



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

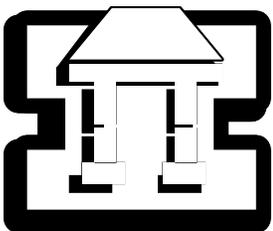
**LOS HÁBITOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE SALUD  
Y SU RELACIÓN CON LA SALUD TOTAL, DESDE LA  
PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
ERIKA EDÉN GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ**

**ASESORES:**

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





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Agradecimientos*

*“La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan”.*

*- Henri Beeque -*

*Señor Jesús:*

*Gracias por permitirme vivir la alegría de terminar con esta faceta de mi vida y por estar siempre a mi lado; te agradezco todas las cosas tan grandes y maravillosas que has hecho, que haces y todas las que harás en mi. Guarda mi corazón cerca del tuyo y guíame día con día en el camino que me lleva a tu presencia.*

*Mamá Talí:*

*Gracias por todos tus esfuerzos, desvelos, sacrificios y paciencia para que yo pudiera terminar una carrera profesional; gracias por todo lo que me has dado y por la confianza y amor que me transmites día a día.*

*Papá Raúl:*

*Gracias por el apoyo, amor y buen ejemplo que en cada segundo de mi vida me diste; por tus cuidados y sabios consejos que me han orientado por el camino recto de la vida. Te dedico esta tesis y título en tu memoria.*

*A mis hermanos Mirna y Jonás*

*Gracias por el apoyo afectivo, moral y material que me han brindado siempre; gracias por su paciencia y por enseñarme que hay que luchar por lo que se quiere.*

*Un agradecimiento especial a \*Juanita Olvera por su tiempo, paciencia, asesoramiento y su valiosa ayuda para que yo pudiera realizar ésta investigación.*

*Gracias a mis asesores: \* Marisela Ramírez y \* Enrique Cortés por su tiempo e interés en la presente tesis.*

# INDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCION

## CAPITULO I

### Concepto de Salud – Enfermedad

Antecedentes

Definicion de Salud

Definicion de Enfermedad

Enfermedades Cronico Degenerativas

## CAPITULO II

### Psicologia de la Salud

Origen y Desarrollo de la Psicologia de la Salud

Definicion de la Psicologia de la Salud

Areas Relacionadas con la Psicologia de la Salud

Psicologia Clinica

Medicina Conductual

Salud Conductual

Medicina Psicosomatica

Psicologia Medica

Psicofisiologia Experimental.....

Sociologia Medica.....

Antropologia Medica.....

El Psicologo de la Salud y sus Funciones.....

**CAPITULO III**

**Habitos Positivos y Negativos de Salud.....**

Concepto de Habito.....

Habitos Positivos.....

Habitos Negativos.....

Factores que Influyen en el Mantenimiento de los Habitos.....

Factores Internos o Personales.....

Factores Externos o Ambientales.....

Modelos de Creencias Sobre la Salud.....

Modelo de Accion Razonada.....

Diferencias Individuales en la Practica de los Habitos de Salud...

Que es la Educacion Para la Salud y sus Objetivos.....

Los escenarios de la Educacion Para la Salud.....

**CAPITULO IV**

**Metodo.....**

Objetivo General.....

Objetivos Especificos.....

Hipotesis.....

Sujetos.....

Escenario.....

Definicion de Variables.....

Materiales e Instrumentos.....

Procedimiento.....

**CAPITULO V**

**Analisis de Datos**.....

Descripcion y Analisis General de la Poblacion.....

Habitos de Salud Positivos y su Relacion con la Salud Total.....

Habitos Negativos y su Relacion con la Salud Total.....

**CAPITULO VI**

**Resultados**.....

**CAPITULO VII**

**Discusion y Conclusiones**.....

**REFERENCIAS**.....

**ANEXOS**

## RESUMEN

La presente investigación fue no experimental, descriptiva de diseño transversal; el objetivo de dicha investigación fue describir los hábitos positivos y negativos de salud de la población que vive en la zona metropolitana; determinar su relación con la salud total, así como conocer cuál es la función del psicólogo en el ámbito de la salud. No se formuló una hipótesis como tal debido a las características del diseño de investigación y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de las variables independientes (hábitos positivos y negativos de salud) para identificar su relación con la variable dependiente (salud total) Se tomó una muestra no probabilística de 985 sujetos; la edad que se estableció como criterio fue de 17 a 77 años, para ambos sexos. Para obtener los datos se empleó el instrumento "Funcionamiento de la salud" (FS), del cual se seleccionaron los reactivos relacionados con las variables independientes y la variable dependiente. La captura y análisis de datos se realizó con el paquete estadístico computarizado SPSS, utilizando la prueba no paramétrica Chi cuadrada y coeficiente de pearson. En los resultados se encontró que los hábitos positivos y negativos de salud tienen una relación directa en la salud total; ejecutar conductas saludables influye positivamente en la percepción de salud y, mantener hábitos no saludables repercute negativamente en ella. Por otro lado, la función del psicólogo en el ámbito de la salud es amplia, ya que puede intervenir en el desarrollo de programas preventivos de distintas enfermedades; sus elementos fundamentales son la prevención, mantenimiento o modificación de conductas relacionadas con la salud; la intervención del psicólogo no solo es en el área institucional, sino que también en la comunitaria; sin embargo, aun no se ha dado el reconocimiento necesario y apoyo para intervenir en el ámbito de la salud.

# INTRODUCCIÓN

Las áreas de intervención de la psicología son diversas, es una disciplina científica que ha desarrollado metodologías dependiendo del objeto de estudio y el área en que esté interesada (clínica, educativa, industrial, etcétera) Sin embargo, aproximadamente desde los años setentas, el interés en el campo de la salud ha crecido; y los psicólogos se han visto en la necesidad de intervenir en los servicios de salud.

Existen en la actualidad muchos problemas que afectan nuestra salud; por ejemplo, la obesidad, enfermedades del corazón, grasas acumuladas en las arterias, artritis, fragilidad de los huesos, enfermedades pulmonares ocasionadas por el consumo de tabaco; problemas de alcoholismo y drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, ansiedad, depresión, irritabilidad, falta de adaptación al medio ambiente, etcétera.

Conforme a pasado el tiempo, las principales causas de muerte se han debido a las enfermedades crónicas, tales como: las enfermedades coronarias, cáncer – estómago, pulmón, hígado, colon, mama –; diabetes mellitus, etcétera.

De la mayoría de estos problemas nosotros mismos somos los responsables, pues, por ejemplo, aprovechando las facilidades que nos brindan los avances tecnológicos hemos optado por una vida sedentaria, en lugar de hacer ejercicio; además, nos aventuramos a fumar y a tomar bebidas alcohólicas, comemos en forma desmedida y no tenemos una higiene adecuada; conducir a exceso de velocidad, no usar el cinturón de seguridad, etcétera; todas éstos hábitos tienen gran influencia sobre nuestra salud total.

Este panorama hace evidente que es necesario voltear hacia la salud y cuidarla; y son los psicólogos los que también se han interesado en ella; el psicólogo de la salud ha formulado que es mejor prevenir las enfermedades en

vez de esperar a tratar a los individuos cuando ya están enfermos. Y precisamente, entre las contribuciones de la psicología de la salud están las técnicas para modificar comportamientos que se encuentran relacionados en la aparición de enfermedades crónicas.

Partiendo de lo anterior, el objetivo general de la presente investigación fue describir los hábitos positivos y negativos de salud de la población que vive en la zona metropolitana; determinar su relación con la salud total, así como conocer cuál es la función del psicólogo en el fomento y mantenimiento de esos hábitos.

También fueron considerados 3 objetivos específicos; los cuales se enfocaron a describir cómo ha sido la evolución del concepto de salud; conocer cómo ha sido el desarrollo de la psicología de la salud; y finalmente, conocer cuáles son los factores que influyen en el mantenimiento de los hábitos positivos y negativos de salud física, psicológica y social.

Para cumplir dichos objetivos fue necesario hacer una revisión teórica sobre los aspectos más relevantes sobre dicho tema; de tal forma que, en el capítulo uno se hizo una revisión de los antecedentes y la evolución del concepto de salud; así como también se hizo una revisión del concepto de enfermedad, y qué son las enfermedades crónico degenerativas, haciendo mención de las estadísticas de dichas enfermedades de acuerdo a la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) y, en lo que concierne a México, estadísticas del “Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática” (INEGI) quien ha dado a conocer las principales causas de muerte.

En el segundo capítulo se describió el origen y desarrollo de la psicología de la salud, así como su definición de acuerdo a autores tales como Sanmartín (1985), Latorre (1994), Becoña (2000); quienes también están de acuerdo a la definición propuesta por Matarazzo (1980)

En dicho capítulo se hizo referencia a la relación de la psicología de la salud con otras disciplinas, entre las cuales se encuentran la psicología clínica, medicina conductual, salud conductual, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología médica y la antropología médica.

Sin dejar fuera de éste capítulo al psicólogo de la salud, también se hizo énfasis en su función y las áreas en que puede intervenir.

En el tercer capítulo se describió el concepto de “hábito”, así como los hábitos positivos y negativos que se encuentran relacionados con la salud total; y los factores que influyen en el mantenimiento de esos hábitos, entre los cuales se hizo mención a los factores internos o personales y los factores externos o ambientales.

También se hizo mención de los modelos de creencias sobre la salud, de acción razonada y las diferencias individuales en la práctica de hábitos de salud. Por último, en dicho capítulo se hizo una breve referencia acerca del concepto de “educación para la salud” y los escenarios en que se desarrolla.

Finalmente, en los capítulos cuatro, cinco, seis y siete fueron desarrollados el método, análisis de datos, resultados, discusión y conclusiones.

# CAPÍTULO I

## CONCEPTO DE SALUD – ENFERMEDAD

### 1.1 Antecedentes

Adquirir conocimientos para cuidar mejor nuestra salud nunca es pérdida de tiempo; la salud es indispensable para que el ser humano sea capaz de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y así poder vivir mejor. El ser humano ha ido adquiriendo éstos conocimientos a través del tiempo, ya que para la humanidad, la salud y la enfermedad siempre han sido una preocupante; y como las enfermedades siempre han existido se han estudiado desde hace miles de años.

Antiguamente, las enfermedades eran atribuidas a malos espíritus con poder para afligir a las personas, y para que éstas personas se recuperaran se tenían que exorcizar a los demonios. Las creencias y prácticas para evitar enfermarse – amuletos, talismanes, hechizos, etcétera –, han existido desde los tiempos más primitivos, – usos de pulseras, semillas, el uso de colores, etc. –, son prueba del interés que siempre ha tenido el hombre por conservar la salud como un bien preciado.

Asclepios es un dios en la mitología griega, él aprendió el arte de la medicina y pronto se convirtió en el dios de la salud; pero cometió el gran error de darle vida a los muertos y fue castigado por el dios Zeus. El culto a él persistió por mucho tiempo y se hicieron templos en su honor, allí se ofrecían sacrificios y le elevaban plegarias, según creían, Asclepios se les aparecía en sueños y les prescribía remedios para su enfermedad. Tuvo dos hijas, Panacea la diosa de la curación; e Hygea, diosa de la salud, quien dio origen a la palabra “higiene”. En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia, a Hygea se le reconocía como la diosa del arte de estar sano, entendiendo éste, como la moderación en el vivir.

Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos; ambas diosas fueron reconocidas por Hipócrates (Restrepo, 2001)

Fueron los griegos quienes estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural; y un ejemplo de esto es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo; y la recuperación conllevaba buscar el equilibrio de los mismos, ello recomendaba evitar excesos y mantener una buena alimentación (Becoña, 2000)

En los tiempos de Homero 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 ser saludable era un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano, que ser rico y estar enfermo. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza. Los seguidores de Pitágoras fueron, más que médicos, una orden religiosa que recomendaba una vida pura, adquirida a través de dietas y prácticas especiales dando un gran valor a la música como terapia para restaurar el equilibrio.

Dentro del rescate de los aspectos que influyen en el bienestar, no se puede desconocer al filósofo Epicuro, defensor de todas aquellas cosas que proporcionan el verdadero gozo por la vida.

Pero por otra parte, los griegos fueron elitistas en sus prácticas de salud porque las recomendaciones de vida sana eran posibles sólo para los aristócratas ricos que se podían dedicar al cultivo del cuerpo y al placer, pero no para los que tenían que trabajar y conseguir con su sudor el sustento; los esclavos no recibían la información que les asegurara una vida saludable (Restrepo, 2001).

Desde el punto de vista de Sigerist (1941), además de ser la higiene para una minoría en los griegos, éstos exageraron las recomendaciones para tener una vida sana, lo que ocasionó múltiples críticas, entre ellas las de Platón, quien incluso llegó a calificar de “enfermedad” o enfermiza esta preocupación, afirmando que “el cuidado perpetuo de la salud parece otra enfermedad” (citado en: Restrepo, 2001, Pág. 18)

En principio, los buenos hábitos y la evitación de los excesos de la medicina griega fueron considerados esenciales para una buena salud. No obstante, en cierto momento fueron capaces de darse cuenta de que los individuos podían tener algún control sobre su salud, en lugar de enfatizar el pensamiento mágico o culpar a los dioses de la enfermedad. El médico era visto como una guía que ayudaba al paciente a restaurar su equilibrio natural físico y emocional (Donker, 2000)

Con los romanos se tuvo una visión más realista de la salud, menos contemplativa, pero se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y afeminado, pero apareció una concepción más amplia de la salud que incorpora la mente, consagrada en el célebre aforismo “mente sana en cuerpo sano”.

El Imperio Romano contribuyó con la construcción de acueductos que incorporaron caudal de agua de fuentes lejanas diferentes al Tíber, única fuente que tenía Roma. Las casas romanas fueron construidas con cañerías, desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría, y piscinas de natación.

Otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en la salud, fue la industrialización de hospitales y clínicas dentro del sector público (Restrepo, 2001)

En la edad media, las enfermedades sólo eran comprendidas en términos espirituales; decían que al violar las leyes divinas esto desencadenaría la enfermedad; en ese momento la iglesia intervino y ello influyó para que el avance científico se detuviera.

La iglesia reaccionó contra el cuidado del cuerpo y se exaltó al espíritu como principal elemento de salud; decía que no eran necesarias las dietas ni los ejercicios, sino que lo más importante eran los bautismos. El cuerpo era el vehículo para llegar al alma; el alma era más importante y duradera que el cuerpo.

Las condiciones cambiaron en el siglo XII, con las traducciones de los antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes; el régimen alimenticio ocupaba un lugar prominente y exaltaba el valor de la leche, el queso y las nueces. La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina. Por otra parte, en los hospitales de los musulmanes contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para la distracción de los enfermos, y por la noche se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnio. Pero lo más relevante fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se les daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos para reanudar su trabajo.

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública; durante este periodo ocurrió la gran epidemia de la “peste o muerte negra” que devastó al mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días, para evitar la expansión de epidemias.

En el renacimiento, contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública.

Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia, con pocas excepciones. Sin embargo, el cuerpo humano con da Vinci dejó de ser solamente un “instrumento de pecado”. En la historia de la salud pública se registra un nombre importante, Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de ellas.

La expansión del mundo con el descubrimiento de América produce el choque entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y los de los europeos, que tuvo grandes repercusiones para la salud; aunque en realidad se sabe muy poco acerca de esto. Parece que algunas culturas indígenas estaban bastante más adelantadas que los españoles en la concepción de la salud y la enfermedad. Es importante anotar que uno de los hechos más negativos en la historia de la salud, después de la conquista de América, es sin duda, el gusto que despertó el tabaco y el aumento enorme de su consumo hasta nuestros días.

Durante los siglos XVII, XVIII y XIX se registraron importantes avances, aunque las principales causas de muerte en Europa y América Latina eran las enfermedades de tipo agudo o infeccioso, como la viruela, sarampión, tuberculosis, neumonía, difteria (Oblitas, 2000)

La medicina y la ciencia comenzaron a crecer rápidamente y los científicos observaron más el cuerpo y fueron descubriendo sus funciones, y encontraron que la causa de algunas enfermedades eran debidas a microorganismos; esto sirvió porque a partir de ahí se descubrieron técnicas. Se marcaron grandes cambios, en primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia de la salud física como la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas. Se inspiró la filosofía de que el hombre es bueno, racional y es el único que puede cambiar su situación, pero es ignorante porque no se le da el conocimiento necesario.

El estudio de las matemáticas, química y física; la invención del microscopio; los trabajos sobre la autopsia, patología y bacteriología prepararon el camino para los avances médicos, siendo la base de la medicina moderna. La salud de los individuos mejoró cualitativa y cuantitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, así como con los avances de la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Con esto las tasas de mortalidad declinaron sensiblemente en enfermedades tales como el cólera, la fiebre tifoidea, escarlatina, etcétera.

A lo largo del siglo XX, los avances en la medicina han sido, más decisivos en el desarrollo de los fármacos, tales como la penicilina; también el desarrollo de las vacunas y en tecnología médica. Es a partir de los años cincuenta que se le ha dado mayor importancia a la salud física (Becoña, 2000)

Desde hace aproximadamente 80 años, los patrones de la enfermedad han cambiado de forma sustancial. Mientras la prevalencia de las enfermedades infecciosas ha disminuido de forma importante (debido a los avances en el tratamiento de estos trastornos, con los cuidados médicos, con la aparición de hospitales) se ha producido un incremento considerable de las denominadas enfermedades crónicas, tales como el cáncer o los trastornos cardiovasculares; estas enfermedades son prevenibles porque están relacionadas con nuestra conducta y son más comunes por la forma de vida que se lleva actualmente, el estrés, la industrialización, el uso de sustancias químicas; esto ha incrementado las enfermedades crónico degenerativas (Gómez, 1996)

Como hemos visto, el valor dado a la salud en cada sociedad, ha estado influenciado por ideas que han trascendido en el mundo y a lo largo del tiempo; y a pesar de una larga historia de reconocimiento de que los factores conductuales pueden afectar a la salud, hasta tiempos más recientes éstos factores han recibido poca atención.

No es fácil definir la salud y la enfermedad, y sobre todo, porque ambos conceptos van muy ligados; han sido definidos como un concepto dinámico que va desde lo positivo a lo negativo; la salud y la enfermedad implican atención tanto el mantenimiento de la salud, prevención de enfermedades, como el tratamiento de la enfermedad.

## **1.2 Definición de Salud**

La salud es uno de esos conceptos que usamos frecuentemente; y por ello, es necesaria la definición de la misma, porque conociendo a qué nos referimos cuando mencionamos el término “salud” podremos establecer nuestros objetivos en función de lo que consideremos como óptimo.

Los intentos por definir a la salud, han sido y continúan siendo múltiples y pluralistas. El concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y condiciones ambientales. Casi todo el mundo sabe lo que representa la enfermedad por haberla experimentado o sufrido durante algún momento de su vida. Las dificultades empiezan cuando hay que definir la salud (Santos 2002)

Como se mencionaba, los conceptos de salud han variado con el tiempo y la cultura, Becoña (2000) da las siguientes definiciones en diferentes culturas:

**Cultura prehistórica** (10.000 a. C.) la salud es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen en el cuerpo.

**Babilonios y asirios** (1800-700 a. C.) la salud es puesta en peligro por los dioses que envían las enfermedades como castigo.

**Antiguos hebreos** (1000-300 a. C.) la salud es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es un castigo divino.

**Antiguos griegos** (500 a. C.) la salud es una unidad holística de cuerpo y espíritu.

**Antigua China** (1100-200 d. C.) la salud es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.

**Galeno en la antigua Roma** (130-200 d. C.) la salud es la ausencia de elementos patógenos, como puede ser el aire en mal estado o los fluidos corporales que causan enfermedades.

**Primeros cristianos** (300-600 d. C.) la salud no es tan importante como la enfermedad que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios.

**Descartes en Francia** (1598-1650 d. C.) la salud es una condición del cuerpo mecánico que está separado de la mente.

**Vichow en Alemania** (finales del siglo XX) la salud está puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células, produciendo enfermedades.

