ji cuadrada aplicada a estos, nos da como resultados una significancia de .052 lo cual indica que no hay relación estadística entre estas variables.

Tabla 36.

Count	Medir colesterol						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA		4	10	21	22	99	156
SECUNDARIA		8	4	26	29	68	135
PREPARATORIA		3	5	25	32	102	167
CARRERA TECNICA	1	2	14	33	22	115	187
PROFESIONAL		8	17	49	62	197	333
NINGUNA		2	1	1	6	8	18
Total	1	27	51	155	173	589	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.513	25	.052

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.003	.032	.097	.923
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.002	.032	-.065	.949
N of Valid Cases	996			

Presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística, en donde se encontró la mayoría de la población nunca tienen este hábito, y la frecuencia más elevada está en los profesionales, personas con carrera técnica y con preparatoria.

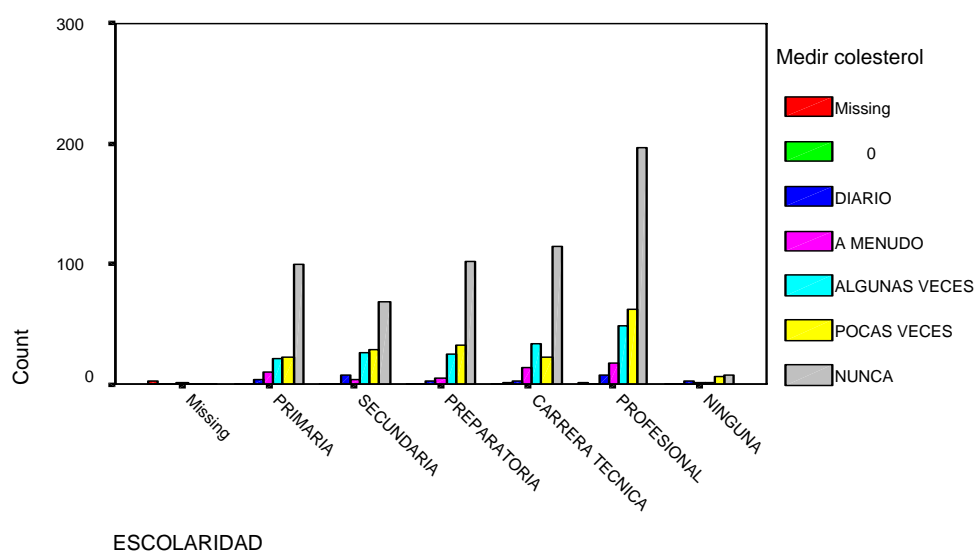


Figura 36. Muestra la relación entre escolaridad y medir colesterol.

Escolaridad- platicar con amigos sobre salud

La prueba ji cuadrada aplicada a estas variables nos reporta una significancia de .012 lo cual indica que no hay relación significativa entre la “escolaridad” y “platicar con amigos sobre salud”.

Tabla 37.

Count	Platicar con amigos sobre salud						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA		4	14	53	53	32	156
SECUNDARIA		6	16	52	33	28	135
PREPARATORIA		3	7	52	58	47	167
CARRERA TECNICA	1	2	32	61	55	36	187
PROFESIONAL		3	26	130	99	75	333
NINGUNA			2	9	2	5	18
Total	1	18	97	357	300	223	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.643	25	.012

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.013	.031	.408	.683
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.003	.031	.086	.931
N of Valid Cases	996			

Representa los datos obtenidos de la aplicación de prueba estadística. Teniendo como resultado que la mayoría de la población algunas veces platica con amigos sobre salud, y la mayor frecuencia se encuentra en profesionistas.

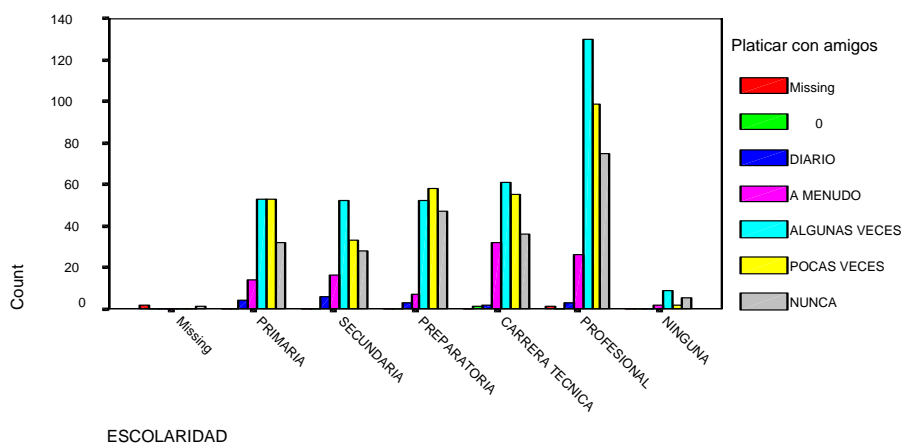


Figura 37. Se observa la relación entre la escolaridad y platicar con amigos sobre salud.

Escolaridad-usar hilo dental

Al emplear la prueba estadística se obtuvo una significancia de .000, lo que nos reporta que si existe relación entre las variables

Tabla 38.

Count	Usar hilo dental					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDA PRIMARIA	4	8	17	16	111	156
SECUNDARIA	8	8	30	32	57	135
PREPARATORIA	10	24	23	24	86	167
CARRERA TECNICA	12	10	29	29	107	187
PROFESIONAL	27	53	58	57	138	333
NINGUNA	1			1	16	18
Total	62	103	157	159	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	77.214	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.134	.030	-4.265	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.133	.031	-4.220	.000
N of Valid Cases	996			

Presenta los datos obtenidos al aplicar la prueba estadística, y nos arroja que la mayoría de la población nunca usan hilo dental y la mayor frecuencia se ubica en los profesionales y carrera técnica.

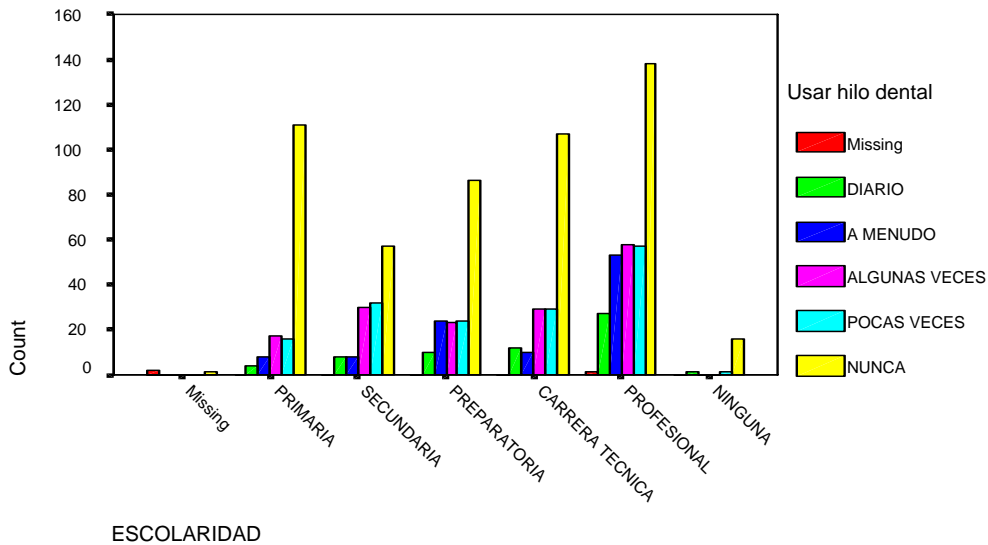


Figura 38. Se observa la diferencia entre las escolaridades con relación a usar hilo dental.

Escolaridad-usar cinturón de seguridad.

Al utilizar la prueba estadística con estas variables se obtuvo una significancia de .000, lo que nos indica que existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 39.

Count	Usar cinturón de seguridad					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDA PRIMARIA	33	23	20	24	56	156
SECUNDARIA	45	24	20	12	34	135
PREPARATORIA	47	40	31	12	37	167
CARRERA TECNICA	69	53	28	8	29	187
PROFESIONAL	141	77	51	22	42	333
NINGUNA		3	1		14	18
Total	335	220	151	78	212	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	109.823	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.192	.033	-6.152	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.176	.032	-5.652	.000
N of Valid Cases	996			

Se observa los resultados arrojados con la aplicación de la prueba estadística, en donde la mayoría de la población tiene este hábito y la frecuencia más elevada esta en los profesionistas y los de carrera técnica.

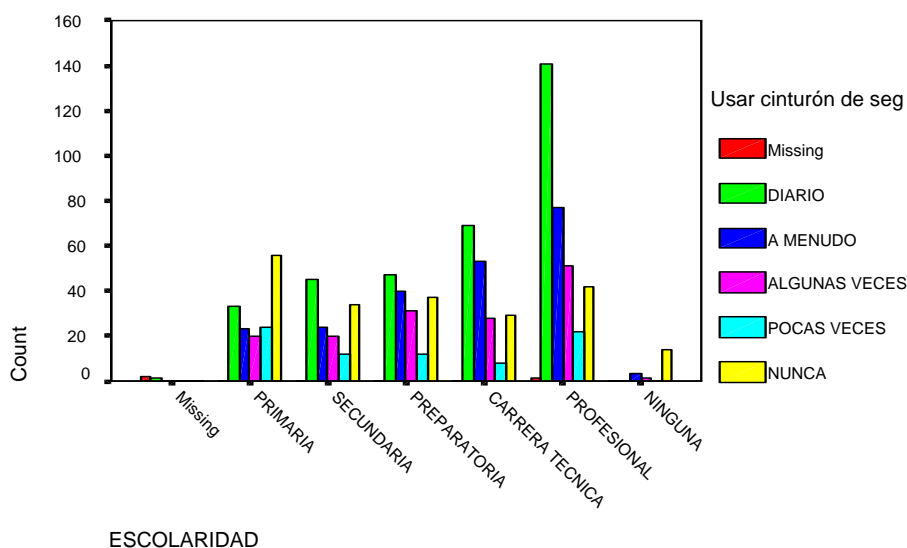


Figura 39. Muestra la relación entre la escolaridad y usar cinturón de seguridad

ESCOLARIDAD

En la variable “Escolaridad” correlacionada con los reactivos de “Hábitos negativos”, los resultados arrojados son los siguientes:

Escolaridad- Abusar de sal

En la correlación aplicada a “escolaridad” y abusar de sal” da como resultado una significancia = .015 lo cual indica que no existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 40

Count	Abusar de sal					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	11	16	25	53	51	156
SECUNDARIA	13	18	21	42	41	135
PREPARATORIA	15	24	31	48	49	167
CARRERA TECN	10	31	43	62	41	187
PROFESIONAL	19	41	60	143	70	333
NINGUNA		1	2	5	10	18
Total	68	131	182	353	262	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.139	20	.015

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.013	.032	-.401	.688
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.024	.032	-.743	.458
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicar la prueba estadística. Donde se observa que la mayoría de la población pocas veces abusan en consumir sal, y la frecuencia más elevada se encuentra en los profesionistas, y muy pocos (68 personas de 996) la consumen a diario.

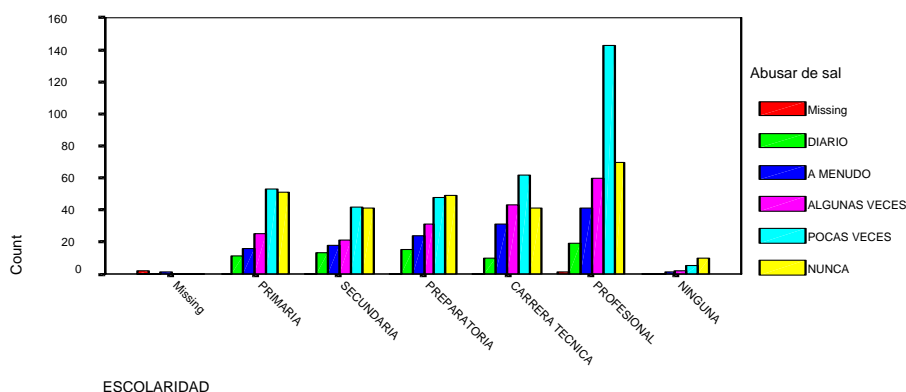


Figura 40. Representa la relación entre escolaridad y el abuso de sal.

Escolaridad- beber caféina

Para obtener la significancia entre estas variables se aplicó la prueba estadística ji cuadrada, donde arroja una significancia = .195, lo cual indica que no existe relación entre escolaridad y beber café.

Tabla 41

Count	Beber café						Total
	0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA		29	30	33	39	25	156
SECUNDARIA		27	25	33	31	19	135
PREPARATORIA		44	17	43	35	28	167
CARRERA TECNICA	1	45	31	41	47	22	187
PROFESIONAL		76	78	75	64	40	333
NINGUNA		4	1	2	7	4	18
Total	1	225	182	227	223	138	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.823	25	.195

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.057	.031	-1.809	.071
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.057	.031	-1.812	.070
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicar la prueba. Y teniendo como resultado que la mayoría de la población diario y algunas veces consumen café, y que la frecuencia más elevada se encuentra en los profesionistas.

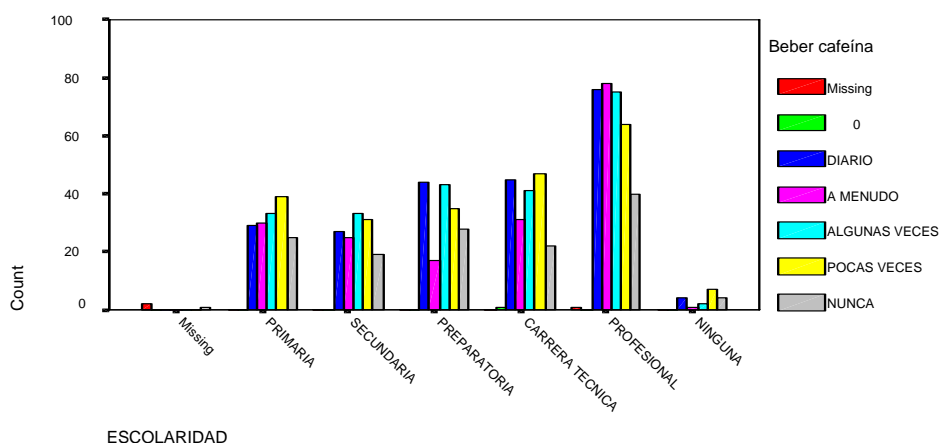


Figura 41. Se observa la diferencia de la escolaridad en el consumo de café

Escolaridad- comer entre comidas

Al aplicarse la prueba estadística se obtuvo como resultado una significancia = .000 lo cual indica sí existe una relación entre estas variables.

Tabla 42.

Count	Comer entre comidas					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDA PRIMARIA	17	14	56	42	27	156
SECUNDARIA	13	19	50	38	15	135
PREPARATORIA	35	35	47	36	14	167
CARRERA TECNICA	18	42	64	46	17	187
PROFESIONAL	45	90	103	69	26	333
NINGUNA	2	2	5	7	2	18
Total	130	202	325	238	101	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51.240	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.120	.031	-3.824	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.120	.031	-3.802	.000
N of Valid Cases	996			

Se puede ver los resultados de los datos al aplicarse la prueba estadística. En donde la mayoría de la población algunas veces tienen este hábito y la mayor frecuencia se encuentre en los profesionistas.

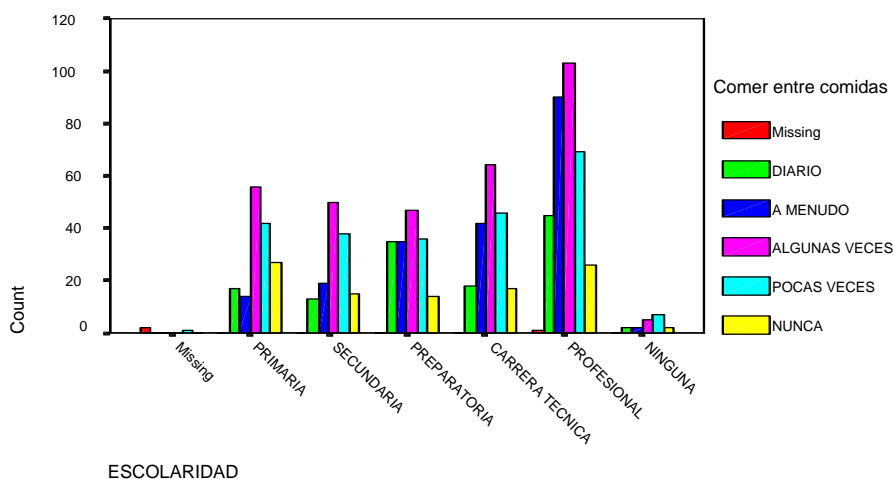


Figura 42. Representa la relación entre la escolaridad y comer entre comidas.

Escolaridad- consumir tabaco

La prueba ji cuadrada reporta que no existe significancia (.009) entre “escolaridad” y “consumir tabaco”

Tabla 43.

Count	Consumir tabaco					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	15	5	13	15	108	156
SECUNDARIA	25	6	11	12	81	135
PREPARATORIA	37	12	8	19	91	167
CARRERA TECNICA	26	21	15	27	98	187
PROFESIONAL	60	24	20	50	179	333
NINGUNA	3		3		12	18
Total	166	68	70	123	569	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.137	20	.009

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.076	.030	-2.409	.016
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.078	.031	-2.466	.014
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. Podemos observar que la mayoría de la población nunca consume tabaco (569 de 996) y la mayor frecuencia se encuentra en los profesionales y personas con primaria.

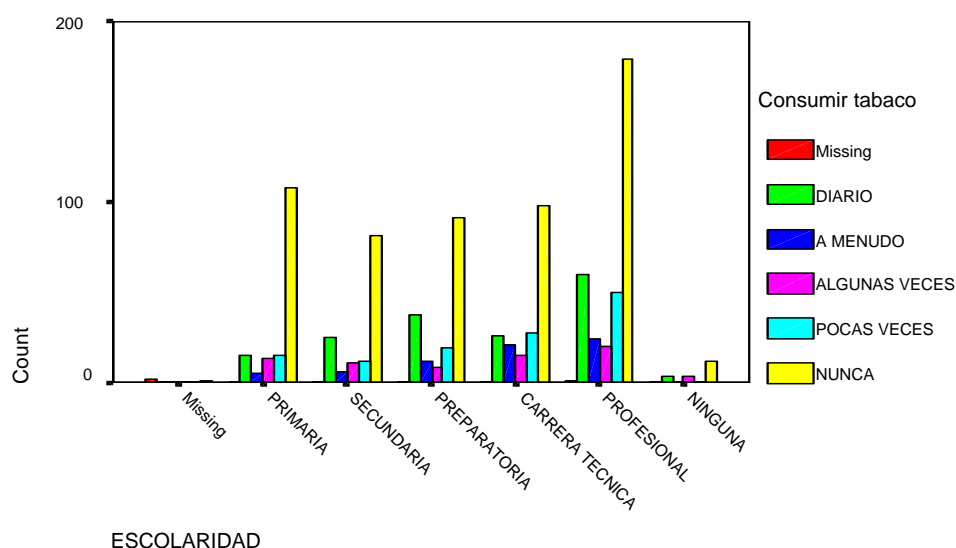


Figura 43. Este gráfico representa la relación entre escolaridad y el hábito de consumir tabaco.

Escolaridad- consumir comida chatarra

La prueba ji cuadrada aplicada a las variables, nos reportan que si existe una relación significativa(.000) en la correlación de estos datos.

Tabla 44.

Count	Ingerir comida chatarra					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	4	9	42	80	21	156
SECUNDARIA	7	13	44	53	18	135
PREPARATORIA	8	25	60	62	12	167
CARRERA TECN	4	19	74	72	18	187
PROFESIONAL	9	60	126	123	15	333
NINGUNA	1		6	8	3	18
Total	33	126	352	398	87	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49.820	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.130	.031	-4.149	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.139	.031	-4.415	.000
N of Valid Cases	996			

Representa los datos obtenidos al aplicarse la prueba estadística. En donde se observa que muy pocas veces la mayoría de la población tiene este hábito, y que la mayor frecuencia recae en los profesionistas y primaria.

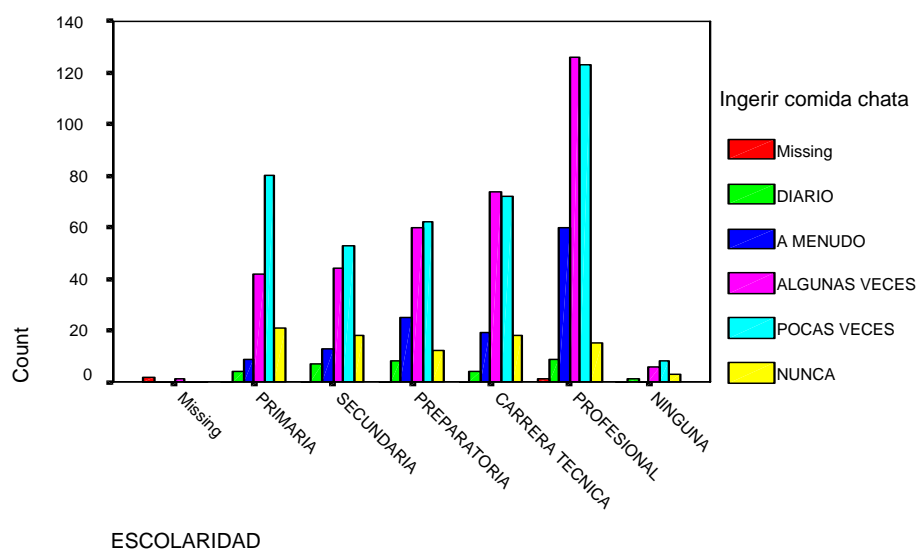


Figura 44. Indica la relación entre escolaridad e ingerir comida chatarra.

Escolaridad- manejar rápido

En lo que se refiere a la correlación aplicada a la variable “escolaridad” y “manejar rápido”, la prueba ji cuadrada arroja una significancia = .000, lo que indica que existe relación estadística entre estas variables.

Tabla 45

Count	Manejar rápido						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA	4	4	4	15	14	115	156
SECUNDARIA		2	5	16	22	90	135
PREPARATORIA		10	3	16	24	114	167
CARRERA TEC	3		13	16	28	127	187
PROFESIONAL		10	28	39	58	198	333
NINGUNA				1		17	18
Total	7	26	53	103	146	661	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.684	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.048	.032	-1.520	.129
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.072	.031	-2.289	.022
N of Valid Cases	996			

Señala los resultados obtenidos de los datos al aplicar la prueba estadística. Donde se puede ver que la mayoría de la población nunca manejan rápido y que la frecuencia más elevada se encuentra en los profesionistas, personas con carrera técnica, primaria y preparatoria.

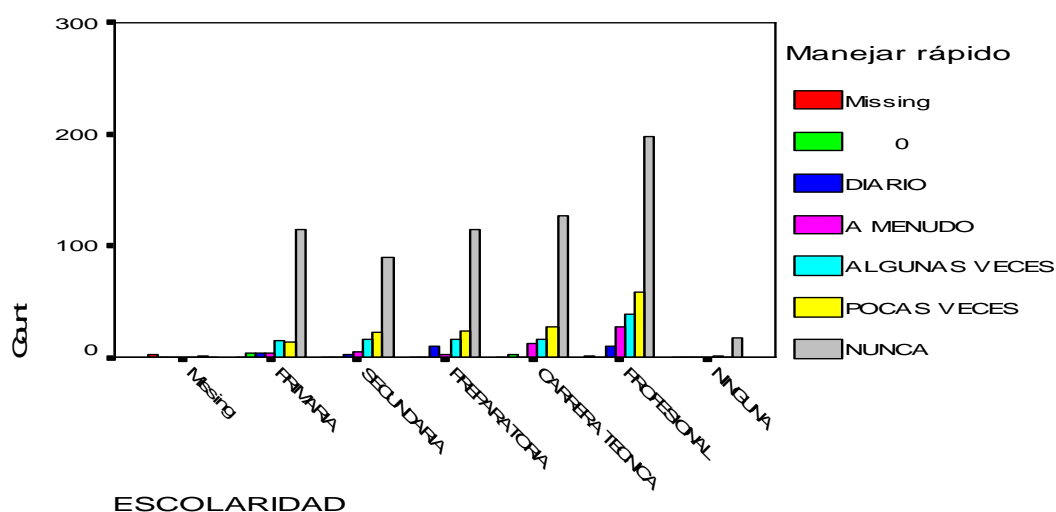


Figura 45. Se observa la relación existente entre las diferentes escolaridades y el hábito de manejar rápido.

Escolaridad- Tomar cerveza

Para encontrar relación entre estas variables se aplicó la prueba estadística ji cuadrada, donde arroja una significancia = .004 lo cual señala que existe relación entre estas variables.

Tabla 46.

Count	Tomar cerveza						Total
	0	DIARIO	MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA		5	5	33	45	68	156
SECUNDARIA		5	2	35	39	54	135
PREPARATORIA		6	21	30	50	60	167
CARRERA TECNICA	1	4	11	40	50	81	187
PROFESIONAL		4	39	78	111	101	333
NINGUNA			3	2	7	6	18
Total	1	24	81	218	302	370	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.474	25	.004

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.074	.031	-2.330	.020
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.086	.031	-2.714	.007
N of Valid Cases	996			

Representa los resultados obtenidos al aplicarse la prueba. Y en donde se observa que la mayoría de la población nunca tienen este hábito. Y que la frecuencia más alta se encuentra en los profesionistas, personas con carrera técnica y primaria.

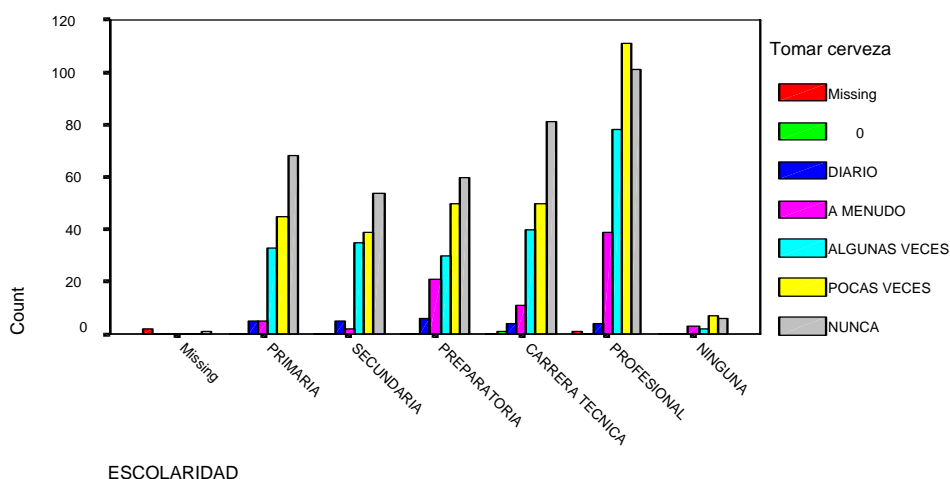


Figura 46. Se observa la frecuencia entre el hábito de tomar cerveza en relación con las diversas escolaridades.

Escolaridad- Tomar vino

Al aplicarse la prueba estadística a estas variables se arrojó una significancia = .041, lo cual muestra que no hay relación entre la “escolaridad” y “tomar vino”.

Tabla 47.

Count	Tomar vino					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	2	4	23	67	60	156
SECUNDARIA	2	5	30	42	56	135
PREPARATORIA	4	15	28	60	60	167
CARRERA TECNICA	1	3	41	65	77	187
PROFESIONAL	7	17	64	135	110	333
NINGUNA			4	3	11	18
Total	16	44	190	372	374	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.184	20	.041

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.034	.031	-1.084	.279
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.036	.031	-1.123	.262
N of Valid Cases	996			

Indica los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. Arrojando que la mayoría de la población nunca y muy pocas veces tienen este hábito, y que la frecuencia más alta se ubica en los profesionistas y personas con carrera técnica.

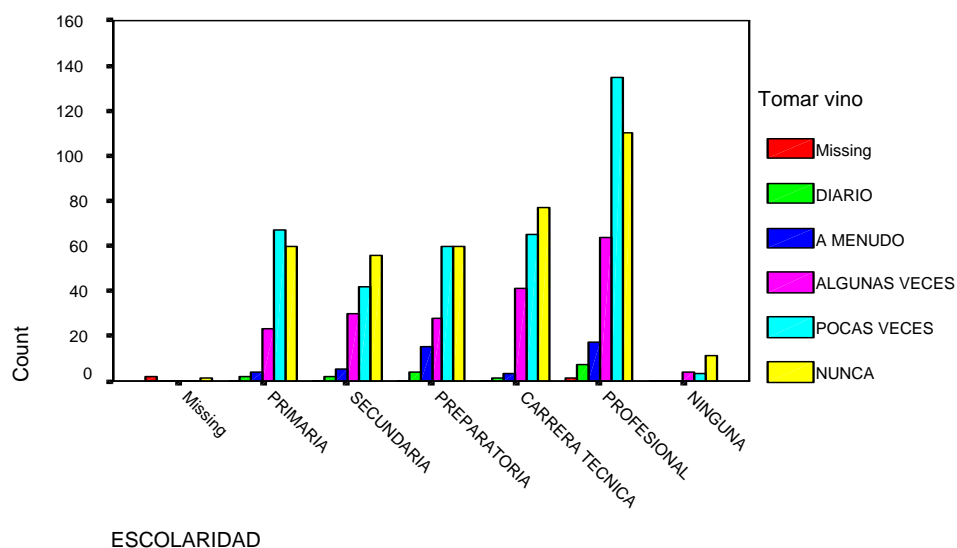


Figura 47. Señala la relación entre la escolaridad y tomar vino.

Escolaridad- Tomar tequila

Para encontrar relación entre estas variables se aplicó la prueba estadística ji cuadrada arrojando como resultado una significancia = .000, lo que indica que sí existe relación estadística entre “escolaridad” y “Tomar tequila”.

Tabla 48.