**Freud en Viena** (finales del siglo XIX) la salud es influida por las emociones y la mente.

Para poder llegar a la definición de salud que en la actualidad se ha aceptado como la que define mejor a la salud y como la más completa (la de la OMS), primero se tuvieron diversos intentos por definirla, y ha sido un proceso que ha durado años, y en algunas culturas aun se cree en éstas definiciones; todos esos conceptos han dado paso a comprender más a la salud, y no solo comprenderla, sino también, tratar de adoptar ciertas conductas para conservarla o conseguirla.

Con esta revisión de conceptos, vemos como ha evolucionado el interés por la salud, y gracias a ese interés se han hecho diversas investigaciones para tratar de comprender todo lo que implica ser saludable.

Sin embargo, aun quedan más definiciones que revisar, definiciones que ya no están influenciadas por las primeras creencias, tales como relacionar la salud con espíritus y dioses.

Desde el punto de vista **fisiológico**, la salud traduce el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo. El “medio interno” o “fisiológico” regula la complejidad de los fenómenos físico – químicos generados como respuesta a los estímulos del “medio externo”, manteniendo de esta forma la armonía.

Según Perkins (1938), la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo (citado en: Vega, 1976, Pág. 2)

Con estos conceptos, vemos que la salud puede interpretarse como producto de la armónica interrelación entre el organismo y el ambiente que lo rodea. Cuando pensamos en salud, normalmente pensamos en lo orgánico y no en lo psicológico, por tanto, pensar en salud nos hace pensar en médicos y hospitales.

Tradicionalmente, los médicos han sido los que tienen mayor importancia en este campo; entendiendo a la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones); utilizando la cirugía y la farmacología como armas para cumplir dicho objetivo. Sin embargo, ha habido un giro en el modelo de la salud: se considera a la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo para conservar.

Cuando las personas se refieren a la salud, generalmente sólo piensan en los aspectos físicos, raramente se piensa en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma.

Una de las definiciones de salud más extendida es la que se refiere a la salud como ausencia de enfermedad, y en la actualidad, sabemos que esta definición no corresponde a la realidad y no lo es por dos razones principales: en primer lugar, porque para definir la salud en términos negativos, hay que trazar la línea que divide a lo normal de lo patológico; en segundo lugar, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo, y lo que es normal en un tiempo en otro no lo es. Entonces, la salud no es la ausencia de enfermedades, así como la paz no es la ausencia de guerra (Sanmartín, 1985)

En realidad no podemos considerar los términos salud – enfermedad como independientes. Algunos investigadores como Ryan y Travis (1981) están de acuerdo con la perspectiva dinámica de salud – enfermedad, por lo que defienden que ambos conceptos no se pueden delimitar por separado, ya que pertenecen a un *continuum* que va desde el extremo negativo (enfermedad) al extremo positivo (salud) (citado en: Buela, 1996, Pág. 918)

Por otra parte, según George Stone (1987) las definiciones de salud pertenecen a 2 categorías distintas. Las que consideran la salud como un estado ideal y aquellas que hablan de la salud como un movimiento en una dirección positiva. La primera definición implica que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que el estado ideal puede restaurarse eliminando la enfermedad; y la segunda definición considera a la salud como una dirección sobre un continuo, y como la salud es multidimensional intervienen todos los aspectos de la vida – biológicos, psicológicos y sociales – y se deben tener en cuenta (citado en: Becoña, 2000, Pág. 20)

Desde el punto de vista de San Martín (1982) nos ha costado siglos para darnos cuenta de que nuestro bienestar biológico, mental y social, que la salud y la enfermedad, no son meros accidentes en nuestra vida, ni tampoco premio o castigo que nos caen del cielo, sino que corresponden a situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas que nosotros mismos a través de nuestra historia, hemos provocado (citado en: Frías, 2002, Pág. 5)

La salud y la enfermedad para René Dubos (1959) no son meros acontecimientos biológicos, sino que son fenómenos en que lo cósmico, lo vital, lo histórico y lo biográfico individual y colectivo aparecen en una unión indisoluble, en un marco de estructuras sociales definidas, definiendo la salud como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio (citado en: Frías, 2002, Pág. 5)

Por otro lado, Carcavallo y Plenkovich (1978) piensan que la salud es la correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente y del propio cuerpo, que asegura una vida activa y creadora y una descendencia apta (citado en: Frías, 2002, Pág. 5)

La afirmación de Illich (1974) es que “salud es, después de todo, una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus estados internos y sus condiciones ambientales” (citado en: Frías, 2002, Pág.5-6)

Muchas más son las definiciones aportadas en nuestro tiempo sobre la salud, y en todas ellas destaca la adaptación como calidad de vida. El primer intento realizado para liberar la definición de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico fue realizado por la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) en 1946, incluyendo en la salud aparte del bienestar físico, el mental y el social, definiéndose la salud como: “El estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez”.

Esta es una de las definiciones que han sido más aceptadas, se considera que es una de las más completas y con la que estamos de acuerdo, pues incluye aspectos que no habían sido tomados en cuenta; habla de un bienestar completo, con ello no sólo incluye el aspecto físico, (que más bien llamaríamos orgánico), incluye el ambiente, lo social y también toma en cuenta a lo psicológico; un aspecto que es muy importante en la adopción de conductas que están relacionadas con la salud y la enfermedad; implica creencias, hábitos positivos y negativos, estilos de vida, etcétera; es decir, de manera implícita incluye varios factores que influyen en la conducta.

Hay autores que no están completamente de acuerdo con la definición de la OMS, aunque hay puntos en los que sí concuerdan, para ellos dicha definición tiene puntos a debatir. Por ejemplo, para Buela (1996) esta consideración de la salud sigue sin estar completa, aunque refleja ciertamente una concepción multidimensional de la misma, o alusión implícita a varios factores que inciden en el comportamiento saludable y, aunque de modo virtual, incluye la promoción o fomento de la salud.

Esta definición marcó un hito, pero se debe reconocer que, junto a aspectos muy positivos e innovadores, presenta también aspectos negativos. Entre los aspectos negativos se encuentran: que equipara bienestar a salud, lo cual no siempre es verdad. Es una definición estática, ya que sólo considera personas con salud a las que gozan de un completo bienestar físico, mental y social; la salud positiva es dinámica y no estática.

Por otra parte, Sanmartín (1985) destaca los aspectos innovadores de la definición de la OMS, y éstos son que, por primera vez se define a la salud en términos positivos, considera a la salud no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino como un estado óptimo positivo que se sintetiza en la frase <<completo bienestar>>, el cual se equipara con la salud. Además, no sólo se refiere al área física del ser humano, sino que, por primera vez, se incluyen las

áreas mental y social. Según la nueva concepción, un hombre sano es aquel que puede mantener un estado completo de bienestar, no sólo en su cuerpo, sino también en su mente y en el aspecto social.

El enfoque positivo de la salud dado por la OMS ha hecho que se asista a una nueva cultura de la salud, en la que se han desarrollado modelos explicativos que permiten integrar las complejas interacciones de los factores biológicos y sociales (Frías, 2002)

En la actual concepción de la salud, se dice que ésta es influenciada por diversos factores que condicionan el nivel de la salud de los hombres y que no se pueden considerar de forma aislada: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria; además, todas estas variables, aunque la biología en menor medida, pueden ser modificables por acciones conjuntas de toda la sociedad hacia una mejor salud pública.

En diferentes épocas se han hecho esfuerzos para definir qué es la salud; sin embargo, ésta va ligada a otra definición que no es menos importante que la anterior; nos referimos a la enfermedad, este punto es el que ahora nos atañe.

### **1.3 Definición de Enfermedad**

Normalmente pensamos en los médicos cuando nos referimos a la salud; sin embargo, si reflexionamos acerca de cuál es realmente el papel de los médicos, nos daremos cuenta de que ellos habitualmente sólo se enfocan a tratar la enfermedad, los estudios que se realizan en los hospitales no son estudios de salud, sino de enfermedad; hacemos referencia a esto, porque consideramos importante que debemos tener bien ubicados los conceptos de salud y de enfermedad; otro error que consideramos que se comete muy a menudo, y que también es expresión de la mayoría de los autores, es decir que se tienen “problemas de salud”, pero la salud no tiene problemas, lo correcto sería decir

“problemas de enfermedad”; pensamos que es importante hacer referencia a esto para pasar al concepto de enfermedad.

Como veíamos, durante siglos la enfermedad se ha explicado desde las teorías demoníacas, mítica, humoral, insalubre y microbiana. También se considera que la enfermedad se da cuando hay un deterioro de la salud en el organismo humano y que implica un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno, se puede explicar una enfermedad en términos de lo orgánico, psicológico y social.

Hay factores que contribuyeron al interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva que el tradicional modelo médico de enfermedad. Bishop (1994) en concreto cita 3 importantes hechos: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el coste elevado de los cuidados de la salud y 3) un mayor énfasis en la calidad de vida.

El modelo biomédico presume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables; la conducta social no tiene cabida en el mismo o, en su extremo, que las anomalías conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos. Muchos teóricos han apoyado la idea de que es necesario un nuevo modelo si se quiere progresar en la comprensión y control de la enfermedad.

Quien trazó un modelo alternativo al biomédico fue Engel (1977), él planteó el modelo biopsicosocial, y apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como 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” (Citado en: Becoña, 2000, Pág. 22)

En la actualidad, existe suficiente evidencia de que la salud está profundamente influenciada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales. Los estados psicológicos influyen en la salud; los sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en el bienestar físico. Un ejemplo con claros efectos negativos sobre la salud es el estrés, habiéndose asociado a una gran variedad de efectos sobre la salud, extendiéndose desde la enfermedad cardiaca coronaria, al cáncer y supresión del sistema autoinmune.

La esperanza de vida ha aumentado de modo dramático; este incremento de la expectativa de vida ha sido posible gracias a las mejoras de la salud pública y a los cuidados médicos, básicamente debido a la reducción en la mortalidad infantil y en la reducción de las enfermedades infecciosas (gripa, rubéola, polio, etcétera) a través de programas inmunitarios.

Pero todo esto ha producido una contrapartida, un cambio en los patrones de mortalidad en la sociedad; las enfermedades crónicas han sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con accidentes debidos a comportamientos inadecuados. Hoy en día, se habla de *patógenos conductuales*, Matarazzo (1984) dice que son aquellas conductas que hacen a las personas más susceptibles a la enfermedad; por ejemplo, fumar, beber alcohol, etcétera; son causas de muerte y factores de riesgo asociados; también nos habla de los *inmunógenos conductuales* que son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (citado en: Becoña, 2000, Pág. 23)

En el mismo entorno se pueden encontrar riesgos ambientales como la contaminación del aire, suelo y agua, o sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos peligrosos) y radiaciones naturales o provocadas.

Estos elementos encierran un potencial para matar, hacer daño y enfermar a los individuos. Por tanto, ejercen influencia significativa sobre la salud en comunidades enteras. Sanmartín (1985) menciona los determinantes de la salud, y son los siguientes:

**Contaminación del medio ambiente:** contaminación del aire, del agua, suelo y del medio ambiente psicosocial, y sociocultural por factores de naturaleza; *biológica* (bacterias, virus, hongos, polen, etcétera), *física* (ruidos, radiaciones, polvo, humos, desechos sólidos o líquidos, etcétera), *química* (óxido de azufre, óxido de nitrógeno, hidrocarburos, mercurio, plomo, plaguicidas, etcétera), *psicosocial y sociocultural* (dependencias, violencias, promiscuidad sexual, estrés, etcétera)

Con esto vemos el papel tan importante que juegan en nuestra salud la contaminación del medio ambiente; de todos estos factores que menciona dicho autor, el hombre tiene la capacidad de controlarlos, adoptando conductas sanitarias adecuadas.

Todos estos factores son modificables, y hacia ellos deberían dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública; con el control de estos factores, se podrían prevenir muchas enfermedades; por ejemplo, enfermedades del aparato respiratorio, accidentes, envenenamientos, etcétera.

**Conductas insanas:** consumo de drogas institucionalizadas (tabaco y alcohol), consumo de drogas no institucionalizadas, falta de ejercicio físico, situación de estrés, consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal, consumo de hidrocarburos, promiscuidad sexual, violencia, conducción peligrosa (exceso de velocidad, no usar cinturón de seguridad), no-cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por un médico, etcétera.

Son muchos los problemas de enfermedad que acarrearán estos factores; el tabaco provoca cáncer de pulmón, de lengua, de garganta, enfermedades de las encías, del corazón. El alcohol provoca desnutrición, daño cerebral, lesiones hepáticas, etcétera. La falta de actividad física provoca entre otras cosas, obesidad y la obesidad lleva a otras enfermedades – como las de corazón –. No cumplir con las adherencias médicas, los malos hábitos de seguridad, etcétera determinan de forma dramática el curso de nuestro bienestar.

**Sistema de asistencia sanitaria:** calidad, cobertura, acceso y gratuidad.

Quizá para algunas poblaciones tener acceso a un sistema sanitario es difícil, a veces no puede ser de calidad porque hay un profesional de la salud por cientos de personas, o no se tiene acceso al sistema por los costos que implica, y esto es un factor muy importante; pero aun cuando la gente tiene acceso al sistema de salud, no se adhieren a las prescripciones de los médicos por la infinidad de creencias y hábitos que se tienen y que pueden ser difíciles de desarraigar.

Para que las prescripciones médicas nos beneficien, se deben llevar a cabo las recomendaciones que nos dan; porque de nada sirve tener el hábito positivo de acudir al médico si no seguimos sus recomendaciones.

Una de las definiciones de enfermedad es la que propone Vega (1976), él interpreta la enfermedad como una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por los cambios en la interrelación y la interdependencia con otros seres.

La salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican, en cierta forma la buena o la mala calidad de vida. El organismo mantiene en acción diversos mecanismos que aseguran un balance positivo entre las fuerzas que generan la enfermedad y las que condicionan el equilibrio de su salud biológica, física, mental y social.

Esta definición abarca aspectos tales como el ambiente, las alteraciones fisiológicas, la calidad de vida; al igual que con la salud, implica factores psicológicos, sociales y orgánicos.

Desde el punto de vista de Terris (1980) la enfermedad tiene dos aspectos, uno subjetivo y, otro objetivo. El aspecto subjetivo es el malestar (sentirse mal en diferentes grados) El aspecto objetivo es el que afecta a la capacidad de funcionar (limitaciones del funcionamiento en diferentes grados) (citado en: Sanmartín, 1985, Pág. 14)

Para Watchel (1998) en la actualidad, los médicos conceptualizan la enfermedad de tal manera que se incluyan factores fisiológicos y sociales. Los estudiantes de medicina distinguen entre las enfermedades basadas en causas fisiológicas, y aquellas que parecen tener una acusada implicación psicológica (Citado en: Becoña, 2000, Pág. 23)

Por otra parte, dentro de este punto que atañe a la enfermedad, hay uno más que es muy importante, nos referimos a las enfermedades crónico degenerativas; y como veremos más adelante la psicología de la salud está interesada en ello, pues uno de sus objetivos es la prevención de enfermedades; la psicología de la salud recobra una gran importancia en nuestros días al involucrarse para cumplir dicho objetivo aunado a otros.

### **1.3.1 Enfermedades crónico degenerativas**

Las enfermedades crónicas se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa; es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes que hagan suponer que se están desarrollando. Estas enfermedades no son nuevas, pero el segmento de población que muere debido a dichas enfermedades se ha modificado espectacularmente desde el año 1900.

Dichas enfermedades son irreversibles porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo; sin embargo, no solo se deterioran los órganos del cuerpo sino que las otras áreas (psicológica, social) también se ven afectadas.

Conforme ha pasado el tiempo, las principales causas de muerte han sido las enfermedades coronarias, los ataques fulminantes y el cáncer, enfermedades que se deben en parte a la conducta y estilo de vida de los sujetos.

Las enfermedades crónicas difieren de las enfermedades infecciosas al menos en 3 aspectos: en primer lugar, las enfermedades crónicas probablemente perduren mucho tiempo, mientras que las infecciosas frecuentemente, se pueden curar con relativa rapidez y totalmente. En segundo lugar, las enfermedades crónicas obedecen en la mayoría de los casos a conductas y estilos de vida inadecuados de la gente, y las infecciones son causadas por bacterias y virus; por eso, las vacunaciones, las mejoras sanitarias y otras medidas públicas fueron efectivas para combatir las principales causas de mortandad. Y, en tercer lugar, las enfermedades crónicas se dan con mayor frecuencia en la gente mayor y de mediana edad. La problemática a la que se enfrentan los profesionales de la salud es distinta, como cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud, la psicología de la salud va tomando más importancia y trata de cumplir con sus objetivos.

Aunque existen factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollarlas, las enfermedades crónicas no son transmisibles y se originan principalmente por los hábitos que se van adquiriendo y arraigando a lo largo de nuestra vida. Las enfermedades crónicas pueden tener muchas causas, nadie niega el hecho de que el comportamiento y el estilo de vida individual están fuertemente implicado en su desarrollo. Y aunque las tasas de mortalidad de algunas enfermedades crónicas han disminuido, no ocurre lo mismo con otras,

que están creciendo cada vez más, producto de nuestros malos hábitos y de creencias que solo nos afectan.

Las enfermedades cardiovasculares (incluyendo los accidentes cerebro - vasculares), el cáncer, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (enfisema y bronquitis crónica), diabetes, cirrosis; han estado ligadas al consumo de cigarrillos, abuso de alcohol, alimentación descuidada y el estrés en el estilo de vida sedentario.

Las enfermedades de carácter crónico que constituyen las causas fundamentales de muerte de la población contemplada como un todo, suelen afectar con mucha mayor frecuencia a las personas de mediana edad y a los ancianos. Entre las características más comunes de las enfermedades crónico degenerativas están: 1) generalmente necesitan de un tiempo considerable para desarrollarse y manifestarse; 2) destruyen progresivamente los tejidos del o de los órganos que dañan; 3) todas ellas pueden complicarse severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades, ya sea también crónicas o infecciosas y 4) requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales. El costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes.

Entre las enfermedades crónicas más conocidas están: el cáncer en cualquier parte del cuerpo; las enfermedades del corazón y del sistema cardiovascular como: la hipertensión arterial, la arteroesclerosis o los infartos; la diabetes en todos sus tipos, la osteoporosis y otros problemas óseos, la obesidad, los problemas cerebrovasculares, como la apoplejía o derrame cerebral, enfermedades pulmonares como el enfisema, enfermedades de las vías digestivas como la diverticulitis, las enfermedades reumáticas como la artritis y la

osteoartritis; enfermedades renales como la nefritis, las hepáticas como la cirrosis y muchas otras más.

Las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de mortalidad en todos los grupos de edad. El impacto que tienen estas enfermedades es muy fuerte y rebasa al enfermo, ya que como comentamos al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales, siendo los aspectos psicológicos de gran impacto en la evolución de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que millones de vidas podrían salvarse si se toman medidas globales para reducir el impacto de las enfermedades crónicas; la OMS ha calculado que en 10 años, 36 millones de personas morirán prematuramente por enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrales, cáncer y diabetes tipo 2.

Actualmente, las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares causan la muerte de unos 17 millones de personas al año, lo que representa casi una tercera parte de todas las defunciones del mundo. En 2020 serán la principal causa de defunción y discapacidad en todo el mundo, y se prevé que el número de víctimas aumente a más de 20 millones al año y, para 2030, a más de 24 millones.

La vieja idea de que las enfermedades cardiovasculares sólo afectan a hombres de mediana edad, estresados y con exceso de peso de los países desarrollados ya no es válida; en la actualidad, hombres, mujeres y niños están en situación de riesgo, y el 80% de la carga se encuentra en los países de ingresos medianos y bajos. Las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares no sólo arrebatan vidas, sino que también se traducen en una enorme carga económica.