Count	Tomar tequila					Total
	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	2	7	25	59	63	156
SECUNDARIA	3	4	39	42	47	135
PREPARATORIA	4	18	28	50	67	167
CARRERA TECNICA	1	6	49	55	76	187
PROFESIONAL	7	32	74	128	92	333
NINGUNA			3	3	12	18
Total	17	67	218	337	357	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49.654	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.068	.031	-2.140	.033
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.073	.031	-2.310	.021
N of Valid Cases	996			

Muestra los datos obtenidos al aplicarse la pruebas. Encontrándose que la mayoría de la población muy pocas veces y nunca llevan a cabo este hábito. Y que la frecuencia más alta se ubica en los profesionistas y personas con carrera técnica.

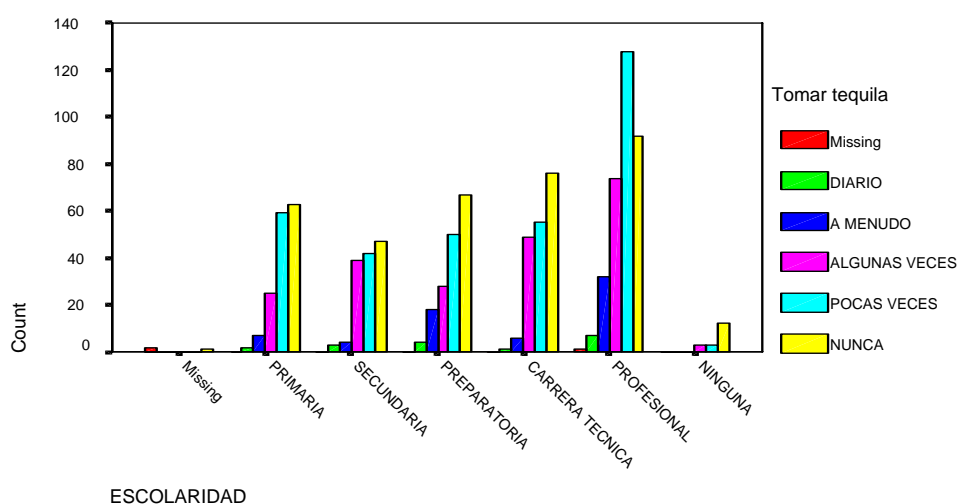


Figura 48. Representa la relación entre las diferentes escolaridades y el hábito de beber tequila.

Escolaridad- Usar drogas

Al aplicarse la prueba estadística entre la variable “escolaridad” y “usar drogas” dio como resultado una significancia = .038, lo que señala que no hay relación entre estas variables.

Tabla 49.

Count	Usar drogas						Total
	0	DIARIO	MENUDC	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
ESCOLARID PRIMARIA	1	4	1		5	145	156
SECUNDARIA		2		2	2	129	135
PREPARATORI		3	2	1	11	150	167
CARRERA TEC	1	1		4	6	175	187
PROFESIONAL		4	1	8	26	294	333
NINGUNA				2		16	18
Total	2	14	4	17	50	909	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.872	25	.038

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.011	.034	-.339	.734
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.067	.032	-2.115	.035
N of Valid Cases	996			

Indica los datos obtenidos al aplicar la prueba estadística. Y teniendo como resultado que la mayoría de la población nunca consumen drogas, por lo tanto la frecuencia más elevada se ubica en las diferentes escolaridades.

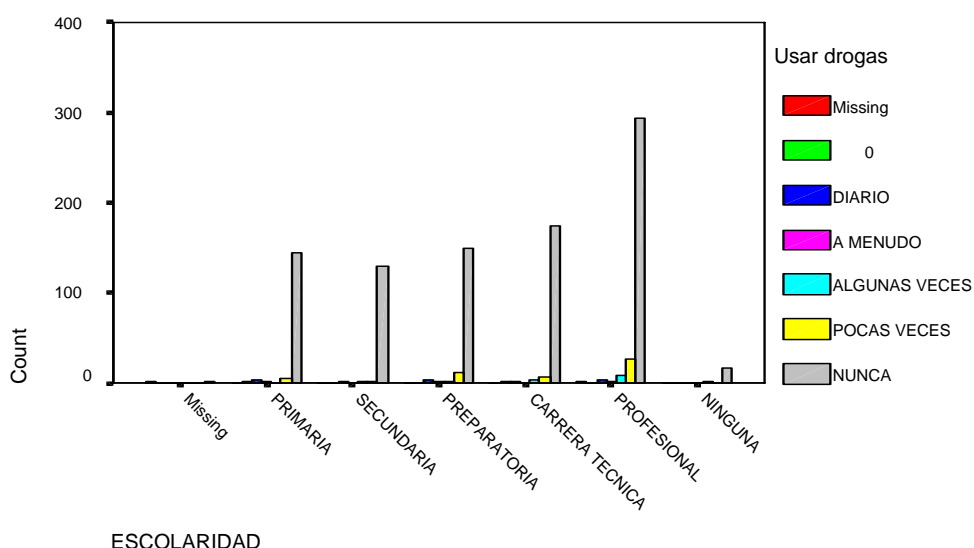


Figura 49. Muestra la relación entre la escolaridad y el consumo de drogas

Creencias y actitudes saludables

Con respecto a las creencias y actitudes se tomo como variable “vigilancia de salud”, que tiene como reactivos “atender rendimiento del cuerpo”, “atender y cuidar la salud”, “pendiente de las reacciones del cuerpo”, “anticipar problemas de salud” y “Objetivos para el cuidado de la salud”; las cuales se correlacionarán con los hábitos positivos y negativos.

Beber sin cafeína- atender rendimiento del cuerpo

Al aplicarse la prueba estadística se arrojó una significancia igual a .005 lo cual indica que si existe relación entre estas.

Tabla 50.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber sin cafeína	0		1	1		2	4
	DIARIO	33	46	92	39	73	283
	A MENUDO	10	45	64	24	38	181
	ALGUNAS VECE	20	58	72	29	48	227
	POCAS VECES	7	35	73	20	19	154
	NUNCA	20	35	50	21	22	148
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.007	20	.005

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.091	.032	-2.898	.004
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.089	.032	-2.808	.005
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba, donde podemos ver que regularmente las personas atienden el rendimiento de su cuerpo bebiendo sin cafeína diario.

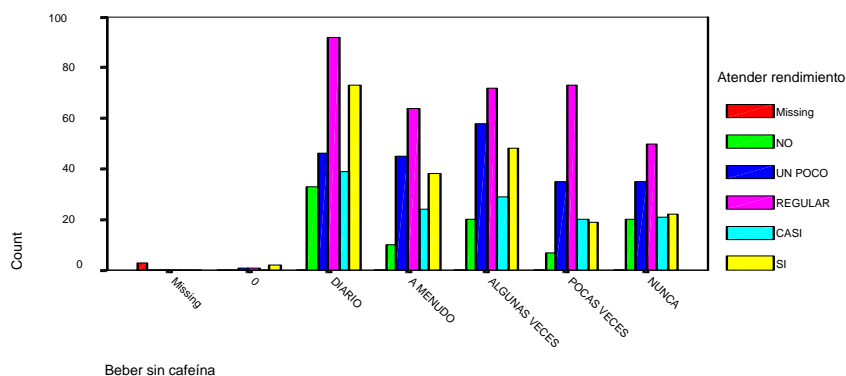


Figura 50. Muestra la relación entre beber cafeína y atender el rendimiento de su cuerpo.

Beber sin cafeína – Atender y cuidar salud

De la aplicación de la prueba ji cuadrada en estas variables se encontró como resultado una significancia de .000, lo que nos señala que entre “beber sin cafeína” y “atender y cuidar salud “ existe relación.

Tabla 51.

Count		Atender y cuidar salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Beber sin cafeína	0			1	3		4	
	DIARIO		23	42	77	52	89	283
	A MENUDO	2	5	32	57	24	60	180
	ALGUNAS VECES		4	42	84	35	62	227
	POCAS VECES	2	2	21	69	29	31	154
	NUNCA		11	26	37	23	51	148
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57.357	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.008	.033	-.250	.803
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.014	.033	-.427	.669
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados de los dato al aplicarse la prueba estadística. La mayoría de la población a diario no bebe con cafeína y regularmente atiende y cuida su salud.

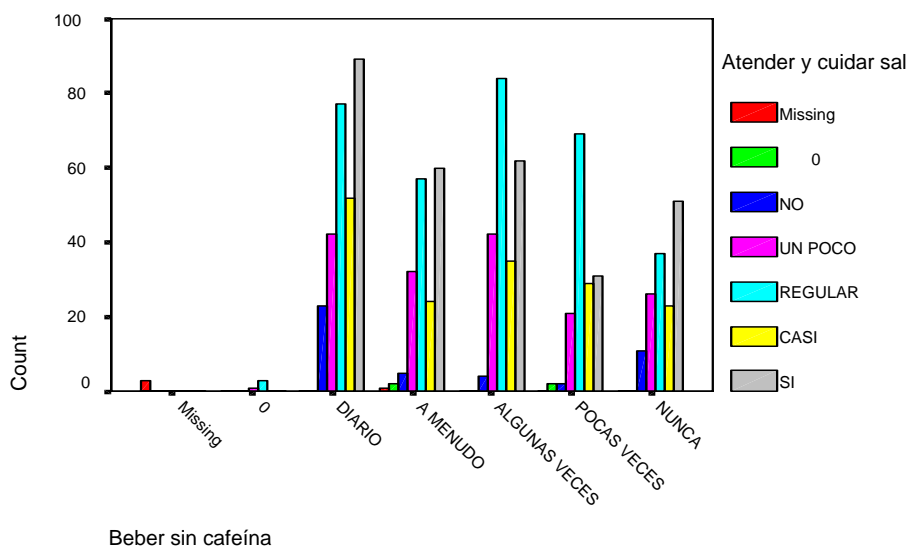


Figura 51. Indica la relación entre beber sin cafeína y atender y cuidar su salud.

Beber sin cafeína – Pendiente de reacciones de cuerpo

Para obtener la significancia de los datos se aplico la ji cuadrada que arroja que entre “beber sin cafeína “ y “estar al pendiente de reacciones del cuerpo” no existe relación (.020).

Tabla 52.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber sin cafeína	0					4	4
	DIARIO	13	14	49	39	168	283
	A MENUDO	10	16	45	25	84	180
	ALGUNAS VECES	5	27	45	41	109	227
	POCAS VECES	6	18	24	29	77	154
	NUNCA	13	13	31	18	73	148
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.955	20	.020

Representa los datos de aplicación de la prueba estadística. Se observa que a diario beben sin cafeína y si están a pendiente de las reacciones del cuerpo.

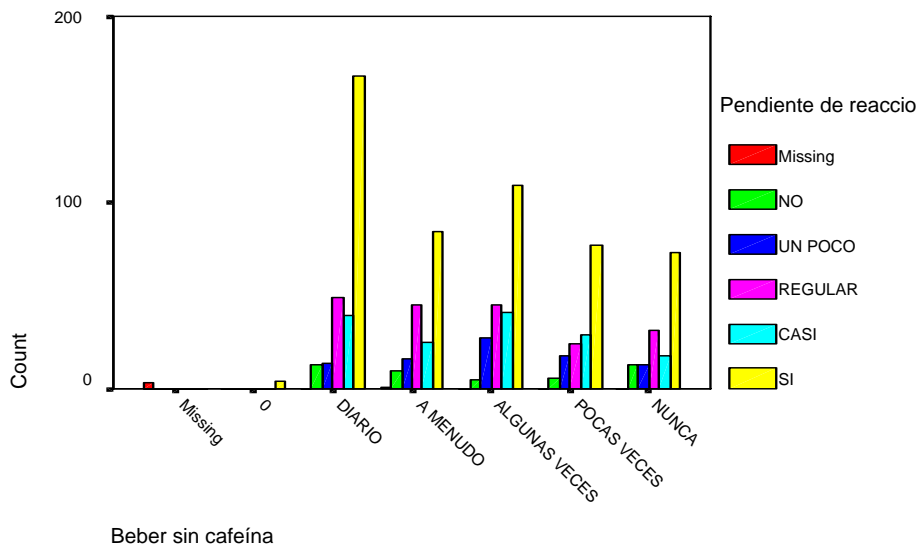


Figura 52. Representa la relación entre beber sin cafeína y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Beber sin cafeína- Anticipar problemas de salud

Los resultados que arroja la prueba, indica una significancia de .000, lo que significa que existe relación entre estas variables.

Tabla 53.

Count		Anticipar problemas de salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber 0		2	2					4
sin	DIARIO		91	45	41	45	61	283
cafeína	A MENUDO		51	38	43	20	28	180
	ALGUNAS VECES		45	57	50	37	38	227
	POCAS VECES		41	28	29	31	25	154
	NUNCA		69	25	16	15	23	148
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	551.118	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.054	.033	-1.692	.091
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.048	.033	-1.514	.130
N of Valid Cases		996			

Esta tabla nos muestra los resultados arrojados de la aplicación de la prueba estadística. La mayoría de la población a diario beben sin cafeína, sin embargo no anticipan sus problemas de salud.

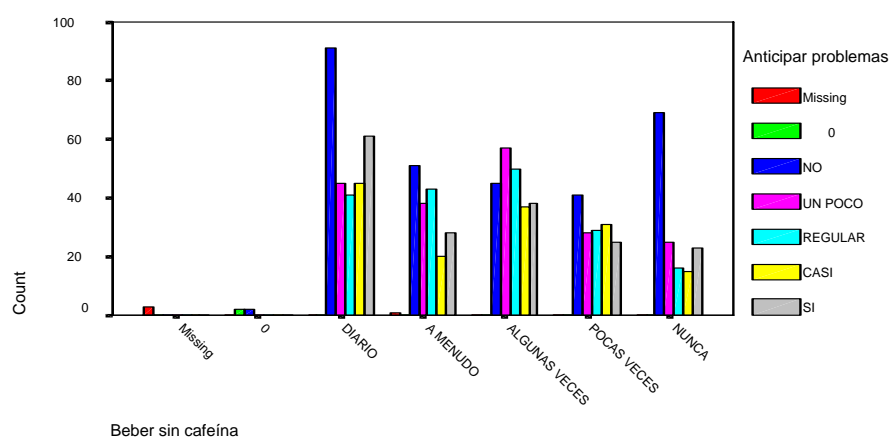


Figura 53. Representa la relación entre beber sin cafeína y anticipar los problemas de salud.

Beber sin cafeína – Objetivos para cuidar salud

La significancia que proyectó la prueba es= .033, lo que señala que no existe relación entre estas variables.

Tabla 54.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Beber	0		2			2	4
sin	DIARIO	15	20	38	35	175	283
cafeína	A MENUDO	12	16	35	26	91	180
	ALGUNAS VECE	14	30	33	33	117	227
	POCAS VECES	14	14	26	29	71	154
	NUNCA	11	20	13	19	85	148
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.070	20	.033

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.063	.032	-1.975	.049
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.067	.032	-2.117	.034
N of Valid Cases		996			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística, en donde observamos que a diario beben sin cafeína y que la mayoría de la población si se plantean objetivos para cuidar su salud.

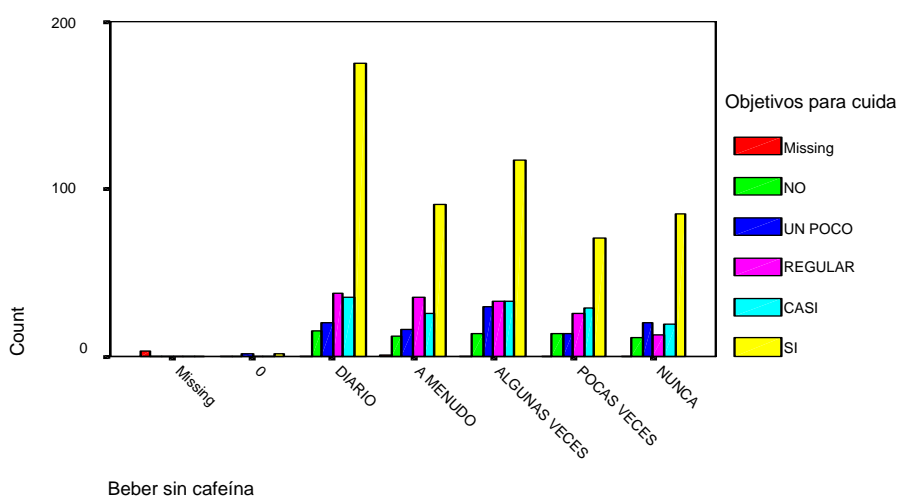


Figura 54. Señala la relación entre beber sin cafeína y tener objetivos para cuidar su salud.

Caminar a diario- Atender rendimiento de cuerpo

Al aplicar la prueba estadística, se obtuvo una significancia de .000, lo que nos indica que si existe relación significativa entre estas.

Tabla. 55

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Camina a diario	0					2	2
	DIARIO	12	44	94	30	77	257
	A MENUDO	11	34	62	37	39	183
	ALGUNAS VECES	29	48	107	30	24	238
	POCAS VECES	21	70	62	30	39	222
	NUNCA	17	24	27	6	21	95
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	86.770	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.177	.032	-5.680	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.179	.032	-5.745	.000
N of Valid Cases		997			

Muestra los datos de los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. Se observa que la mayoría de la población camina a diario y regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo.

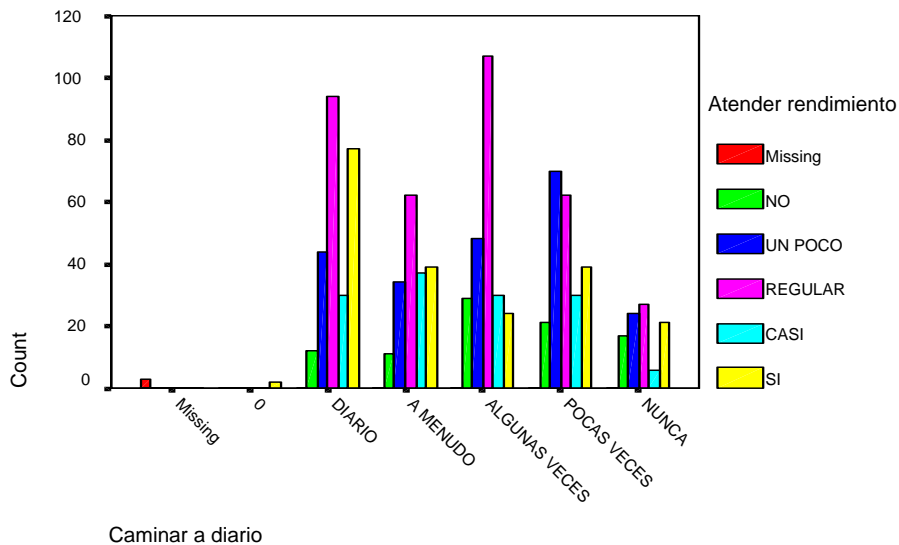


Figura 55. Representa la relación entre caminar a diario y atender el rendimiento de su cuerpo.

Caminar a diario – atender y cuidar salud

La prueba estadística arroja una significancia= .000, lo cual nos indica que existe relación entre estas variables.

Tabla 56.

Count		Atender y cuidar salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Caminar 0					2		2	
a diario	DIARIO	2	6	35	84	33	96	256
	A MENUDO		5	14	52	54	58	183
	ALGUNAS VECES	2	13	38	79	48	58	238
	POCAS VECES		15	51	75	21	60	222
	NUNCA		6	26	35	7	21	95
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	84.520	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.167	.031	-5.331	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.170	.032	-5.450	.000
N of Valid Cases		996			

Muestra los datos arrojados en la aplicación de la prueba, en donde se observa que la mayoría de la población caminan a diario y regularmente atienden y cuidan su salud.

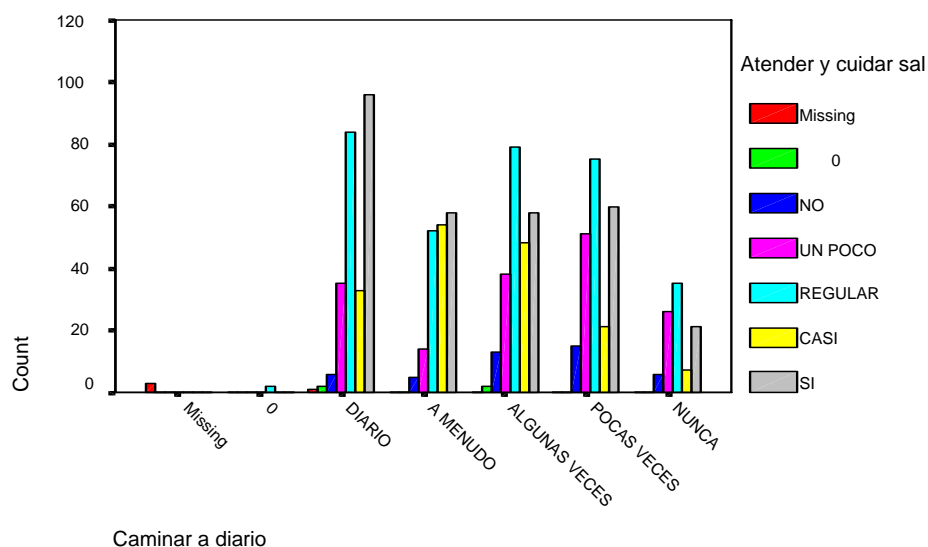


Figura 56. Representa la relación entre caminar a diario y atender y cuidar su salud.

Caminar a diario – Pendiente de reacciones de cuerpo

Para obtener la significancia de estas variables se aplicó la prueba estadística teniendo como resultado una significancia de .062, lo que nos indica que no hay relación entre estas variables.

Tabla 57.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
0						2	2
Caminar a diario	DIARIO	10	17	48	30	151	256
	A MENUDO	7	5	38	32	101	183
	ALGUNAS VECES	12	29	46	40	111	238
	POCAS VECES	14	29	42	37	100	222
	NUNCA	4	8	20	13	50	95
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.522	20	.062

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.095	.031	-3.010	.003
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.099	.031	-3.145	.002
N of Valid Cases		996			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba, en donde se observa que gran parte de la población camina a diario y si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

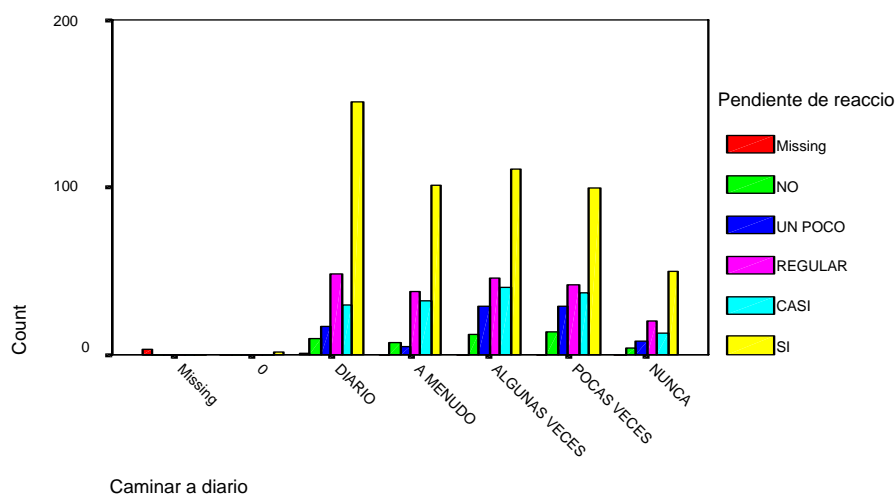


Figura 57. Presenta la relación entre caminar a diario y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Caminar a diario – Anticipar problemas de salud

Respecto a estas variables, al usarse la prueba la significancia fue de .000, lo que significa que existe relación entre estas variables.

Tabla 58.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Caminar 0		2					2	
a diario	DIARIO		81	47	31	38	59	256
	A MENUDO		43	31	43	36	30	183
	ALGUNAS VECES		78	53	43	34	30	238
	POCAS VECES		71	41	46	25	39	222
	NUNCA		26	21	16	15	17	95
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1023.867	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.036	.033	-1.133	.258
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.034	.033	-1.064	.287
N of Valid Cases		996			

La tabla muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Observándose que caminan a diario y no anticipan los problemas de salud.

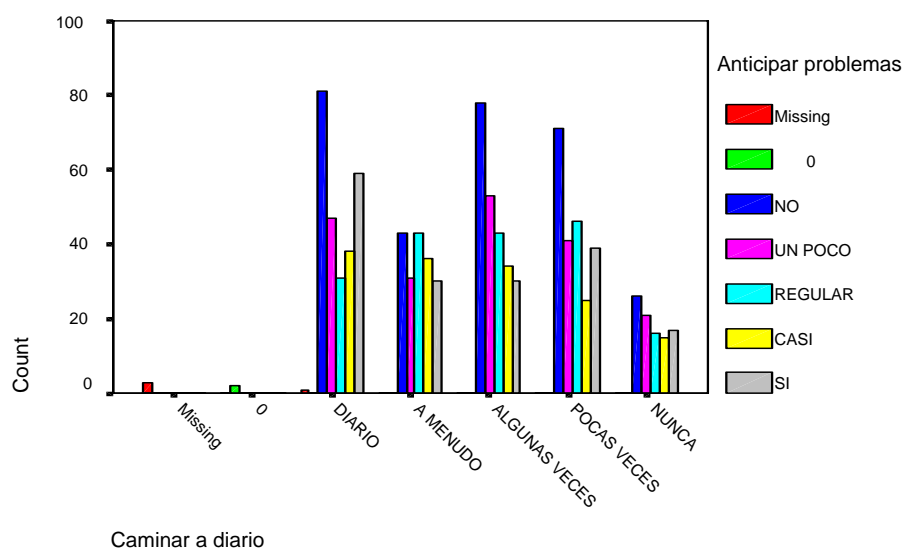


Figura 58. Relación de las variables: caminar a diario y anticipar problemas de salud.

Caminar a diario – Objetivos para cuidar salud

La aplicación de la prueba nos reporta que existe una relación significativa entre estas variables (.000)

Tabla 59.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Camina a diario	0		2				2
	DIARIO	18	19	33	32	154	256
	A MENUDO	3	18	26	33	103	183
	ALGUNAS VECES	18	30	50	41	99	238
	POCAS VECES	17	23	24	28	130	222
	NUNCA	10	10	12	8	55	95
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56.662	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.049	.033	-1.559	.119
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.039	.032	-1.234	.217
N of Valid Cases		996			

Esta tabla nos indica los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba. La mayoría de la población camina a diario y si tienen objetivos para cuidar su salud.

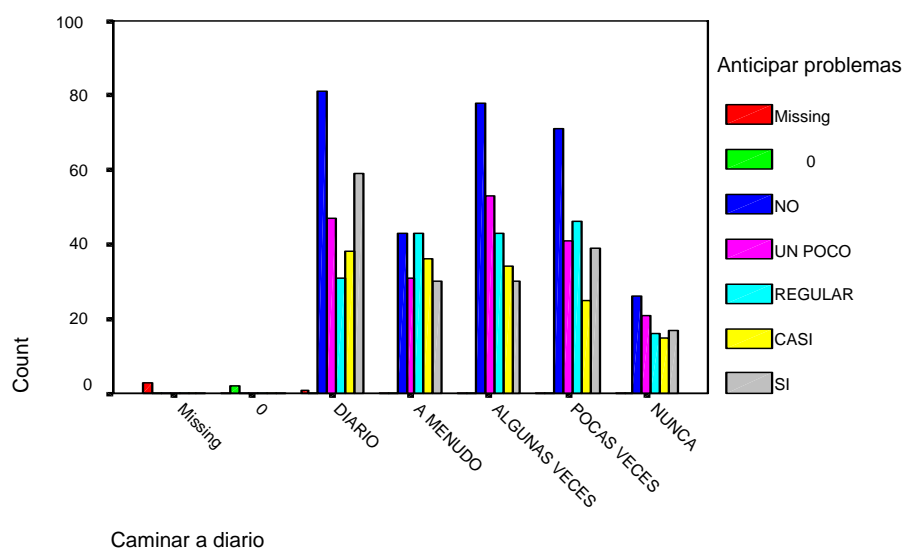


Figura 59. Representa la relación entre las variables y su frecuencia.

Comer menos – Atender rendimiento de cuerpo

Los resultados de la prueba estadística revelan una significancia = (.000) lo cual indica que sí existe una relación entre estás.

Tabla 60.

Count	Atender rendimiento de cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Comer 0		2			2	4
menos						
DIARIO	7	4	7		2	20
A MENUDO	11	30	37	17	26	121
ALGUNAS VECES	27	74	117	55	61	334
POCAS VECES	30	74	139	49	53	345
NUNCA	15	36	52	12	58	173
Total	90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57.561	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.064	.034	2.028	.043
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.051	.033	1.613	.107
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. En donde percibimos que la mayoría de la población pocas veces come en menor cantidad y por tanto regularmente se preocupa por atender el rendimiento de su cuerpo.

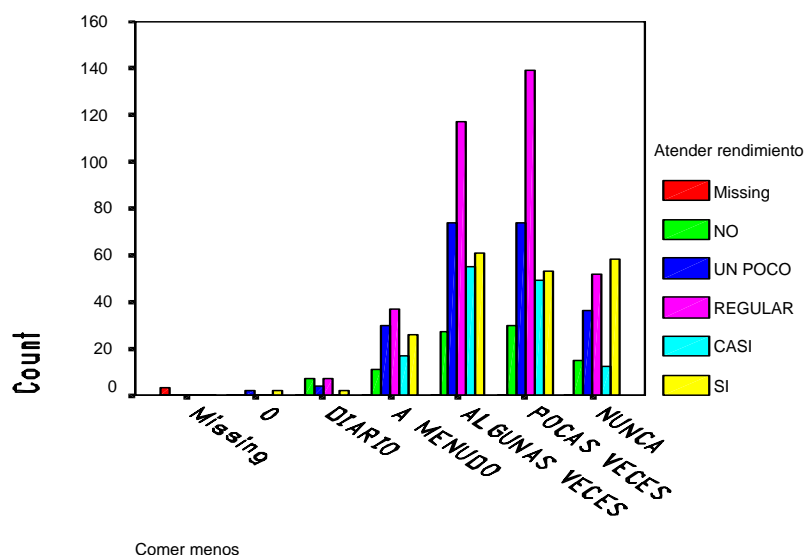


Figura 60. Señala la relación entre comer menos y atender el rendimiento de su cuerpo.

Comer menos – Atender y cuidar salud

Para obtener la significancia entre las variables se aplicó la prueba estadística arrojando una significancia = .000, lo que demuestra que existe relación entre éstas.

Tabla 61.