Como se vio en líneas anteriores, otra de las principales causas de muerte en todo el mundo es el cáncer.

De los 58 millones de muertes que se registraron en el mundo en 2005; 7,6 millones (13%) se debieron al cáncer. Los que más contribuyen a la mortalidad son los cánceres de:

- Pulmón (1,3 millones de muertes anuales)
- Estómago (casi 1 millón de muertes anuales)
- Hígado (662 000 muertes anuales)
- Colon (655 000 muertes anuales)
- Mama (502 000 muertes anuales)

Más del 70% de las muertes por cáncer registradas en 2005 se produjeron en países de bajos y medianos ingresos. Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y los 11,4 millones en 2030. Los tipos de cáncer más frecuentes en todo el mundo son (por orden de mortalidad):

- En los hombres, los de pulmón, estómago, hígado, colon y recto, esófago y próstata.
- En las mujeres, los de mama, pulmón, estómago, colon y recto, y cuello uterino.

Sin embargo, es importante mencionar que el cáncer es en la mayoría de los casos prevenible.

En lo que concierne a México, el 8 de marzo del 2005 el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) dio a conocer las principales causas de muerte (en hombres y mujeres); las enfermedades del corazón y los tumores malignos son las dos causas con mayores porcentajes de defunciones en el país; el peso porcentual de los decesos por estas causas en mujeres es del 17.8% y 14.7% para los hombres. La muerte es un evento cuya incidencia es diferencial por sexo y edad; esta diferencia se manifiesta en la esperanza de vida que para el 2004 era de 77.6 años para las mujeres y de 72.7 años para los hombres.

Por entidad federativa, en Nuevo León, Sonora, Baja California Sur y Sinaloa, mujeres y hombres tienen porcentajes altos de defunciones por enfermedades del corazón y tumores malignos; en el caso de las mujeres, Tamaulipas y Tabasco se agregan como entidades en las que se presentan los tumores malignos con un porcentaje alto como causa de muerte. En este sentido, el cáncer es una enfermedad que afecta tanto a hombres (28 574 defunciones) y mujeres, pero es mayor su presencia en las mujeres (30 008 defunciones)

En los hombres las tres principales causas de muerte por tumores malignos en el 2002 corresponden a: tráquea, bronquios y pulmón (16%), próstata (14.8%) y estómago (9.6%) Si bien se observan diferencias en los órganos afectados por el cáncer en hombres y mujeres, los que inciden en órganos reproductivos son los que más defunciones causan en ellas. De cada 100 defunciones por tumor maligno en mujeres, 14 se deben al del cuello del útero, 13 al de mama, y los del estómago e hígado y vías biliares ocasionaron 8 cada uno.

Una diferencia significativa entre ambos sexos lo constituye la tercera causa de muerte en el país; en las mujeres es la diabetes mellitus (14.6%) y en los varones, los accidentes (10.6%) En relación con estas últimas, llama la atención que en el Distrito Federal las defunciones por accidentes en varones tengan el menor peso porcentual (6.6%) y que en Coahuila la diabetes mellitus sea la causa.

Por otra parte, en el 2002 se registraron 267 mil 794 defunciones de personas de 60 años y más, 58.2% del total de fallecimientos asentados. Por sexo, la proporción de muertes fue similar, 50.2% de hombres y 49.8% de mujeres. Las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y padecimientos cerebrovasculares; en conjunto, fueron causa del 59.4% de las defunciones.

Ahora, remontándonos al concepto de enfermedad, podemos concluir que la enfermedad es cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo, psicológico y social; y donde hay alteraciones de alguna de éstas áreas; no porque no se tengan síntomas de alguna enfermedad o dolor quiere decir que estamos sanos; con frecuencia se detectan enfermedades que carecían de síntomas manifiestos para los pacientes; además, si al igual que con la salud consideramos los aspectos psicológicos, sociales y orgánicos, también los debemos considerar con respecto a la enfermedad; por ejemplo, una persona puede estar muy bien de su organismo, pero si no es una persona que se desenvuelve fácilmente en la sociedad, o que vive problemas de violencia familiar, etcétera, no estaríamos hablando de un completo bienestar.

En la actualidad los médicos están despertando en cuanto al hecho de que en la enfermedad influyen diversos factores; pero no es solamente con los médicos y estudiantes de medicina, sino que también las demás personas ya están contemplando que la enfermedad tienen que ver con factores fisiológicos, psicológicos y lo sociales.

Pensamos que ese es un buen comienzo, para emprender la adopción de nuevas conductas saludables, el mantenimiento de éstas y la eliminación de hábitos negativos, para cumplir uno de los muchos objetivos que tienen los profesionales interesados en el campo de la salud: la prevención de enfermedades.

Hay una especialización dentro de la psicología que está interesada en el último punto que acabamos de comentar, la prevención de enfermedades, y de otros puntos también no menos importantes; un área que surge a partir de la demanda socio – sanitaria, y que es la que nos atañe, nos referimos a la psicología de la salud, un área que ha sido de gran interés entre muchos profesionales de la salud, y que tiene un presente y un futuro prometedor, con obstáculos de diferente índole, entre los cuales está la misma población, que tiene

infinidad de hábitos, creencias, estilos de vida que están muy arraigados porque vienen de una historia personal muy significativa y de diversos factores internos, externos, culturales, etcétera y que están afectando su salud; todo ello implica un reto para la psicología de la salud, es decir, para el psicólogo de la salud.

Y también otro reto es lograr el reconocimiento de éstos profesionales, esto implica definir bien qué es la psicología de la salud y diferenciarla de otras áreas que han querido encubrirse con ella.

# **CAPÍTULO II**

## **PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

### **2.1 Origen de la Psicología de la Salud**

Los psicólogos siempre se han interesado en lo que tiene que ver con la salud, pero este interés creció a partir de los años setentas, y en esa época se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud.

Desde que apareció formalmente la psicología de la salud su crecimiento ha ido en aumento. Ésta área de la psicología juega un papel importante en el cuidado de la salud, porque está interesada en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, entre otros objetivos, procurando que las personas se mantengan saludables, ya que es mejor prevenir las enfermedades en vez de esperar a tratar a los individuos cuando ya están enfermos; pues los costos en los tratamientos de enfermedades son muy elevados, y una enfermedad no solo afecta al individuo, sino que, afecta también a las personas que le rodean; además, para qué esperar a estar enfermos, es aquí donde queda perfectamente el refrán castellano “es mejor prevenir que curar”

Desde el punto de vista de Oblitas (2000) los psicólogos una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas, a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas “mentales” tenían concomitantes de tipo físico. La aparición de técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma, permitieron en unos años este cambio que desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la psicología de la salud; la medicina y la psicología se han conectado a lo largo de la historia.

Diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud han contribuido al surgimiento de la psicología de la salud; esto por el cambio en la concepción de dicho término y de tener buena salud; este concepto ha sido redefinido en términos más positivos; y el cambio de la concepción de la salud conlleva a una visión holística que incorpora los aspectos psicológicos.

Otro factor fue el cambio en los patrones de enfermedad; como veíamos en el capítulo I, antes de los avances de la medicina en el siglo XX, una gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso (neumonía, gripe, tuberculosis, difteria) El descubrimiento de fármacos efectivos como antibióticos y vacunas y el avance de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de víctimas de estas enfermedades; pero ahora se ha dado paso a las enfermedades crónicas degenerativas. Los factores psicológicos han pasado a primer plano, esto quiere decir que la mayoría de las enfermedades están estrechamente relacionadas con nuestra conducta y que son prevenibles.

Así mismo, cuestiones de índole económica han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud; los costos por cuidados de la salud se han disparado.

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. También la madurez de la tecnología conductual ha contribuido de modo claro al surgimiento de la psicología de la salud.

Pero además, la psicología de la salud surge debido a los altos costos sanitarios, que se han venido incrementando progresivamente en las últimas épocas; habiendo un estancamiento en la esperanza de vida, aunque se incrementa la inversión para ello. La psicología de la salud surge precisamente, con la idea de que con ella es posible reducir los costos.

## 2.2 Definición de Psicología de la salud

La psicología de la salud es un área de especialización dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitaria.

Desde el punto de vista de Taylor (1986) la psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma (citado en: Latorre, 1994, Pág. 20)

Y aunque ya queda claro que la psicología de la salud está interesada en los factores psicológicos implicados en la salud y la enfermedad, es necesario ahondar un poco más.

Por un lado, la psicología de la salud también intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica; por otro lado, intenta aclarar por qué las personas siguen con los mismos hábitos aun sabiendo que incrementa la enfermedad. Así, a pesar de que la psicología de la salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra sobre la **promoción y el mantenimiento de la salud** (Latorre, 1994)

Este campo de la psicología se nutre de aportes de muchas disciplinas; la mayor parte de los psicólogos de la salud trabajan en equipos multidisciplinares, con médicos, demógrafos, antropólogos, enfermeros, expertos en política social, etc. (Ardila, 1992)

La División de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) estableció diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud:

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 proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico – paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Desde el punto de vista de Sanmartín (1985), Latorre (1994) y Becoña (2000) están de acuerdo con la definición que dio Matarazzo (1980) acerca de lo que es psicología de la salud, la cual él definió 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 el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (citado en: Latorre, 1994, Pág. 20)

Ésta es la definición que ha sido ampliamente aceptada y apoyada porque incluye aspectos tales como la educación, promoción y mantenimiento de la salud; tratamiento de la enfermedad, y la identificación de qué es lo que la causó.

Hay un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos que le interesan a la psicología de la salud, pues estas conductas están estrechamente relacionadas con nuestra salud orgánica y psicológica.

Dentro de la psicología de la salud se comprenden varias áreas, entre las cuales están la promoción y el mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y también está interesada, en general, en el sistema de cuidados de la salud y en la formulación de la política de cuidados de la salud. Cuando la psicología de la salud fue formulada, tenía como principales objetivos aplicar las contribuciones de la psicología como disciplina al conocimiento de la salud y de la enfermedad a través de la investigación básica y clínica; promover la educación y servicios de la psicología de la salud y de la enfermedad; e informar a la comunidad psicológica y biomédica, así como a la población en general, de los resultados de las investigaciones y servicios que se prestan en ésta área.

Es evidente en la actualidad que la salud depende en gran medida de comportamientos tales como adoptar hábitos saludables, mantener esos hábitos saludables, erradicar los hábitos negativos, buscar cuidados médicos, obedecer

las recomendaciones del médico, etcétera; por esta razón es que la psicología de la salud, recobra gran importancia en nuestros días, ya que está interesada en todo lo que está relacionado con la salud de los individuos.

Así mismo, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que numerosos estados psicológicos desempeñan un papel destacado sobre la salud; los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo.

Puesto que la mayor parte de las enfermedades crónicas proceden, al menos, parcialmente, del comportamiento individual, la psicología – la ciencia del comportamiento – se ha visto implicada en los temas relacionados con la sanidad.

Entre las contribuciones de la psicología a la salud están las técnicas para modificar comportamientos implicados en la aparición de enfermedades crónicas, además de modificar comportamientos poco saludables.

Como hemos visto, la psicología de la salud, está interesada en las contribuciones educativas, científicas y profesionales, directamente relacionados con la psicología, esto con el fin de promover y el mantener la salud, la psicología de la salud está interesada en la prevención y el tratamiento de las enfermedades (prevenibles) y está interesada en la identificación de aquellos factores que están relacionados con la salud y las enfermedades.

Para cumplir con las metas de la psicología de la salud, no solo se requiere del trabajo del psicólogo, sino también del individuo, ambos juegan un papel importante en el aspecto de la prevención de enfermedades; también, el psicólogo por su parte, debe conocer bien qué es lo que implica ser psicólogo de la salud para poder trabajar con ella.

Con el paso del tiempo, los psicólogos de la salud procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la psicología experimental, fueron adaptando sus técnicas a un amplio campo de aplicación, en el cual además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud. Y hay algo que queda claro, que para ser psicólogos de la salud, primero debemos ser psicólogos, algunos de los psicólogos que se han interesado en la psicología de la salud han surgido de la psicología clínica y de la experimental principalmente, pero esto ha provocado en parte, que la psicología de la salud se confunda con otras áreas, sin embargo, si analizamos cada una de esas áreas vemos que no es así, y que existen claras diferencias entre cada una de esas disciplinas y la psicología de la salud.

Aunque esas disciplinas se relacionen con la psicología de la salud, debemos evitar confundirlas, ya que si queremos que la psicología de la salud emerja aun más, que sea reconocida y que ese futuro prometedor llegue; primero, debemos darle su lugar, conociendo qué es lo que ella pretende para poder cumplir con esos objetivos.

### **2.3 Áreas relacionadas con la psicología de la salud**

Como se mencionaba, hay otras disciplinas, dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud; éstas áreas difieren de la psicología de la salud y se disfrazan con ella.

La relación y diferencias entre la psicología de la salud y esas disciplinas no son fáciles de describir, pues que marcar los límites entre ellas. No obstante, ello no implica que no existan diferencias; para establecer una delimitación conceptual entre estas disciplinas, a continuación se mencionarán cada una de ellas, así como su objeto de estudio.

### **2.3.1 Psicología clínica**

Es el tronco central de donde ha surgido posteriormente el campo independiente de la psicología de la salud. Buela (1996) dice que quizá los primeros cimientos de la psicología clínica se pueden situar en los laboratorios de psicología experimental creado por Wundt en Alemania en 1879, en el primer laboratorio de psicología en Rusia dirigido por Békterev 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 Johns Hopkins fundado en 1896 y dirigido por Hall. Sin embargo, la consideración de la psicología clínica como disciplina independiente podría situarse en 1906 cuando Witmer fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania. Desde entonces ha ido evolucionando según la influencia de las diversas corrientes psicológicas.

Pero más que dar una definición de lo que es psicología clínica, la mayoría de los autores hablan de lo que hacen los psicólogos clínicos, o hablan de la intervención de los psicólogos clínicos en el campo de la salud. El psicólogo clínico puede ser considerado como el especialista en el área de la medicina conductual y de la psicología de la salud, es decir, el experto en la conducta humana. Entre las actividades principales de los psicólogos clínicos están: la evaluación psicológica, tratamiento psicológico y la investigación psicológica. Phares (1992) define a la psicología clínica como un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal.

Cuando se hace una distinción entre psicología clínica y psicología de la salud, o entre modificación de la conducta y psicología de la salud, apreciamos que el campo de la salud mental queda para la psicología clínica y los trastornos relacionados con la salud física para la psicología de la salud.

### **2.3.2 Medicina conductual**

Desde el punto de vista de Sánchez (1996) y Oblitas (2000) correspondió a Birk (1973) hacer la primera descripción sobre medicina conductual, como una nueva área para el tratamiento e investigación de las enfermedades físicas, aunque, no difundió definición alguna. Antes de dar la definición que se ha considerado la más precisa, mencionará algunas de las propuestas que han dado diversos autores respecto a la medicina comportamental.

Para Blanchard (1977) la medicina conductual es la aplicación sistemática de los principios y la tecnología conductual al campo de la medicina, la salud y la enfermedad.

Por otra parte, Schwarts y Weiss (1977) ofrecieron una definición inicial que se fundamentaba según los autores, en un modelo biopsicosocial que recogía como aportes sustantivos los derivados de las ciencias conductuales en un sentido teórico y tecnológico “Es el campo interesado en el desarrollo del conocimiento de las ciencias de la conducta y las técnicas relevantes para el entendimiento de la salud y enfermedad físicas, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas para el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación” (citado en: Becoña, 2000, Pág. 27)

Y desde el punto de vista de Miller (1983) la medicina conductual es un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad.

Y finalmente está la definición que da Godoy (1991) que dice que conceptualmente hablando la medicina conductual no es otra cosa que un amplio campo de integración de conocimientos que proceden de muy diferentes disciplinas, de entre las que cabe destacar las biomédicas (anatomía, fisiología, endocrinología, epidemiología, neurología, psiquiatría, etcétera), por una parte, y

las psicosociales (aprendizaje, terapia y modificación de conducta, psicología comunitaria, sociología, antropología, etcétera), por otra.

Dadas las definiciones, podemos ahora dar la definición mas precisa de medicina conductual; que es la que se dio en la conferencia celebrada en Yale (1977) “La medicina comportamental 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 de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La medicina comportamental contempla como objetivos básicos la intervención directa, entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones, entrenar a los pacientes a seguir adecuadamente lo prescrito por el médico, la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades y diseñar nuevas estrategias de intervención” (citado en: Becoña, 2000, Pág. 26)

Esto es interesante debido a que la psicología de la salud y la medicina conductual son consideradas a menudo como sinónimos, lo que no es correcto. Quizás la distinción más importante entre la psicología de la salud y la medicina conductual sea la aproximación interdisciplinaria frente a la aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y la enfermedad.

### **2.3.3 Salud conductual**

Comenzó a emerger aproximadamente en el mismo momento en que la medicina conductual establece las bases de su propia identidad. La salud conductual pone el énfasis en la mejora de la salud y la prevención de la enfermedad en gente saludable, en lugar de centrarse en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos producidos en gente afectada por enfermedades.

El estudio de la salud conductual se centra en el análisis de la responsabilidad individual asociada a la salud y el bienestar, en lugar de basarse en el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación basados en la apreciación médica. Todos aquellos comportamientos o estilos de vida que mantienen o mejoran la salud entran en el marco de análisis de estudio de la salud conductual (Becoña, 2000)

Fue Matarazzo (1980) quien propuso ésta definición: “la salud conductual es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y de las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y de la prevención de la enfermedad y de la disfunción, mediante una gran variedad de actividades auto – iniciadas, individuales o compartidas” (citado en: Oblitas, 2000, Pág. 20)

Todos los comportamientos o estilos de vida que mantienen o mejoran la salud entran en el marco de análisis del estudio de la salud conductual. Si bien las personas aceptan cada vez más su propia responsabilidad en relación con su estado de salud, el estudio de la salud conductual aun no ha emergido como disciplina formal, por lo cual, actualmente no constituye un rival frente a la psicología de la salud.

### **2.3.4 Medicina psicosomática**

La medicina psicosomática analiza los componentes emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores psicológicos y somáticos (o físicos) que interactúan produciendo enfermedades.

La base de la investigación relacionada con la medicina psicosomática tuvo sus inicios en la observación de Walter Cannon en 1932, acerca de los cambios fisiológicos relacionados con la emoción.

Él demostró que la emoción puede producir cambios fisiológicos y que pueden relacionarse con el desarrollo de enfermedades físicas, es decir, la emoción puede producir cambios, que a su vez, pueden provocar enfermedades (Becoña, 2000)

La medicina psicosomática precede a la psicología de la salud, pero sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas, no en la psicología. Resultó de los intentos, a principios de los años veinte, para identificar los factores psicológicos específicos que se creían que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

Esta disciplina fue definida por 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. Inicialmente su desarrollo se fundamentó en el psicoanálisis y en los estudios de la psicofisiología (Citado en: Oblitas, 2000, Pág. 21)

Recibió un importante impulso por parte de Freud, que desatacó la importancia de los factores psicológicos inconscientes en el desarrollo de síntomas de carácter físico.

Tradicionalmente el centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente el de los estados emocionales y el estrés; sin embargo, actualmente ya se presta atención a enfermedades, tales como las úlceras, colitis, artritis; que, se pensaba, eran influidas por factores emocionales (Oblitas, 2000)

### **2.3.5 Psicología médica**

En cuanto a la psicología médica, Bishop (1994) menciona que el significado de este término varía dependiendo del lugar en que se use; por ejemplo, en Inglaterra la psicología médica es sinónimo de psiquiatría, al igual que en España; no así en Estados Unidos, pues ahí la psicología médica es una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos a los problemas de enfermedad física (citado en: Oblitas, 2000, Pág. 21-22)

La psicología médica 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 y los procedimientos de psicoterapia. Dado que es un término desafortunado, y por tanto confuso, está abocado a su total desaparición. Por tanto, no es competencia para la psicología de la salud, ya que ha desaparecido.