Count		Atender y cuidar salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Comer 0		2			2		4	
menos	DIARIO		1	5	7	2	5	20
	A MENUDO		4	23	44	17	33	121
	ALGUNAS VECES	2	12	49	113	67	91	334
	POCAS VECES		14	61	115	63	92	345
	NUNCA		14	26	46	14	72	172
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	284.618	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.059	.035	1.860	.063
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.045	.033	1.406	.160
N of Valid Cases		996			

Muestra los datos obtenidos al aplicarse la prueba estadística. Se observa que gran parte de la población pocas veces come menos y que regularmente se preocupa por atender y cuidar su salud.

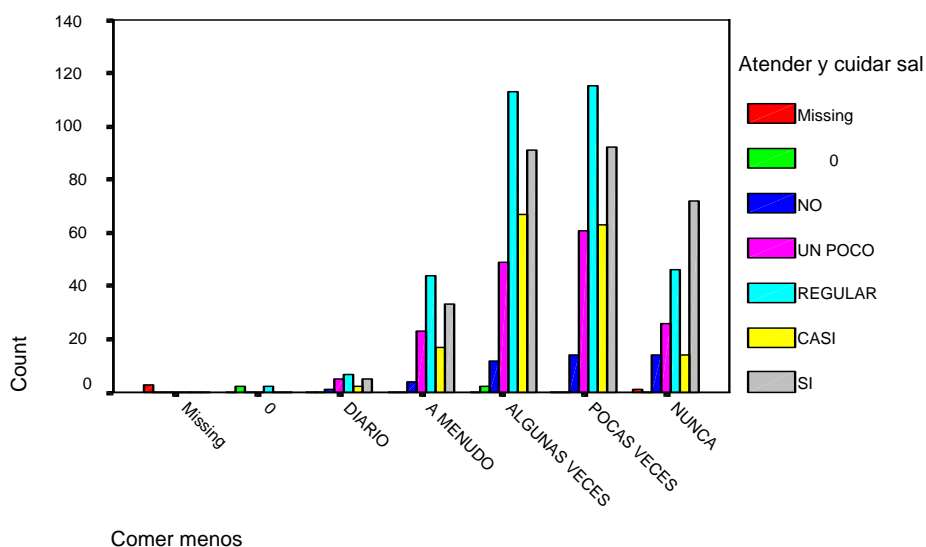


Figura 61. Representa la relación entre comer menos y atender y cuidar su salud.

Comer menos – Pendiente de reacciones de cuerpo

La significancia al correlacionar las variables arrojan como resultado (.000) lo cual indica que existe relación estadística entre éstas.

Tabla 62.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Comer	0		2			2	4
menos	DIARIO		3	7		10	20
	A MENUDO	6	13	26	17	59	121
	ALGUNAS VECE	12	32	61	50	179	334
	POCAS VECES	18	32	79	67	149	345
	NUNCA	11	6	21	18	116	172
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52.452	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.060	.032	1.888	.059
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.058	.032	1.835	.067
N of Valid Cases		996			

Se observa los resultados de los datos al aplicarse la prueba estadística. Y que parte de la población (345 de 996) pocas veces tiene el hábito de ingerir alimentos en menor cantidad por lo que si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

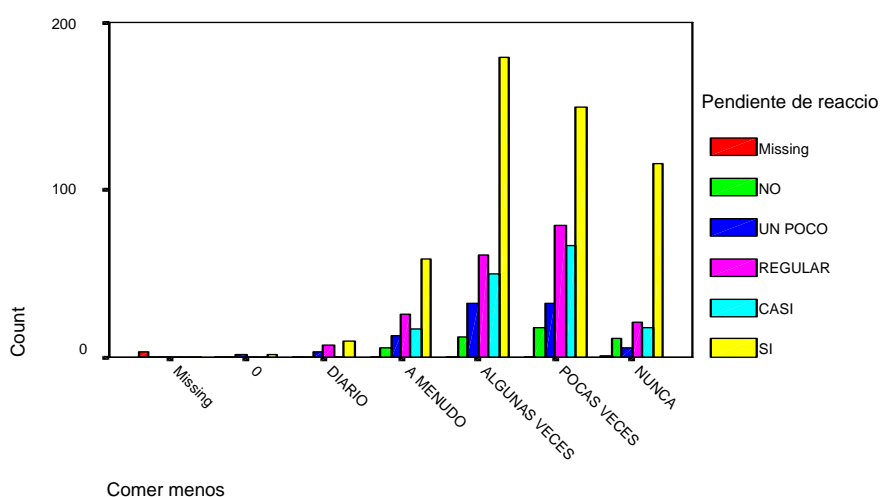


Figura 62. Indica la relación entre comer menos y estar al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

Comer menos – Anticipar problemas de salud

Los resultados de la aplicación de la prueba estadística señalan que existe una relación entre estas variables (.000).

Tabla 63.

Count		Anticipar problemas de salud					Total
		0	NO	JN POCOREGULAR	CASI	SI	
Comer 0		2					4
menos	DIARIO		8	1	8	3	20
	A MENUDO		28	33	22	20	121
	ALGUNAS VECES		115	44	61	54	334
	POCAS VECES		95	81	63	47	345
	NUNCA		53	34	25	24	172
Total		2	299	193	179	148	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	535.651	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.019	.032	.597	.551
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.012	.032	.391	.696
N of Valid Cases		996			

Muestra los datos de la aplicación de la prueba estadística. Observándose que algunas y pocas veces la mayoría de la población(679 de 996) come menos y por tanto no anticipan problemas de salud.

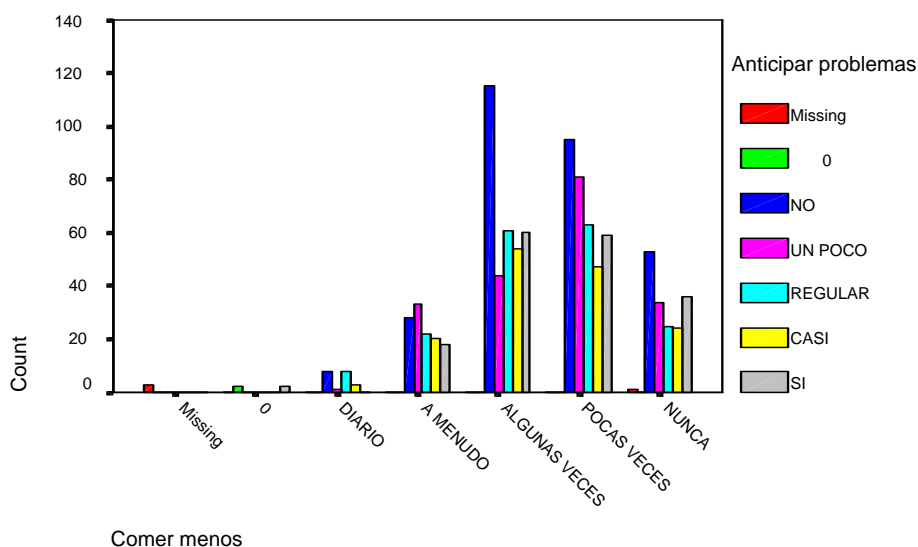


Figura 63. Representa la relación entre comer menos y anticipar problemas de salud.

Comer menos – Objetivos para cuidar salud

Al aplicarse la prueba estadística da como resultado una significancia = .000 lo cual significa que si existe relación entre estas variables.

Tabla 64.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Comer	0		4				4
menos	DIARIO	1	4	2	3	10	20
	A MENUDO	13	3	22	21	62	121
	ALGUNAS VECE	17	32	52	50	183	334
	POCAS VECES	24	42	52	54	173	345
	NUNCA	11	17	17	14	113	172
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	65.578	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.047	.033	1.483	.139
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.046	.032	1.440	.150
N of Valid Cases		996			

Se observan los resultados obtenidos al correlacionarse las variables. En donde se aprecia que la gran mayoría de la población (679 de 996) algunas y pocas veces llevan a cabo el hábito de ingerir alimentos en menor cantidad y que por tanto tienen objetivos para el cuidado de su salud.

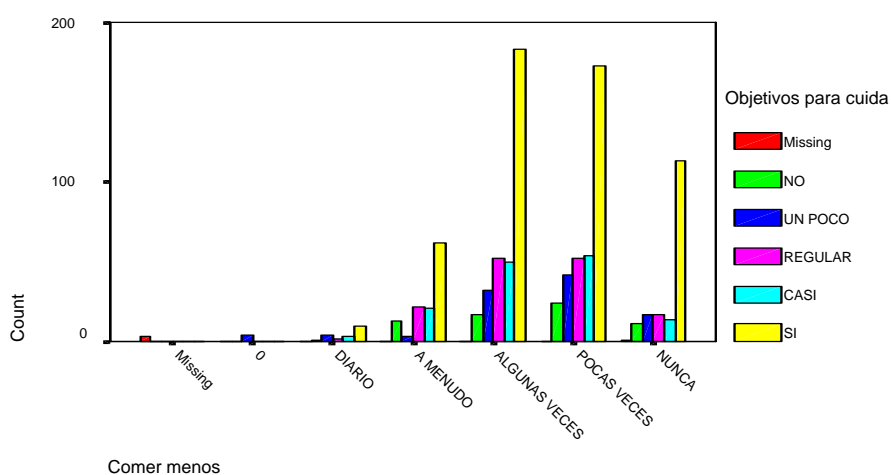


Figura 64. Muestra la relación entre comer menor y tener objetivos para el cuidado de su salud.

Conocer calorías que consume – Atender rendimiento de cuerpo

Para obtener la significancia entre estas variables se aplicó una prueba estadística teniendo como resultado relación entre éstas (.000).

Tabla 65.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer	0			2		2	4
calorías que consume	DIARIO	6	13	10	4	19	52
	A MENUDO	2	18	22	13	17	72
	ALGUNAS VECES	9	11	62	25	42	149
	POCAS VECES	13	52	74	31	33	203
	NUNCA	60	126	182	60	89	517
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.834	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.142	.033	-4.529	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.147	.032	-4.677	.000
N of Valid Cases		997			

Representa los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística al correlacionarse las variables. En donde se aprecia que la mayoría de la población (517 de 996) nunca se preocupa por conocer la calorías que consume y regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo.

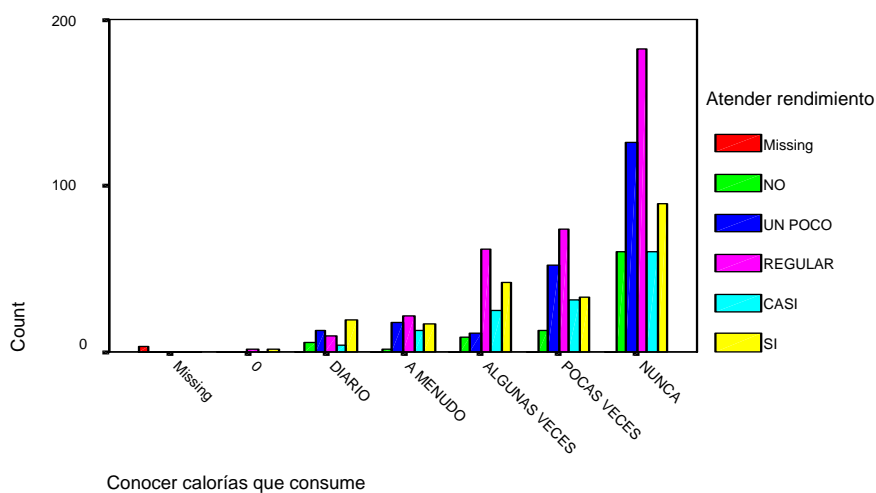


Figura 65. Muestra la relación existente entre las variables: “conocer calorías que consume” y “atender rendimiento del cuerpo”

Conocer calorías que consume – Atender y cuidar salud

La significancia de las variables arrojan un resultado = (.000) lo que indica que existe relación estadística entre éstas.

Tabla 66.

Count	Atender y cuidar salud						Total
	0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer 0				4			4
calorías que consume		5	10	6	9	22	52
DIARIO		1	8	18	13	32	72
A MENUDO			12	60	34	43	149
ALGUNAS VECES		8	47	60	33	54	202
POCAS VECES	4	31	87	179	74	142	517
NUNCA							
Total	4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	66.473	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.114	.032	-3.624	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.109	.032	-3.467	.001
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. En donde la mayoría de la población (517 de 996) nunca se preocupa por conocer las calorías que consume, por tanto regularmente atienden y cuidan su salud.

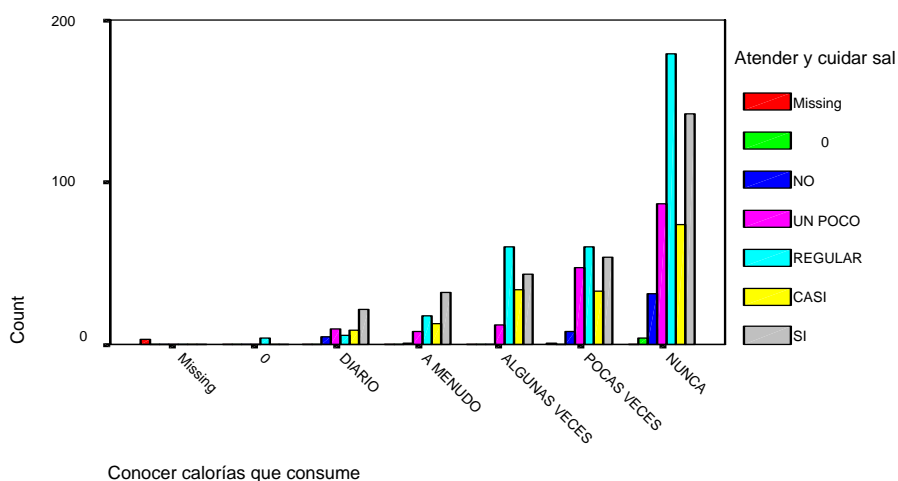


Figura 66. Señala la relación entre conocer calorías que consume y atender y cuidar su salud al correlacionarse.

Conocer calorías que consume – Pendiente de reacciones de cuerpo

Al establecerse la relación entre las variables con la aplicación de la prueba estadística se obtiene como resultado una significancia = .000 lo cual muestra que existe relación estadística entre éstas.

Tabla 67.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer	0					4	4
calorías que consume	DIARIO		1	5	4	42	52
	A MENUDO	1	4	13	8	46	72
	ALGUNAS VECES	2	7	31	25	84	149
	POCAS VECES	5	29	46	34	88	202
	NUNCA	39	47	99	81	251	517
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.069	20	.000
	996		

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.173	.026	-5.550	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.136	.030	-4.339	.000
N of Valid Cases	996			

Señala los datos de los resultados al aplicarse la prueba estadística. Observándose que la mayoría de la población nunca tiene este hábito, sin embargo si se preocupan por estar al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

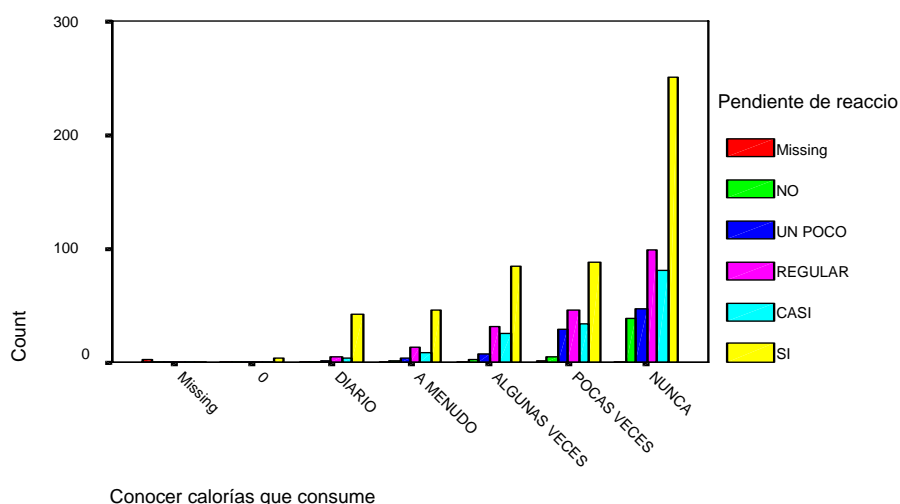


Figura 67. Muestra la relación entre conocer calorías que consumen y estar al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

Conocer calorías que consume – Anticipar problemas de salud

Al aplicarse la prueba estadística arroja una significancia = (.000), lo cual demuestra que existe relación entre las variables.

Tabla 68.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	JN POCO	REGULAR	CASI		SI
Conocer calorías que consume	0	2	16	6	7	5	18	4
	DIARIO		15	8	12	15	22	52
	A MENUDO		34	28	35	29	23	72
	ALGUNAS VECES		57	47	47	24	27	149
	POCAS VECES		177	104	78	75	83	202
	NUNCA		2	299	193	179	148	517
Total			2	299	193	179	148	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	548.904	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.125	.035	-3.961	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.116	.033	-3.679	.000
N of Valid Cases	996			

Señala los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. Observándose que la mayoría de la población nunca se preocupa por conocer las calorías que consume por tanto no se preocupan por anticipar problemas de salud

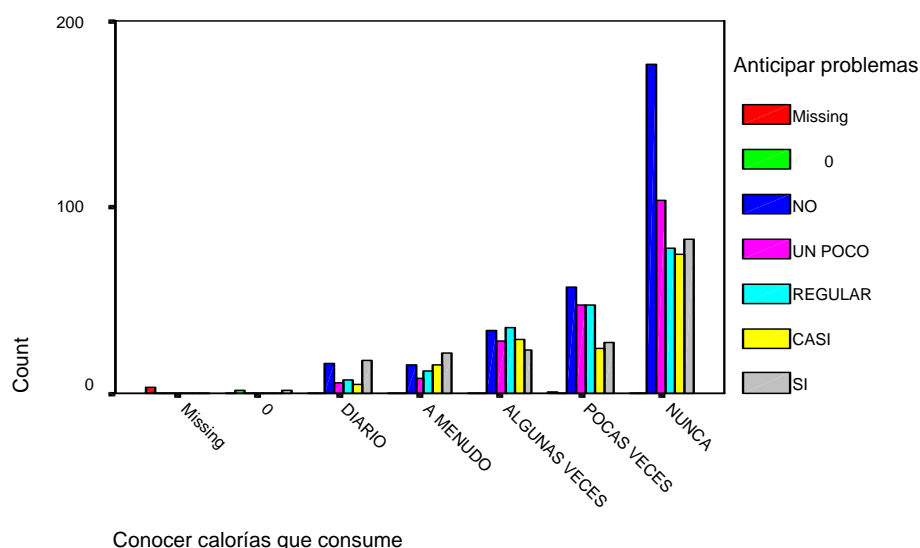


Figura 68. Representa la relación entre “conocer calorías que consumen” y anticipar problemas de salud”

Conocer calorías que consume – Objetivos para cuidar salud

La significancia de estas variables al correlacionarse dan como resultado (.000) lo que indica que existe relación entre estas variables.

Tabla 69.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer	0		2	2			4
calorías que consume	DIARIO		1	5	6	40	52
	A MENUDO	2	2	12	9	47	72
	ALGUNAS VECES	4	5	29	32	79	149
	POCAS VECES	14	21	31	31	105	202
	NUNCA	46	71	66	64	270	517
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64.975	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.145	.027	-4.605	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.114	.030	-3.612	.000
N of Valid Cases		996			

Se observa los resultados de los datos al aplicarse la prueba estadística. Donde la mayoría de la población nunca se preocupa por conocer las calorías que consume, sin embargo si tienen objetivos para cuidar su salud.

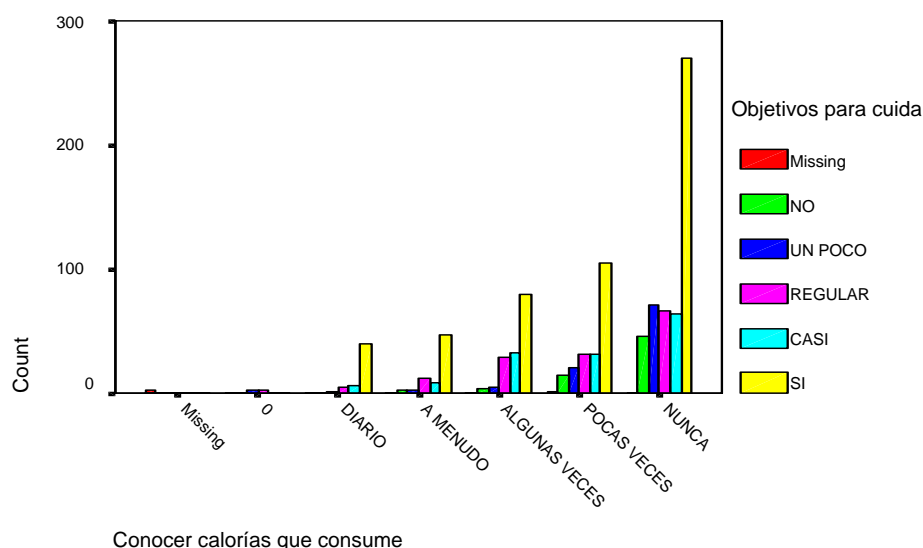


Figura 69. Representa la relación entre conocer calorías que consumen y tener objetivos de salud.

Desayunar sustanciosamente – Atender rendimiento de cuerpo

Para conocer si existe relación entre estas variables se aplicó la prueba estadística teniendo una significancia = .008 lo cual demuestra que no existe una relación entre estas.

Tabla 70.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Desayunar	0			1		2	3
sustanciosamente	DIARIO	15	32	66	19	48	180
	A MENUDO	11	45	88	29	31	204
	ALGUNAS VECES	26	57	102	47	54	286
	POCAS VECES	25	63	71	31	43	233
	NUNCA	13	22	24	6	24	89
Total		90	219	352	132	202	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.313	20	.008

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.069	.033	-2.174	.030
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.072	.033	-2.271	.023
N of Valid Cases		995			

Muestra los resultados de los datos obtenidos al aplicarse la prueba. En donde observamos que la mayoría de la población (723 de 995) a menudo, algunas y pocas veces tienen el hábito de desayunar sustanciosamente y que regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

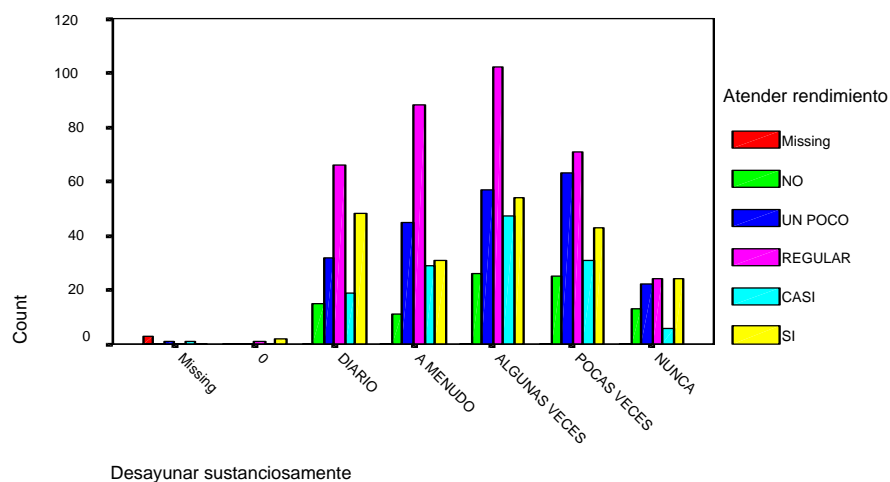


Figura 70. Se observa la relación entre las variables: "Desayunar sustanciosamente" y "Atender rendimiento del cuerpo" al correlacionarse.

Desayunar sustanciosamente – Atender y cuidar salud

La correlación aplicada a estas variables indica una significancia de .166, lo que nos dice que no existe relación estadística entre los datos.

Tabla 71.

Count		Atender y cuidar salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Desayunar	0				3		3	
sustanciosame	DIARIO		14	28	47	32	58	179
	A MENUDO		5	33	77	38	51	204
	ALGUNAS VE	2	10	40	97	43	94	286
	POCAS VECE	2	11	43	76	40	61	233
	NUNCA		5	20	26	10	28	89
Total		4	45	164	326	163	292	994

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.731	25	.166

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.027	.033	-.856	.392
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.030	.033	-.933	.351
N of Valid Cases	994			

Esta tabla muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Podemos observar que la mayoría de la población algunas y pocas veces desayunan sustanciosamente y regularmente atienden y cuidan su salud.

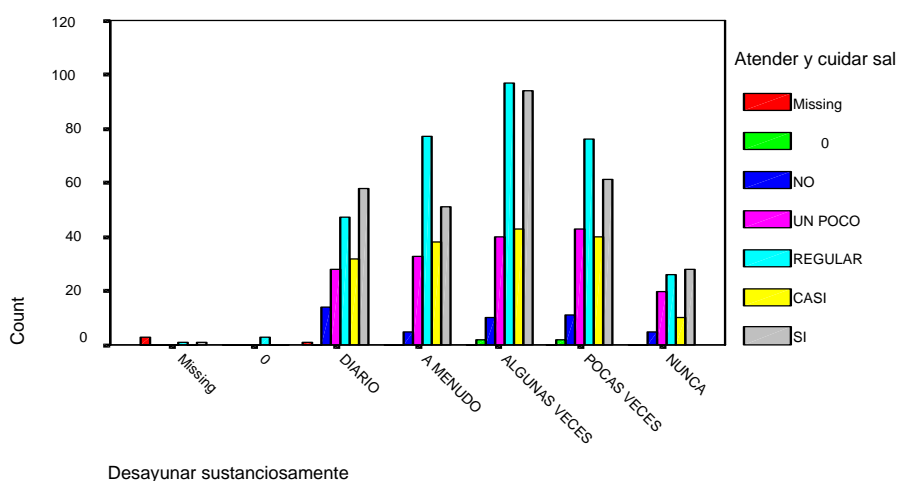


Figura 71. Se observa la relación entre desayunar sustanciosamente y atender y cuidar su salud.

Desayunar sustanciosamente – Pendiente de reacciones de cuerpo

El correlacionar estas variables se encontró una significancia de .038, lo que nos indica que no existe relación significativa.

Tabla 72.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Desayunar	0			1		2	3
sustanciosamen	DIARIO	14	11	22	23	109	179
	A MENUDO	5	14	42	39	104	204
	ALGUNAS VECES	9	22	64	44	147	286
	POCAS VECES	13	30	44	34	112	233
	NUNCA	6	11	21	12	39	89
Total		47	88	194	152	513	994

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.561	20	.038

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.095	.033	-3.018	.003
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.100	.032	-3.158	.002
N of Valid Cases		994			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. Señala que gran parte de la población desayuna sustanciosamente y si esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

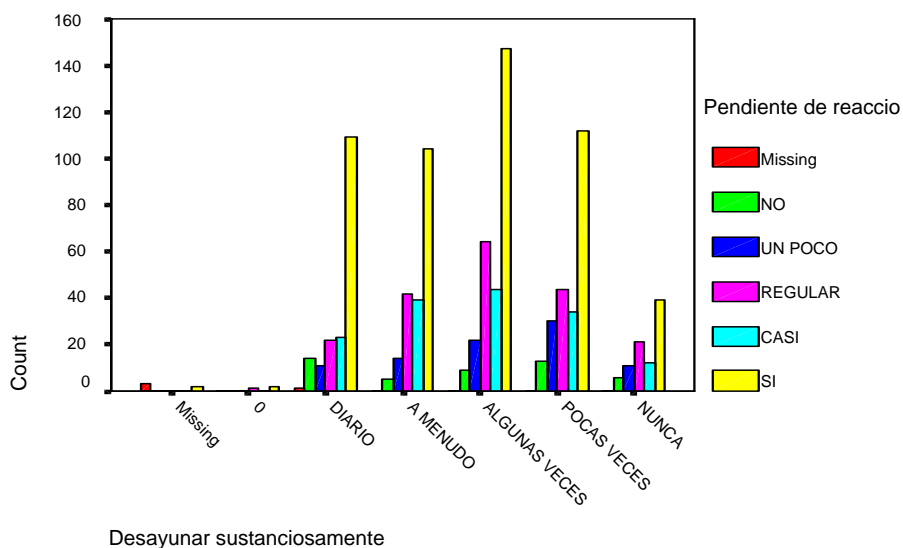


Figura 72. Representa la relación entre desayunar sustanciosamente y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Desayunar sustanciosamente – Anticipar problemas de salud

Al determinar la relación entre estas variables se encontró una significancia= .000, lo que nos indica que ambas variables se relacionan estadísticamente.

Tabla 73.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Desayunar sustanciosamente	0	2			1		3	
	DIARIO		66	27	26	29	31	179
	A MENUDO		47	49	44	31	33	204
	ALGUNAS VECES		72	65	62	41	46	286
	POCAS VECES		69	44	37	36	47	233
	NUNCA		44	8	9	11	17	89
Total		2	298	193	179	148	174	994

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	704.442	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.001	.034	-.037	.970
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.007	.033	-.205	.838
N of Valid Cases	994			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Se observa que la mayoría de la población algunas veces desayuna sustanciosamente, sin embargo no anticipa problemas de salud.

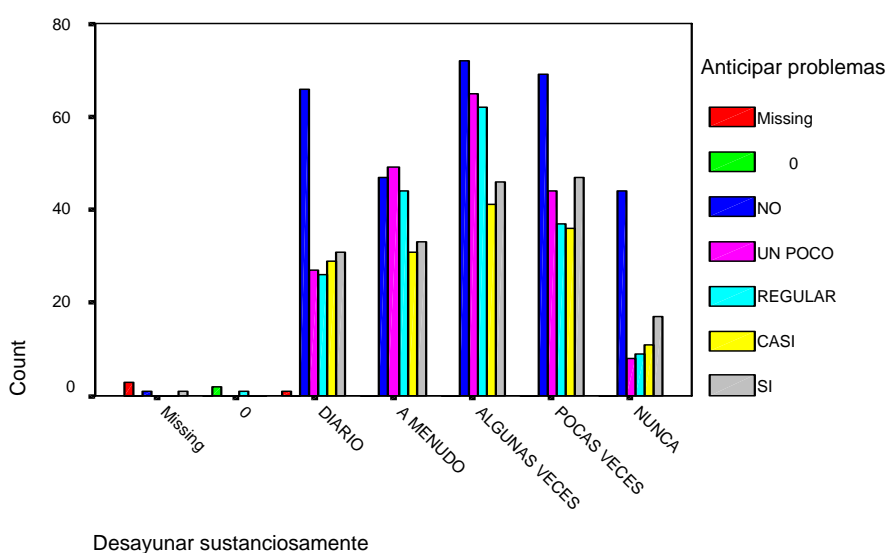


Figura 73. Representa la frecuencia de las respuestas de las dos variables.

Desayunar sustanciosamente – Objetivos para cuidar salud

El resultado de la correlación de estas variables al aplicar la prueba estadística reporta una significancia de .000 lo que indica que si existe relación entre estas.

Tabla 74.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Desayunar	0		2	1			3
sustanciosamen	DIARIO	11	12	15	21	120	179
	A MENUDO	14	20	35	34	101	204
	ALGUNAS VECES	19	30	56	50	131	286
	POCAS VECES	10	27	30	28	138	233
	NUNCA	12	11	8	9	49	89
Total		66	102	145	142	539	994

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53.217	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.048	.033	-1.508	.132
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.037	.032	-1.179	.239
N of Valid Cases		994			

Muestra los resultados obtenidos por la prueba estadística, que nos señalan que la mayoría de la población desayuna sustanciosamente y que si se plantean objetivos para el cuidado de su salud.

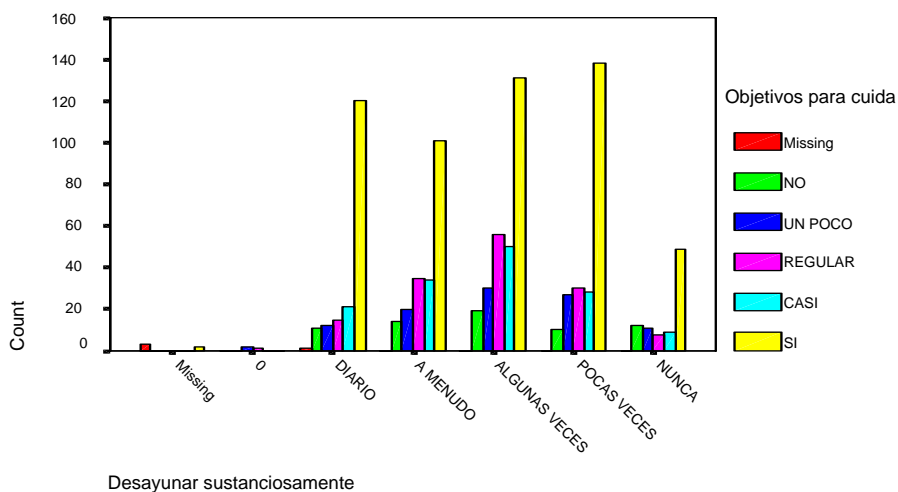


Figura 74. Se observa la relación de las variables “desayunar sustanciosamente” y “objetivos para el cuidado de la salud”.

Dormir al menos siete horas – Atender rendimiento de cuerpo

La correlación aplicada a las variables indican una significancia= .000, lo que nos dice que si existe relación estadística entre estos datos.

Tabla 75.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al menos siete horas	DIARIO	36	78	111	47	93	365
	A MENUDO	18	45	73	31	44	211
	ALGUNAS VECES	13	48	83	28	26	198
	POCAS VECES	18	25	69	24	21	157
	NUNCA	5	24	15	3	18	65
Total		90	220	351	133	202	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.549	16	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.063	.033	-1.982	.048
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.062	.032	-1.952	.051
N of Valid Cases		996			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba, en donde se observa que la mayoría de la población diario duerme por lo menos siete horas y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

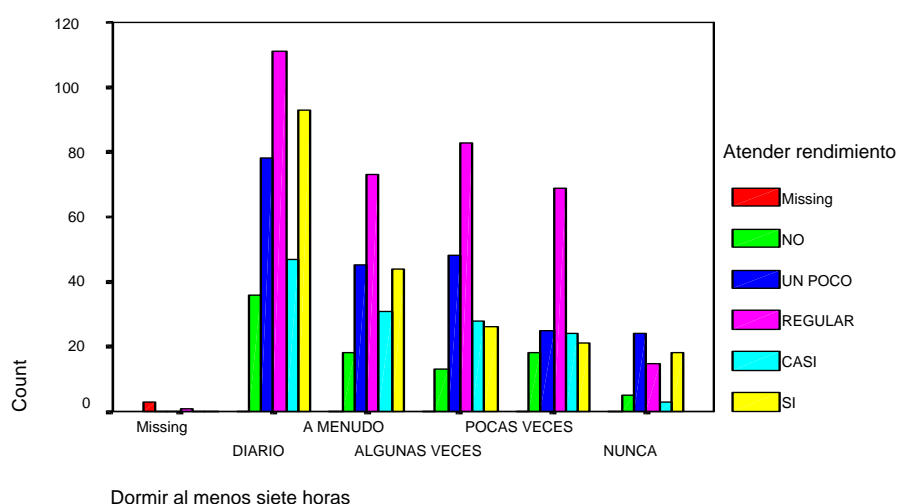


Figura 75. Se observa la relación entre dormir al menos siete horas y atender el rendimiento del cuerpo.

Dormir al menos siete horas – Atender y cuidar salud

En la prueba aplicada a las variables nos muestra una significancia= .000, lo que nos indica que si existe una relación significativa entre estas.

Tabla 76.

Count		Atender y cuidar salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al menos siete horas	DIARIO		15	56	92	49	153	365
	A MENUDO		10	34	80	38	49	211
	ALGUNAS VECES	2	9	30	78	41	37	197
	POCAS VECES		7	28	60	27	35	157
	NUNCA	2	4	16	17	7	19	65
Total		4	45	164	327	162	293	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	71.691	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.139	.033	-4.431	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.147	.032	-4.674	.000
N of Valid Cases		995			

Señala los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba, que nos indican que la mayoría de la población diario duermen al menos siete horas y si atienden y cuidan su salud.

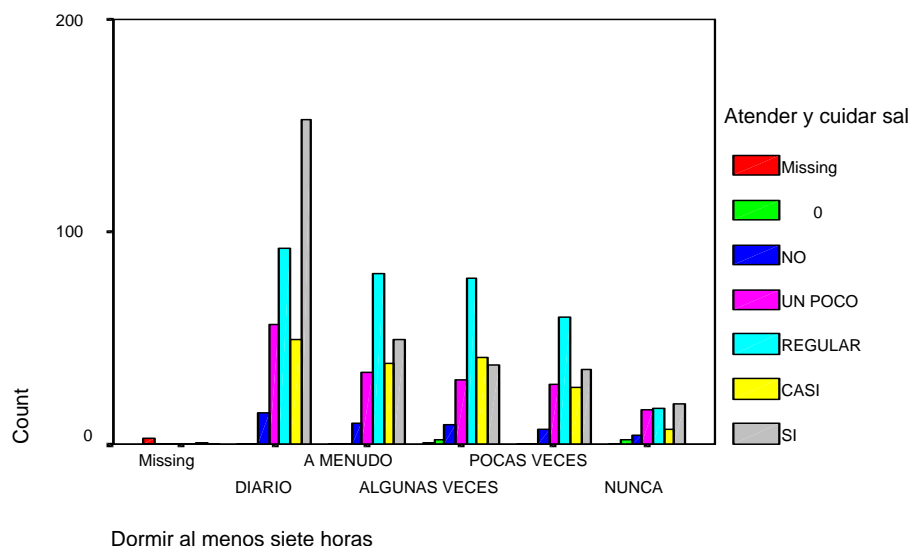


Figura 76. Representa la relación de dormir al menos siete horas y atender y cuidar su salud.

Dormir al menos siete horas – Pendiente de reacciones de cuerpo

La prueba aplicada a los reactivos nos reporta que si existe una relación significativa (.000).

Tabla 77.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al menos siete horas	DIARIO	22	22	51	51	219	365
	A MENUDO	4	22	37	35	113	211
	ALGUNAS VECES	9	20	58	32	78	197
	POCAS VECES	5	18	42	21	71	157
	NUNCA	7	6	5	13	34	65
Total		47	88	193	152	515	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55.263	16	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.104	.033	-3.288	.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.124	.032	-3.927	.000
N of Valid Cases		995			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística, en donde observamos que la mayoría de la población a diario duerme al menos siete horas y si están al pendiente de reacciones del cuerpo.

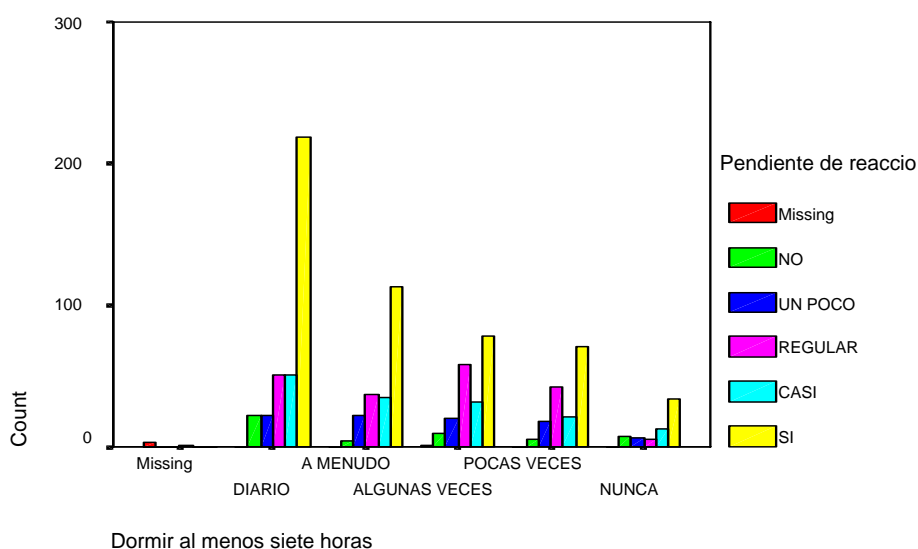


Figura 77. Representa la relación entre dormir al menos siete horas y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Dormir al menos siete horas – Anticipar problemas de salud

La prueba aplicada a la correlación de estas variables nos dio a conocer una significancia de .028, lo que señala que no existe relación estadística entre “dormir al menos siete horas y anticipar problemas de salud”.

Tabla 78.

Count		Anticipar problemas de salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al menos siete horas	DIARIO	2	111	64	55	56	77	365
	A MENUDO		55	48	45	31	32	211
	ALGUNAS VECES		62	48	37	30	20	197
	POCAS VECES		44	24	33	26	30	157
	NUNCA		27	9	8	5	16	65
Total		2	299	193	178	148	175	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.774	20	.028

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.025	.033	-.791	.429
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.028	.033	-.873	.383
N of Valid Cases		995			

Muestra los datos obtenidos de la aplicación de la prueba estadística, señalando que la mayoría de la población diario duerme al menos siete horas y no anticipa los problemas de salud.

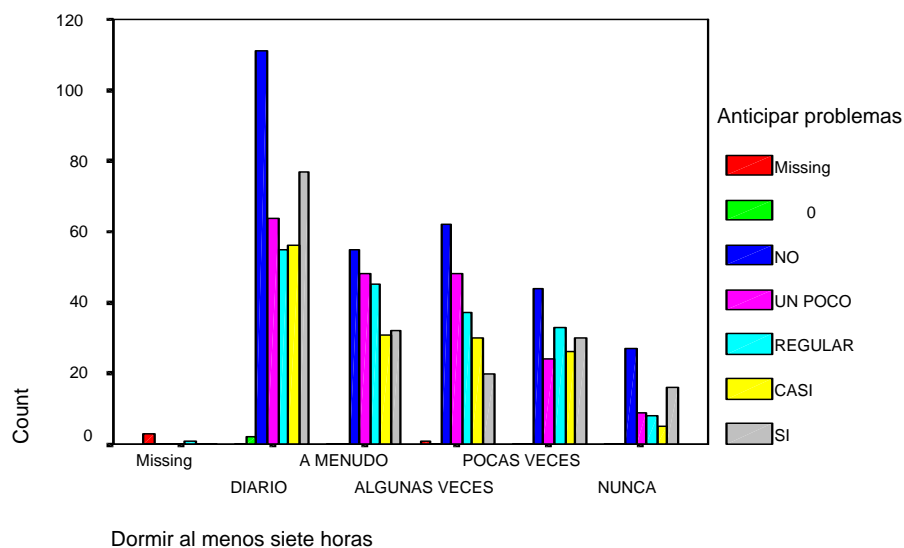


Figura 78. Representa la relación entre las variables (dormir al menos siete horas y anticipar problemas de salud)

Dormir al menos siete horas – Objetivos para cuidar salud

Al aplicarse la prueba a estas variables el resultado fue una significancia igual a .001, lo cual indica que existe relación estadística entre las variables.

Tabla 79.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Dormir al menos siete horas	DIARIO	21	35	44	36	229	365
	A MENUDO	13	22	26	42	108	211
	ALGUNAS VECES	10	24	41	34	88	197
	POCAS VECES	14	19	25	23	76	157
	NUNCA	8	2	8	7	40	65
Total		66	102	144	142	541	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39.948	16	.001

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.076	.033	-2.405	.016
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.094	.032	-2.990	.003
N of Valid Cases		995			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, observándose que la mayoría de la población diario duerme al menos siete horas y si tienen objetivos para cuidar su salud.

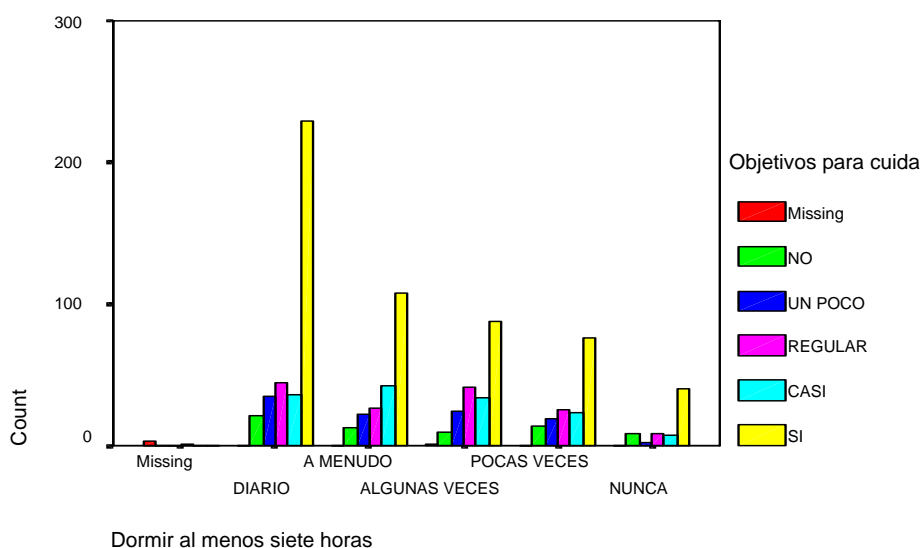


Figura 79. Representa la relación entre dormir al menos siete horas y tener objetivos para cuidar la salud.

Ingerir alimentos nutritivos – Atender rendimiento de cuerpo

Al correlacionarse las variables con la prueba estadística, señala una significancia de .000, lo cual indica que existe una relación estadística entre los datos.

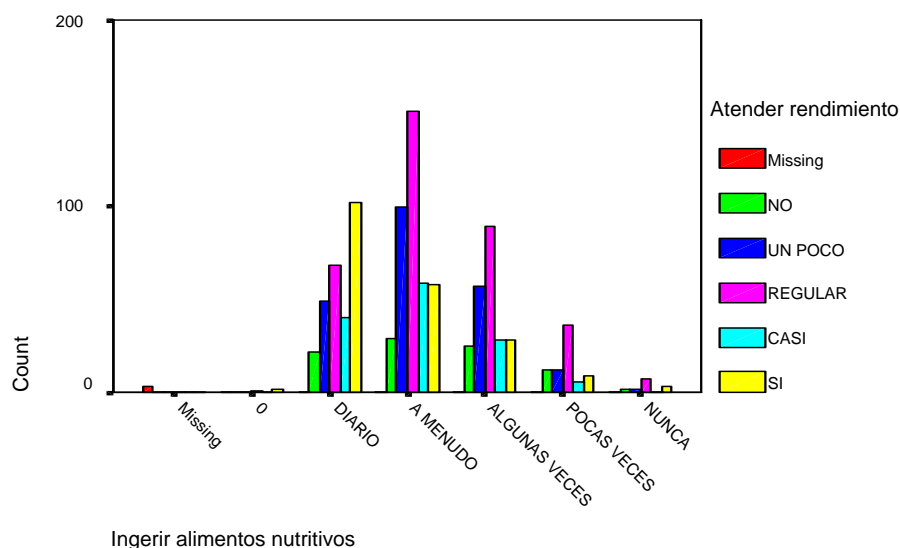
Tabla 80.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	0			1		2	3
alimentos	DIARIO	22	49	68	40	102	281
nutritivos	A MENUDO	29	100	151	59	58	397
	ALGUNAS VECES	25	57	89	28	28	227
	POCAS VECES	12	12	36	6	9	75
	NUNCA	2	2	7		3	14
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	90.727	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.190	.032	-6.097	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.193	.032	-6.198	.000
N of Valid Cases	997			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística, observándose que la mayoría de la población a menudo ingiere alimentos nutritivos y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

**Figura 80.** Representa la frecuencia de las variables correlacionadas.

Ingerir alimentos nutritivos – Atender y cuidar salud

Al establecer la relación entre las variables la prueba aplicada a estos datos, nos da como resultado una significancia= .000, lo cual indica que si existe relación estadística entre “ingerir alimentos nutritivos” y “atender y cuidar la salud”.

Tabla 81.

Count		Atender y cuidar salud					Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	
Ingerir	0				3		3
alimentos	DIARIO		13	34	57	43	133
nutritivos	A MENUDO	4	10	50	157	71	105
	ALGUNAS VECES		17	61	80	32	37
	POCAS VECES		5	17	23	17	13
	NUNCA			2	7		5
Total		4	45	164	327	163	293

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	120.578	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.210	.031	-6.784	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.240	.031	-7.807	.000
N of Valid Cases	996			

Indica los resultados de los datos al aplicarse la prueba estadística. Se puede observar que la mayoría de la población a menudo ingiere alimentos nutritivos y si atiende y cuida su salud.

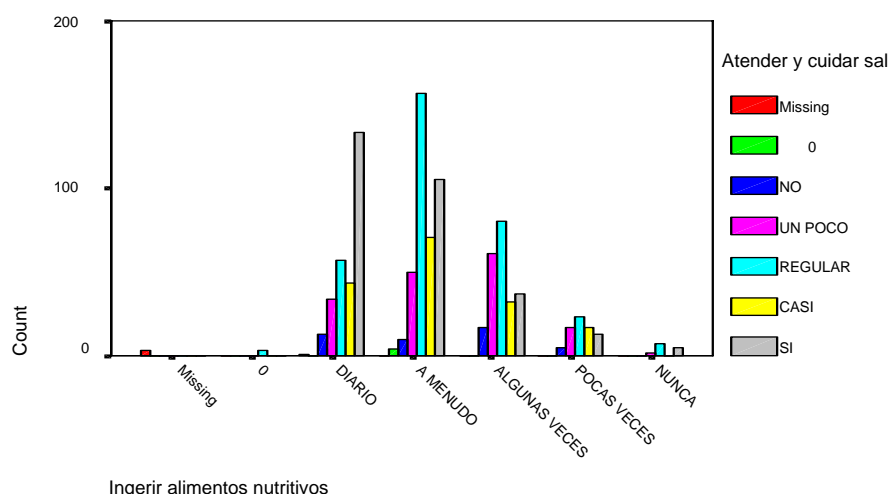


Figura 81. Representa la relación de ingerir alimentos nutritivos y atender y cuidar la salud.

Ingerir alimentos nutritivos- Pendientes de reacciones de cuerpo

La correlación entre estas variables muestran un resultado = .000, lo que señala que existe relación significativa entre los datos.

Tabla 82.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	0		2	1			3
alimentos	DIARIO	10	10	43	31	186	280
nutritivos	A MENUDO	17	34	80	73	193	397
	ALGUNAS VECES	12	31	61	30	93	227
	POCAS VECES	4	10	8	15	38	75
	NUNCA	4	1	1	3	5	14
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	87.454	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.156	.033	-4.994	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.173	.031	-5.531	.000
N of Valid Cases		996			

Señala los resultados obtenidos al apilar la prueba estadística, indicando que la mayoría de la población a menudo ingiere alimentos nutritivos y si esta al pendiente de las reacciones del cuerpo.

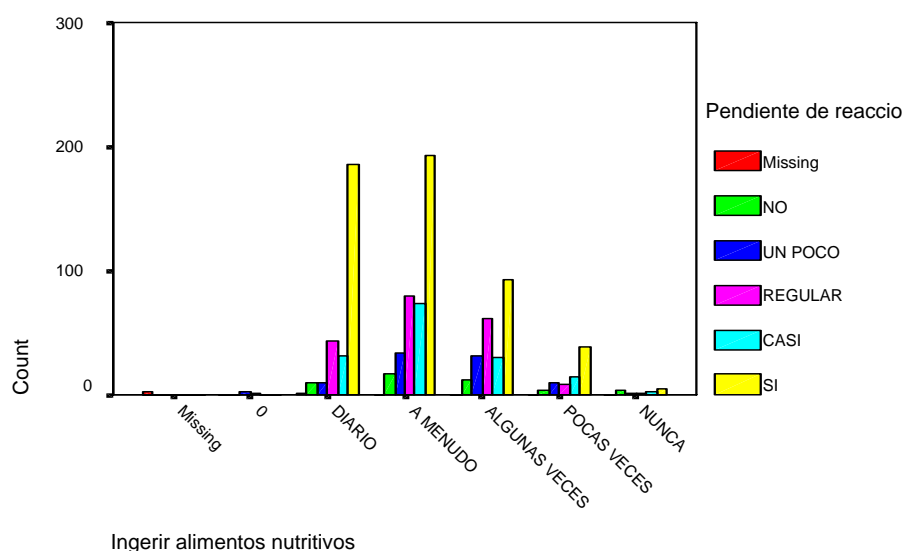


Figura. 82. Representa la relación entre ingerir alimentos nutritivos y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Ingerir alimentos nutritivos – Anticipar problemas de salud

En la variable “ingerir alimentos nutritivos” correlacionada con “anticipara problemas de salud”, los datos obtenidos indican que existe una relación significativa entre estos datos (.005).

Tabla 83.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Ingerir alimentos nutritivos	0				1	2	3	
	DIARIO		86	47	37	45	65	280
	A MENUDO		110	90	75	56	66	397
	ALGUNAS VECES	2	80	37	45	34	29	227
	POCAS VECES		17	17	15	11	15	75
	NUNCA		6	2	6			14
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.054	25	.005

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.066	.031	-2.075	.038
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.062	.032	-1.969	.049
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Se observa que la mayoría de la población a menudo ingiere alimentos nutritivos y no anticipa problemas de salud.

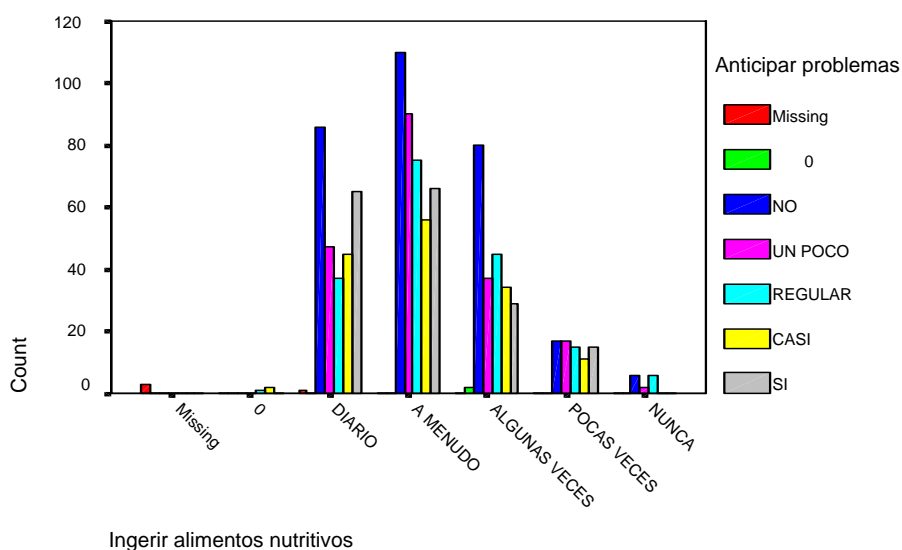


Figura 83. Esta gráfica representa la relación entre ingerir alimentos nutritivos y anticipar problemas de salud.

Ingerir alimentos nutritivos – Objetivos para cuidar salud

Al aplicar la prueba para determinar la relación entre ingerir “alimentos nutritivos” y “objetivos para cuidar salud” se obtuvo una significancia de .000, que nos dice que existe relación estadística entre los datos.

Tabla 84.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	0	2		1			3
alimentos	DIARIO	16	17	25	28	194	280
nutritivos	A MENUDO	23	46	67	66	195	397
	ALGUNAS VECES	11	35	38	34	109	227
	POCAS VECES	12	3	13	12	35	75
	NUNCA	2	1	1	2	8	14
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	77.434	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.118	.033	-3.735	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.144	.032	-4.590	.000
N of Valid Cases		996			

Señala los resultados de los datos obtenidos al aplicarse la prueba estadística y nos indica que gran parte de la población a menudo ingiere alimentos nutritivos y si tiene objetivos para cuidar su salud.

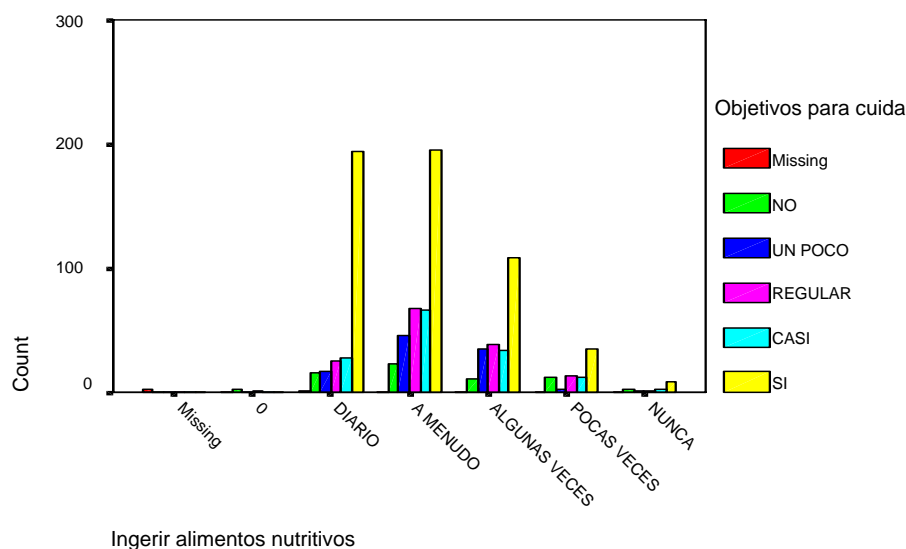


Figura 85. Representa la relación entre las variables: “ingerir alimentos nutritivos” y “tener objetivos para cuidar su salud”.

Ingerir vitaminas- Atender rendimiento del cuerpo

La significancia de los datos al correlacionarse es de .000, lo que nos indica que existe relación estadística entre las variables.

Tabla 86.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	0	2					2
vitaminas	DIARIO	6	12	19	11	21	69
	A MENUDO	9	21	58	21	32	141
	ALGUNAS VECE	22	61	102	43	57	285
	POCAS VECES	18	69	104	31	31	253
	NUNCA	33	57	69	27	61	247
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	60.886	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.078	.034	-2.466	.014
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.084	.033	-2.668	.008
N of Valid Cases		997			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Podemos observar que la mayoría de la población algunas y pocas veces e incluso nunca ingieren vitaminas y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

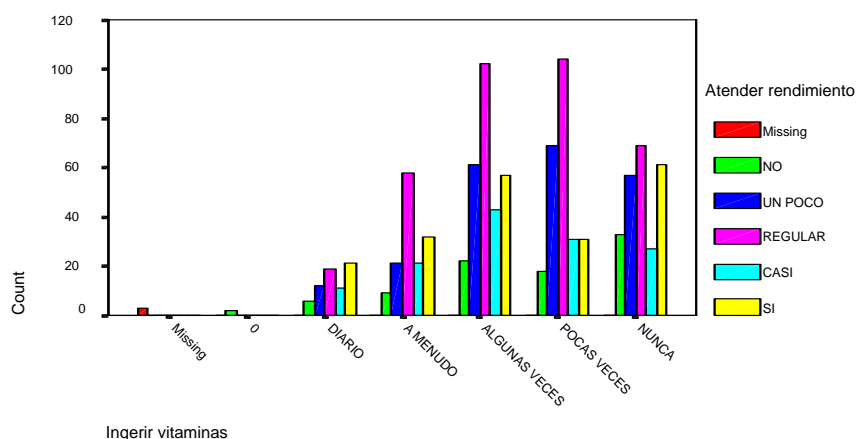


Figura 86. Muestra entre el hábito de ingerir vitaminas y atender el rendimiento de su cuerpo.

Ingerir vitaminas – Atender y cuidar salud

Al aplicar la prueba estadística a estas variables se encontró que existe relación significativa entre los datos (.000).

Tabla 87.

Count		Atender y cuidar salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Ingerir 0			2				2	
vitaminas DIARIO			2	4	19	17	26	68
A MENUDO			6	15	53	26	41	141
ALGUNAS VECES	2	9	45	102	46	81	285	
POCAS VECES	2	7	46	93	42	63	253	
NUNCA		19	54	60	32	82	247	
Total	4	45	164	327	163	293	996	

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85.909	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.072	.033	-2.282	.023
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.071	.032	-2.229	.026
N of Valid Cases		996			

Los datos de esta tabla indican los resultados de aplicación de la prueba en donde la mayoría de la población algunas y pocas veces ingieren vitaminas y regularmente se preocupan por atender y cuidar su salud.