### **2.3.6 Psicofisiología experimental**

Esta puede definirse como el estudio de las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales a partir de la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Como modelos, fueron usados animales; pero el incremento del interés en el estudio de las relaciones psicofisiológicas en humanos estimuló los avances en la tecnología usada en psicofisiología.

Tiene como objeto de estudio las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Contribuyó a mejorar la

instrumentación y a la utilización de nuevas metodologías, que permitieron la exploración de las relaciones entre la emoción, cognición y la fisiología.

Sigue un modelo conductual, pero se diferencia de la medicina conductual en que, mientras que en ésta se utilizan diversas técnicas de modificación de conducta, en la psicofisiología solo se utilizan las psicofisiológicas. Y en ésta última el objeto de estudio se incluyen los trastornos psicopatológicos, y no solo los físicos (Buela, 1996)

### **2.3.7 Sociología médica**

Ésta implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y del cuidado de la salud. Para Bishop (1994) la sociología médica es “la especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad” (citado en Oblitas, 2000, Pág. 23)

A veces también es denominada sociología de la salud, se focaliza en factores sociales que influyen la salud.

Mientras la sociología médica se interesa sólo en los factores sociales, la psicología de la salud se centra en los procesos psicológicos.

### **2.3.8 Antropología médica**

Estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad; difiere de la psicología de la salud en la orientación y el centro de interés. La antropología médica 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; hace una comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud, pero se interesa más por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta.

Como hemos visto, hay varias disciplinas que intentan confundirse con la psicología de la salud, pero hay varias diferencias, entre ellas están, por ejemplo, algunas de ellas tienen sus bases en las ciencias biomédicas, pero no en la psicología; otras se interesan en el desarrollo de la salud física – orgánica, pero teniendo en cuenta la definición de salud, vemos que no solo es importante el aspecto orgánico, sino también, el social y psicológico; la psicología de la salud no solo se interesa en el desarrollo de la salud orgánica, también está interesada en lo social y psicológico.

Otras disciplinas están interesadas en los factores individuales, pero no solo influyen esos factores, pues además de los factores internos hay factores externos determinantes de ciertas conductas que llevan a la salud o a la enfermedad, y la psicología de la salud toma en cuenta todos estos factores.

Aunque hay estas diferencias, la psicología de la salud se diferencia de todas esas disciplinas en otro aspecto: la prevención de enfermedades y la promoción de la salud es lo que hace la diferencia.

La psicología de la salud se diferencia, en que es más completa que las demás disciplinas, pues incluye la educación, promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de la enfermedad, la identificación de los factores que influyen respecto a la salud y todo lo que se relaciona con ella. Y aunque las otras disciplinas cumplan con algunos de esos puntos, no los tienen por completo y carecen de una u otra forma.

Hemos revisado qué es la psicología de la salud, cuáles son las otras disciplinas que son similares a ella pero que de una u otra forma difieren y tratan de disfrazarse con ella; también hemos revisado cuáles son las diferencias con esas disciplinas, porque aunque en algunos casos resulta difícil hacer esas diferencias, sí existe tal.

Para cumplir con los propósitos de la psicología de la salud, se necesita de profesionales interesados en ésta área y que se dirijan a cumplir con dichas metas, profesionales que se relacionen con profesionales de otros campos, que gusten del contacto con la gente e interesados en la investigación y en la educación, entre otras muchas cosas; nos referimos a los psicólogos, pero no solamente al psicólogo en general, sino al psicólogo de la salud.

## **2.4 El psicólogo de la salud y sus funciones**

Indudablemente, los psicólogos de la salud son antes que nada, psicólogos, y reciben la misma formación básica que cualquier otro profesional dedicado al ejercicio de la psicología. Entonces, los psicólogos de la salud son, en primer lugar psicólogos, y en segundo término, especialistas en salud.

La psicología de la salud no existe como una profesión separada de la psicología genérica, en su lugar, la psicología de la salud, hoy en día, no es otra cosa que la aplicación del conocimiento acumulado gracias a la práctica científica y la práctica profesional de la psicología genérica al área específica de la salud (Becoña, 2000)

Fue hacia 1990 que los médicos dejaron de considerar a los psicólogos de la salud como meros consultores estadísticos, administradores de test o terapeutas con una serie de conocimientos, fundamentalmente limitados al tratamiento de enfermedades psicosomáticas; y comenzaron a ser aceptados como miembros de la mayor parte de los equipos de los principales hospitales.

El psicólogo de la salud cumple con varias actividades, que se mencionarán a continuación.

Para Weiss (1982) las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en 3 grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación. La investigación es la actividad sobresaliente entre los psicólogos de la psicología de la salud; la investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que conciernen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad (citado en: Oblitas, 2000, Pág. 27-29)

Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor, y también han desarrollado nuevas técnicas para prevenir y tratar distintas enfermedades. Los asuntos más estudiados por los psicólogos de la salud en cuanto a la investigación, es el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afectan a la salud.

Los psicólogos de la salud también se han involucrado en las cuestiones relacionadas con el sistema del cuidado de la salud y las políticas de salud; y en este punto están incluidos los efectos de la hospitalización, el impacto del cuidado del personal, etcétera. Y cuando se han hecho descubrimientos en las distintas investigaciones, posteriormente se aplican a la prevención y al tratamiento de la enfermedad. Los psicólogos de la salud han elaborado programas, como por ejemplo, para el manejo del estrés, problemas cardiovasculares, obesidad, tabaquismo, etcétera.

Otras facetas, en las que se han implicado los psicólogos de la salud, son ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar e cuestiones psicológicas a los distintos profesionales de los cuidados de la salud. Los psicólogos de la salud también participan en la educación y el entrenamiento; muchos psicólogos de la salud han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud. El conocimiento de la salud pública y el sistema de cuidado de la salud es un requisito para investigar en prevención (Oblitas, 2000)

Desde el punto de vista de Taylor (1986) las áreas de aplicación de la psicología de la salud (y por lo tanto el trabajo del psicólogo de la salud) se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
2. El psicólogo de la salud estudia también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. El psicólogo de la salud enfoca también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
4. El psicólogo de la salud está interesado en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario (citado en: Latorre, 1994, Pág. 21)

Por otro lado, Weinman (1990) fue un poco más explícito en las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud, y a lo que debe estar atento en cuanto a las actividades del psicólogo en esta área:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos.
3. Las cogniciones acerca de la salud – enfermedad.
4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.

5. El medio ambiente en que se produce el tratamiento al que los pacientes son sometidos y
6. El afrontamiento a la enfermedad y la incapacidad (citado en: Latorre, 1994, Pág. 21)

La afirmación de Becoña (2000) es que además de modificar comportamientos poco saludables, los psicólogos de la salud también deben utilizar sus habilidades para aliviar el dolor y reducir el estrés, aumentar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas y ayudar a los pacientes y a los miembros de sus familias a convivir con las enfermedades crónicas.

Entre otras cosas, el psicólogo de la salud se ocupa de temas tales como la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, las mejoras del sistema sanitario y la sensibilización de la opinión pública a los temas relacionados con la salud.

Hasta ahora, se han mencionado las actividades que tiene el psicólogo de la salud; y en México, también hay psicólogos que se han interesado cada vez más en esta área; sin embargo, creemos que en nuestro país aun no se ha dado mucho reconocimiento a la psicología de la salud, y por lo tanto no se le ha dado ese reconocimiento al psicólogo de la salud.

Vemos que en la actualidad las instituciones de salud han comenzado a hacer promoción de la salud (específicamente el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS), pero creo que el énfasis que se ha dado a esta promoción es más enfocado al ámbito médico; se han centrado en los hábitos alimenticios y a los hábitos de actividad física; pero recordando la definición de salud, vemos que no solo se abarca el aspecto orgánico, sino que va más allá, involucrando el aspecto psicológico; es allí donde el psicólogo de la salud (en México) puede intervenir de muchas formas.

En cuanto a México, Oblitas (2000) menciona que hasta hace poco, eran escasas las universidades que habían implantado programas para formar estudiantes en psicología de la salud; sin embargo, en la actualidad, con la puesta en práctica de nuevos planes de estudios en las facultades de psicología de México, se está corrigiendo esta deficiencia. Hay algo que debe quedar claro, los psicólogos de la salud tienen que ser ampliamente entrenados en psicología junto con amplios conocimientos de las ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de síntomas clínicos, psicofisiológicos y los fundamentos biológicos que estudian o tratan dichos profesionales. También el conocimiento de la salud pública y el sistema de cuidado de la salud es un requisito para investigar en prevención.

Las actividades del psicólogo de la salud en México pueden brindar muchas cosas en un futuro no muy lejano; entre las cuales se encuentran: el desarrollo de programas preventivos para distintas enfermedades que están causadas básicamente por malos hábitos, por comportamientos inadecuados; construir modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud, integrando información psicológica, biológica, social, contexto cultural, sanitario, etcétera, con el fin de entender mejor el problema. Creando programas con estrategias para evitar la recaída de los hábitos negativos. El psicólogo también puede crear estrategias para transmitir a una población la idea de que la gente en la actualidad se enferma y muere prematuramente por causas comportamentales y no solamente por organismos externos o en causas genéticas. La ciencia del comportamiento tiene mucho que aportar en este aspecto. Si el psicólogo quiere enfocarse en las instituciones, puede hacerlo ya sea como funcionario, como consejero o consultor profesional, diseñador e implementar programas, etcétera.

También es importante mencionar que uno de los objetivos del psicólogo de la salud, es evitar que se piense que en ésta área se vale de todo, aplicar de todo, principalmente nos referimos a no mezclar a la psicología de la salud con otras áreas que han tratado de disfrazarse con ella.

La psicología de la salud tiene un futuro muy prometedor, pues, es muy importante para fomentar hábitos saludables; mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y del sector público.

Como hemos visto, el psicólogo de la salud tiene diversas actividades; pero, específicamente en México tiene mucho que ofrecer, no cabe duda que su futuro está aun por realizarse; ya que relativamente, es muy reciente la introducción de los psicólogos al campo de la salud. Pero aun que no tiene mucho de haber emergido esta área, pienso que en México, el psicólogo de la salud puede realizar sus actividades, ya sea en el ámbito institucional o en el comunitario; es decir, no solamente en clínicas, hospitales, industrias, escuelas, etc., sino que puede actuar en cualquier lugar; pues el interés por la salud está en todos lados y no únicamente en las instituciones.

De hecho, y dado que la salud es una entidad muy amplia y compleja, los ámbitos de aplicación de psicología de la salud son múltiples, pudiendo desempeñar en cada uno de ellos variedad de funciones en diferentes contextos. Aunque también depende de los objetivos que tenga el psicólogo para desarrollarse, y de cómo quiere trabajar, ya sea de manera individual o vincularse con profesionales en otras áreas.

## **CAPÍTULO III**

### **HÁBITOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE SALUD**

Desde el punto de vista de Buela, Costa (1996) Oblitas (2000) y Elizondo (2002) los hábitos de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden y sin concierto; sino por el contrario, se involucran diferentes comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos y, todos ellos fuertemente impregnados del ambiente o entorno en el que viven las personas. Estos autores sostienen que las conductas de salud están interrelacionadas; señalan que tanto las conductas que implican un riesgo para la salud como las conductas saludables no suelen estar, en efecto, aisladas, sino más bien asociadas entre sí, configurando estilos de vida bien definidos.

Indudablemente, hay muchas personas cuyos estilos de vida incluyen conductas que actúan como factores de riesgo para la salud, pero también existen, evidentemente, individuos que realizan conductas protectoras de salud, esto indica que hay personas que son conscientes en el hecho de cuidar su salud, pero también están las que no lo hacen.

La mayoría de las personas son capaces de describir muchas conductas que están relacionadas con su salud, y además, tienen el conocimiento necesario para saber lo que les puede afectar positiva o negativamente; pero esto no asegura que las practiquen o no, ya que son muchos los factores que inciden sobre las prácticas de salud de la gente (Buela, 1996)

Aunque la información que se difunde sea la necesaria, no es lo único que influye para que una persona adopte ciertos hábitos, pues también se deben considerar otros factores en el mantenimiento o no de la salud; esos factores se mencionarán mas adelante.

Uno de los temas prioritarios en la psicología de la salud, es la promoción de la salud, que se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable. Definitivamente, ciertos hábitos producidos por la forma de vida que se lleva actualmente pueden ser nocivos para la salud.

La mayor parte de las personas valoran su salud y desean evitar la enfermedad; sin embargo, la mayoría no se comporta de un modo que maximice su salud y prevenga la enfermedad. Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de la conducta diaria, en la salud y en la enfermedad. Está comprobado que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo. Como se mencionaba, las enfermedades crónicas han destituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte. Las enfermedades crónicas se encuentran estrechamente asociadas con la conducta humana y al estilo de vida de los sujetos.

Debido a esto, existe la necesidad de prevenir las enfermedades en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud; y esto implica 2 estrategias: cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos (como fumar, beber, modificar la dieta, etcétera) y prevenir los hábitos inadecuados desarrollando hábitos positivos y animando a la gente a adoptarlos; además, hay evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable que curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo, junto con la promoción de conductas de salud optimiza la prevención y, sin lugar a dudas, la aproximación con una relación costo beneficio más adecuada en el cuidado de la salud.

En los siguientes apartados veremos cuales son los hábitos positivos y los hábitos negativos de salud; así como cuales son los factores que influyen en el mantenimiento de éstos, tanto positivos como negativos.

### 3.1 Concepto de Hábito

Podemos definir “**hábito**” como una conducta adquirida por la experiencia, que se realiza regular y automáticamente; y que tienen una función básica en el aprendizaje, configurando estilos de vida bien definidos.

La salud se mantiene en la medida que adoptamos ciertos hábitos para cuidar nuestro bienestar orgánico, psicológico y social. Nuestro organismo tiene una cualidad extraordinaria, además de su funcionamiento perfecto, es su constante tendencia a mantenerse en equilibrio y a evitar el daño; cualquier cambio que altere el equilibrio interno del cuerpo, pone en operación mecanismos que tienden a corregir el equilibrio.

Sin embargo, estos mecanismos compensadores no bastan para mantener la salud contra toda posible lesión. Es aquí donde los individuos deben poner de su parte para ayudar al organismo a conservar la salud, esto lo podemos hacer adoptando hábitos saludables; aunque claro está que no es solo el bienestar del organismo el que se busca, sino que también se busca el bienestar psicológico y social.

Hay que tener siempre en cuenta que nuestro completo bienestar nos facilita el desempeño en diferentes áreas. El estado de armonía orgánica, psicológica y social, permite que todas las actividades que se realicen se hagan con alegría y buena disposición de ánimo, y el entusiasmo por vivir. La salud nos ayuda a lograr este fin, por eso, cuidar la salud permite elevar la calidad de vida (Elizondo, 2002)

Todos los hábitos (positivos y negativos) tienen una historia, así que nos debemos remontar a ella para saber de dónde provienen, son muchos los orígenes, aunque principalmente suelen darse en la familia, porque generalmente, es el primer grupo al que pertenece el ser humano.

Es importante mencionar que además de lo que podemos hacer individualmente para mantener y cuidar la salud, también se requiere la colaboración de la comunidad y de las instituciones gubernamentales.

Ésta es la definición de hábito de manera general, pero ahora definiremos de manera más detallada y con algunos ejemplos qué es lo abarcan los hábitos de salud positivos.

### **3.2 Hábitos de salud positivos**

Un **hábito de salud** es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de una forma automática, esto es, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto (Gómez y Saburido, 1996)

De acuerdo con Harris y Guten (1979) los hábitos positivos son todas aquellas conductas que la gente practica para mantener su salud, estas conductas de salud están interrelacionadas; es decir, tanto las que implican un riesgo para la salud como las conductas saludables no suelen estar aisladas, más bien están asociadas entre sí; por ejemplo, una persona puede hacer ejercicio, llevar una dieta equilibrada, hacerse un examen médico periódico; pero al mismo tiempo no puede estar usando el cinturón de seguridad al conducir, maneja a alta velocidad, no tener conductas sexuales responsables, etcétera.

Por otra parte, Kasl y Cobb (1996) mencionan que las conductas de salud, son conductas en las que toma parte un individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad; lo cual incluye un amplio abanico de conductas. El concepto de conductas de salud contempla esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales (citado en: Oblitas, 2000, Pág. 15)

La definición de McAlister (1981) de las conductas saludables, es que éstas son las acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad (citado en: Becoña, 2000, Pág. 25)

Para Hunt (1979) los hábitos se desarrollan inicialmente en tanto que son reforzados por determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo aparecen con independencia de los procesos de reforzamiento; siendo mantenidos por factores ambientales con los que habitualmente se asocian. Por ello, los hábitos de salud son muy resistentes al cambio. Una característica crucial de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y, por consiguiente, se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes de aprendizaje (citado en: Gómez y Saburido, 1996, Pág. 29)

Por otro lado, Gómez y Saburido (1996) establecen la diferencia entre conductas de salud y conductas reductoras de riesgos. Las **conductas de salud** incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como por ejemplo, hacer ejercicio físico. Y las **conductas reductoras de riesgos**, son aquellas que contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades (por ejemplo, no fumar); pero, aunque estos autores hacen la diferencia, mencionan que se pueden incluir estas dos bajo el término genérico “**conductas de salud**”.

Hemos revisado las definiciones que se han dado acerca de lo que son los hábitos de salud, todas ellas aportan algo muy importante; sin embargo, la definición más completa es la de Hunt (1979), ya que él nos habla sobre varios aspectos, tales como: qué son los hábitos de salud, cómo se desarrollan, cómo se mantienen y cómo se extinguen.

Para Hunt (1979) los hábitos se desarrollan inicialmente en tanto que son reforzados por determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo aparecen con independencia de los procesos de reforzamiento; siendo mantenidos por factores ambientales con los que habitualmente se asocian. Por ello, los hábitos de salud son muy resistentes al cambio. Una característica crucial de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y, por consiguiente, se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes de aprendizaje (citado en: Gómez y Saburido, 1996, Pág. 29)

Como hemos visto, los hábitos se desarrollan al principio porque son reforzados por determinadas consecuencias, y después se ejecutan de forma automática. Para que se desarrollen estos hábitos hay muchos factores que influyen para que se mantengan ciertas actitudes respecto a la salud, pero hay algo que es muy cierto, el hecho de que somos nosotros los que tenemos control sobre nuestras acciones y somos responsables de ellas, y que para lograr el bienestar que nos da la salud necesitamos, ante todo, comprender cuáles son los hábitos que favorecen nuestra salud y aquellos que la amenazan; y además, estar suficientemente motivados y convencidos de que es nuestra responsabilidad cuidarla; normalmente, tenemos los conocimientos de cuáles son los hábitos que nos benefician; sin embargo, la salud no la obtenemos con el simple hecho de tener conocimientos, lo importante es que apliquemos esos conocimientos, y llevar a cabo esas conductas hasta lograr que se conviertan en hábitos.

La salud de los individuos depende en gran medida de la adopción de hábitos saludables y que son los más aconsejables (dormir siete u ocho horas al día, desayunar cada mañana, aproximarse al peso conveniente en función de la talla, no fumar, realizar con regularidad alguna actividad física, etcétera.) Debemos conocer las conductas que mejoran o socavan la salud; de los hábitos saludables que se conocen en la actualidad son los siguientes:

*Practicar ejercicio físico:* tener una actividad física de modo regular (como dar largos paseos) es lo más adecuado para prevenir enfermedades; los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de problemas cardiovasculares; y se tiene menos riesgo de desarrollar una dolencia coronaria. Ayuda a controlar el peso y a normalizar el metabolismo de carbohidratos, lípidos, etc. Los beneficios psicológicos que aporta son: la reducción de sentimientos de estrés y ansiedad; contribuye a la estabilidad emocional, reduce la depresión, mejoran sus actitudes y actividades laborales. La participación de una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto. Y en el caso de que ya exista la enfermedad, el hábito de la actividad física es útil para disminuir el grado de severidad de ésta.

*Nutrición adecuada:* los hábitos alimentarios de las personas han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas hasta los estragos derivados del exceso. Una nutrición correcta se hace necesaria para lograr un estado saludable. La mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia; por ejemplo, la diabetes. Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer que también se deben a comportamientos nutricionales inadecuados. El hábito de una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, y un consumo adecuado, evitando la ingesta excesiva. Si se lleva una dieta saludable se evitan los trastornos alimenticios (obesidad, anorexia, bulimia)

Enfermedades como el cáncer de colon, estreñimiento, diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibra. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de enfermedades cardíacas.

Entre los hábitos positivos más recomendables, están: la disminución de grasas animales, aumenta del consumo de verduras, frutas, alimentos con alto contenido de fibra; reducir el consumo de azúcar, dulces, harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol.

*Adoptar hábitos de seguridad:* la tercera causa de muerte en países desarrollados son los accidentes, los cuales podrían evitarse, pues la mayoría son provocados por conductas de los individuos. Conductas inapropiadas en el manejo de automóviles, medicamentos, armas de fuego, armas blancas, fuego, etcétera, son una gran fuente de lesiones. La mayor parte de los accidentes pueden evitarse o por lo menos se reduzcan; uno de los objetivos específicos de la psicología de la salud es lograr un cambio conductual en todas estas prácticas, promoviendo hábitos positivos (por ejemplo, usar cinturón de seguridad en los automóviles)

*Sexo seguro:* cada año millones de personas contraen enfermedades de transmisión sexual y también hay embarazos no deseados; la única vía alterna para evitarlas es a través de hábitos que minimicen el riesgo (uso de preservativos, relaciones monogámicas, etcétera.)

*Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas:* estas emociones constituyen un riesgo para la salud; una de las más conocidas es el estrés.

En cuanto al estrés, Labrador (1992) menciona que “se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican 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 el; o si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio externo e interno, y la manera en que el individuo percibe

que puede dar respuestas a esas demandas”. No sólo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteren la salud, sino que también puede influir sobre la salud de modo indirecto, a través del mantenimiento de conductas no saludables. Si un individuo vive bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables (citado en: Oblitas, 2000, Pág. 111)

Esta revisión nos es de utilidad para conocer cuáles son los hábitos que nos proporcionan salud, y que si practicamos esas conductas también nos ayudan a prevenir el riesgo de contraer enfermedades. No es fácil que la gente adopte estos hábitos, sobre todo cuando ya se tienen otros hábitos que lejos de ayudarnos solo nos deterioran, consideramos que es importante que se promueva el cuidado de la salud a través de estos hábitos, y que si van dirigidos a ciertas poblaciones sean adaptados a cada una de ellas, de acuerdo a sus necesidades y considerando las características individuales.

### **3.3 Hábitos negativos**

“Llama Pitágoras a la ebriedad pernicie del entendimiento; reprueba la intemperancia diciendo que nadie debe excederse de la justa medida, en bebidas ni comidas” (citado en: Costa, 1996, Pág. 27)

Los hábitos negativos también están relacionados con la salud, no porque haya hábitos de salud negativos, pues la salud no es negativa; sino que, los hábitos negativos nos llevan a la enfermedad y deterioran nuestra salud. Al igual que los hábitos positivos, los hábitos negativos también son conductas firmemente establecidas y arraigadas en el abanico comportamental de los individuos, y que se ponen en marcha de forma automática. Son muchos los factores que influyen para que mantengamos esos hábitos.

Es importante mencionar que estos hábitos no están aislados, también están combinados con hábitos positivos.

Para Elizondo (2002) en nuestro país desafortunadamente, no son muchas las personas que se interesan por su salud, por informarse de la forma de cuidarla y por seguir ciertas recomendaciones a fin de mejorar la calidad de vida. La mayoría simplemente no le brinda la atención necesaria y tiene una actitud apática hacia todo aquello que se relacione con el cuidado de su salud.

Para vivir la vida plenamente Strabanck y McCormick (1992) mencionan que se debe mantener un equilibrio entre los riesgos que son razonables y los que no lo son; pero que dicho equilibrio es un asunto discutible en el que no caben los dogmas (citado en: Costa, 1996, Pág. 31)

Con ello entendemos que existen hábitos que conllevan mayores riesgos que otros, pero también sabemos que no es fácil cambiar esos hábitos, sobre todo porque forman parte de nuestro estilo de vida. Sin embargo, creemos que (hablando metafóricamente) no podemos encerrarnos en una burbuja de cristal, pues ello no sería vivir. El comportamiento humano es muy complejo, se adquieren costumbres, creencias, valores a lo largo de toda la historia de aprendizaje, y es precisamente por ello, que es difícil remover los hábitos negativos con una simple información. Así pues, la presencia o ausencia de ciertos hábitos, son la causa de muchas enfermedades que podríamos prevenir; entre esos hábitos negativos están:

El *sedentarismo* que es causa enfermedades cardiovasculares y desarrolla dolencias coronarias, es causa de obesidad; etcétera.

Los hábitos alimenticios negativos provocan diversas enfermedades, tales como la diabetes; provocan un nivel alto de colesterol, problemas cardiovasculares, cáncer de colon, hipertensión; y están relacionados con

trastornos alimenticios (obesidad, anorexia, bulimia). Comer muchas grasas animales, poca ingesta de fibra, no moderar la ingesta de azúcar, dulces, harinas, etcétera; es causa de las enfermedades mencionadas.

*No adoptar hábitos de seguridad* es causa de muerte, por ejemplo manejar a altas velocidades, no usar el cinturón de seguridad, manejar mientras se está en el influjo del alcohol; uso inadecuado de medicamentos, armas de fuego, armas blancas, fuego, etcétera; son una gran fuente de lesiones.

*El sexo no seguro* provoca que millones de personas contraigan enfermedades de transmisión sexual, hábitos negativos como no usar condón, tener diferentes parejas sexuales, etcétera; aumenta el riesgo de contraer alguna de esas enfermedades.

Por citar algunas de estas enfermedades que se pueden prevenir y que son causadas por hábitos negativos, están:

a) En el caso de las enfermedades del corazón: el hábito de fumar, la hipertensión, la presencia de elevados niveles de colesterol, la falta de ejercicio habitual, elevados niveles de estrés, dieta desequilibrada. Cabe mencionar, que aunque por ejemplo, el alto nivel de colesterol no es precisamente un hábito, si es ocasionado por hábitos negativos y ello lleva a la enfermedad.

b) En lo que respecta al cáncer: la conducta de fumar, no usar las medidas de protección en el trabajo, consumo excesivo de alcohol, dieta alimenticia inadecuada; aumentan el riesgo de padecer ésta enfermedad.

c) Finalmente, en lo que respecta a los trastornos cerebro vasculares están: la hipertensión, el hábito de fumar, niveles elevados de colesterol, estrés.

Según Buceta (1990) los factores de riesgo se concentran en cuatro grupos:

1. *Conductas habituales*: por exceso, poco saludables, como fumar, beber alcohol en demasía, no seguir una dieta adecuada, no hacer ejercicio de manera regular.

2. *Alteraciones de la salud*: como la hipertensión, la diabetes, en las que a su vez, pueden influir variables psicosociales.

3. *Carcinógenos ambientales*: relacionados en parte con los comportamientos señalados en el primer grupo, o con otras conductas.

4. *Elevados niveles de estrés*.

Para favorecer la adquisición de conductas saludables y modificar aquellas otras que, como las anteriormente mencionadas, suponen un riesgo para la salud, constituye la principal tarea de la prevención.

Para lograr un estado óptimo de salud debemos prestar atención especial a nuestra conducta; diferentes estudios en el campo de la salud han puesto de manifiesto que ciertos factores como la polución ambiental, algunas condiciones sociales dañinas, etcétera; entrañan un grave riesgo, y se hallan presentes en la mayoría de las enfermedades crónicas.

Lo cierto es que muchas personas no llevan a cabo hábitos positivos y hay múltiples motivos para ello, por ejemplo, porque hay placer inmediato o a corto plazo que brindan a menudo las conductas menos saludables.

Los hábitos son generados y mantenidos por múltiples factores, según cada individuo y la situación en que viva. Por lo tanto, es importante y necesario analizar los factores que determinan los hábitos (positivos y negativos), para de esta forma poder conocer, por un lado, la variabilidad intra e interindividual de los comportamientos humanos y, por otro, las estructuras sociales causantes de riesgos; lo que nos ayudará para formar programas de educación para la salud, cuyo principal objetivo es producir cambios favorables en el comportamiento de las personas a través de la provisión de conocimientos, del desarrollo personal y de la enseñanza de habilidades en materia de salud.

A continuación, se expondrán los factores específicos que, en la actualidad, se tiene conocimiento de que determinan la salud. Por una parte, se encuentran los factores físicos, psicológicos y sociodemográficos como factores internos o personales y, por otra, el ambiente físico y el ambiente social como factores externos o ambientales.

### **3.4 Factores que Influyen en el Mantenimiento de los Hábitos**

Como los hábitos no ocurren en un vacío, para comprenderlas, debemos comprender primero los contextos en que ocurren. Este contexto comprende factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, y que también incluyen aspectos como la política pública, ambiente físico y social, etcétera.

Los factores psicológicos y sociales están siempre presentes en las prácticas habituales de salud, las cuales dependen de lo que las personas por ellas mismas pueden hacer por y para su salud. Concretamente, se sabe que ciertos estilos de vida condicionan uno de los problemas principales: la enfermedad crónica, por lo que esos estilos de vida son considerados como factores de riesgo al ser directamente causa de dicha enfermedad.

El comportamiento humano es muy complejo y es variable, es por ello, que la explicación y comprensión de esas conductas no resulta del todo fácil; ya que, dependen de muchos condicionamientos – biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos e históricos – que son aspectos que de forma conjunta inciden sobre los comportamientos humanos.

Es cierto que muchos de los riesgos para la salud están en el ambiente social, pero también nuestro comportamiento favorece, directa o indirectamente, la exposición a riesgos elevados de enfermar o morir.

Una cuestión importante es la de los determinantes de los hábitos positivos y negativos en relación con la salud. Generalmente, se habla de dos grandes grupos de factores, y que a su vez están interrelacionados: los sociales y los individuales o personales. Rivas y Fernández (1996) y Gómez (1996) hacen referencia a los siguientes factores:

### **3.4.1 Factores internos o personales**

Hay una predisposición a la enfermedad por los factores físicos (herencia, constitución biológica); pero los factores psicológicos son los más numerosos, y son los que han sido más investigados por su relación que tienen con la salud, entre esos factores psicológicos están los siguientes:

- a. Conocimiento y creencias acerca de la salud que tienen los individuos.
- b. El valor que los individuos le dan a la salud y la motivación que tienen para mantenerla y salvaguardarla.
- c. Las actitudes e intenciones que se tienen respecto a los diversos hábitos (positivos y negativos), y que pueden condicionar las propias conductas

- d. El grado con que el individuo se siente responsable de su propia salud y es capaz de controlarla, o bien, el grado con que el individuo cree que la salud depende del azar.
- e. Autoestima y autoconcepto, si estos dos están elevados favorecerán la ocurrencia de conductas de salud.
- f. Rasgos depresivos y estrés, pueden incidir sobre el propio estado de salud, determinando las prácticas de salud.

Los llamados factores sociodemográficos incorporan las variantes de sexo y edad, en cuanto al sexo, la evidencia indica la presencia de diferencias sexuales con relación a la mayor o menor predisposición a ciertos problemas en el deterioro de la salud, y también en cuanto a determinados comportamientos de riesgo. Con respecto a la edad, se han detectado diferencias importantes en lo relativo a ciertas enfermedades como más característico en ciertas etapas evolutivas y, del mismo modo, se ha identificado, sobre todo en la adolescencia, la existencia de periodos críticos por algunos hábitos negativos que llevan al riesgo de padecer una enfermedad crónica.

Para Gómez (1996) y Becoña (2000) las conductas de salud que realiza una persona también pueden obedecer a la percepción subjetiva de determinados síntomas, esto es, a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal de enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones puede afectar de manera importante a adoptar o no una conducta concreta.

El reconocer e interpretar un síntoma como tal, categorizarlo y tener conciencia de ello, depende entre otras cosas de un conjunto de factores ligados a las expectativas del sujeto respecto del síntoma y sus consecuencias; de sus experiencias previas, de su educación sanitaria y, probablemente también de factores y dimensiones de personalidad, aptitudinales y motivacionales.

Para comprender a qué se refiere la autopercepción de síntomas Leventhal, Prochaska y Hirschman (1985) citaron un ejemplo: una persona puede sentirse vulnerable cuando experimenta una tos matutina, se fatiga al subir las escaleras, etcétera, él achaca sus síntomas a la conducta de fumar; la persona puede entonces pensar que dicha conducta está comprometiendo su salud y, además, cree que le acarreará consecuencias negativas importantes para su salud; por tanto, la percibe como un riesgo serio potencial (como un indicador) de sus problemas físicos. Y a la inversa, es poco probable que el sujeto adopte una medida cuando sopesa que la probabilidad de dañar su salud (por ejemplo, cáncer de pulmón) es baja o que las consecuencias adversas, derivadas de su actual hábito insalubre, son mínimas, además de percibir pocos beneficios y un costo demasiado grande por dejarlo. Esta atribución puede ser útil para que la persona intente dejar de fumar. Ahora bien, aunque tales síntomas pueden ser muy útiles para motivar al sujeto a que adopte hábitos positivos de salud, su influencia sólo reviste carácter transitorio.

Con ello, vemos que en definitiva, la percepción síntomas como uno de los factores que influyen en la práctica de conductas de salud, depende tanto de las características intrínsecas del propio síntoma (intensidad, localización, novedad, etcétera), como de otras específicamente individuales y personales (expectativas, experiencias previas, personalidad, etcétera)

El repertorio de conductas saludables de una persona también se da en función de factores emocionales y cognitivos. Los estados y necesidades emocionales pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. Los niveles altos de estrés emocional no ayudan a que la gente se involucre en la realización de hábitos positivos que favorezcan su salud; los estados negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables. Los factores emocionales juegan, un papel importante como determinantes de los hábitos. Así, muchos hábitos nocivos para la salud como fumar, beber alcohol, comer el exceso, se

encuentran asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales, como el estrés.

A continuación, nos referiremos al segundo grupo de factores que se puede considerar como más típicamente externos o ambientales.

### **3.4.2 Factores externos o ambientales:**

En lo que se refiere al ambiente físico, clima, situación geográfica y la calidad ambiental, condicionan en muchos casos estilos de vida. Lo mismo sucede en cuanto al ambiente social, representado por la cultura, el estatus socioeconómico y el grupo de referencia; estos aspectos afectan a la posibilidad de acceder a determinados recursos sanitarios y a una mayor información sobre la salud.

La afirmación de Gottlieb (1981) es que la cultura de una sociedad puede fomentar estilos de vida concretos e incidir en la adecuación o inadecuación de las prácticas de salud (citado en: Buela, 1996, Pág. 924)

Entre los determinantes sociales hay que distinguir los siguientes: en primer lugar, es indudable que algunos comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar; los padres inculcan determinados comportamientos que, paulatinamente, se convertirán en verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida y que son excepcionalmente resistentes al cambio. Otros factores sociales que también influyen en la práctica de los hábitos son los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Se trata de un cierto tipo de normas, más o menos explícitas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad; por ejemplo, el hecho de que las mujeres practiquen algún deporte, depende de los valores sociales de la comunidad a la que pertenezca (Gómez, 1996)

Una tercera categoría de factores sociales es la influencia de grupo; por ejemplo, la presión del grupo de los iguales (grupos de amigos, pandillas juveniles, etcétera) es uno de los factores más significativos en la adquisición del hábito de fumar en los adolescentes, y este hábito negativo normalmente perdura, y ello llevará a padecer seguramente una enfermedad crónica como el cáncer de pulmón, de lengua, etcétera.

Y una cuarta categoría en los factores es el acceso que se tiene al sistema sanitario, resulta evidente que, desde participar en las campañas de vacunación, hasta tener el hábito de someterse a exámenes periódicos, se trata de conductas que dependen del modelo y tipo de asistencia sanitaria a los que el individuo puede acceder.

En definitiva, los factores sociales ejercen una influencia considerable tanto en la adquisición como en el mantenimiento de hábitos (positivos y negativos)

### **Influencia de la cultura sobre la salud**

La cultura es la expresión real y concreta de los patrones de comportamiento de un pueblo, esto es, del modo de ser y de pensar de un grupo humano. La cultura se manifiesta de manera cotidiana en las ideas, creencias, valores, motivaciones y comportamientos propios de los integrantes de una comunidad, Elizondo (2002) afirma que nuestra cultura influye de una manera decisiva en la actitud que observamos con respecto a la salud.

Al aplicar el concepto anterior a la cultura de la salud, entonces, se hace referencia al conjunto de conocimientos, ideas, experiencias, valores, actitudes y hábitos que las personas tienen en relación con el cuidado de su salud y sus comportamientos ante la enfermedad.

Desgraciadamente, muchos factores alejan a la gente del estado de bienestar total, incluyendo:

- Problemas físicos
- Problemas emocionales
- Problemas personales
- Problemas en las relaciones
- Problemas financieros
- Problemas ambientales
- Problemas religiosos y culturales

Muchos de nosotros no sabemos lo suficiente sobre las necesidades fundamentales de nuestro cuerpo y, por tanto, no sabemos por ejemplo, cómo alimentarnos, tampoco somos concientes de la importancia de practicar un deporte y tener hábitos higiénicos adecuados.

No hemos aprendido lo suficiente acerca del daño que nos ocasiona tener hábitos negativos, tener una mentalidad positiva ante cualquier acción o problema; ni hemos aprendido la forma de cambiar esos hábitos, y aumentar nuestros hábitos positivos al repertorio de conductas que tenemos; con ello, podemos ver que uno de los factores que influyen para que mantengamos tanto hábitos positivos como negativos es el desconocimiento acerca de qué es lo que provoca que tengamos esos hábitos.

El desconocimiento de nuestro funcionamiento nos lleva a la adquisición de hábitos dañinos; pero a veces aunque tenemos ese conocimiento no los cambiamos. La falta de automotivación nos conduce a vivir rutinariamente, sin estímulo, y comenzamos a pensar en nuestra salud hasta que la perdemos y empezamos con problemas de enfermedad.

Una de las causas del descuido de la salud es la lucha por progresar social y económicamente, y aunque, el estar bien en el plano social es el camino a la salud, si descuidamos los otros aspectos (como el orgánico) lejos de acercarnos a un estado óptimo de salud, nos aleja más de él.

Necesitamos cambiar de actitud y comenzar a preocuparnos por nuestra salud; siempre existen necesidades, en algunos aspectos menos y en otros más; y una de las maneras para comenzar a resolverlo es informándonos, pero también decidiéndonos a cambiar.

Por otra parte, Gómez (1996) caracteriza a las conductas de salud como inestables y hasta cierto punto autónomas. La **autonomía** o independencia de las conductas de salud hace referencia a la escasa o nula relación entre distintas conductas en una misma persona; por ejemplo, una persona que controla su peso, no necesariamente cuida su higiene bucal y además fuma. Por lo que se refiere a la **inestabilidad** en el tiempo de las conductas de salud, algunas razones de la misma son según Taylor (1986) las siguientes:

1. Las diferentes conductas están bajo el control de factores diferentes de la misma persona. Esto hace referencia a algo que podríamos calificar como elevada especificidad situacional de las diferentes conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo, el control de la dieta depende de factores en principio diferentes a los que pueden llevar a una persona a dejar de fumar.

2. Una misma conducta de salud puede estar bajo el control de varios factores en diferentes personas. Se refiere a que guarda relación con la elevada incidencia de las diferencias individuales a la hora de controlar una determinada conducta, por ejemplo, para algunos el fumar está asociado con el estrés, mientras que para otros depende de las conductas sociales.