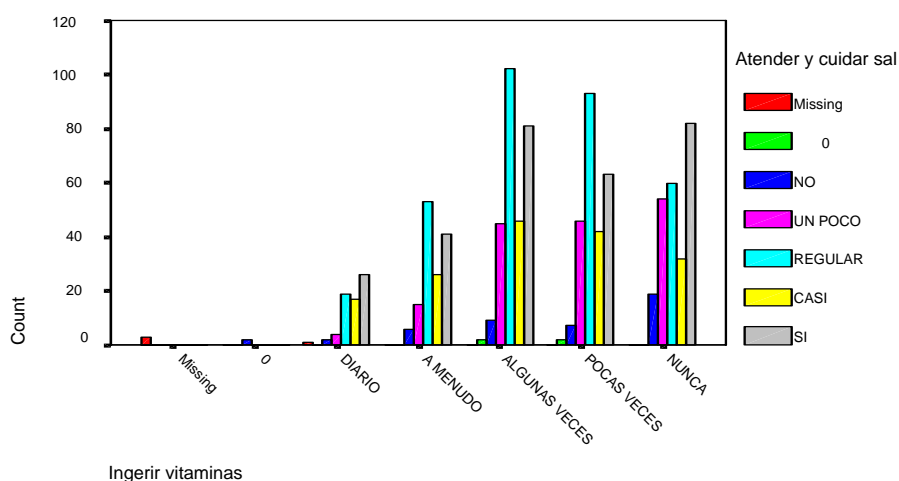


Figura 87. En esta gráfica exponemos los datos de la relación entre las variables: “ingerir vitaminas” y “atender y cuidar salud”.

Ingerir vitaminas – Pendiente de reacciones de cuerpo

Al correlacionarse las variables “ingerir vitaminas” y “pendientes de reacciones de cuerpo” se obtuvo una significancia de .000 lo cual indica que existe relación estadística entre los datos.

Tabla 88.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	0	2					2
vitaminas	DIARIO	3	1	10	12	42	68
	A MENUDO	5	14	21	25	76	141
	ALGUNAS VECE	13	23	69	30	150	285
	POCAS VECES	9	30	55	46	113	253
	NUNCA	15	20	39	39	134	247
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	68.519	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.032	.032	-1.006	.315
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.031	.031	-.963	.336
N of Valid Cases		996			

Se observan los datos obtenidos en cuanto a ingerir vitaminas se encontró que la mayor parte de la población algunas (285 de 996) y pocas (253 de 996) veces tienen este hábito y si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

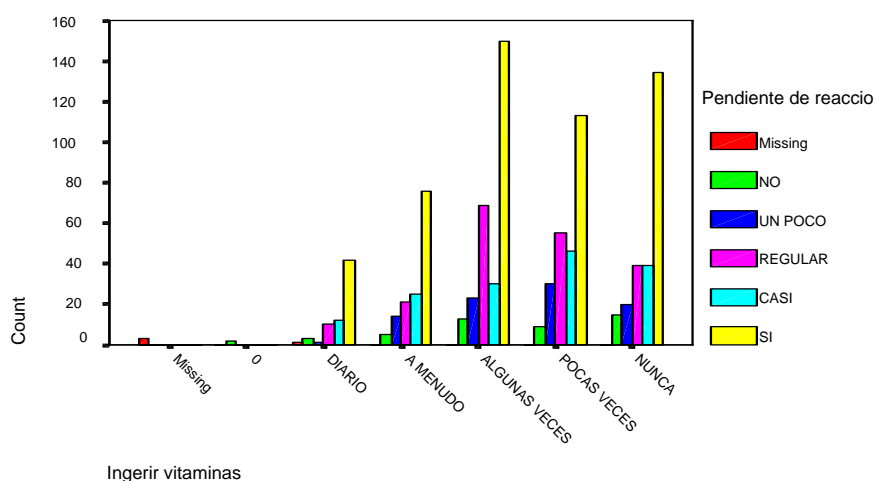


Figura 88. En cuanto a las variables “ingerir vitaminas” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”, podemos ver la relación de las frecuencias.

Ingerir vitaminas – Anticipar problemas de salud

Al correlacionarse las variables con los datos se obtuvo una significancia de .000, lo que indica que existe relación estadística entre estos datos.

Tabla 89.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Ingerir 0			2				2	
vitaminas DIARIO			12	8	15	15	18	68
A MENUDO			28	30	32	20	31	141
ALGUNAS VECES	2		89	72	47	46	29	285
POCAS VECES			72	40	50	40	51	253
NUNCA			96	43	35	27	46	247
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59.532	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.088	.032	-2.794	.005
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.087	.032	-2.745	.006
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, donde observamos que la mayoría de la población algunas y pocas veces ingieren vitaminas y no anticipan problemas de salud.

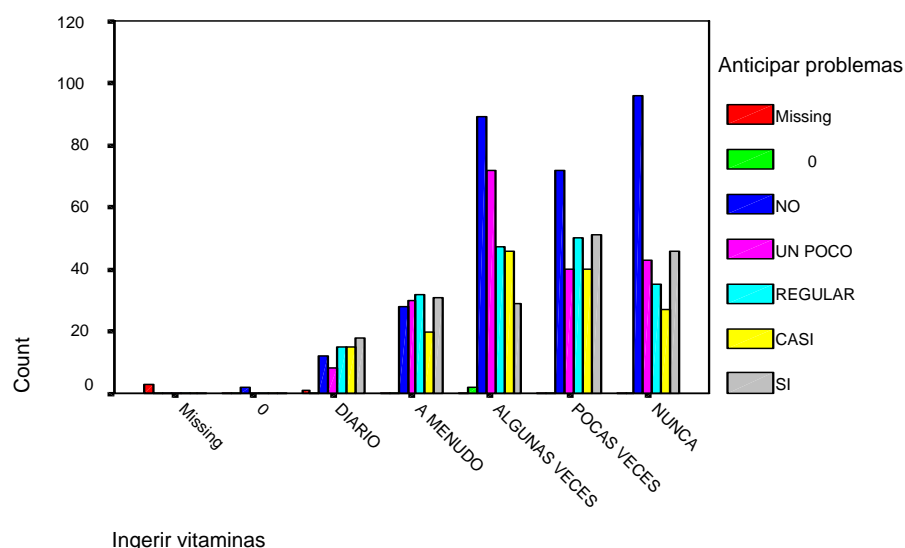


Figura 89. Representa la relación entre ingerir vitaminas y anticipar problemas de salud.

Ingerir vitaminas – Objetivos para cuidar salud

La correlación aplicada a las variables, indican una significancia de .001, lo que nos dice que si existe relación estadística entre estos datos.

Tabla 90.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Ingerir	0						2
vitaminas	DIARIO	1	4	7	21	35	68
	A MENUDO	9	11	20	22	79	141
	ALGUNAS VECE	17	37	42	45	144	285
	POCAS VECES	11	23	49	30	140	253
	NUNCA	28	27	27	24	141	247
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.349	20	.001

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.053	.031	-1.676	.094
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.015	.032	-.473	.636
N of Valid Cases		996			

Se muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística, según estos datos podemos observar que la mayoría de la población ingieren vitaminas y si plantean objetivos para cuidar su salud.

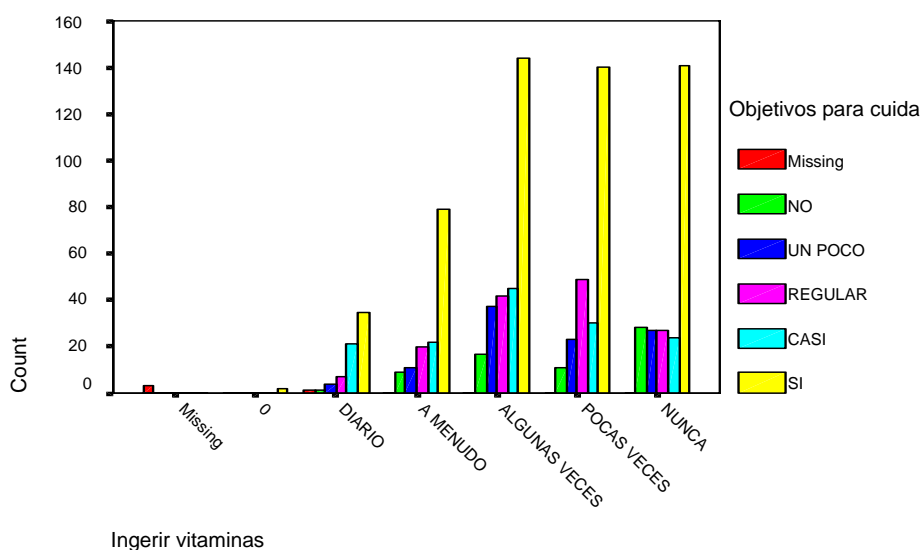


Figura 91. Se observa las variables en relación a su frecuencia.

Leer sobre cuidado de salud- Atender rendimiento del cuerpo

Al establecer la relación entre las variables la prueba aplicada a estos nos da como resultado una significancia de .000, lo cual indica que si existe relación entre estos datos.

Tabla 92.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Leer sobre	0	2					2
cuidado de salud	DIARIO	2	2	9	5	7	25
	A MENUDO	4	29	41	24	55	153
	ALGUNAS VECES	26	65	114	39	56	300
	POCAS VECES	18	64	121	37	51	291
	NUNCA	38	60	67	28	33	226
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85.100	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.172	.033	-5.517	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.172	.032	-5.503	.000
N of Valid Cases	997			

Muestra los datos obtenidos al aplicar la prueba estadística. Nos indica que la mayoría de la población algunas veces (300 de 997) leen sobre el cuidado de su salud y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

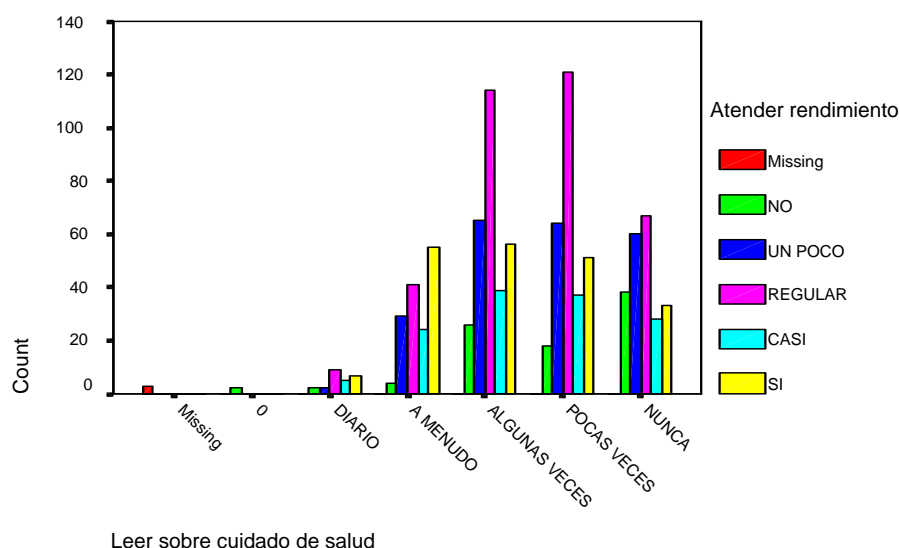


Figura 92. Representa la relación entre “leer sobre el cuidado de salud” y “atender rendimiento del cuerpo”.

Leer sobre cuidado de salud – Atender y cuidar salud

Para encontrar la correlación entre estas variables se aplicó la prueba estadística dando como resultado una significancia de .000, lo que nos dice que si existe una correlación entre los datos.

Tabla 93.

Count		Atender y cuidar salud					Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	
Leer sobre cuidado de salud	0		2				2
	DIARIO		1	3	7	3	11
	A MENUDO		4	19	37	26	67
	ALGUNAS VECES	2	5	49	100	54	90
	POCAS VECES	2	12	44	110	55	67
	NUNCA		21	49	73	25	58
Total		4	45	164	327	163	293

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	98.505	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.155	.033	-4.937	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.161	.032	-5.148	.000
N of Valid Cases		996			

En la tabla 93 se puede observar el resultado de correlacionar las variables y nos indica que la mayoría de la población algunas veces leen sobre el cuidado de su salud y regularmente atienden y cuidan su salud.

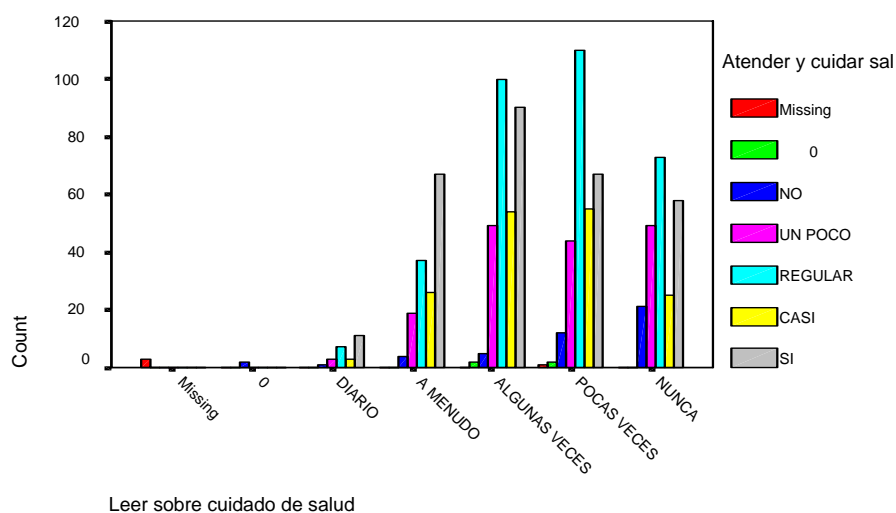


Figura 93. Representa la relación entre leer sobre el cuidado de salud y atender y cuidar su salud.

Leer sobre cuidado de salud – Pendiente de reacciones de cuerpo

Al aplicar la prueba estadística a estas variables dio como resultado una significancia de .000, lo que nos dice que si existe relación estadística entre estos datos.

Tabla 94.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Leer sobre	0		2				2
cuidado de salud	DIARIO		3	4	3	15	25
	A MENUDO	4	5	23	19	102	153
	ALGUNAS VECES	6	21	69	47	157	300
	POCAS VECES	8	33	54	57	138	290
	NUNCA	29	24	44	26	103	226
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	91.646	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.163	.032	-5.195	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.152	.032	-4.854	.000
N of Valid Cases		996			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba estadística. Podemos observar que la mayoría de la población a veces leen sobre el cuidado de salud y si esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

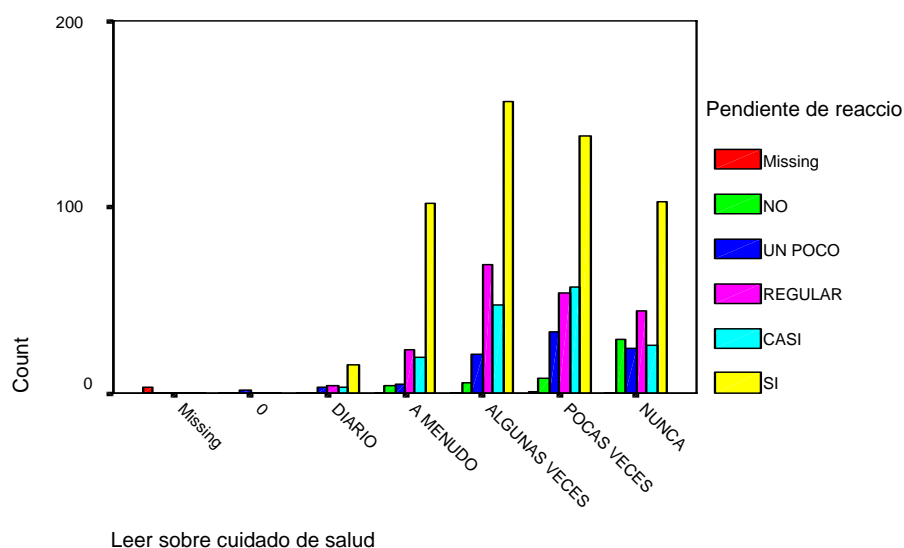


Figura 93. Muestra la relación entre leer sobre cuidados de salud y están al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Leer sobre cuidado de salud – Anticipar problemas de salud

Al correlacionarse las variables con la prueba estadística se una significancia de .000 que indica que existe relación estadística entre los datos.

Tabla 94.

Count		Anticipar problemas de salud						Total
		0	NO	JN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Leer sobre cuidado de salud	0		2					2
	DIARIO		4	2	6	5	8	25
	A MENUDO		28	23	31	24	47	153
	ALGUNAS VECES		75	74	57	47	47	300
	POCAS VECES	2	91	53	62	47	35	290
	NUNCA		99	41	23	25	38	226
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80.560	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.181	.032	-5.796	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.187	.032	-5.987	.000
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba. En donde se puede apreciar como la mayoría de la población algunas y pocas veces (590 de 996) tienen el hábito de leer sobre el cuidado de su salud, sin embargo no anticipan problemas de salud.

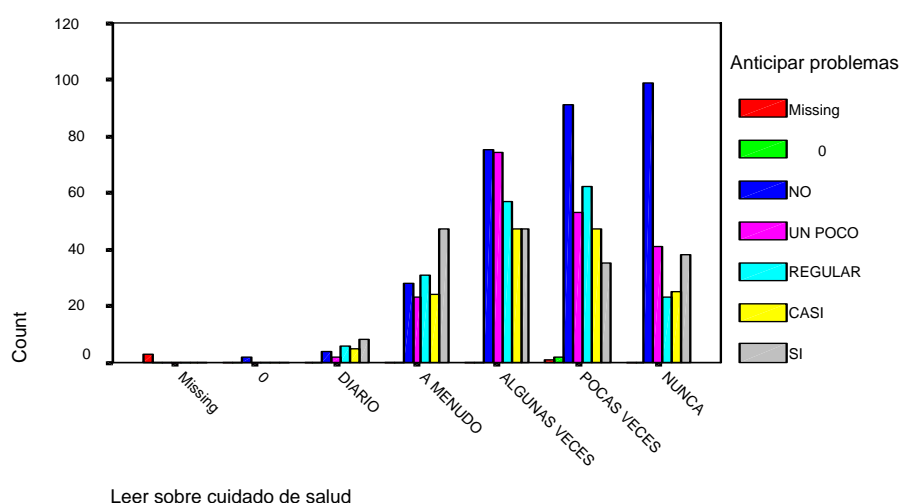


Figura 94. Representa la relación entre las variables: “leer sobre cuidado de salud” y “anticipar problemas de salud”

Leer sobre el cuidado de salud – Objetivos para cuidar salud

Los resultados de la aplicación de la prueba estadística arrojaron una significancia(.000) entre las variables, es decir existe relación estadística entre ellas.

Tabla 95.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Leer sobre cuidado de salud	0						2
	DIARIO	2		6	2	15	25
	A MENUDO	3	8	20	22	100	153
	ALGUNAS VECES	15	27	38	53	167	300
	POCAS VECES	15	42	54	40	139	290
	NUNCA	31	25	27	25	118	226
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55.745	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.150	.031	-4.786	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.131	.031	-4.163	.000
N of Valid Cases		996			

Esta tabla indica los resultados obtenidos al aplicarse la prueba. Y se observa que la mayoría de la población 590 de 996, algunas y pocas veces leen sobre el cuidado de su salud y se plantean objetivos para cuidar la salud.

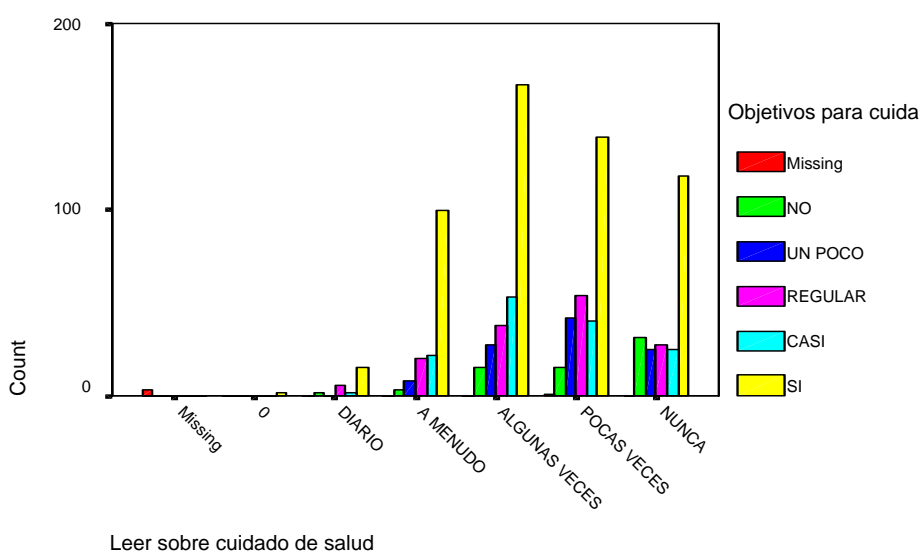


Figura 95 Representa los datos obtenidos al correlacionarse las variables.

Medir colesterol- Atender rendimiento del cuerpo

Para correlacionarse las variables se aplico la prueba estadística ji cuadrada, en donde se indica que existe relación entre estas variables(.004).

Tabla 96.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir	0		1				1
colesterol	DIARIO	2	3	11	1	10	27
	A MENUDO	2	10	17	8	15	52
	ALGUNAS VECE	7	23	51	33	41	155
	POCAS VECES	18	42	56	26	31	173
	NUNCA	61	141	217	65	105	589
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.076	20	.004

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.141	.032	-4.499	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.138	.031	-4.400	.000
N of Valid Cases	997			

Se indican los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, observándose que la mayoría de la población 589 de 997 nunca tiene el hábito de medirse el colesterol y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

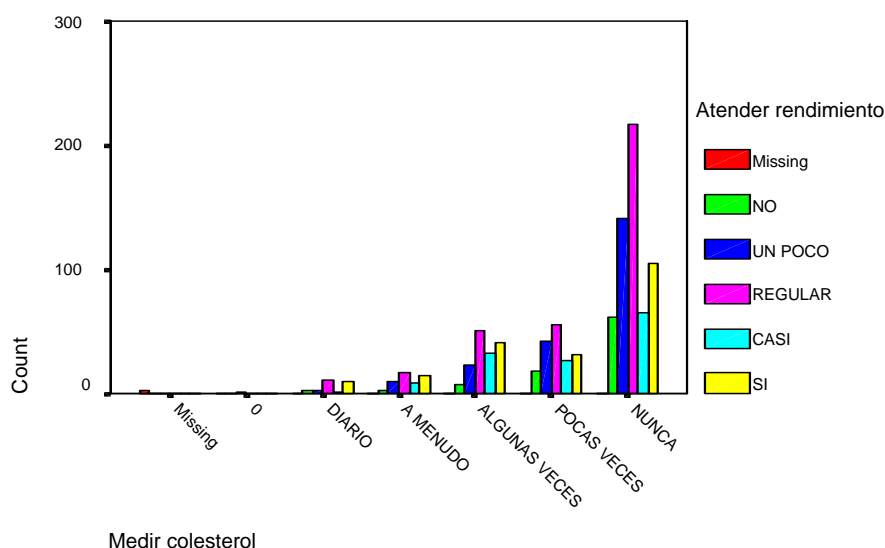


Figura 96. Señala la frecuencia de las variables respecto a cada respuesta.

Medir colesterol - Atender y cuidar salud

La prueba estadística dio como resultado una significancia de .000, lo que significa que existe relación estadística entre los datos.

Tabla 97.

Count		Atender y cuidar salud						Total
		0	NO	JN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir 0							1	1
colestero	DIARIO		1	4	6	4	12	27
	A MENUDO		4	4	10	9	25	52
	ALGUNAS VECES		2	12	43	32	66	155
	POCAS VECES		5	22	73	26	47	173
	NUNCA	4	33	122	195	91	143	588
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67.737	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.194	.031	-6.238	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.201	.031	-6.466	.000
N of Valid Cases	996			

La **tabla 97** indica los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística. En donde puede apreciarse que la mayoría de la población estudiada nunca se mide el colesterol, sin embargo si atiende y cuida su salud.

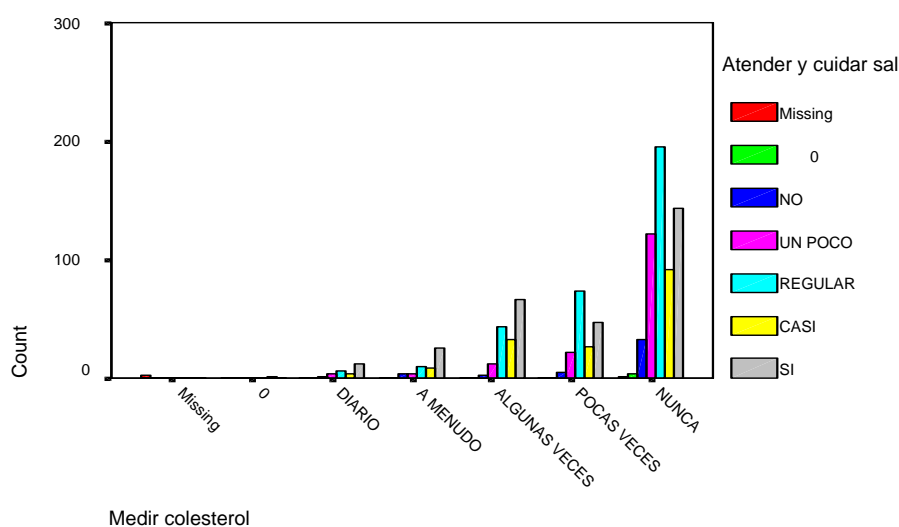


Figura 97. Muestra la relación entre medir colesterol y atender y cuidar su salud

Medir colesterol – Pendiente de reacciones de cuerpo

Los resultados de la aplicación de la prueba revelan que no existe relación estadística(.010) las variables.

Tabla 98

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir	0			1			1
colesterol	DIARIO	1	3	5	2	16	27
	A MENUDO		3	8	5	36	52
	ALGUNAS VECE	1	8	24	32	90	155
	POCAS VECES	6	12	37	31	87	173
	NUNCA	39	62	119	82	286	588
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.516	20	.010

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.129	.029	-4.088	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.122	.030	-3.885	.000
N of Valid Cases		996			

Señala los resultados de la correlación de las variables. Donde podemos percibir que granparte de la población nunca tiene el hábito de medirse el colesterol, pero si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

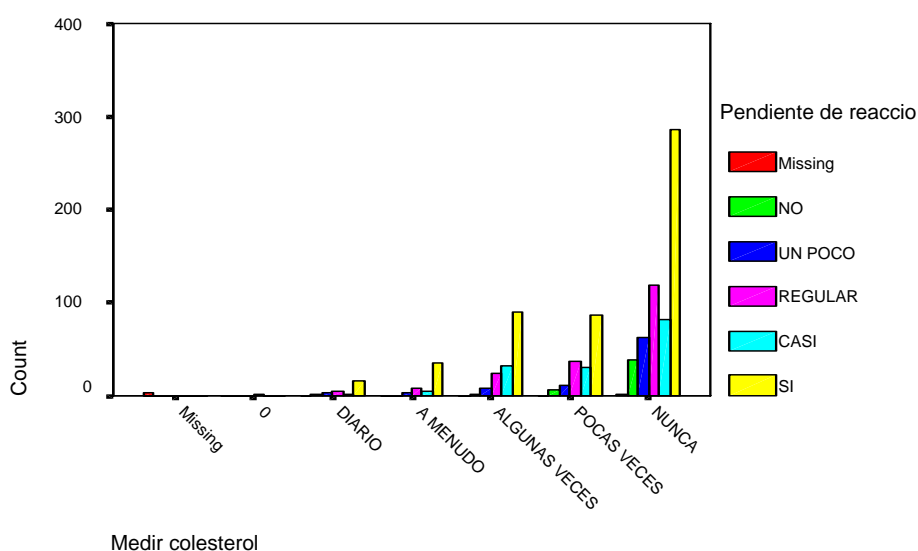


Figura 98. Representa la relación entre: medirse el colesterol y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Medir colesterol – anticipar problemas de salud

En la variable “Medir colesterol” correlacionada con “anticipar problemas de salud” se obtuvo una significancia de .001, lo que indica que existe relación estadística entre los datos.

Tabla 99.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Medir	0		1				1	
colestero	DIARIO		12	3	6	2	4	27
	A MENUDO		8	4	16	5	19	52
	ALGUNAS VECES		34	28	37	26	30	155
	POCAS VECES		43	42	36	28	24	173
	NUNCA	2	201	116	84	87	98	588
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52.998	25	.001

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.092	.033	-2.904	.004
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.106	.032	-3.346	.001
N of Valid Cases	996			

En esta tabla 99 podemos observar los resultados de los datos obtenidos al aplicarse la prueba estadística, percatándonos que la mayoría de la población 588 de 996 nunca se mide el colesterol y no anticipan problemas de salud.

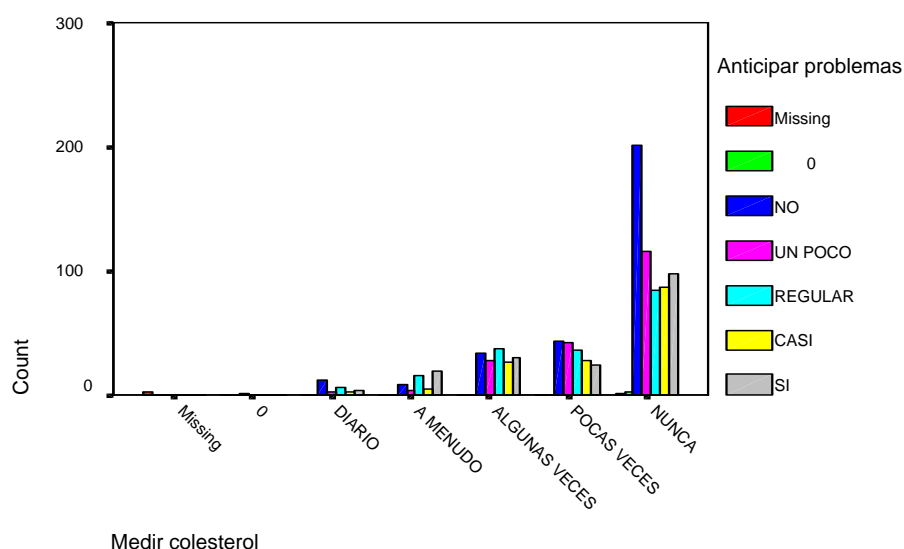


Figura 99. Representa la relación entre las variables y su frecuencia.