3. Los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo del desarrollo de la propia conducta de salud.

4. Los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona.

El tercer y cuarto punto se refieren a aspectos similares, en uno de los casos, las variaciones de conductas dependen de la misma evolución de la conducta en sí, mientras que en el otro dependen del ciclo vital de la persona; es decir, en el primero de estos supuestos, opera un control interno, mientras que en otro sería más externo.

La relevancia de todos estos factores estriba, tal y como se ha señalado anteriormente, en su influencia en el comportamiento que se pretende adquirir, o eliminar.

Pero aún hay un último punto por mencionar, nos referimos a las creencias y a las actitudes, pues también determinan de forma significativa la práctica de conductas de salud. La creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, son factores que contribuyen a la práctica de un hábito determinado.

Las **creencias y las actitudes** son motivadoras importantes del comportamiento, una vez que la persona las ha adquirido. Green (1980) definió 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. Las declaraciones de creencias orientadas hacia la salud incluyen declaraciones como: yo no creo que los medicamentos funcionen, cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto.

Una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es verdad o no en términos objetivos. Las creencias tienen al menos 3 características que las definen como tales: primero, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen de valor de certeza que les otorga el que las posee. Segundo, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, o lo que la persona sabe o cree saber al respecto y tercero, las creencias tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

La práctica de conductas de salud obedece a los pensamientos y las creencias de las personas; por tanto, lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene por qué aparejarse con la comprensión médica objetiva de la misma. Un ejemplo de ello es un sujeto que piensa que el SIDA solo puede afectar a los homosexuales y a los usuarios de drogas por vía intravenosa; con ello es poco probable que utilice preservativos cuando tenga relaciones sexuales.

Por otro lado, Rokeach (1966) propuso que una **actitud** es una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de una manera preferencial. Las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiendo a la gente a actuar o responder a alguna situación de manera predecible (citado en: Becoña, 2000, Pág. 69)

A continuación se tratará este último aspecto, analizando los efectos de las creencias sobre las conductas de salud.

### 3.4.3 Modelo de Creencias sobre la Salud

Desde los primeros trabajos, como el de Geoffrey Hochbaum (1958) se han desarrollado numerosas versiones del Modelo de Creencias sobre la Salud; pero uno de los modelos más utilizados y que ha suscitado mayor atención para explicar por qué las personas poseen en práctica determinadas conductas de salud, es el Modelo de Creencias sobre la Salud de Rosenstock (1966)

Según este modelo, los factores que determinan la conducta de la salud son de dos tipos: por una parte, la percepción de amenazas sobre la propia salud y, por otra, las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir amenazas.

Por lo que se refiere a la **percepción de amenazas contra la salud**, se encuentra determinada, a su vez, por tres factores: primero, los valores generales sobre la salud; segundo, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad y, tercero, las creencias sobre la gravedad de la enfermedad.

Y en cuanto a las **creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza**, están en función de otros factores: la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan sus costos.

Un ejemplo de aplicación a la conducta de abandonar el hábito de fumar nos lo da Saburido (1996), y es el siguiente: un individuo puede que deje de fumar si valora posiblemente el hecho de mantenerse sano; si está convencido de que, como fumador, es más propenso a padecer ciertas enfermedades graves (cáncer de pulmón, trastornos cardiovasculares, etcétera) y considera además que esas enfermedades son verdaderamente graves. Pero la concurrencia de estos aspectos no son suficientes para que abandone el hábito de fumar. Así mismo debe creer que la conducta de no fumar constituye una medida eficaz para reducir

la amenaza de contraer un cáncer y que, aunque le cueste llevarla a la práctica, el resultado (no tener cáncer) merece la pena. Es decir, debe ser capaz de retrasar la recompensa a un comportamiento (no fumar) que no le resulta reforzante a corto plazo, pero sí a largo plazo (no tener cáncer)

Numerosas investigaciones respecto a este modelo las han hecho Strecher, Champion & Rosenstock (1997), pero Becoña (2000) menciona que no se han dado resultados consistentes, en parte, porque los investigadores no utilizaron en todo momento medidas fiables y validas para valorar sus elementos; pues, si el Modelo de Creencia sobre la Salud resultara útil, entonces deberían resultar eficaces las intervenciones para cambiar las creencias.

Este modelo es adecuado para predecir en qué condiciones los individuos pondrán en práctica determinadas conductas de salud. El modelo ha sido aplicado con éxito a una serie de campañas sobre vacunación, higiene bucal, chequeos generales preventivos, chequeos generales preventivos, tabaquismo, auto exámenes para la detección precoz de tumores malignos y dietas para el control de la obesidad, entre otras.

Sin embargo, no siempre los resultados obtenidos son absolutamente satisfactorios y, en ocasiones, lo son poco. Lo que significa que, aun siendo importante, no es un modelo suficiente para ayudar a instaurar conductas que favorezcan la salud. Por esta razón, se han empezado a hacer investigaciones que combinan aspectos del Modelo de Creencias sobre la Salud con los conceptos pertenecientes a otros modelos, incluyendo el Modelo de Acción Razonada.

#### **3.4.4 Modelo de la Acción Razonada**

Un modelo similar, pero que se enfoca más a las actitudes, es el Modelo de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), este modelo intenta integrar factores actitudinales y comportamentales par explicar conductas de salud.

Postula que una conducta de salud es el resultado directo de la **intención comportamental**, es decir, de algo tan sencillo como que una persona intente llevar a cabo, realmente, la conducta. La intención comportamental depende, a su vez, de la conjunción de dos tipos de factores: las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto, y las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental (citado en: Becoña, 2000, Pág. 70, 1996)

La Teoría de Acción Razonada asume que las personas son bastante razonables y que hacen un uso sistemático de la información para decidir de qué manera comportarse; también considera las consecuencias de los actos antes de decidirse a adoptar un comportamiento dado. Así mismo, pueden elegir no actuar si consideran que la acción en cuestión les aparta de su objetivo.

Las **actitudes sobre la acción específica** están, por su parte, determinadas por los siguientes aspectos: primero, las creencias respecto al resultado más probable de la conducta y segundo, la evaluación final de esas consecuencias del comportamiento.

Por lo que se refiere a las **normas subjetivas**, están en función de las creencias normativas, es decir, lo que la persona cree que los demás piensan de la conducta, y la motivación general que posee el individuo para actuar conforme a tales normas.

Un ejemplo para este modelo es: una persona dejará de fumar (es decir, ejercitará una conducta de salud), si cree que el fumar provee graves problemas de enfermedad, cree que los demás esperan de él que no fume, y está positivamente motivado a hacerlo.

El Modelo de Acción Razonada ofrece una ventaja sobre el Modelo de Creencias sobre la Salud, está asentado en una importante línea de investigación, ya tradicional en psicología social, sobre las creencias y actitudes humanas y su modificación; de hecho, su aplicación al control de la obesidad, tabaquismo, drogadicción, ha resultado de bastante utilidad.

### **3.4.5 Diferencias individuales en la práctica de los hábitos de salud**

Se trata de un enfoque más centrado en lo individual que en lo social Belloch (1989) menciona que se deben encontrar pruebas que permitan apoyar la hipótesis general de que determinadas dimensiones de personalidad hacen a los individuos más proclives a practicar comportamientos de salud (citado en: Beneit, 1996, Pág. 33)

Una de las dimensiones más investigadas ha sido la de **locus control**, surge de las teorías de aprendizaje social, y postula que la conducta está en función de las expectativas de refuerzo en una situación concreta. Rotter (1966) dice que los sujetos con *locus interno* tienden a creer que el refuerzo es consecuencia de su propia conducta, mientras que los *externos*, perciben los refuerzos como dependientes de factores independientes a su comportamiento (citado en: Beneit, 1996, Pág. 37)

En cuanto al instrumento de evaluación, Wallston, Wallston y Wellis (1978) desarrollaron uno, la Escala de Locus de Control para la Salud, mediante el que miden tres factores:

1. Locus de control interno para la salud, que evalúa la creencia de que se puede controlar la propia salud mediante determinados comportamientos.

2. Locus de control externo para la salud, o la creencia de que quien mejor controla la salud son los profesionales sanitarios.

3. Locus de control debido al azar, según el cual la propia salud depende de factores absolutamente incontrolables y azarosos (por ejemplo, “si me tengo que resfriar, me resfriaré haga lo que haga” (citado en: Beneit, 1996, Pág. 37)

Los sujetos que se incluyen en el primer factor, son los que más información especializada buscan, y muestran mayor predisposición para mantener su salud; pero no significa que lleven a cabo hábitos positivos.

Aún con este punto, nos encontramos una vez más con el hecho de que una determinada predisposición personal no es suficiente para explicar el comportamiento, como tampoco, lo son los valores, creencias y actitudes sobre la salud. Es necesario, poner en conjunción, unos factores con otros, y estudiar a profundidad los contextos sociales y culturales.

Después de la revisión que se ha hecho a cerca del Modelo de Creencias sobre la Salud y el Modelo de Acción razonada, vemos que a pesar del éxito que han tenido ambos, sigue existiendo la necesidad de que haya otros modelos que nos diferencien de manera más precisa a aquellas personas que buscan atención médica y aquellas que no (incluyendo la prevención), en una gran variedad de situaciones relacionadas con la salud. Pero, ¿por qué estas teorías casi no resultan adecuadas a la hora de explicar y predecir los comportamientos relacionados con la salud?, hay varias razones; una razón es porque el comportamiento promotor de la salud está determinado por factores distintos de las creencias o percepciones de un individuo.; Rosenstock señaló que los procesos interpersonales, los factores institucionales, los factores comunitarios y la política pública afectan en su totalidad a los comportamientos relacionados con la salud.

Además, otros comportamientos promotores de la salud, como los cambios alimenticios, pueden obedecer a un deseo de mejorar el aspecto personal y no a razones de salud.

Un modelo debe de presentar cierto valor a la hora de predecir comportamientos de salud, porque una teoría puede estar relacionada con el comportamiento promotor de la salud, pero no con un comportamiento preventivo.

En la actualidad, ningún modelo es lo suficientemente completo como para comprender todas estas áreas.

Cada uno de los distintos factores influye de diferente forma sobre la conducta. Los factores psicológicos proveen racionalidad o motivación para la conducta, es decir son factores predisponentes. En cambio, el clima, la situación geográfica, la cultura y el estatus socioeconómico son factores facilitadores, ya que permiten a la persona realizar la conducta que desea; vimos que los grupos de referencia, como refuerzo que contribuye al mantenimiento o abandono de una conducta, son factores reforzadores.

Como hemos revisado, los hábitos son generados y mantenidos por diferentes factores, según las distintas personas y las distintas situaciones; y esos factores cambian tanto en función del curso vital, como por el desarrollo del propio conjunto de comportamientos asociados a la salud. Todo ello pone de manifiesto la complejidad de los hábitos asociados a la salud, y las dificultades que conlleva la modificación de aquellos hábitos que constituyen un factor de riesgo en relación con determinadas enfermedades.

Los hábitos positivos y negativos se tejen y se desarrollan en escenarios interpersonales, a veces, afrontando problemas que surgen en la vida diaria, la habilidad de modificar algunos hábitos y tomar decisiones referentes a nuestro estilo de vida, vienen a ser objeto de actuación preferente de la Educación para la Salud; de forma general, podemos decir que la Educación Para la Salud es, cualquier combinación de experiencias de aprendizaje, diseñada para facilitar adaptaciones voluntarias de conductas consecuentes a la salud; pero este tema se abordará en el siguiente punto.

### **3.5 Qué es la educación para la salud y sus objetivos**

Son muchas las definiciones relativas a la Educación para la Salud que distintos profesionales teóricos han propuesto. Unas subrayan la importancia de aspectos relacionados con los hábitos, como la que propone Wood (1996) quien menciona que la Educación para la Salud consiste en la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad (citado en: Gil, 1997, Pág. 3)

Otras definiciones inciden más en cuestiones de tipo metodológico o didáctico, como la de Costa y López (1996) quienes definen a la Educación para la Salud como un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza – aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las practicas saludables y hacer difíciles las practicas de riesgo.

Desde otras concepciones la Educación para la salud va dirigida principalmente a cambiar el comportamiento del individuo, sin incidir en el medio ambiente físico y social, como ocurre en la definición que propone Sepilli (1985) quien indica que “la Educación para la Salud consiste en u proceso educativo que tiende a responsabilizar a los individuos y a los grupos en la defensa de la salud propia y en la de los demás” (citado en Gil, 1997, Pág. 3)

Para Gadivia (1993) la Educación para la Salud debe ser un conjunto de estrategias de enseñanza – aprendizaje, que permita analizar el entorno y posibilitar el aumento de la capacidad de funcionamiento en ese contexto.

La Organización Mundial de la Salud (1983) define la Educación para la Salud diciendo que es “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite” (citado en: Gil, 1997, Pág. 3)

Sin duda alguna, definir de forma abstracta qué entendemos por Educación para la Salud no es difícil; pero la dificultad surge cuando se pretende darle contenido, y surge en gran medida por el hecho de que la Educación para la Salud acarrea con la ambigüedad y la amplitud de los conceptos que la componen; por un lado, las características propias del concepto de *educación*, esto es, la existencia o no de planificación, intencionalidad, etcétera; y de otro, las derivadas de lo que se entiende por *salud*.

Todas las sociedades, ya sean más o menos sofisticadas, cuentan con medios para ayudar a sus miembros, a través de diversas prácticas educativas, a asimilar la experiencia cultural y a convertirse, a su vez, en agentes de creación cultural. En nuestra sociedad, existe una categoría de actividades educativas netamente diferenciadas de las actividades cotidianas, que responden a una intencionalidad y características propias. Son las que, según Gil (1997) constituyen la *educación formal*, con sistema educativo institucionalizado. Pero el proceso educativo utiliza muchas más estrategias que las que se derivan de las situaciones estrictamente formales en un aula; sino que, más bien se refiere a la *educación no formal*, que, al igual que en la educación formal posee un componente intencional que se traduce en objetivos educativos definidos, y educadores conscientes; ejemplos de este tipo de educación, es la educación familiar o en otras acciones dirigidas a subgrupos de la población, tanto a adultos como a niños, como lo son ciertos programas educativos de televisión, u otros medios de comunicación.

Ubicando a la Educación para la Salud, podríamos decir que se trata de una educación de tipo formal, en la medida en que debe planificarse, debe evaluarse y es intencional; pero que deba planificarse no quiere decir que siempre se planifique, ni que sea intencional, ni mucho menos que se evalúe; es decir, una gran parte de la Educación para la Salud que los niños y los adultos reciben y han recibido a lo largo de toda su vida, es de tipo no formal e incluso informal.

Por otra parte, Gil (1997) menciona que esto hace que en muchos casos cuando se pretende formalizar la educación no se parte de la ausencia de información; sino que, aun cuando el sujeto no sea consciente, ya viene con una serie de esquemas, ideas, actitudes, hábitos, etcétera; que se son parte de su modo de ser sin que hayan sido conscientes. Cuando se inicia la educación formal de la salud, en primer lugar, es preciso develar, dilucidar cuáles son los motivos que subyacen al comportamiento, esto es, el sistema de creencias en que se fundamenta la conducta de salud de las personas de u determinado con texto si es que se desea realmente ejercer un tipo de influencia.

El concepto que a nuestra consideración es uno de los más acertados y completos es el que propone Alba (1995), ya que él menciona que la Educación para la Salud es más que una información de conocimientos respecto a la salud, es una enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que permitan la conservación o el mejoramiento de la salud; es además una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social a la que pertenecen.

En esta definición podemos destacar algunas consideraciones: primero, nos dice que aunque la información es necesaria, no es suficiente; solo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud. Segundo, la Educación para la Salud es enseñanza – aprendizaje; por tanto, involucra tanto a quienes la imparten (informando y motivando) como a los que la reciben (realizando el cambio que se pretende conseguir, con base en sus motivos e intereses) Tercero, el cambio de actitud y de conducta solo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adopción consciente de las medidas de salud propuestas, es una acción que deben llevara a acabo los individuos que se educa. Cuarto, la Educación para la Salud busca un proceso de cambio; es decir, una sustitución de los hábitos establecidos; si son negativos, hay que cambiarlos por hábitos positivos que serán favorables para la salud.

Dicha sustitución es resultado de la acción voluntaria de los propios individuos, que con frecuencia es lenta y progresiva. Y por último, la auto responsabilidad en la salud implica aprovechar y aplicar los recursos indispensables para alcanzarla, no solo para el bienestar personal y familiar, sino también para el de la colectividad.

La Educación para la Salud puede aplicarse de manera individual o colectiva; y en ambos casos puede dirigirse a la promoción y fomento de la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento de la auto responsabilidad para la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud, sean oficiales o privadas. La educación dirigida a la comunidad tiene como propósito informar de la realización de un programa, señalando sus objetivos y las actividades que lo conforman, insistiendo en la importancia de la participación de todos, sin la cual los esfuerzos fracasarían.

La educación colectiva debe cumplir con los siguientes pasos según Alba (1995)

*Análisis del problema:* es el diagnóstico de salud de una comunidad, que forma parte de la planeación de los programas sanitarios en general; este diagnóstico incluye el conocimiento de los factores condicionantes de la salud (ubicación geográfica, condiciones socioeconómicas, y culturales de la población, saneamiento ambiental) También incluye los daños a la salud, que se conocen a través de los índices de morbilidad y mortalidad; y por último, el diagnóstico se refiere también a los recursos materiales y humanos de que se dispone para mejorar la salud colectiva. Una de las funciones del educador es basar su labor en un diagnóstico de la salud, y en el problema que se pretende modificar, esto es, para que su labor sea eficaz.

*La sensibilización:* pretende despertar cierto interés en el público para disponerlo a aprovechar los beneficios del mismo.

*La publicidad o propaganda:* es indispensable en la educación colectiva. Y se utilizan para ella la televisión y la radio, (por ejemplo, la publicidad que tiene en la actualidad el IMSS), pero no necesariamente la propaganda es por medio de la televisión y la radio, también es por medio de la distribución de carteles, folletos, etcétera; estas acciones deben complementarse por medio de pláticas informativas.

*La motivación:* pretende despertar el interés de los individuos y decidirlos a aceptar voluntariamente lo que se les propone. La motivación es una acción doble en la que interviene tanto el educador como las personas a quienes se educa.

*La educación propiamente dicha:* pretende un cambio de conducta favorable a la salud; solo cuando se ha logrado este cambio puede decirse que la educación se ha realizado (Alba, 1995)

No es fácil llevar a cabo todos estos puntos, es una labor compleja que requiere dedicación, constancia, paciencia, preparación, así como también requiere el deseo de ayuda y orientación a los demás.

Pero no solo se requiere esto, también es necesario un claro conocimiento de las necesidades, intereses y aspiraciones de la población, así como el conocimiento de su cultura, como piensan, sienten, creen y actúan, pues uno de los obstáculos para el cambio en una población son los factores culturales. Para ello se requiere obtener la participación consciente y activa de los individuos que integran la comunidad.

Es importante involucrarlos en los programas de salud, tanto en su planeación como en su desarrollo; dar a conocer cuáles son los objetivos y las actividades, así como la estructura y la organización. Hay que saber escuchar las observaciones y sugerencias, así como los inconvenientes y dificultades que pudieran encontrarse, por ejemplo, rechazo o falta de aceptación a llevar a cabo

los programas por motivos culturales o religiosos. Debemos hacer sentir a las personas parte de los programas, y que el éxito de dicho programa está muy relacionado con su apoyo y participación.

La Educación para la Salud forma parte de la educación total de la persona, y se impone cada vez más; por ello, la principal meta de la Educación para la Salud es proveer a los sujetos de conocimientos al cuidado de su salud, propiciándoles comportamientos facilitadores de la misma en el marco de programas de instrucción en materia de salud. De acuerdo con esta meta, los objetivos de la Educación para la Salud tienen que ser amplios, y de ahí que incluyan la promoción de la salud o, la ayuda para adoptar un estilo de vida que mantengan y realcen el estado de bienestar y la prevención de enfermedades, o lo que es lo mismo, incorporación de actividades encaminadas tanto a prevenir las enfermedades antes de que éstas se instauren, y modificar el curso de un problema de enfermedad.

Desde una perspectiva histórica, los ámbitos de la Educación para la Salud se polarizaron desde sus orígenes, en torno a las enfermedades y su prevención; y así los objetivos, se han orientado a disminuir los factores de riesgo o aumentar los factores de protección (prevención primaria), a detectar tempranamente los problemas de enfermedad y facilitar cambios de conducta que permitieran el tratamiento de las enfermedades (prevención secundaria), a recuperar la salud y evitar recaídas (prevención terciaria) (Costa y López, 1996)

La Educación para la Salud como ámbito social del conocimiento y de la práctica, es objeto de debate y de controversia; uno de los centros de debate son los límites, su campo de intervención, dónde empieza y dónde acaba la Educación para la Salud. No obstante, todo ello, la Educación para la Salud ha ido adquiriendo un papel relevante en los últimos tiempos; está vinculada por una parte, a la creciente complejidad de la nueva morbilidad y mortalidad, cada vez

más asociados a los hábitos y estilos de vida; y por otra parte, a las crecientes exigencias de calidad en el cuidado y atención de salud.

### **3.6 Los escenarios de la educación para la salud**

Los escenarios de la Educación para la Salud son según Costa y López (1996) aquellos contextos relevantes para la enseñanza – aprendizaje y socialización de los individuos. Entre ellos se encuentran la familia, la escuela, los servicios y la comunidad. La familia es el escenario de socialización primaria por excelencia; en la familia se tejen muy temprano los hábitos, costumbres, rutinas de salud, y también los riesgos y condiciones de inseguridad.

Cuanto más pequeños son los niños, más vulnerables son a las influencias de su entorno, de ahí que éste escenario tenga una importancia decisiva para la educación y promoción de la salud. Más tarde, cuando los niños son mayores, este escenario no deja de ejercer su influencia en cantidad de situaciones y elecciones de conducta, pero aparecen otras influencias y escenarios también muy relevantes y que pueden llegar a competir y hasta a disputar la influencia que ejercen los padres y hasta los mismos hermanos. El modelo social de estos últimos resulta decisivo, pero éste será más o menos efectivo dependiendo de la calidad de las relaciones que se establezcan.

Por todo ello, la competencia parental para la crianza a través del entrenamiento y la capacitación ha sido una de las estrategias preventivas más utilizadas para asegurar que los niños crezcan y se desarrollen en condiciones saludables y con hábitos y costumbres también saludables.

La escuela ha sido el principal contexto desde el cual se han promovido programas y acciones de Educación para la Salud, con la pretensión de mejorar no sólo el conocimiento de los alumnos, sino también sus prácticas de salud.

Existe un amplio acuerdo acerca de la importancia de la escuela como escenario privilegiado de Educación para la Salud.

Entre las razones que hacen de la escuela un contexto idóneo para la Educación para la Salud se encuentran las siguientes:

1. Garantiza la accesibilidad y la continuidad de las acciones de salud durante mucho tiempo.
2. Garantiza la receptividad o vulnerabilidad ante las actividades educativas al acceder a los niños desde edades muy tempranas.
3. Permite la confluencia simultánea y ordenada de escenarios e influencias relevantes en la vida de los niños.
4. Garantiza el apoyo social de los valores y prácticas de salud aprendidas al contar con el apoyo y aceptación del grupo de iguales.
5. Permite ubicar la Educación para la Salud en una perspectiva del desarrollo integral de los niños.

Estas son las características que hacen de la escuela un punto focal para la planificación de la Educación para la Salud, en el cual pueden converger las acciones de otras instancias preocupadas por la salud. Ningún otro contexto comunitario relacionado con la salud se aproxima a la magnitud de la empresa educativa escolar (Costa y López, 1996)

Los servicios sociales y sanitarios vienen a ser otros contextos de gran interés de la Educación para la Salud. A lo largo de la historia personal de los individuos, se experimentan a menudo el dolor y la enfermedad, se hace frente a la adversidad y al estrés. La Educación para la Salud que se desarrolla desde los centros de salud, hospitales u otras instancias, adquiere así una importancia inusitada, por la mayor vulnerabilidad de los niños y adolescentes en estas condiciones y por el impacto que tiene en el futuro y ulterior desarrollo saludable.

Se ha comentado acerca de las dificultades al definir cuáles son los campos de intervención de la Educación para la Salud; sin embargo, pensamos que remontándonos a la definición de éste concepto; podemos decir que entonces, la Educación para la Salud se aplica en el escenario en que se pretenda conducir a un individuo o una colectividad, a un proceso de cambio de actitud y conducta, para la aplicación de medios que permitan la conservación o el mejoramiento de la salud; se aplica en donde haya individuos y poblaciones que se quieran responsabilizar de su propia salud, y el de las personas que lo rodean; siendo recíproca la Educación para la Salud, pues se incluye al educador y al que está o va a ser educado, ya que esto es un proceso de enseñanza – aprendizaje. La Educación para la Salud pretende que los individuos desarrollen hábitos y costumbres sanas, que los valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida, y que se rechacen los hábitos negativos, pues no conducen a la adquisición de un bienestar total. Tiene la finalidad global de influir positivamente en la salud; este propósito ha orientado en la prevención de la enfermedad primero y la capacitación y promoción de la salud después. Todo ello se logra con la participación tanto del individuo y la comunidad, como con la participación de los profesionales de la salud, en donde se deben responsabilizar ambos lados para cumplir con el objetivo primordial “adquirir la salud total”.

Aun se continúa la búsqueda para lograr una mejor calidad de vida como parte de la imperiosa necesidad de todos los seres humanos, que es estar saludables; ahora nosotros tenemos muchas de las herramientas que nos ayudarán a lograrlo; sin embargo, se demanda nuestra activa participación.

Con esta investigación se pretendió describir los hábitos positivos y negativos de salud de la población que vive en la zona metropolitana; así como también se determinó su relación con la salud total; conociendo cuál es la función del psicólogo en el fomento y mantenimiento de esos hábitos.

Sabemos que la prevención primaria trabaja con conceptos tales como: estilos de vida que llevan a la salud, añadir vida a los años, motivar a la gente para que adquiera y mantenga la salud; esto lo podemos lograr con el incremento de hábitos saludables y el decremento de conductas de riesgo. El psicólogo de la salud trabaja en la prevención ya que sabemos que muchas de las enfermedades pueden prevenirse, modificando los patrones de respuesta aprendidos por cada individuo.

Es por ello que la psicología de la salud está comprometida en el mantenimiento de la salud, antes de esperar a tratar a la gente una vez que están enfermos. Los profesionales de la salud deben poner especial interés para facilitar el cambio a comportamientos de salud concretos a largo plazo, no debemos olvidar las creencias y actitudes que explican los comportamientos de salud, así como también los hábitos de los individuos. Lo ideal es modificar esos hábitos, las creencias y las actitudes que perjudican y que están dañando nuestra salud, y para ello debemos prevenir de las enfermedades fomentando estilos de vida saludables.

El campo de la psicología de la salud cumple con diversas funciones, entre las cuales están: el cambio de la conceptualización de la salud, la delimitación de las diferentes subáreas implicadas en la promoción y mantenimiento de la salud, cuyo resultado es el surgimiento de la educación para la salud; el análisis de los determinantes de la conducta o prácticas de salud para su inclusión en los programas de educación para la salud, con el objeto principal de producir cambios favorables en los comportamientos de las personas, todo ello con el fin de lograr la salud total.

# **CAPÍTULO IV**

## **MÉTODO**

### **5.1 Objetivo general**

Describir los hábitos positivos y negativos de salud de la población que vive en la zona metropolitana; determinar su relación con la salud total, así como conocer cuál es la función del psicólogo en el ámbito de la salud.

### **5.2 Objetivos específicos**

1. Describir cómo ha sido la evolución del concepto de salud.
2. Conocer cómo ha sido el desarrollo de la psicología de la salud.
3. Conocer cuáles son los factores que influyen en el mantenimiento de los hábitos positivos y negativos de salud física, psicológica y social.

### **5.3 Hipótesis**

No se formuló una hipótesis como tal, pues ésta investigación fue no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de las variables independientes (hábitos positivos y negativos de salud) para identificar su relación con la variable dependiente (salud total)

### **5.4 Sujetos**

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

La población estuvo conformada por:

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

## **5.5 Escenario**

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

## **5.6 Definición de variables**

Se determinó la relación que existe entre las variables independientes, con el reactivo que evalúa la variable dependiente (descritas en el marco teórico)

VI – Hábitos positivos y negativos de salud

VD – Salud total

## 5.7 Materiales e Instrumentos

### *Materiales:*

- 985 formatos del instrumento “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cortés, 2000)
- Bolígrafos

### *Instrumentos:*

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000) (ver anexo 1):

- “Funcionamiento de la Salud” (FS) que consta de 5 subescalas, con un total de 69 reactivos.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba de Test – Retest, (la cual consiste en aplicar el instrumento a una población específica, y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad entre los resultados) Se utilizó un intervalo de 3 semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado; el rango de edad fue de entre 18 y 80 años. El instrumento se aplicó en las salas de espera de los hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, durante la aplicación se encontraban 2 investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test – Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población. Los reactivos se seleccionaron tomando como base los hábitos positivos y negativos de salud y la salud total; que fueron considerados en el marco teórico (ver anexo 2)

## 5.8 Procedimiento

### ***Diseño de investigación:***

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

### ***Fases:***

1. Se aplicó el instrumento FS, en las instituciones antes mencionadas, con la aprobación tanto de la institución como de cada individuo. La aplicación dependió del número de sujetos encontrados (quienes dieron aprobación y contaban con el tiempo necesario para la aplicación de la escala) En casos como el de hospitales públicos, fue necesario aplicar el instrumento de manera grupal, pues en las salas de espera se contaba hasta con 25 pacientes en un mismo momento.
2. Captura y análisis de datos con el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos, usando una prueba no paramétrica (Chi cuadrada y coeficiente de pearson) para hacer la evaluación entre las variables independientes y dependiente. Los resultados se dividieron en:
  - \* Descripción y análisis general de la población
  - \* Hábitos positivos y su relación con la salud total (percepción de la salud)
  - \* Hábitos negativos y su relación con la salud total (percepción de la salud)

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizó un análisis no paramétrico utilizando la prueba Chi cuadrada y el coeficiente de contingencia de Pearson, para así poder determinar la relación entre las variables independientes y la variable dependiente; se tomó como nivel de significancia .005.

Del instrumento “Funcionamiento de la Salud” (FS) se seleccionaron los reactivos que están relacionados con los hábitos positivos de salud y con los hábitos negativos; y se llevó a cabo la correlación con el reactivo que se refiere a la salud total (percepción de la salud con respecto a otras personas)

Los resultados se muestran en tablas de contingencia; además de que también se hizo uso de gráficas para representar claramente los resultados; haciendo énfasis cuando la correlación resulta significativa.

#### **6.1 Descripción y análisis general de la población**

Es necesario realizar la descripción y el análisis de las principales características de la población ( $n = 985$ ), las cuales son:

##### **Sexo**

El 55% ( $n = 543$ ) de la población es del sexo femenino y el 44% de la población ( $n = 442$ ) es sexo masculino. Predomina el sexo femenino en la población (ver figura y tabla 1)

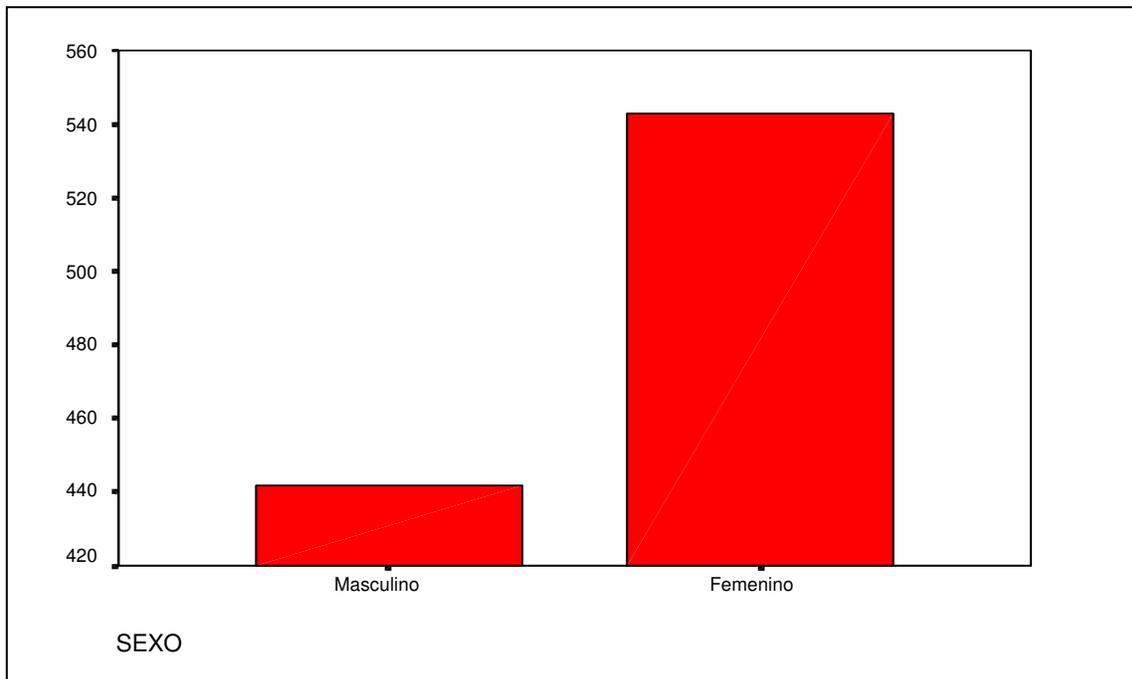


Figura 1. Muestra la frecuencia en la población con respecto al género.

**Tabla 1**

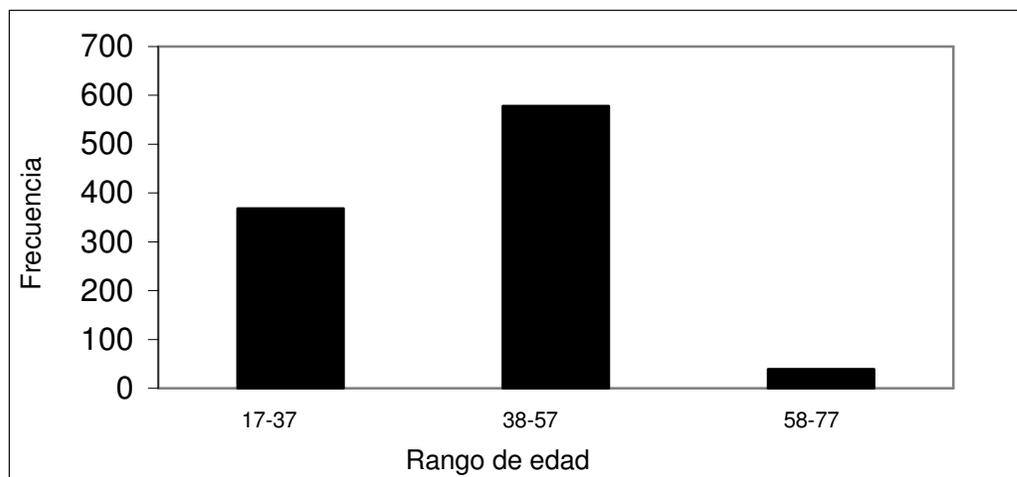
Sexo					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	442	44.7	44.9	44.9
	Femenino	543	55.0	55.1	100.0
	Total	985	100.0	100.0	

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población con respecto al género

### Edad

La edad de los sujetos de la población fluctúa entre los 17 y 77 años. Para su descripción fue necesario establecer 3 grupos de edad: 1) 17-37 años; 2) 38-57 años y 3) 58-77 años.

Respecto a estos rangos, observamos que el primer grupo es el 37% de la población ( $n = 368$ ); el segundo grupo es el 59% de la población ( $n = 578$ ); y finalmente, el tercer grupo es el 4% de la población ( $n = 39$ ) (ver figura y tabla 2)



**Figura 2.** Muestra la frecuencia de cada rango de edad.

**Tabla 2**

Edad		
Edad (rango)	Frecuencia	Porcentaje
17-37	368	37%
38-57	578	59%
58-77	39	4%
Total	985	100%

**Nota.** Muestra la frecuencia y el porcentaje por cada rango de edad.

### **Escolaridad**

Con respecto al nivel académico, se encontró que el 35% de la población ( $n = 330$ ) tiene estudios con grado de licenciatura; mientras que el 16% de la población ( $n = 158$ ) informó no tener escolaridad (ver figura y tabla 3)

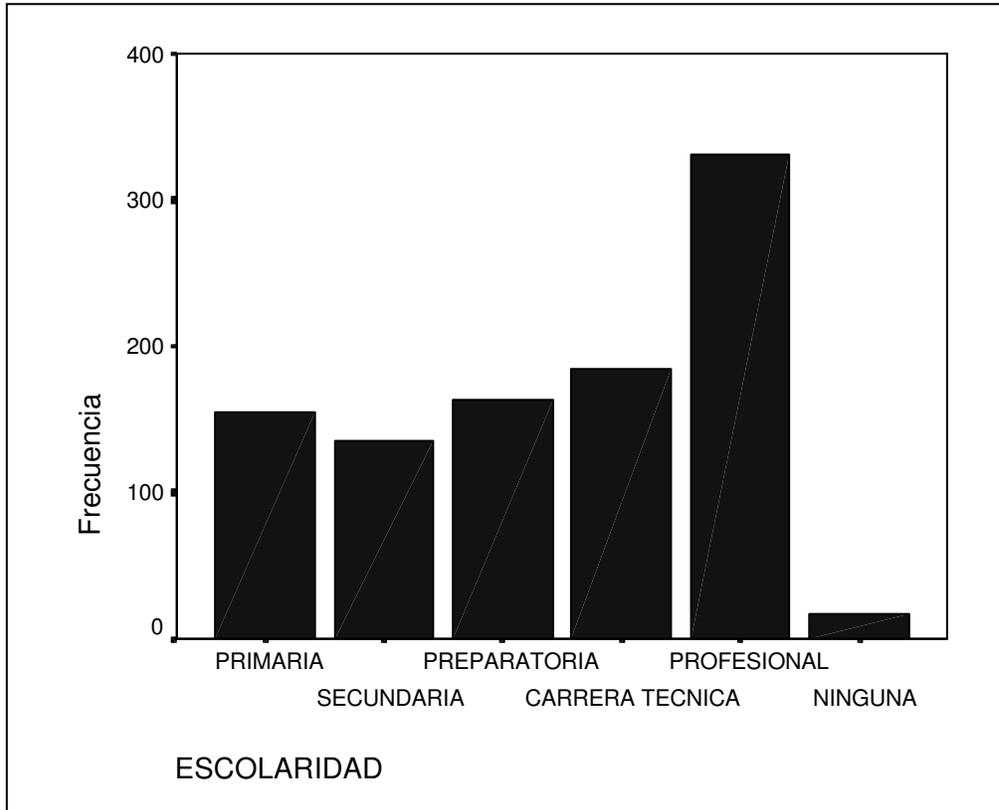


Figura 3. Muestra el nivel de escolaridad de la población

Tabla 3

Escolaridad			
		Frequency	Percent
Valid	PRIMARIA	155	16.0
	SECUNDARIA	135	13.8
	PREPARATORIA	163	16.3
	CARRERA TECNICA	184	18.6
	PROFESIONAL	331	33.5
	NINGUNA	17	1.7
	Total	985	100.

Nota. Representa la frecuencia y el porcentaje de nivel de escolaridad de la población.