Medir colesterol – Objetivos para cuidar salud

Para obtener la significancia entre las variables se aplicó la prueba estadística, dando como resultado una significancia de .002 , lo que señala que existe relación estadística en los datos.

Tabla 100.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Medir	0				1		1
colesterol	DIARIO		3	3	6	15	27
	A MENUDO		3	6	4	39	52
	ALGUNAS VECE	4	13	30	26	82	155
	POCAS VECES	9	16	20	36	92	173
	NUNCA	53	67	86	69	313	588
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.839	20	.002

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.108	.027	-3.426	.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.080	.030	-2.542	.011
N of Valid Cases		996			

Nos indica los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, en donde la mayoría de la población estudiada nunca mide su colesterol , pero si se plantea objetivos para cuidar su salud.

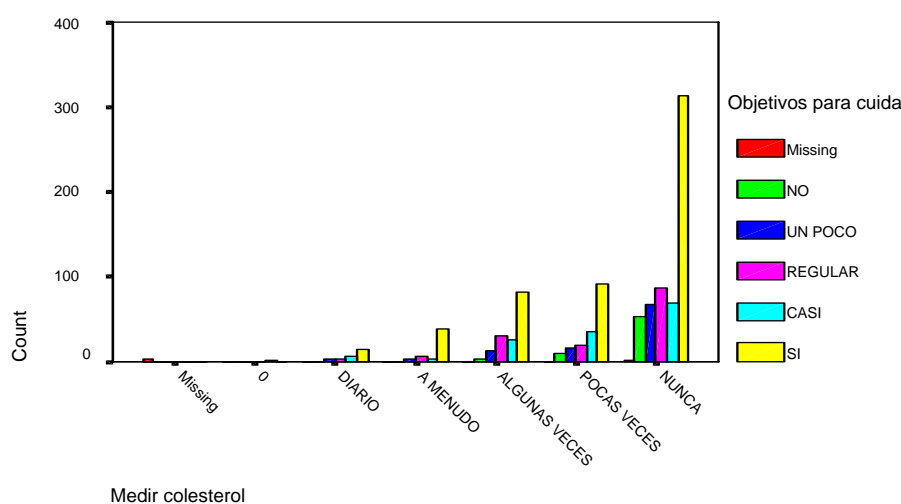


Figura 100. Se observa la relación ente las variables y la frecuencia respecto a las diversas respuestas.

Platicar con amigos sobre salud- Atender rendimiento del cuerpo.

La correlación entre las variables, al aplicarse la prueba estadística nos da una significancia de .000, lo que indica que si existe relación entre platicar con amigos sobre salud y atender rendimiento del cuerpo.

Tabla 101.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Platicar con 0			1				1
amigos	DIARIO	2	2	7		7	18
sobre salud	A MENUDO	9	16	26	20	26	97
	ALGUNAS VECES	25	75	123	44	90	357
	POCAS VECES	18	66	126	44	46	300
	NUNCA	36	60	70	25	33	224
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56.512	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.150	.033	-4.770	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.151	.032	-4.803	.000
N of Valid Cases	997			

La tabla 101 indica los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, observándose que la mayoría de la población 357 de 997 algunas veces platican con amigos respecto a su salud y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

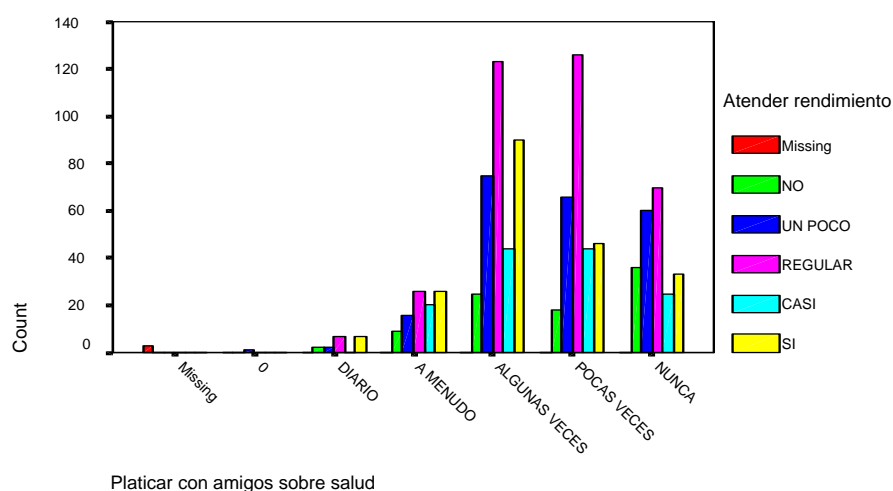


Figura 101. Muestra los resultados obtenidos aplicada a los datos.

Platicar con amigos sobre salud – Atender y cuidar salud

Para conocer si existe relación entre estas variables, se aplicó la prueba estadística dando como resultado una significancia de .000 lo que nos reporta una relación estadística entre los datos.

Tabla 102.

Count		Atender y cuidar salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Platicar con	0					1	1	
amigos	DIARIO		4	3	4	3	4	18
sobre salud	A MENUDO		1	9	26	18	43	97
	ALGUNAS VECES	2	12	49	110	58	126	357
	POCAS VECES	2	8	54	121	55	60	300
	NUNCA		20	49	66	28	60	223
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76.958	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.144	.033	-4.585	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.159	.032	-5.081	.000
N of Valid Cases	996			

Se observan los resultados de los datos al aplicarse la prueba estadística. En donde indica que gran parte de la población estudiada algunas veces platican con sus respectivos amigos sobre su salud, pero regularmente atienden y cuidan su salud.

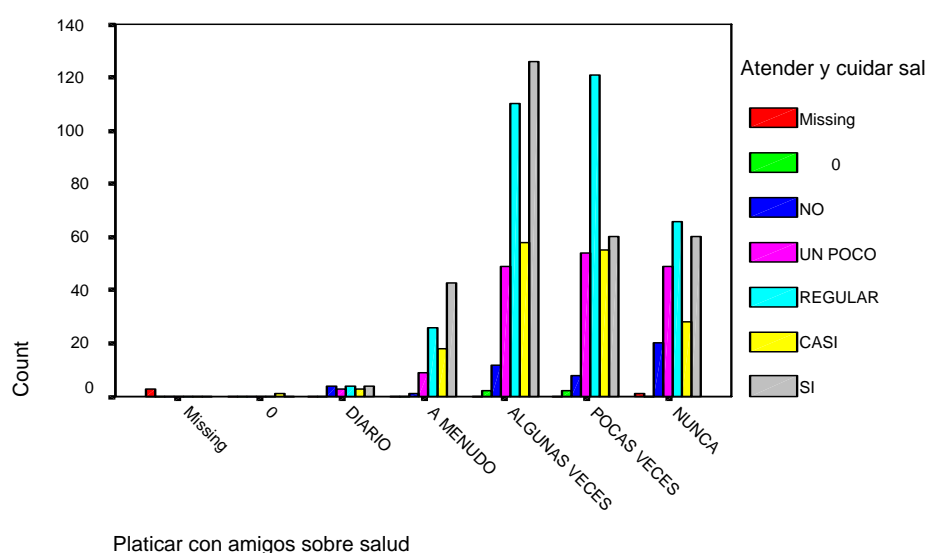


Figura 102. Representa la relación entre las variables y su diversidad de respuestas.

Platicar con amigos sobre salud – Pendiente de reacciones de cuerpo

Al correlacionarse las variables con la prueba estadística dio como resultado una significancia de .000, lo que quiere decir que entre los datos existe relación estadística.

Tabla 103.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Platicar con 0				1			1
amigos	DIARIO	1	1	2	3	11	18
sobre salud	A MENUDO	5	2	12	17	61	97
	ALGUNAS VECES	8	27	59	59	204	357
	POCAS VECES	9	33	76	52	130	300
	NUNCA	24	25	44	21	109	223
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62.620	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.157	.032	-5.000	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.149	.032	-4.745	.000
N of Valid Cases		996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, señalando que gran parte de la población algunas y pocas veces platican con amigos sobre su salud, pero si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

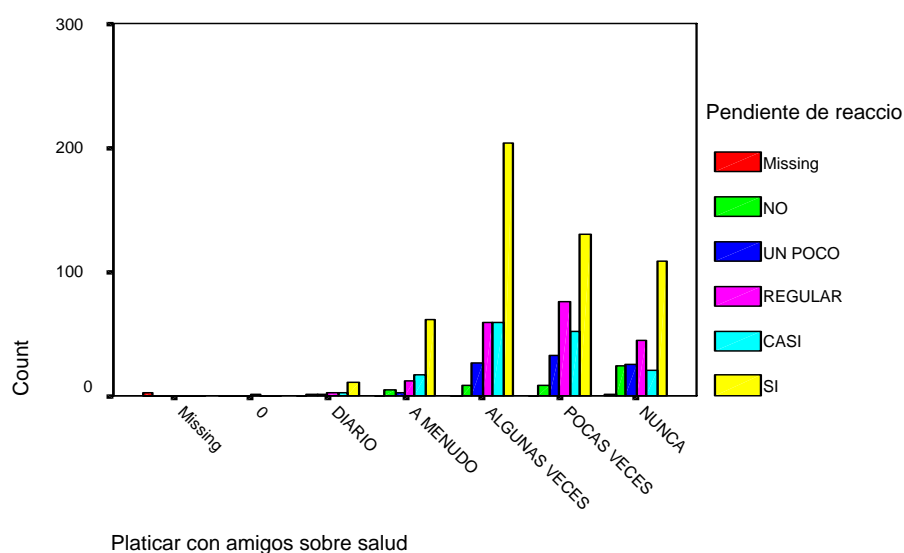


figura 103. Representa la relación entre: “platicar con amigos de salud” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.”

Platicar con amigos sobre salud – Anticipar problemas de salud.

La prueba estadística aplicada a las variables da como resultado una significancia de .000, lo cual indica si existe relación entre éstas.

Tabla 104

Count		Anticipar problemas de salud					Total
		0	NO	JN POCO	REGULAR	CASI	
Platicar con	0		1				1
amigos	DIARIO		6	5	3	2	2
sobre salud	A MENUDO		16	24	29	14	14
	ALGUNAS VECES		90	58	75	54	80
	POCAS VECES	2	93	68	49	49	39
	NUNCA		93	38	23	29	40
Total		2	299	193	179	148	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59.854	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.094	.031	-2.973	.003
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.119	.032	-3.778	.000
N of Valid Cases		996			

La tabla muestra los resultados de los datos al aplicarse la prueba estadística. Se puede observar que la mayoría de la población algunas y pocas veces platican con amigos de salud, y no anticipan problemas de salud.

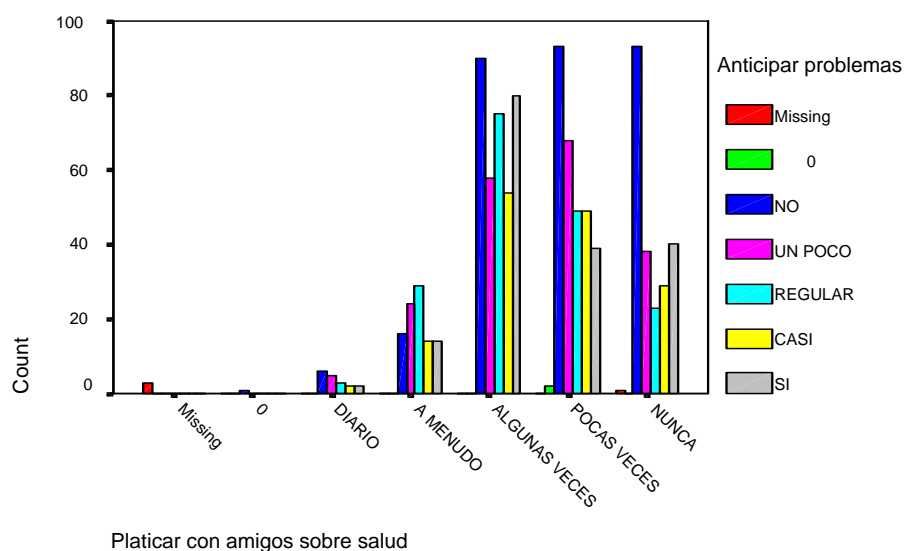


figura 104. Representa la relación entre el hábito de platicar con los amigos de salud y anticipar problemas de salud.

Platicar con amigos sobre salud – Objetivos para cuidar salud

Para determinar la correlación entre las variables: “platicar con amigos sobre salud” y “plantearse objetivos para cuidar salud”, la prueba estadística revela relación entre éstas(.001).

Tabla 105.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Platicar con 0						1	1
amigos	DIARIO	1	1	2	3	11	18
sobre salud	A MENUDO	3	7	17	6	64	97
	ALGUNAS VECES	21	28	44	51	213	357
	POCAS VECES	17	34	58	54	137	300
	NUNCA	24	32	24	27	116	223
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.477	20	.001

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.121	.032	-3.828	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.120	.032	-3.820	.000
N of Valid Cases	996			

Indica los resultados al aplicarse la prueba estadística, y encontramos que la mayoría de la población 657 de 996 no tienen el hábito de platicar con amigos sobre salud, pero sí se plantean objetivos para cuidar su salud.

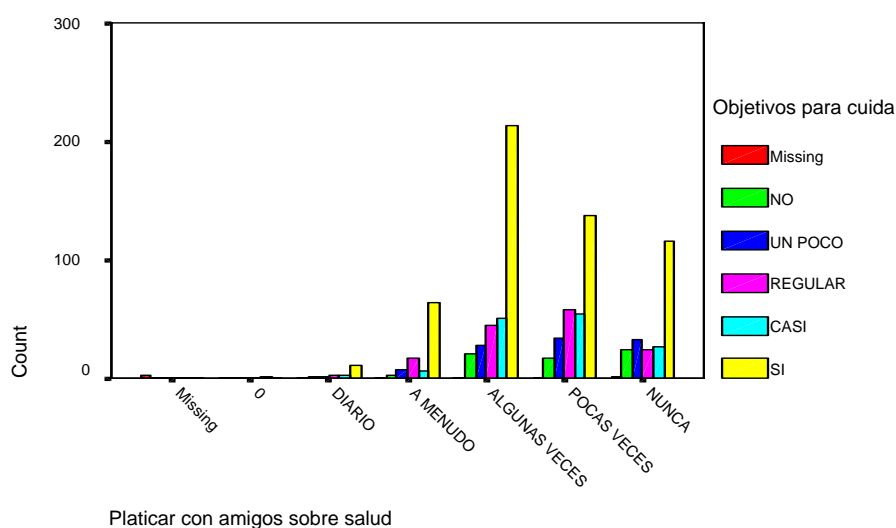


Figura 105. Muestra la relación entre platicar con amigos sobre salud y plantearse objetivos para el cuidado de salud.

Realizar ejercicio – Atender rendimiento del cuerpo

Los resultados de los datos al correlacionarse con la prueba estadística, arrojan una significancia de (.000), lo que quiere decir que entre estas variables existe relación estadística.

Tabla 106.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio	DIARIO	4	17	25	14	43	103
	A MENUDO	4	24	52	32	39	151
	ALGUNAS VECES	16	49	119	36	41	261
	POCAS VECES	15	57	95	27	31	225
	NUNCA	51	73	61	24	47	256
	45					1	1
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	130.409	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.139	.073	-4.427	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.242	.032	-7.864	.000
N of Valid Cases		997			

En esta tabla se observa los resultados de la aplicación de prueba estadística. En donde nos señala que parte de la población algunas veces e incluso nunca realizan ejercicio y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

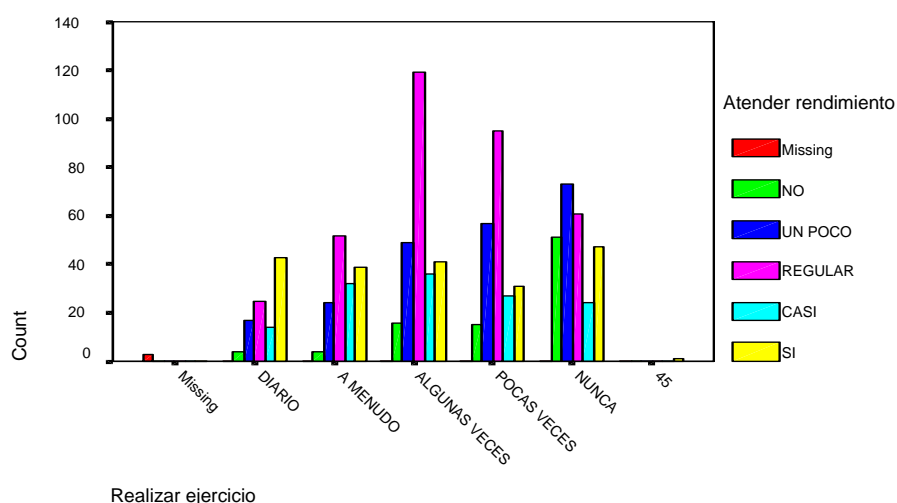


Figura 106. Representa la frecuencia de las respuestas al correlacionarse con las variables.

Realizar ejercicio – Atender y cuidar salud

Para conocer si existe relación entre las variables se aplicó la prueba estadística arrojando una significancia de .000, lo cual demuestra si existe relación entre éstas.

Tabla 107.

Count		Atender y cuidar salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio	DIARIO	2	1	14	20	16	50	103
	A MENUDO		5	16	39	40	51	151
	ALGUNAS VECES	2	5	30	101	56	67	261
	POCAS VECES		12	41	86	27	58	224
	NUNCA		22	63	81	24	66	256
45						1	1	
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	101.079	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.111	.061	-3.510	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.199	.032	-6.411	.000
N of Valid Cases	996			

Señala los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, encontrando que la mayoría 517 de 996 de la población algunas veces e incluso nunca tienen el hábito de hacer ejercicio y regularmente atienden y cuidan su cuerpo.

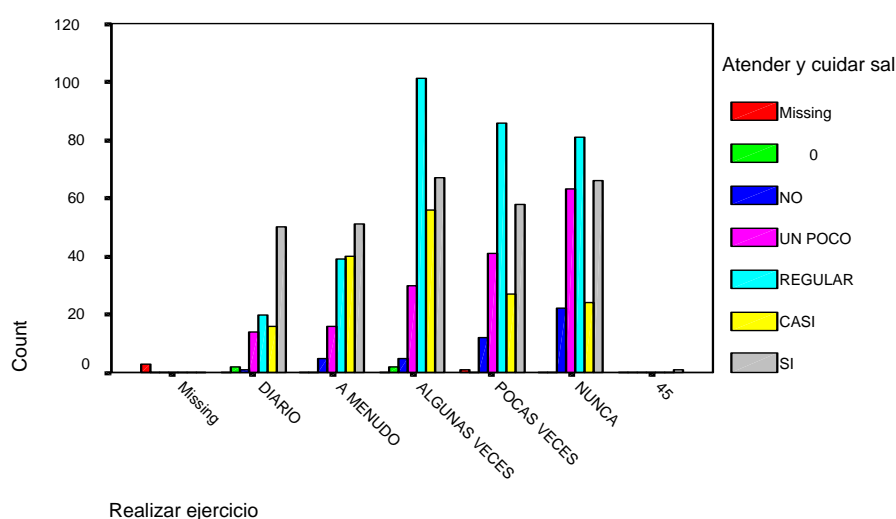


Figura 107. Representa la relación entre: “hacer ejercicio” y “atender y cuidar su salud”

Realizar ejercicio – Pendiente de reacciones de cuerpo

Al aplicar la prueba, para determinar la relación con las variables, nos arroja una significancia de .002, lo cual nos dice que estos datos si se relacionan.

Tabla 108.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio	DIARIO	4	4	19	18	58	103
	A MENUDO	3	8	23	27	90	151
	ALGUNAS VECES	7	21	46	46	141	261
	POCAS VECES	11	23	56	37	97	224
	NUNCA	22	32	50	24	128	256
45					1	1	
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.673	20	.002

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.081	.045	-2.560	.011
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.123	.032	-3.904	.000
N of Valid Cases	996			

Muestra los datos obtenidos al aplicar la prueba estadística, en donde vemos que la mayoría de la población algunas veces o nunca hacen ejercicio y si están al pendiente de las reacciones del cuerpo.

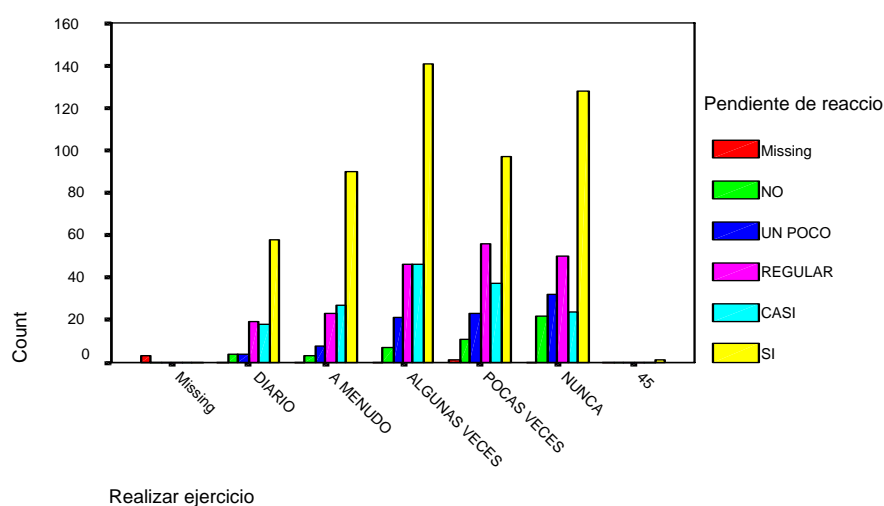


Figura 108. Representa la relación existente entre realizar ejercicio y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Realizar ejercicio – Anticipar problemas de salud

Al aplicar la prueba la significancia es de .000, lo que nos dice que si existe relación significativa entre realizar ejercicio y anticipar problemas de salud.

Tabla 109.

Count		Anticipar problemas de salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Realizar ejercicio	DIARIO		28	22	18	14	21	103
	A MENUDO		33	26	38	31	23	151
	ALGUNAS VECES	2	56	42	62	55	44	261
	POCAS VECES		69	53	34	26	42	224
	NUNCA		113	50	27	22	44	256
	45						1	1
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	79.299	25	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.053	.054	-1.672	.095
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.142	.032	-4.525	.000
N of Valid Cases	996			

Esta tabla muestra los resultados obtenidos al aplicar la prueba estadística. Podemos observar que gran parte de la población algunas veces e incluso nunca realizan ejercicio y no anticipan problemas de salud.

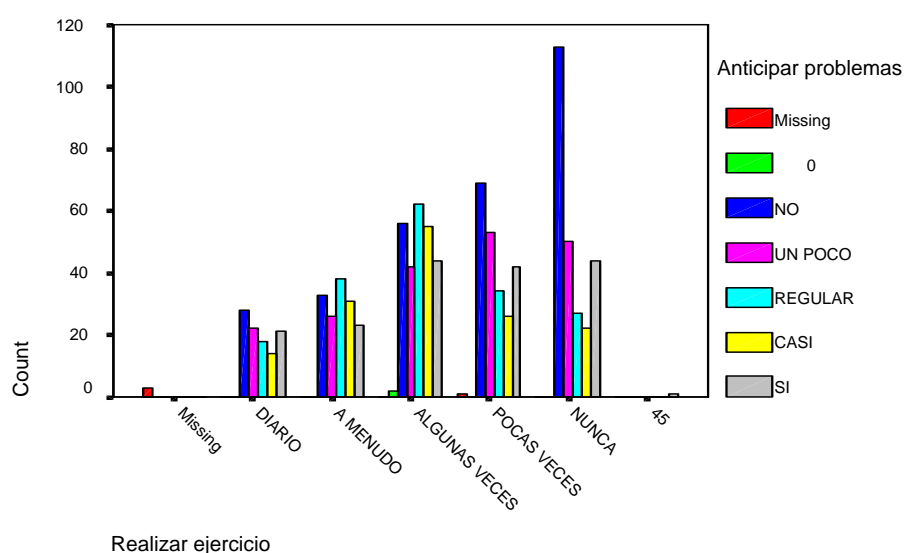


Figura 109. Representa la relación entre hacer ejercicio y anticipar problemas de salud.

Realizar ejercicio – Objetivos para cuidar salud

Al aplicar la correlación a estas variables se encontró una significancia de .000, lo que nos indica que existe relación entre estos datos.

Tabla 110.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Realizar ejercicio	DIARIO	4	6	13	12	68	103
	A MENUDO	6	12	21	24	88	151
	ALGUNAS VECE	9	21	51	36	144	261
	POCAS VECES	12	22	35	42	113	224
	NUNCA	35	41	25	28	127	256
45					1	1	
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59.321	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.090	.046	-2.835	.005
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.131	.032	-4.165	.000
N of Valid Cases		996			

Muestra los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba estadística. Estos nos arrojan que la mayor parte de la población algunas veces y nunca realizan ejercicio y se plantean objetivos para cuidar su salud.

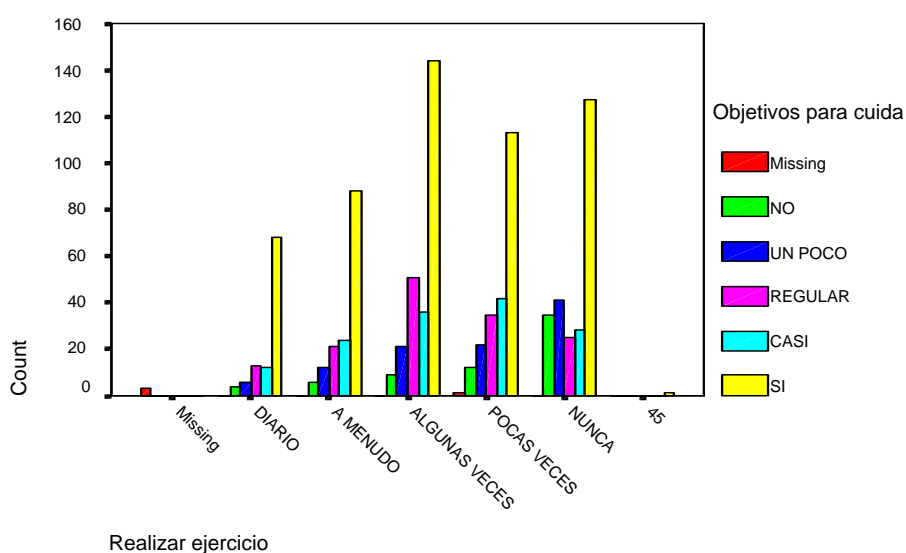


Figura 110. Representa la relación entre realizar ejercicio y plantearse objetivos para cuidar su salud.

Usar hilo dental – Atender rendimiento del cuerpo

Para encontrar la correlación entre las variables, se aplicó la prueba estadística encontrando una significancia de .000, que reporta que si existe relación entre usar hilo dental y atender el rendimiento del cuerpo.

Tabla 111.

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental	DIARIO	3	8	14	13	24	62
	A MENUDO	4	27	32	24	16	103
	ALGUNAS VECES	11	25	70	20	31	157
	POCAS VECES	11	37	55	18	38	159
	NUNCA	61	123	181	58	93	516
Total		90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50.578	16	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.137	.031	-4.348	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.132	.031	-4.204	.000
N of Valid Cases	997			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, donde se encontró que la mayor parte de la población nunca usa hilo dental pero regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

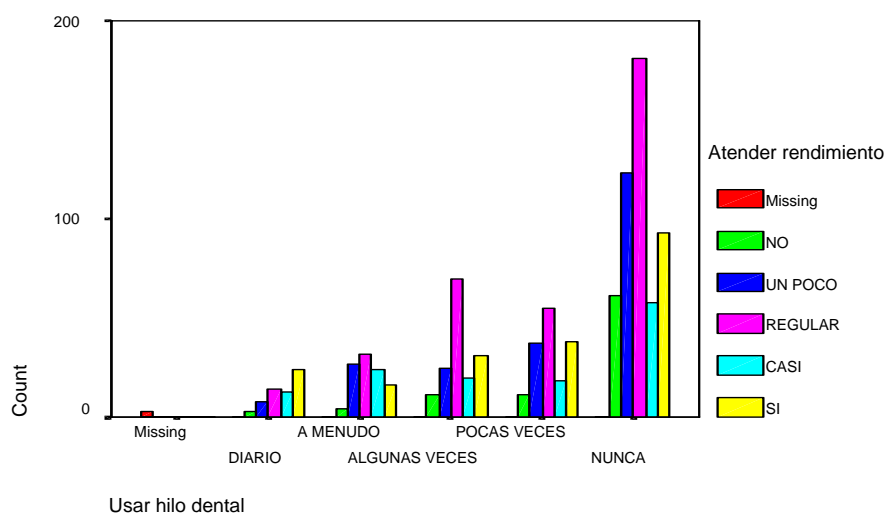


Figura 111. Señala la relación entre las variables “ usar hilo dental” y “atender rendimiento del cuerpo”.

Usar hilo dental – Atender y cuidar salud

Se aplicó la prueba para encontrar la correlación entre las variables donde como resultado una significancia de .000.

Tabla 112.

Count		Atender y cuidar salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental	DIARIO		6	5	3	17	31	62
	A MENUDO	2	1	13	29	28	30	103
	ALGUNAS VECES			13	65	23	56	157
	POCAS VECES		8	22	61	24	43	158
	NUNCA	2	30	111	169	71	133	516
Total		4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	90.566	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.171	.032	-5.458	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.174	.031	-5.575	.000
N of Valid Cases	996			

Muestra los resultados obtenidos al aplicarse la prueba estadística, donde se encontró que la mayoría de la población nunca usa hilo dental y regularmente atiende y cuida su salud.

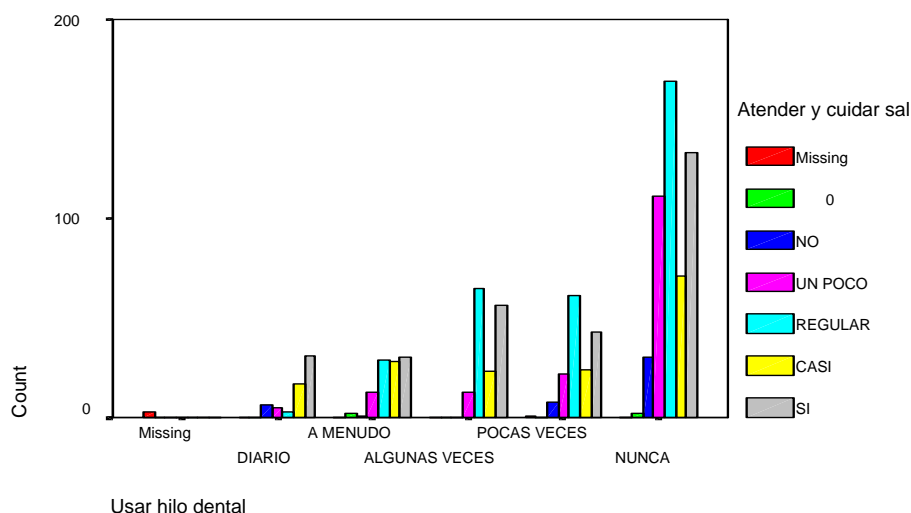


Figura 112. Representa la relación entre las variables usar hilo dental y atender y cuidar su salud.

Usar hilo dental – Pendiente de reacciones de cuerpo

Al establecer la relación entre las variables, la prueba aplicada, nos da como resultado una significancia de .005, lo cual indica que existe relación estadística entre “usar hilo dental” y “estar al pendiente de las reacciones del cuerpo”.

Tabla 113.

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental	DIARIO	2	4	8	11	37	62
	A MENUDO	2	6	25	25	45	103
	ALGUNAS VECE	5	10	41	25	76	157
	POCAS VECES	8	13	30	33	74	158
	NUNCA	30	55	90	58	283	516
Total		47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.511	16	.005

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.036	.030	-1.129	.259
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.003	.031	.090	.928
N of Valid Cases	996			

La tabla 113 muestra los resultados al correlacionarse las variables, en donde se aprecia que nunca usan hilo dental la mayoría de la población (516 de 996) y si están al pendiente de las reacciones del cuerpo.

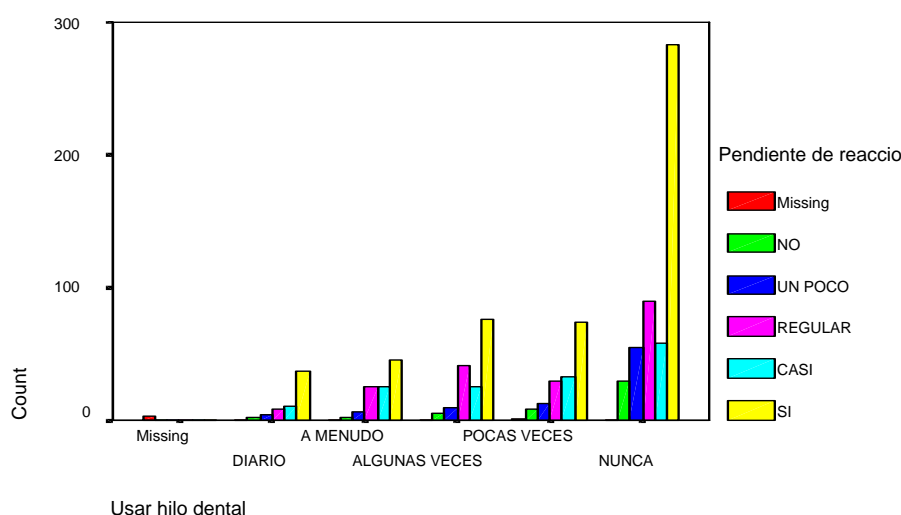


Figura 113. El gráfico ilustra la relación entre usar hilo dental y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Usar hilo dental – anticipar problemas de salud

Al aplicar la prueba a las variables arroja una significancia de .003, lo cual indica que existe relación estadística entre estos datos.

Tabla 114.

Count		Anticipar problemas de salud						Total
		0	NO	JN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental	DIARIO		19	13	8	8	14	62
	A MENUDO		17	23	24	23	16	103
	ALGUNAS VECES		37	32	35	23	30	157
	POCAS VECES	2	46	28	36	25	21	158
	NUNCA		180	97	76	69	94	516
Total		2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.320	20	.003

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.073	.032	-2.312	.021
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.082	.032	-2.592	.010
N of Valid Cases		996			

Muestra la correlación de los datos arrojados al aplicar la prueba que nos indican que la mayoría de la población nunca usa hilo dental y no anticipan problemas de salud.

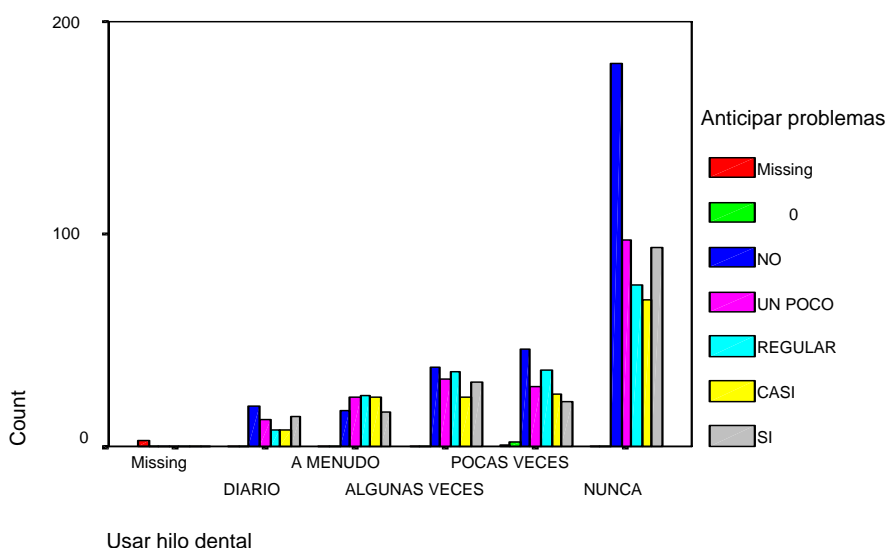


Figura 114. La gráfica lustra la relación entre el hábito de usar hilo dental y anticipar problemas de salud.

Usar hilo dental – Objetivos para cuidar salud

En la prueba aplicada a las variables los resultados nos muestran una significancia de .001, lo que nos muestra que existe una relación estadística entre estas.

Tabla 115.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar hilo dental	DIARIO		4	10	15	33	62
	A MENUDO	6	14	7	17	59	103
	ALGUNAS VECES	7	15	32	33	70	157
	POCAS VECES	14	16	27	23	78	158
	NUNCA	39	53	69	54	301	516
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.551	16	.001

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.021	.029	-.667	.505
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.026	.031	.826	.409
N of Valid Cases		996			

En la tabla 115 exponemos los resultados de la correlación hecha por la prueba, lo que nos arroja que gran parte de la población nunca usa hilo dental y se plantea objetivos para el cuidado de su salud.

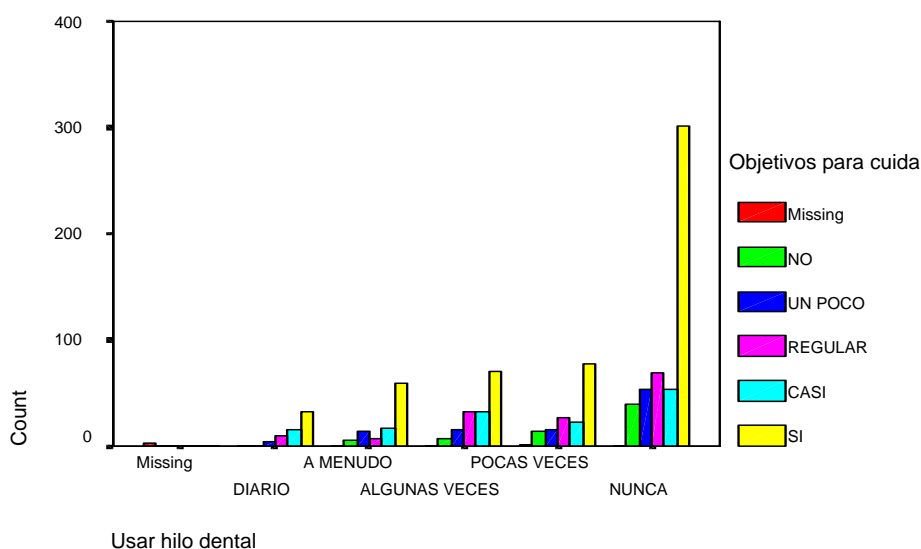


Figura 115. Este gráfico nos ilustra la comparación de las respuestas respecto a las variables “usar hilo dental” y “tener objetivos para cuidar su salud”.

Usar cinturón de seguridad- Atender rendimiento de cuerpo

En lo que se refiere a la correlación de las variables “usar cinturón de seguridad” y “atender el rendimiento del cuerpo”, la prueba estadística arroja una significancia de .001, lo que nos indica que existe relación entre estas.

Tabla 116.

Count	Atender rendimiento de cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad DIARIO	23	65	110	49	89	336
A MENUDO	11	47	85	40	37	220
ALGUNAS VECES	19	36	58	12	26	151
POCAS VECES	8	22	22	10	16	78
NUNCA	29	50	77	22	34	212
Total	90	220	352	133	202	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.140	16	.001

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.136	.032	-4.340	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.140	.032	-4.448	.000
N of Valid Cases	997			

Esta tabla muestra la correlación de las variables al aplicarse la prueba y en donde se encuentra que diario la mayor parte de la población usa el cinturón de seguridad y regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo.

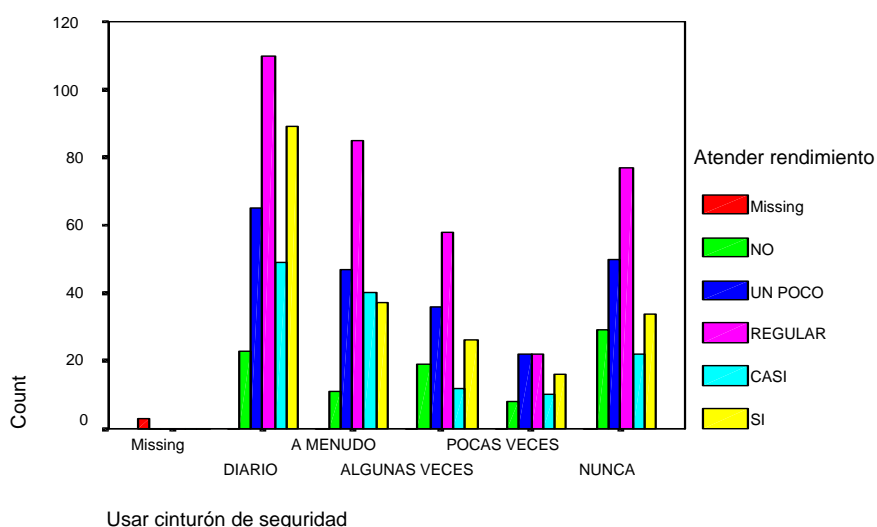


Figura 116. Representa la relación entre usar cinturón de seguridad y atender el rendimiento del cuerpo.

Usar cinturón de seguridad- Atender y cuidar salud

La prueba aplicada a las variables “usar cinturón de seguridad” y “cuidar la salud” nos dio como resultado una significancia de .000, lo cual indica que existe relación estadística entre los datos.

Tabla 117.

Count	Atender y cuidar salud						Total
	0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad DIARIO	2	8	43	86	62	135	336
A MENUDO		5	36	79	42	57	219
ALGUNAS VECES		7	34	57	20	33	151
POCAS VECES		1	13	30	11	23	78
NUNCA	2	24	38	75	28	45	212
Total	4	45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73.970	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.194	.032	-6.243	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.199	.031	-6.391	.000
N of Valid Cases	996			

En la tabla 117 se exponen las correlaciones entre las respuestas de usar cinturón de seguridad (diario, 336 de 996) y de atender su salud (regularmente, 327 de 996) que resultaron estadísticamente significativas.

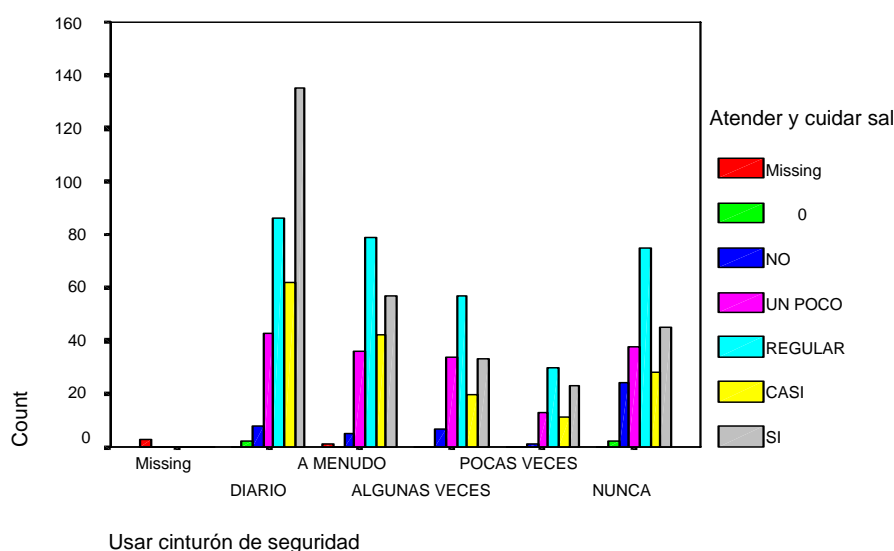


Figura 117. El gráfico representa la relación entre las frecuencias de usar cinturón de seguridad y atender y cuidar la salud.

Usar cinturón de seguridad- Pendiente de reacciones de cuerpo

La significancia de la prueba aplicada a estas variables es de .000, lo que nos refiere que existe relación estadística entre estas.

Tabla 118.

Count	Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad DIARIO	11	20	43	47	215	336
A MENUDO	4	15	57	43	100	219
ALGUNAS VECES	11	24	22	21	73	151
POCAS VECES	3	6	25	16	28	78
NUNCA	18	23	47	25	99	212
Total	47	88	194	152	515	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	72.086	16	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.167	.032	-5.348	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.174	.031	-5.561	.000
N of Valid Cases	996			

Con base en los resultados arrojados de la aplicación de la prueba podemos observar que gran parte de la población usa el cinturón de seguridad diario y esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

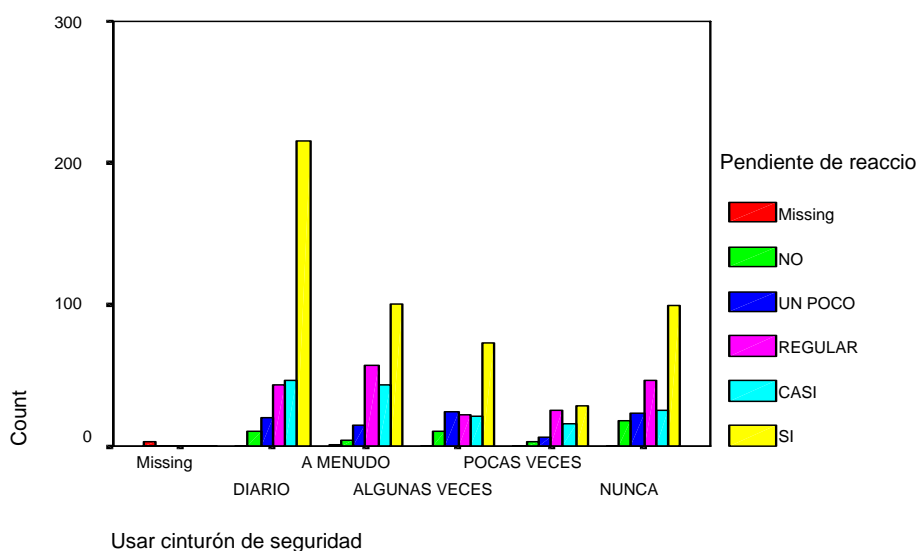


Figura 118. Representa la relación entre usar cinturón de seguridad y estar al pendiente de las reacciones del cuerpo.

Usar cinturón de seguridad- Anticipar problemas de salud

Con respecto a la correlación de estas variables, se observa una significancia de .000, lo que nos indica que existe relación entre “usar cinturón de seguridad” y “anticipar problemas de salud”.

Tabla 119.

Count	Anticipar problemas de salud						Total
	0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad DIARIO		82	59	54	71	70	336
A MENUDO		48	51	44	33	43	219
ALGUNAS VECES	2	50	33	26	22	18	151
POCAS VECES		20	22	13	5	18	78
NUNCA		99	28	42	17	26	212
Total	2	299	193	179	148	175	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	81.343	20	.000

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.178	.031	-5.694	.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.179	.031	-5.745	.000
N of Valid Cases	996			

Se observan los resultados arrojados de la prueba estadística en donde se ve que la mayoría de la población diario usa cinturón de seguridad y no anticipan los problemas de salud.

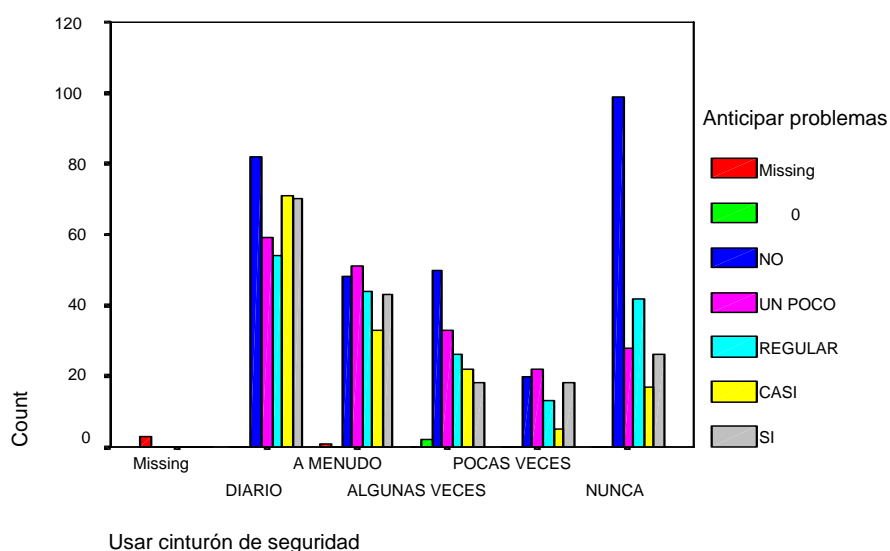


Figura 119. Presenta la relación de “usar cinturón de seguridad “ y “anticipar problemas de salud”.

Usar cinturón de seguridad- objetivos para cuidar salud

Se encontró una relación significativa (.000), entre las variables “Usar cinturón de seguridad” y “objetivos para cuidar salud”.

Tabla 120.

Count		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	17	20	44	41	214	336
	A MENUDO	9	32	34	41	103	219
	ALGUNAS VECES	13	15	25	20	78	151
	POCAS VECES	5	6	17	17	33	78
	NUNCA	22	29	25	23	113	212
Total		66	102	145	142	541	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.669	16	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.111	.032	-3.536	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.115	.032	-3.643	.000
N of Valid Cases		996			

En esta tabla se recogen los resultados de la aplicación de la prueba a los datos, en donde se observa que diario gran parte de la población tiene el hábito de usar el cinturón de seguridad y se plantean objetivos para cuidar su salud.

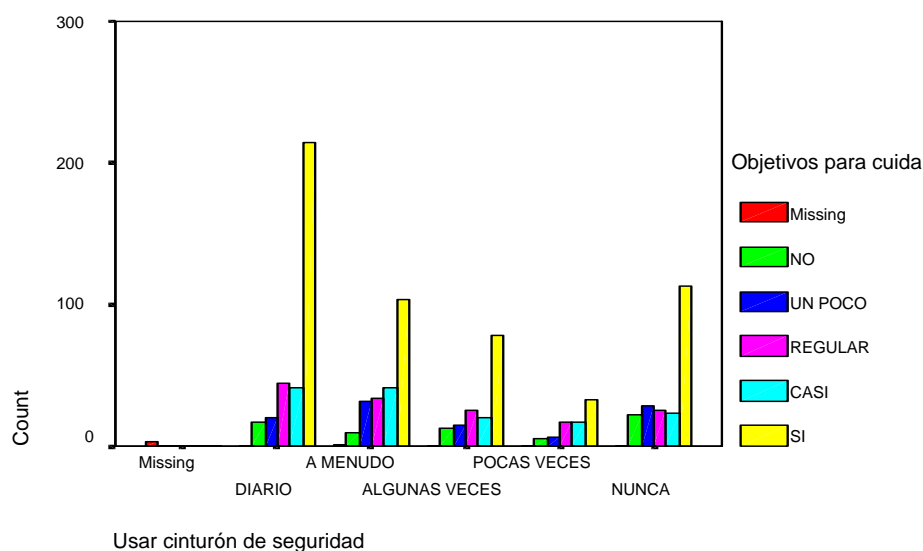


Figura 120. Representa la relación entre usar cinturón de seguridad y tener objetivos para cuidar su salud.

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación indican que, se encuentran relaciones significativas entre algunas de las variables, por lo que a continuación se irán analizando.

Sexo-Hábitos positivos.

En lo que se refiere a beber sin cafeína es significativa la relación entre ambos sexos ya que la mayoría no consume cafeína, sin embargo en la figura 4 se observa que a pesar de que gran parte de las mujeres no consumen café, la siguiente opción es algunas veces y nunca, por lo que los hombres beben mas sin cafeína, (figura 4).

En el hábito positivo de caminar a diario, existe diferencia entre ambos sexos ya que el masculino tiene este hábito a diario y el femenino solamente algunas o pocas veces, por lo que los hombres caminan más que las mujeres, (figura 5).

En la figura 6 observamos que no existe diferencia entre el sexo y comer menos ya que la gráfica es muy similar en ambos casos y nada mas se observa una pequeña diferencia en donde el hombre come menos pocas veces, la mujer algunas veces, esto quiere decir que la mujer atiende mas su alimentación, quizá por cuidar su apariencia física, que a diferencia de los hombres, sabemos que esto no les preocupa tanto. A pesar de cuidar su apariencia física tanto las mujeres como los hombre nunca se preocupan por conocer la cantidad de calorías que consume, ni mucho menos por medir la cantidad de colesterol de su cuerpo (figuras 7 y 13).

En cuanto a el hábito de desayunar sustanciosamente no se encontraron diferencias entre el género, ya que tanto el femenino como el masculino solo algunas veces tienen un desayuno de este tipo. En el caso de las mujeres se encuentra un rango elevado también en pocas veces, esto podría deberse a: cuidar su cuerpo o incluso falta de tiempo, y seguimos encontrando que la población no esta al 100% pendiente de su alimentación (figura 8).

En lo referente a dormir al menos siete horas no existe diferencia entre el género ya que ambos tienen la posibilidad de llevarlo a cabo, como se muestra en la figura 9 en donde vemos que las respuestas son descendentes, esto es, que solo una mínima parte de la población no puede dormir lo que es determinado como “normal”.

No se encuentra diferencia entre el género y el hábito de ingerir alimentos nutritivos ya que ambos lo realizan a menudo, seguido de diario, lo que nos indica que la mayoría de la población procura ingerir alimentos saludables para su organismo, sin embargo encontramos que gran parte de las personas solo algunas veces ingieren vitaminas; en el caso de los hombres seguido de pocas veces y en las mujeres la frecuencia más alta está muy pareja a nunca consumirlas, esto se pudiera deber a lo consideran necesario, ya que están consumiendo alimentos nutritivos. (figura 10 y 11).

En cuanto al hábito de leer sobre el cuidado de la salud encontramos que las mujeres lo hacen pocas veces y los hombres algunas veces, esto debido tal vez a que mientras la gente no presenta problemas de salud no se preocupa tanto por informarse acerca del tema y de la misma manera solo algunas veces platican con amigos sobre salud, (figura 12 y 14).

Al correlacionar sexo con realizar ejercicio hallamos que en el caso de los hombres la frecuencia más alta se encuentra en algunas veces, y las demás respuestas son muy similares en cuanto a frecuencia a diferencia de las mujeres que sus respuestas son ascendentes, teniendo como frecuencia más alta nunca realizar ejercicio, debido tal vez a falta de tiempo o de interés (figura 15).

No se encontró diferencia en el hábito de usar hilo dental ya que ambos sexos, nunca lo usan, debido tal vez, a ser un costo extra a su economía, porque no lo creen necesario o porque no fue algo que les inculcarán en casa o en la escuela (figura 16). De igual manera no se encuentran diferencias en el hábito de usar cinturón de seguridad ya que los resultados arrojan que ambos sexos diario lo utilizan, sin embargo en el caso de las mujeres podemos observar que la segunda respuesta más alta es nunca (figura 17).

Sexo- hábitos negativos

En cuanto a los hábitos negativos relacionados con el sexo se encontró que existe diferencia significativa entre éstos, donde pocas veces abusan del consumo de sal , sin embargo en el caso de las mujeres es frecuente también que nunca lo hagan, esto puede ser debido a que se preocupan por su salud.(figura 18).

El consumir caféina les resulta poco atractiva a las población estudiada ya que pocas veces lo ingieren, en el caso de los hombres se observa una frecuencia igual para las respuestas pocas veces y diario, lo que significa tal vez que no les gusta o bien por cuestiones saludables.(figura 19)

El hábito de comer entre comida muestran que algunas veces tanto hombres como mujeres lo llevan a cabo, seguido de pocas veces, esto puede ser por sus actividades cotidianas o bien por algún antojo. (figura 20).

Para el consumo de tabaco se observa el desinterés por parte de la población ya que nunca lo consumen, lo indica que existe relación significativa. (figura 21).

Al correlacionarse el sexo con ingerir comida chatarra observamos que gran parte de la población algunas y pocas veces tiene este hábito, lo cual indica un interés por cuidar su alimentación. (figura 22).

Con lo que se refiere al hábito de manejar rápido se encontró para ambos sexos que nunca lo hacen , aunque también los hombres lo hacen pocas veces. esto nos indica tal vez que su respuesta es debido a conductas responsables y precavidas.(figura 23.)

En la figuras 24, 25 y 26 encontramos que los hombres pocas y algunas veces ingieren cerveza a diferencia de las mujeres que nunca lo hacen, sin embargo en ocasiones pocas veces lo ingieren, esto nos revela que a los hombres les agrada más consumir cerveza que a las mujeres. En lo que se refiere a beber tequila encontramos que las mujeres nunca lo consumen aunque en ocasiones pocas veces lo beben a diferencia de los hombres que lo hacen pocas y algunas veces. por tanto vemos que en el sexo masculino se tiene más preferencia tal vez por gusto o bien por alguna situación personal.

Referente al consumo del vino encontramos que no existe significancia y nos revela que las mujeres continúan con un desinterés o falta de gusto del consumo de este tipo de bebidas a diferencia de los hombres que son más a beberlo, por lo tanto se puede decir que el sexo masculino tiene más preferencia por bebidas alcohólicas que las mujeres que pueden estar más al pendiente de su salud.

No se encontró diferencia significativa en el consumo de drogas ya que en ambos sexos nunca tienen este hábito, por lo tanto podemos decir que la muestra estudiada se preocupa y esta al pendiente de su salud. (figura 27).

Escolaridad- hábitos positivos

Al correlacionarse los hábitos positivos con escolaridad se encontró que personas que cuentan con carrera profesional y técnica son aquellos que se preocupan más por su estado de salud y están más al pendiente de las reacciones de su cuerpo esto puede ser debido al nivel de estudios que tienen o bien por salud específicamente. Sin embargo no todas las correlaciones son significativas como es el caso de la (figura 30, 31, 32 y 37). En donde se observa en todas las escolaridades que pocas veces comen menos, esto puede ser por el tiempo, sus actividades cotidianas o simplemente por preocuparse por su salud.

Por otro lado a pesar de tener una escolaridad de menos a más nunca se preocupan por conocer las calorías que consumen en sus alimentos, situación que es importante considerar para su desarrollo físico y mental, y esta conducta puede deberse a que no les interesa o no le toman importancia a informarse acerca de lo que consumen.

De esta manera se encontró que la mayoría de la población algunas y pocas veces desayunan sustanciosamente específicamente los profesionales, que puede deberse a que no cuentan con el tiempo suficiente para poderse dar esa satisfacción.

Con lo que se refiere a platicar con amigos de salud resultó no tener significancia en relación a la mayoría de la población que son profesionales o que cuentan con una carrera técnica ya que solo algunas y pocas veces llegan a tocar este tema, a pesar de tener los conocimientos.

Escolaridad- hábitos negativos

En cuanto a la escolaridad con abusar de salud encontramos que no es significativo ya que pocas veces lo hacen, teniendo como frecuencia más elevada a los profesionales, esto se deba quizá a que conocen sobre los riesgos que el consumo de este alimento trae (figura 40).

En el consumo de cafeína observamos que en la población profesional están muy similares las respuestas en a menudo, diario y algunas veces al igual que los otros niveles por lo que podemos decir que la mayoría de la población es consumidora de café esto debido tal vez a los efectos que produce la cafeína como el quitar el sueño, agilidad en las actividades, etcétera (figura 41).

La población en general menciona que solo algunas veces y a menudo comen entre comidas, ya que como sabemos en nuestro país debido a las actividades y al trabajo o escuela es imposible tener un horario fijo de comida, lo que podría relacionarse con el consumo de comida chatarra, en donde la población tiene este hábito algunas y pocas veces que posiblemente sea cuando no se come a sus horas (figura 42 y 44).

En la variable consumir tabaco no existe significancia, ya que según sus respuestas en todos los niveles nunca lo consumen (figura 43).

En cuanto a manejar rápido observamos que en todos los niveles de escolaridad la mayor frecuencia señala que nunca lo llevan a cabo, podríamos pensar que por precaución o por que la ciudad de México las calles y carreteras están muy congestionadas para hacerlo (figura 45).

En el consumo de cerveza, vino y tequila en todos los niveles de escolaridad coinciden en que pocas veces o nunca tienen el hábito de ingerir alguna de estas bebidas, lo que nos lleva a pensar que la menor frecuencia en cada una de estas es la mayor en otra, es decir que mientras unos prefieren la cerveza, otros el tequila o el vino. E cuanto al uso de drogas todos los niveles coinciden en que la mayoría de la población no las consumen nunca (figuras 46, 47, 48 y 49).

Creencias y actitudes saludables (vigilancia salud)-hábitos positivos.

De la figura 50 a la 54 podemos observar que la mayoría de la población a diario bebe sin cafeína, y al correlacionarse con las creencias de salud tenemos que la mayoría de la población regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo y atiende y cuida su salud; si esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo y se plantea objetivos para el cuidado de su salud; no anticipa problemas de salud, con lo que podemos decir que la gente bebe si cafeína por cuidarse , porque conoce los riesgos o consecuencias que tiene.

Con lo que se refiere a caminar a diario con relación a las variables vemos que gran parte de la población lo lleva a cabo y al correlacionarse con las creencias de salud tenemos que la mayoría de la población regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo y atiende y cuida su salud; si esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo y se plantea objetivos para el cuidado de su salud; no anticipa problemas de salud, por lo que podemos decir que si la gente camina a diario no es pensando en anticipar un problema de salud, pero si con la idea de que es bueno para el cuidado de la misma (figura 55-59).

En el hábito de comer menos observamos que la población pocas o algunas veces lo realizan y al correlacionarse con las creencias de salud tenemos que la mayoría de la población regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo y atiende y cuida su salud; si esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo y se plantea objetivos para el cuidado de su salud; no anticipa problemas de salud, con respecto a esto analizamos que si la gente come de mas es porque no anticipa problemas de salud este debido talvez a que no conoce que llevar un régimen de alimentación adecuado puede prevenir enfermedades o porque por el gusto inmediato que provoca consumir algunos alimentos (figuras 60-64). Referente a esto la gente nunca se preocupa por conocer las calorías que ingiere y de igual manera regularmente atiende y cuida su salud, esta al pendiente de las reacciones y se plantea objetivos todo esto para el cuidado de su salud, sin embargo como ya se menciono no anticipa problemas de salud porque no tiene interés por conocer si lo que esta consumiendo es benéfico para su organismo (65-69).

Como ya vimos al correlacionarse con las creencias de salud con los hábitos positivos, en todos tenemos que la mayoría de la población regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo y atiende y cuida su salud; si esta al pendiente de las reacciones de su

cuerpo y se plantea objetivos para el cuidado de su salud; no anticipa problemas de salud, con lo que se refiere a desayunar sustanciosamente podemos ver que la mayoría de la población algunas veces tiene este hábito, por lo que el único dato significativo es que no anticipa problemas de salud ya que este hábito no es constante (figura 70-74).

En la variable dormir al menos siete horas hallamos que la gente diario tiene este hábito por lo que el único dato que no es significativo es el de anticipar problemas de salud ya que si lo llevan a cabo están al pendiente de su salud (figuras 75-79),

Las figuras de la 80 a la 84 se refieren al hábito de ingerir alimentos nutritivos, en donde la gente a menudo lo realiza, por lo tanto esta al pendiente de su cuerpo pero no siempre y cuando esto sucede no anticipa problemas de salud; en cuanto a ingerir vitaminas encontramos que solo algunas veces lo realizan, y podemos analizar que si no las consumen es debido a que como se menciona a mentido tratan de comer sustanciosamente (figuras 85-89).

Encontramos que gran parte de muestra estudiada algunas veces leen sobre el cuidado de su salud, esto nos dice que la tener mayor información, puede plantearse objetivos para estar al pendiente y al cuidado de su salud (figuras 90-94).

En cuanto a que las personas midan su nivel de colesterol encontramos que nunca lo llevan a cabo es por esto que en la variable de anticipar el cuidado de salud la correlación es significativa ya que si no se preocupan por tener este hábito no conocen como se encuentra su organismo y por lo tanto no se cuidan por pensar que están sanos (figuras 95-99).

Solo algunas veces gran parte de la población platica con sus amigos sobre salud, lo que genera retroalimentación y la oportunidad de ampliar sus conocimientos que pueden ser útiles para el cuidado de su cuerpo y salud (figuras 100-104).

De la figura 105 a la 109 nos señala que gran parte de la población algunas veces o nunca realizar ejercicio físico, pero también nos dice que esta población cuida su salud, esta al pendiente de ella, se plante objetivos par su cuidado, lo que resulta contradictorio y nos hace pensar que tienen otras maneras de cuidarse y el ejercicio o lo realizan por falta de tiempo, interés o porque piensen que no lo necesitan por estar saludables. Al

igual nos resulta discordante que en el hábito de usar hilo dental la mayoría de la población nunca lo utiliza y se menciona que están al pendiente de su salud por lo que también es posible que crean que no es necesario utilizarlo o por falta de costumbre (figura 110-114).

En cuanto al uso del cinturón de seguridad observamos que la población diario lo utiliza, esto porque regularmente atiende el rendimiento de su cuerpo y atiende y cuida su salud; si esta al pendiente de las reacciones de su cuerpo y se plantea objetivos para el cuidado de su salud; no anticipa problemas de salud; si la gente se preocupa va a tener la precaución y va a cuidar su salud evitando un accidente, esto no solo en el caso personal ya que en la mayoría de los casos la persona que maneja se preocupa porque los demás integrantes lleven a cabo este hábito (figura 115-119).

Creencias y actitudes saludables (vigilancia salud)-hábitos negativos.

Las respuestas arrojadas por la población en el caso de las creencias y actitudes son que regularmente atienden el rendimiento de su cuerpo y atienden y cuidan su salud; siempre están al pendiente de las reacciones de su cuerpo y se plantean objetivos para el cuidado de su salud y no anticipan problemas de salud, estas respuestas se correlacionaron con cada uno de los hábitos negativos, los cuales se describirán a continuación.

Al correlacionarlas con el abuso de sal encontramos que la mayoría de la población pocas veces tiene este hábito, los datos significativos se encontraron en que la gente atiende y cuida su salud, por lo mismo no lo hace ya que tiene el conocimiento de que este producto provoca problemas a la salud, otro dato significativo es que no anticipan problemas de salud ya que aunque lo realizan poco hay quienes si lo hacen, y entre las personas que lo hacen poco puede ser que lo hagan por que se los prohibieron pero no para evitar un problema de salud.

En cuanto a beber cafeína lo realizan algunas veces o incluso diario y se encontró que los datos no son significativos, pudiendo señalar que si las personas no anticipan problemas de salud, consumen cafeína talvez por el placer inmediato que causa el consumo sin tener en cuenta que hace daño o no ver problemas inmediatos.

Algunas veces la mayoría de la población come entre comidas. La gente atiende y cuida su salud y esta pendiente de las reacciones de su cuerpo, sin embargo el estilo de vida que lleva la mayoría de la gente evita poder tener horarios establecidos para comer, por lo que el dato no significativo se refiere a que la población no plantea objetivos para el cuidado de su salud, ya que debido a estas circunstancias es difícil programar un horario.

Se encontró que la mayoría de la población nunca consume tabaco, ya que si se tiene el conocimiento de que es un producto dañino para la salud y la población esta pendiente de ella, no lo van a hacer. Por otro lado en el hábito de consumir cerveza, vino y tequila encontramos que nunca o pocas veces lo hacen, como se mencionaba anteriormente, ya que ningún dato es significativo y debido a las características de la población mexicana es probable que la gente que no consume cerveza, es porque prefiere, las otras opciones y viceversa. En cuanto al hábito de consumir drogas la mayoría de la población marca que nunca lo hace y el dato significativo es porque se plantean objetivos para el cuidado de su salud.

En la variable ingerir comida chatarra, la mayoría de la población tiene este hábito pocas y algunas veces por lo que es un dato significativo ya que como vemos la gente esta pendiente de el cuidado de su salud y de las reacciones de su cuerpo, por lo que se cuidan de no hacerlo.

Gran parte de la población nunca maneja rápido y en la correlación con las creencias y actitudes encontramos que el dato significativo se encuentra en que se plantean objetivos para el cuidado de su salud, esto es que si la gente tiene conciencia de que este hábito les puede ocasionar un accidente e incluso la muerte, tratan de evitarlo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como puede observarse, de acuerdo con la revisión teórica han existido cambios a nivel mundial que dejan atrás a las enfermedades infecciones y epidemias, las cuales antiguamente eran causa de muerte; actualmente el panorama ha cambiado existen problemas como la desnutrición, la violencia, la accidentalidad, las enfermedades crónicas degenerativas, que son la causa de muerte y que son provocadas por hábitos negativos de las personas.

De acuerdo con Matarazzo, (1995) esto ha despertado el interés de la Psicología de la salud, ya que las enfermedades crónicas duran mucho tiempo, lo que requiere de mayor atención y gastos, a diferencia de las enfermedades infecciosas que frecuentemente se pueden curar con rapidez; las infecciosas las causa un virus, las crónicas regularmente son causadas por comportamientos de la gente o estilos de vida, y por lo cual podrían prevenirse; las crónicas se dan con mayor frecuencia en ancianos y adultos (que en la mayoría de las ocasiones son portadores, del ingreso económico al hogar) y las infecciosas suelen atacar a niños y jóvenes.

La psicología de la salud es considerada como un área de especialización, que surge como una alternativa para dar respuesta a diversa demandas de salud y consideramos la definición de Matarazzo la mas completa: “Conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitario”.

Hay que recordar que la psicología de la salud tiene diferentes funciones que son: la promoción de salud, la prevención, la evaluación ,el mantenimiento y tratamiento de las enfermedades. Desde nuestro punto de vista, es mejor prevenir, las enfermedades y esto adquiriendo hábitos positivos de salud y dejando a un lado las creencias y actitudes negativas hacia nuestra persona que nos impiden tener buenos hábitos. Sin embargo, cuando ya existen es importante darle un seguimiento y tener un tratamiento

adecuado. Otro de los aspectos importantes de la prevención que cuando ya existe la enfermedad representa costos económicos muy altos para las instituciones de salud y también para la población que las padece, debido a que toda enfermedad implica un desgaste físico, psicológico, social, etcétera.

El médico alemán Bernhard Christoph Faust considera que existen medios particulares por los que un cuerpo fuerte y saludable puede ser afectado o deteriorado, estos son: una mala educación; por una corrupta forma de vida; por intemperancia en el comer y beber; por alimentos nocivos, y licores espirituosos; por respirar aire dañino, por molestias ocasionadas por excesivo ejercicio o por inactividad; por calores y fríos excesivos; por aflicción, penas, sufrimientos y miseria, y por muchas otras condiciones el cuerpo puede ser dañado y cargarse de enfermedad (Restrepo, 2001).

Uno de los principales problemas en esta disciplina es precisamente el mantenimiento de hábitos para la salud y estos se ven cuartados por las creencias que tienen las personas. Desde tiempo atrás las creencias acerca de la salud marcaban las conductas de los seres humanos. Podemos darnos cuenta que hoy en día la gente continúa haciendo uso de éstas y que por tanto no acuden al médico para remediar algún malestar.

Según Ardila (1992), la salud esta determinada por factores sociales estructurales que tienen que ver con la distribución de recursos, la ocupación, clase social, género, etcétera, todo lo cual esta mediado por normas culturales. En está investigación se encontró que no hay diferencia significativa en cuanto al género excepto en que los hombre caminan un poco mas que las mujeres y que realizan mas ejercicio que las mujeres, los hombre manejan rápido un poco mas que las mujeres pero en general nunca lo hacen. En cuanto al consumo de tequila, cerveza y vino el hombre lo consumen más que las mujeres. En escolaridad tampoco se encontró diferencias significativas en cuanto a la escolaridad a excepción de que los profesionistas y con carrera técnica salieron mas altos en desayunar sustanciosamente, aunque solo lo hacen a veces o pocas veces debido tal vez, a que tienen el conocimiento de que no deben dejar de desayunar bien pero sus actividades se los impide por lo tanto no lo hacen o comen cualquier cosa.

Según Koos menciona que las personas con profesión o trabajo no le dan la importancia a los síntomas que presentan en su organismo ya que para ellos ninguna es razón suficiente para acudir al médico.

También, se encontró que la frecuencia más alta en platicar a cerca de salud lo realizan los profesionales y con carrera técnica, sin embargo, sólo lo hacen pocas veces asimismo sucede con el reactivo de leer acerca de salud, tal vez, porque no lo creen necesario al menos que ya se tenga una enfermedad, y si lo que se pretende es prevenir, las personas deberían de hablar a cerca del tema antes de que se presenten las enfermedades, con el fin de conocer y poder adquirir buenos hábitos de salud. Como menciona Millar y Grush (1986), que cuando una persona actúa de forma automática, sus actitudes se van a ver adormecidas, es decir “Nuestras actitudes guían nuestro comportamiento si pensamos en ellas y hablamos de ellas. Las personas autorreflexivas por lo general son concientes de sus actitudes.

Por otro lado Restrepo, (2001), menciona que después de la conquista de América uno de los hechos más negativos fue el gusto que despertó el tabaco y el aumento de su consumo hasta la fecha, es un hábito negativo que en la muestra de esta investigación no resulto significativo ya que mencionan que no lo consumen. Este hábito negativo de salud es uno de los que más muerte generan en las personas. Las investigaciones indican que actualmente el patrón de fumadores entre hombres y mujeres es casi igual, en este estudio encontramos que los hombres son los que más consumen tabaco. Las investigaciones también arrojan que, generalmente las personas con mayor grado de educación y mejor nivel socioeconómico fuman menos que las condiciones contrarias, en promedio cerca de 400,000 personas mueren al año por alguna enfermedad ocasionada por el humo del cigarro. Este trabajo nos dice que no existe diferencia significativa en el grado de escolaridad que tienen el conocimiento de que dañino por lo tanto, están al pendiente y cuidado de su salud.

Sin embargo, consideramos que al ser uno de los hábitos que más muertes genera, la muestra de este estudio no es significativa de la población mundial; constatando lo que menciona Goldstein, (1991): que la relación entre la conducta de consumo de tabaco y ciertos problemas de salud que a menudo debilitan y llevan a la muerte, como las

enfermedades cardiovasculares, pulmonares y de cáncer parece estar claramente establecidas.

Otro de los hábitos negativos se refiere a la dieta. Los alimentos ricos en grasa y el abuso de sal favorece a la hipertensión y a la hipercolesteremia que son dos importantes factores de riesgo en enfermedades cardíacas (Costa y López, 1986). La mayoría de la población no se preocupa por conocer las calorías que ingiere ni por medir el nivel de colesterol porque están sanos y no lo creen que sea necesario. Sin embargo si miden la cantidad del consumo de sal, lo que significa que atienden problemas de su salud porque saben que es un producto que les provoca un daño.

Según Elizondo (2002), lo ideal es que un desayuno completo debe incluir leche, fruta, azúcar, miel, cereales, pan y aceite de oliva. Que si se come algo entre comidas se debe prescindir de grasas y azúcares y pensar en sustituirlos por yogures o nueces (tentempiés).

La población de esta investigación solo algunas veces desayuna sustanciosamente, a menudo ingieren alimentos nutritivos, ingieren vitaminas algunas veces, comen entre comidas pocas veces, por lo que solo algunas veces anticipan problemas de salud esto depende del estilo de vida, los horarios y el tiempo que a veces no existe para comer, lo que provoca que en ocasiones consuman comida chatarra; por lo que coincidimos con Goldstein y Krasner (1991, p 94) que mencionan que “ Es importante comprender cómo el trabajo y su horario determinan el flujo y el reflujo de la vida de las personas... el horario de trabajo dicta la hora de levantarse, comer, de relacionarse y dormir...”

Entre uno de los hábitos de salud más importantes que mencionan Vargas y Palacios (1993) se encuentra el dormir de siete a 8 horas; los resultados de este trabajo arrojan que la muestra si lo lleva a cabo.

Por otro lado, las investigaciones relacionan la actividad física con el rendimiento intelectual, psicológico, social e incluso en el rendimiento en el trabajo (Elizondo 1996). Basta con dedicarse 15 ó 30 minutos diarios a hacer ejercicio moderado 3 ó 4 veces por semana para que el organismo lo agradezca (Goldstein, 1991). En esta investigación existe diferencia en el género ya que los hombres algunas veces caminan a diario y las

mujeres nunca. Puede ser que lo realicen porque se plantean objetivos para el cuidado de su salud, o simplemente por cuestiones de vanidad, o no realizan por falta de tiempo o interés.

De acuerdo con Morales (1999) las personas jóvenes mueren con mayor frecuencia a causa de accidentes o de daños no intencionados o por cualquier otro motivo. La mayoría de las muertes en accidentes automovilísticos son debido a que no se utiliza el cinturón de seguridad, en este estudio la población analizada se plantean objetivos para el cuidado de su salud y de sus acompañantes ya que siempre lo utilizan.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996), mencionan que algunos contextos son relevantes en cuanto a los estilos de vida, como el contexto urbano, el familiar, el laboral y el de ocio. Uno de los más importantes el contexto laboral que ha sido objeto de importantes estudios. El número de horas que el individuo permanece el trabajo y las condiciones espaciales y ambientales hacen que sea un contexto de especial relevancia para la salud y el bienestar, ya que dependiendo de las horas, el ambiente y el trabajo en sí son aspectos que influyen para el cuidado de la salud.

Si nos ponemos a analizar podemos darnos cuenta que todo esta inmerso en nuestras vidas y somos muy vulnerables a estilos no saludables. Por ejemplo aunque se diga que el estado socioeconómico no influye necesitas ir a la escuela porque si no, no te enseñan hábitos, a cuidarte, etc., entonces la gente indígena...puede enfermar con mayor facilidad. En cuestión del aire dañino existen muchas ciudades con alto grado de contaminación y la gente no podría irse, muchas veces, a vivir a otro lado. La gente que hace ejercicio puede enfermar por algún exceso y si no realizas ejercicio también por la inactividad del cuerpo; si hace mucho calor puede ser malo, si hace mucho frío las enfermedades respiratorias; nos enfermamos también por penas, sufrimiento, aflicción, y creo que a todas las personas les pasa algo de lo mencionado por lo menos una vez a la semana, en el trabajo, con la familia, con la pareja, etc.; y aunque no se podría un estado de bienestar al 100% en todos los aspectos por lo menos si podríamos buscar el equilibrio en todos los ámbitos de nuestras vidas.

Como ya vimos las actitudes y creencias son factores determinantes para la conducta de la salud por lo tanto es de suma importancia la promoción y educación para la salud tanto a nivel población como a nivel personal y es fundamental que el ser humano tenga conocimiento necesario de las implicaciones y e importancia de una buena salud y así poder evitar las enfermedades.

Por ejemplo, antiguamente se portaban amuletos para alejar espíritus malignos como lo menciona Herreman, (1987) y en la actualidad las madres con sus hijos les colocan un amuleto que le llaman “ojo de venado” con la finalidad de que la mala vibra de las personas no les llegue a su hijo y puedan enfermarse.

Otro ejemplo, es que antiguamente los brujos eran los encargados de realizar las curaciones y utilizaban algunas hierbas, aún en esta época siguen existiendo este tipo de personas y no obstante en algunas casas las madres utilizan un huevo y ruda cuando sus hijos tienen un constante llanto, en vez de acudir al médico para detectar la causa del malestar.

Un ejemplo más serían “las purgas”, que consiste en tomar ciertas sustancias que hagan desechar del cuerpo todo lo malo, esta actividad era realizada por nuestros antepasados, hoy en día alguna gente lo realiza cuando hay constantes malestares estomacales sin tener en cuenta que al contrario están dañando su organismo ya que al vomitar se generan ácidos que dañan el estómago.

Los aztecas creían que su salud dependía de lo que dijeran sus signos zodiacales, mucha gente en esta época sigue creyendo en los pronósticos de los signos o pensando que si les ocurrió algo es por las predicciones astrales.

Con respecto a la religión antes se creía, como en Egipto, que la enfermedad era un castigo de los dioses y la curación estaba en la confesión de los pecado, el arrepentimiento y la fe y ahora hay gente que sigue creyendo que la enfermedad que poseen se debe a un castigo de Dios y dicen tener fe en curarse sin acudir al médico.

Hay que tomar en cuenta que en muchas ocasiones la gente no acude al médico porque crea tanto en esto si no por las reacciones que muchas veces provoca el medicamento,

por el tiempo que se invierte en asistir en este caso al servicio público y también por el dinero que se invierte en acudir al médico particular, además del gasto que generan los medicamentos. Algo que no ha cambiado es que anteriormente los Griegos decían que las personas que tenían derecho a los servicios de salud era la gente con poder y dinero o los reyes y gobernantes; actualmente las personas que no tienen una buena solvencia económica tienen problemas por lo costoso de las medicinas o la atención médica, y porque no se pueden dedicar a cuidar su cuerpo cuando muchas veces trabajan la mayor parte del día para poder sobrevivir, asimismo no pueden cumplir con todas las indicaciones del médico como hacer ejercicio (porque no tienen tiempo) o una dieta específica (porque no cuentan con recursos para solventar los gastos que esto implica).

Si bien es cierto que estas prácticas se han realizado por mucho tiempo no descartamos otros enfoques como por ejemplo la medicina alternativa como es la acupuntura que se ha realizado en China desde hace muchos siglos y actualmente es una de las opciones de medicina que la gente busca por ver resultados positivos. También vemos que muchas de las hierbas que se usan desde nuestros antepasados tienen propiedades curativas y que la gente las consume porque les funciona.

También desde hace muchos siglos los chinos observaron determinantes de la enfermedad que hoy se consideran importantes para la psicología de la salud como el clima, la alimentación, los estados emocionales y el ejercicio.

Son muchas las personas que se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Es por esto que la intervención de un psicólogo es de suma importancia ya que puede realizarse en tres niveles: el primario que se refiere a la detección de factores de riesgo, el secundario que son las acciones para identificar y tratar enfermedades y el terciario referente a las acciones sobre la enfermedad ya presente, (Ramírez, 1996; cit. en: Velásquez, 2001).

La salud es un estado muy variable, que depende de las actitudes de las personas así como de sus hábitos por lo que coincidimos con lo que dice San Martín (1981), que la salud debe de estar constantemente cultivada, protegida y fomentada, y el factor mas importante para lograr esto es el nivel de vida, la calidad del ambiente en que vivimos y nuestro comportamiento.

Por otro lado es importante mencionar que la actitud forma parte de la percepción de uno mismo, así que es necesario reflexionar si en realidad se adquieren de acuerdo a la experiencia vivida, o bien son meramente imitación.

La Psicología es una ciencia que nos permite conocer y explicar el comportamiento de la conducta humana ,hay que considerar que en el caso de la Psicología de la salud es de suma importancia el estudio y las investigaciones ya que estamos hablando de la calidad de vida de las personas, por lo que es fundamental realizar estudios para la prevención y que sirvan a las futuras generaciones, ya que vivimos en mundo que cada vez genera más estrés, lo que se ve reflejado en el estado de salud, tanto físico como mental.

Es importante tener en cuenta y considerar para futuras investigaciones que la población sea equitativa en cuanto al género, edad y escolaridad, para un mejor análisis y comparación.

ANEXO NO. 1

REACTIVOS:

"FUNCIONAMIENTO DE SALUD" (FS)

"FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL" (FP)

Instrumento “Funcionamiento de la salud”.

ESCALA	REACTIVOS
Hábitos de salud	
HP	17,18, 20, 21, 23, 24. 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38.
HN	15, 16, 19, 22, 29, 33, 35, 36.

Creencias y actitudes de salud	
VS	46, 47, 53, 59, 65

BIBLIOGRAFÍA

- Alcantara j. A (1988). **Como educar las actitudes**. Aula practica: España
- Alonso-Fernández, F.,(1978). **Psicología médica y social**, 4ª. Ed., Madrid: Paz Montalvo
- Álvarez a. R. (1988) **Salud pública y medicina preventiva**. Manual Moderno: México
- Amigo, V., Fernández, R. y Pérez A. (1998). **Manual de Psicología de la salud**. Madrid: Pirámide.
- Ardila, R. (1992). Colombia **Salud y Psicología**, Avances en Psicología clínica Latinoamericana: En: Oblitas 2000. **Psicología de la Salud**. México: Plaza y Valdés.
- Ardila, R. (2000). **Prevención Primaria en Psicología de la Salud**. En: L. Oblitas y E. Becoña (Eds), **Psicología de la Salud**. México: Plaza y Valdez.
- Asthan, J y Seymour, H (1988). **La nueva salud pública**. Masson, S.A.: Barcelona
- Bayes, R., (1985) **Psicología oncológica**, Barcelona: Martínez Roca
- Becoña, E., Vásquez, F. y Oblitas, (1995) “**Antecedentes y desarrollo de la psicología de la Salud**”, **Psicología Contemporánea**, 2.
- Becoña, E., Vásquez, F., y Oblitas, L. (2000). **Psicología de la salud. Antecedentes, Desarrollo, Estado actual y perspectivas** en E. E y L. Oblitas, **Psicología de la Salud**. México: Plaza y Valdés.
- Becoña, E., Vásquez, F., y Oblitas, L. (2000). **Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía?** en E. E y L. Oblitas, **Psicología de la Salud**. México: Plaza y Valdés.

- Blanco R. y Maya M. (2000) **Fundamentos de salud pública Tomo I.** Corporación para investigaciones biológicas: Colombia
- Botella, C. (1996) **En defensa de la psicología clínica. Análisis y Modificación de Conducta**, 22: 181-217.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001) **Psicología de la Salud.** Madrid: Paraninfo.
- Bowderich, B. (1990) **Bases psicosociales de la atención médica.** Editorial Limusa: México
- Buceta, J. y Bueno, A. (1996) **Tratamiento de hábitos y enfermedades.** Madrid: Pirámide.
- Buceta, J. y Bueno, A. (1995) **Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados.** Madrid: Dickinson
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996) **Manual de evaluación en psicología Clínica y de la salud.** Madrid: Siglo XXI
- Buela-Casal, G. y Caballo, E., (1991). **Manual de Psicología Clínica Aplicada.** España: Siglo XXI.
- Carrobles, J.A. (1985) **Psicología clínica y modificación de conducta: desarrollo histórico.** En J.A. Carrobles (ed.): *Análisis y Modificación de la Conducta II. Vol.1* Madrid: UNED.
- Casullo, M., Franck, R., Fernández B., García M., Fuentes D., González B., Ferrer P., Àvila E., Jiménez G., González M., (1996). **Evaluación psicológica en el campo de la salud,** Barcelona: Paidós.
- Colomer, R y Álvarez-Dardet (2001). **Promoción de salud y cambio social.** Barcelona: Masson.
- Costa M. y López E.(1996). **Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida.** España. Pirámide.

- Costa, M. Y López, E. (1986), **Salud comunitaria**, Barcelona: Martínez Roca I.
- Crawford A. y Curry K. (1987) **Enfermedad psiquiátrica y salud mental**. Manual moderno. México pp. 17-27.
- De la Fuente, R. (1992). **Psicología médica**. Fondo de cultura económica: México
- Di Pardo, R., “**Los patrones socioculturales de la alcoholización en México**”, JANO, 44, 1993, p.p.129-136.
- Elizondo, M. Y Cid, G. (2002) **Principios básicos de salud**. Limusa: México. Pp7-16, 31-
- Fernández, F. (1989) **Psicología medica y social**. Salvat editores: Barcelona
- Fernández , R. (1994) **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**, Madrid, Pirámide.
- Fernández, R. (1996) **Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas Metodológicos**. En: Carsullo M. (ed) **Evaluación psicológica en el campo de la Salud**. España: Paidós.
- Goldstein, A. y Krasnre (1991) **La psicología aplicada moderna**. Pirámide: Madrid
- González, A. (2001). **La salud, calidad de vida y el cambio**. Panóptico: Cub
- González. S. (2001). **Salud Comunitaria**. Córdoba: Argentina.
- Greene, W. y Simona-Morton, B.(1988), **Educación para la salud**, México: Interamericana Mcgraw-Hill.
- Guerra, F (1982). **Historia de la medicina**. Madrid: Norma
- Guthrie, D. (1947). **Historia de la medicina**. Salvat: Barcelona

- Herreman; R (1987). **Historia de la medicina**. Trillas: México
- Hayward, J (1956). **Historia de la medicina**. México: Fondo de la Cultura económica.
- Higashida, B. (1995) **Educación para la salud**. Mc Graw Hill: México
- Jáuregui, R y Suarez, P. (1998). **Promoción de la salud y prevención de la enfermedad**. Buenos Aires. Panamericana.
- Labrador, F.J.,(1992). **El estrés**, Madrid: Temas de Hoy
- Luzoro, J. (1992). **Psicología de la salud**. Revista de Psicología: Chile, V 3 (1)
- Méndez, C., Macia, A. y Olivares, R. (1993), **Intervención conductual en contextos comunitarios I, Programas aplicados a la prevención**. Pirámide: Madrid
- Morales, F.(1999). **La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales**. En F. Morales, **Introducción a la psicología de la salud**. México. Paidós.
- Morales, F.(1999). **La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales**. En F. Morales, **Introducción a la psicología de la salud**. México. Paidós.
- Morales, J. y Olza, M. (1996)**Psicología social y trabajo social**. Mc Graw Hill:Madrid
- Myers, D. (2000) **Psicología social**. Mc graw hill. Colombia
- Ortigosa, Q., Quilas, M. y Méndez, C. (2003) **Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia**. Pirámide: Madrid
- Phares, J. (1996). **Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica**. México: Manual Moderno.

- Restrepo, M. (2001). *Promoción de la salud: como construir una vida saludable*. Colombia: Medicina Panamericana.
- Ridruejo, A., Medina, L. Y Rubio, L. (1996) **Psicología médica**. Mc Graw Hill Interamericana. España
- Roa, A. (1995) **Marco teórico de la psicología de la salud**. En: Roa (Ed.) **Evaluación en psicología clínica y de la salud**". España:CEPE
- Rodríguez Marín, J. (1995) **Psicología social de la salud**. Madrid: Síntesis.
- Salleras, L., Taberner, J., Fernández, R., Prats, R., Guayta, R., Garrido, P., Plans, P., Pedregosa, J., **“Consejos para la prevención de accidentes”**, Medicina clínica 102, supl. 1, 1994, p.p. 127-131.
- Sanchez, R. (2003) **Elementos de salud pública**. Editores Méndez: México
- Simón, M. (1999) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Sn.Martin, H (1981) *Salud y enfermedad*. 4ª ed., La Prensa Médica Mexicana: México.
- Vargas, A. y Palacios, V. (1993). Educación para la salud. Mexico: Manual Moderno.
- Velásquez, M. R. (2001) **“Psicología de la salud: estrés y afrontamiento”**. Tesis de Licenciatura en Psicología; FES Iztacal, UNAM
- Vega, C. M. (2002) **Psicología de la salud. Hábitos positivos para conservar un estado Saludable**. Tesis de licenciatura Psicología; FES Iztacala, UNAM.