## 6.2 Hábitos de salud positivos y su relación con la salud total (percepción de la salud con respecto a otras personas)

Los resultados arrojados en cuanto a cuál es la percepción de salud de la población general con respecto a otras personas, y que se evaluó con el reactivo 40 FS son los siguientes: el 48% ( $n = 480$ ) refirió percibir buena salud y, por otro lado, el 1.9% ( $n = 1.9$ ) refirió percibir una pésima salud (ver figura y tabla 4)

**Tabla 4**

Salud con otras personas			
		Frequency	Percent
Valid	0	3	.3
	PÉSIMA	19	1.9
	MALA	50	5.1
	REGULAR	277	28.0
	BIEN	480	48.6
	EXCELENTE	156	15.8
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje de la percepción de salud (40 FS)

\*3 personas omitieron el reactivo

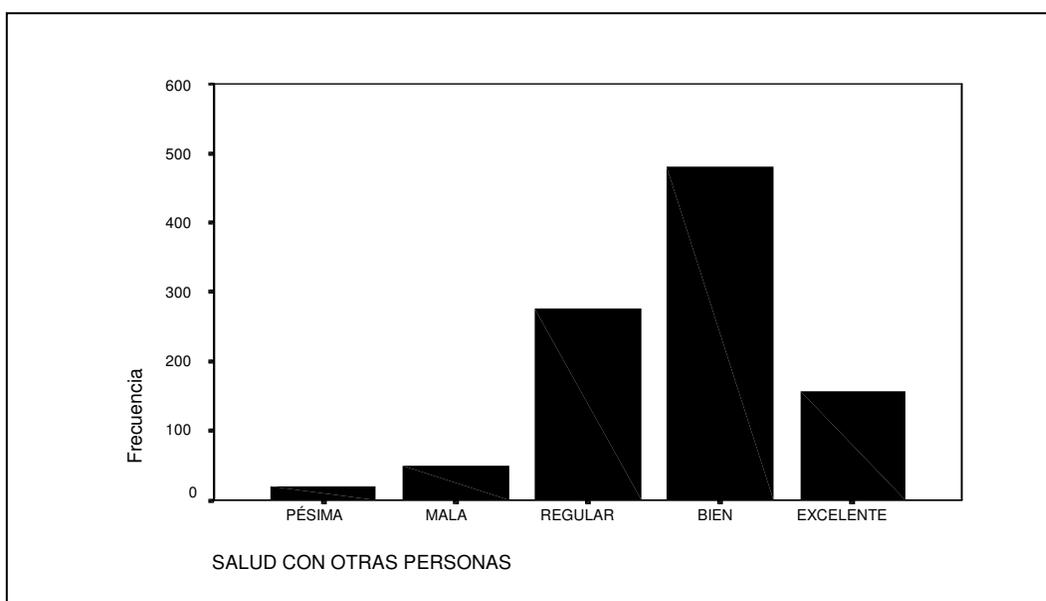


Figura 4. Representa la frecuencia de la percepción de salud de la población

## **Beber líquidos sin cafeína**

En el instrumento FS solo hay un reactivo que evalúa tal hábito; así que, se determinaron las características de la población en cuanto al consumo de cafeína.

### 1. ¿Beber algún líquido sin cafeína? (17 FS)

En este hábito se observó que el 28% ( $n = 280$ ) bebe líquidos sin cafeína diariamente; el 18.2% ( $n = 179$ ) a menudo y, el 14.7% ( $n = 145$ ) nunca lo hace (ver tabla y figura 5)

**Tabla 5**

<b>Beber sin cafeína</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	4	.4
	DIARIO	280	28.3
	A MENUDO	179	18.2
	ALGUNAS VECES	225	22.8
	POCAS VECES	152	15.4
	NUNCA	145	14.7
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y el porcentaje de beber algún líquido sin cafeína del reactivo 17 FS

\* 4 personas omitieron el reactivo

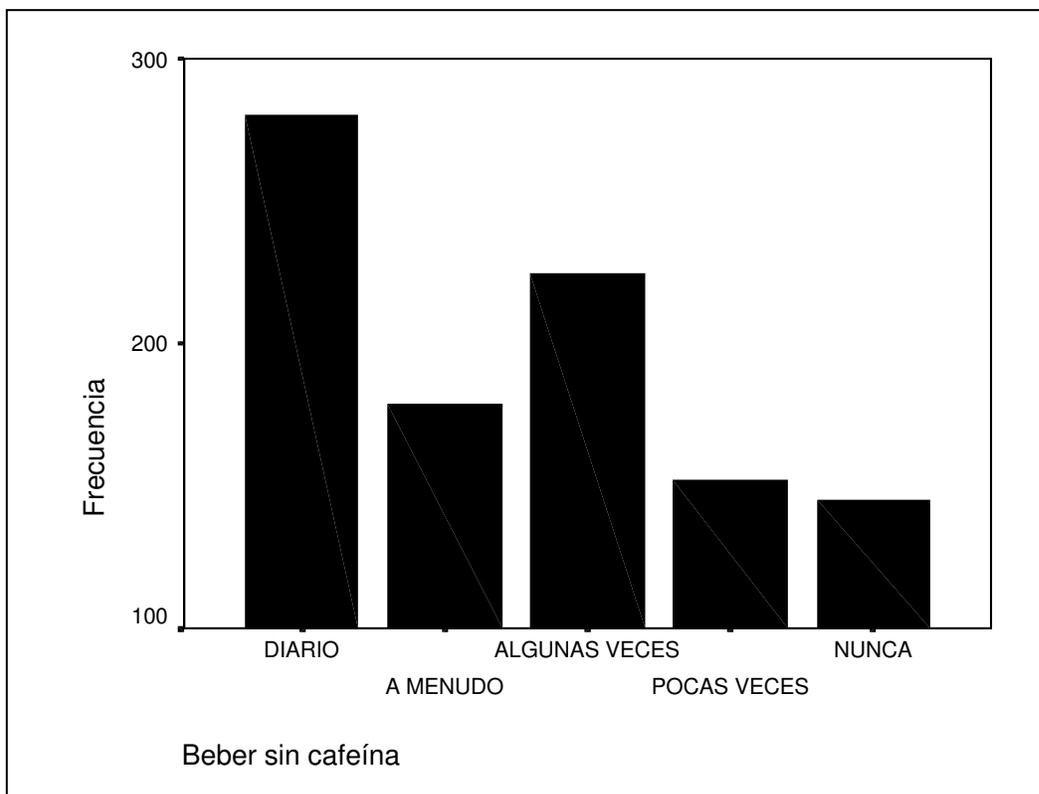


Figura 5. Muestra la frecuencia de beber algún líquido sin cafeína diariamente (17 FS)

En lo que respecta a la relación que hay entre la percepción de salud y el hábito de consumir algún líquido sin cafeína, la prueba Chi cuadrada obtuvo una sig. = .001, lo que muestra que este hábito si puede influir en la percepción de salud del individuo.

Los datos arrojan que el 45% ( $n = 127$ ) reportó buena salud y el 24.6 ( $n = 69$ ) un excelente estado de salud (ver tabla y figura 6)

**Tabla 6**

			Beber sin cafeína						
			0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
SALUD CON OTRAS	0	Count				1		2	3
		% within Beber sin cafeína				.4%		1.4%	.3%
PERSO NAS		% of Total				.1%		.2%	.3%
	PÉSIMA	Count		7	3	2	2	5	19
		% within Beber sin cafeína		2.5%	1.7%	.9%	1.3%	3.4%	1.9%
	MALA	Count		15	12	11	3	9	50
		% within Beber sin cafeína		5.4%	6.7%	4.9%	2.0%	6.2%	5.1%
	REGU LAR	Count	1	62	55	77	47	35	277
		% within Beber sin cafeína	25.0%	22.1%	30.7%	34.2%	30.9%	24.1%	28.1%
	BIEN	Count	3	127	82	110	88	70	480
		% within Beber sin cafeína	75.0%	45.4%	45.8%	48.9%	57.9%	48.3%	48.7%
	EXCE LENTE	Count		69	27	24	12	24	156
		% within Beber sin cafeína		24.6%	15.1%	10.7%	7.9%	16.6%	15.8%
Total		Count	4	280	179	225	152	145	985
		% within Beber sin cafeína	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig
Pearson Chi-Square	52.554	25	.001

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada al determinar la relación entre la percepción de salud (40, FS) y el hábito de beber sin cafeína (17, FS)

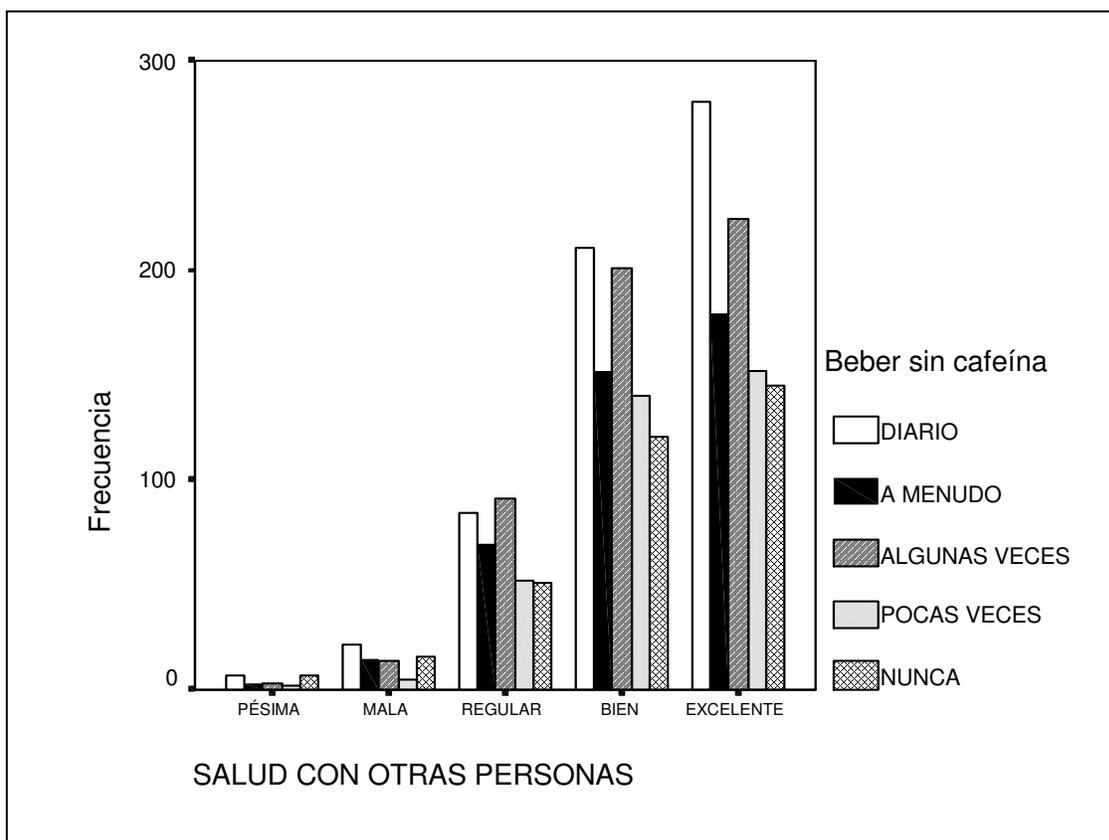


Figura 6. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a beber algún líquido sin cafeína.

### **Realizar ejercicio físico**

Es también uno de los hábitos positivos; en el instrumento FS solo hay dos reactivos que evalúan tales hábitos (18 y 32) así que, se determinaron las características de la población en cuanto a los reactivos mencionados.

#### 1. ¿Caminar a diario con fuerza y energía? (18 FS)

Se observó que el 27% ( $n = 253$ ) de la población realiza esta actividad a diario; el 23.9% ( $n = 235$ ) algunas veces; el 22.2% ( $n = 219$ ) pocas veces y, finalmente el 9.5% ( $n = 94$ ) nunca lo hacen (ver tabla y figura 7)

**Tabla 7**

<b>Caminar a diario</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	2	.2
	DIARIO	253	25.7
	A MENUDO	182	18.5
	ALGUNAS VECES	235	23.9
	POCAS VECES	219	22.2
	NUNCA	94	9.5
	Total	988	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje del hábito de caminar diariamente, del reactivo 18 FS.

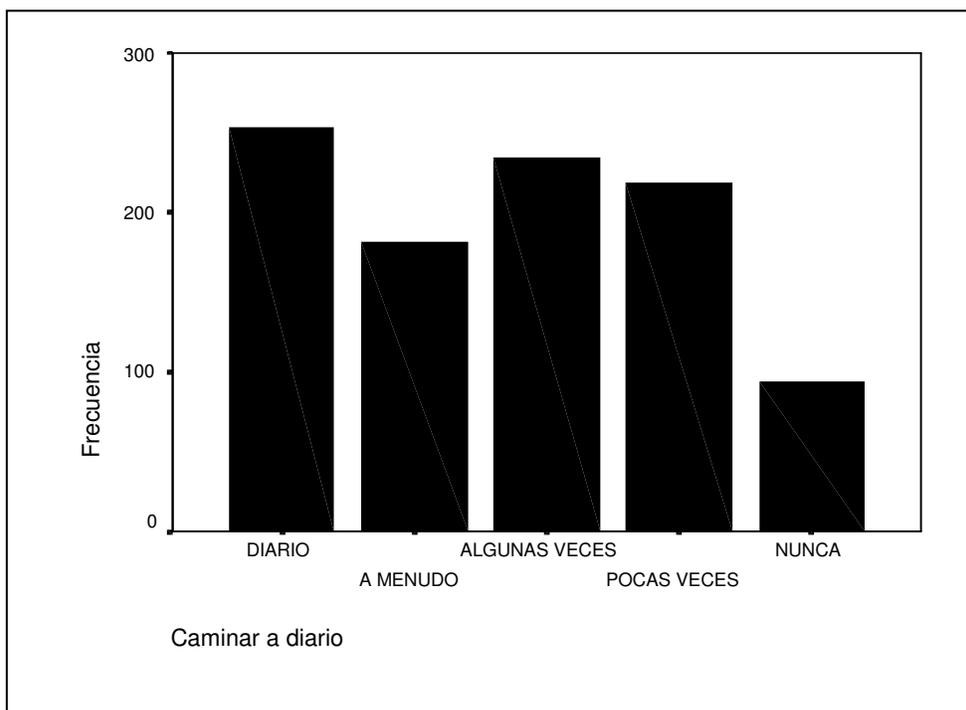


Figura 7. Muestra la frecuencia del hábito de caminar diariamente (18 FS) en la población.

Referente a la correlación entre la conducta de caminar y la percepción de salud de los individuos, la prueba Chi cuadrada arrojó que hay una sig. = .000, lo que demuestra que estas 2 variables si están relacionadas; es decir, que llevando este hábito en la vida cotidiana puede influir de manera positiva en la salud total de los individuos; sin embargo, los sujetos que no practican dicha conducta (43.6%) ( $n = 41$ ) se perciben a sí mismos como sujetos saludables. Los resultados indican que el 43.5% ( $n = 110$ ) realiza esta actividad diariamente y perciben un buen estado de salud y el 27.3 % ( $n = 69$ ) una excelente salud; los que respondieron caminar a menudo el 51.6% ( $n = 94$ ) manifiestan tener buena salud; y el 27.5 ( $n = 50$ ) tienen salud regular (ver tabla y figura 8)

**Tabla 8**

			Percepción de salud / Caminar a diario					
			Caminar a diario					Total
			0	DIARIO	A ALGUNAS MENUDO	POCAS VECES	NUNCA	
SALUD CON	0	Count					3	3
		% within Caminar a diario					1.4%	.3%
OTRAS PERSONAS	PÉSIMA	Count		7	3	6	3	19
		% within Caminar a diario		2.8%	1.3%	2.7%	3.2%	1.9%
	MALA	Count		5	8	15	11	50
		% within Caminar a diario		2.0%	4.4%	6.4%	5.0%	11.7%
REGULAR		Count		62	50	72	64	277
		% within Caminar a diario		24.5%	27.5%	30.6%	29.2%	30.9%
BIEN		Count	2	110	94	118	115	480
		% within Caminar a diario		43.5%	51.6%	50.2%	52.5%	43.6%
EXCELENTE		Count		69	30	27	20	156
		% within Caminar a diario		27.3%	16.5%	11.5%	9.1%	10.6%
Total		Count	2	253	182	235	219	985
		% within Caminar a diario		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	69.584	25	.000

Nota. Representa los porcentajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, al establecer la correlación caminar diariamente (18 FS) con la percepción de salud de los individuos.

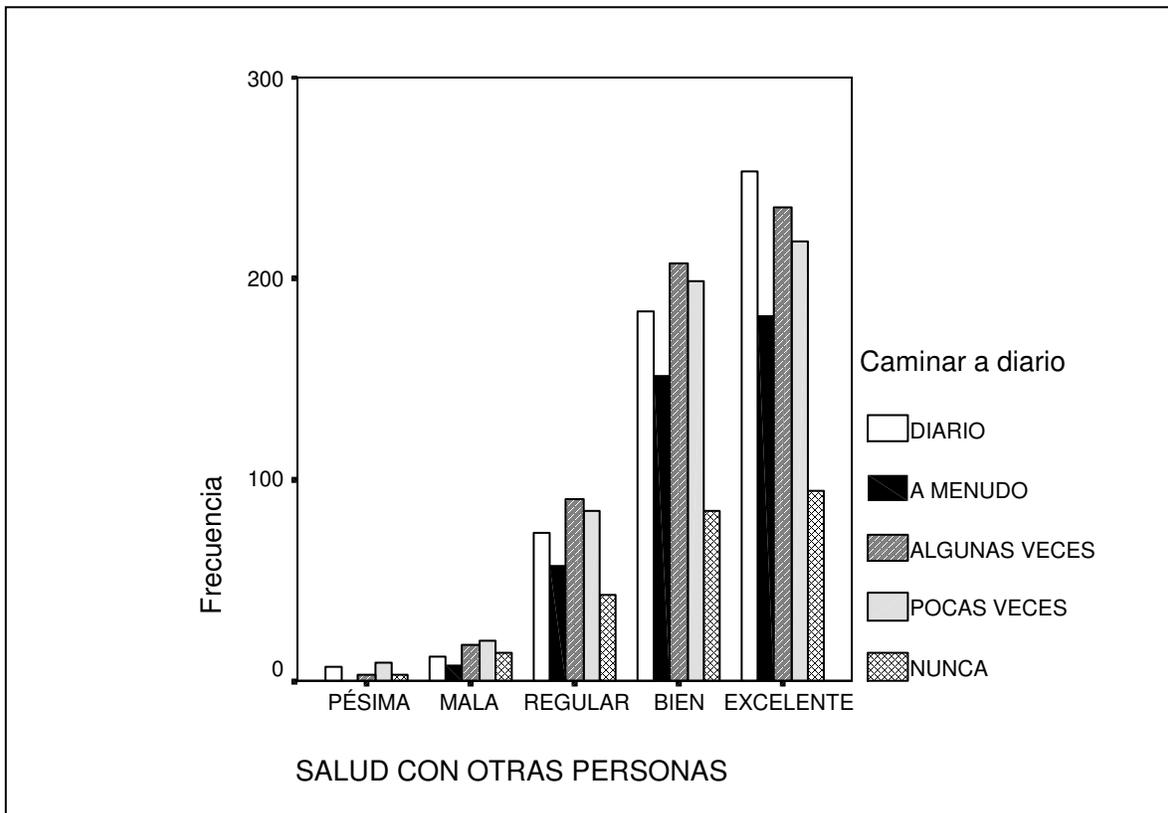


Figura 8. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de caminar diario (18 FS)

## 2. ¿Realizar algún ejercicio con energía? ( 32 FS)

En lo que respecta al hábito de realizar algún ejercicio físico con energía, los resultados fueron los siguientes: el 26.2% ( $n = 258$ ) realiza ejercicio algunas veces; el 25.6% ( $n = 252$ ) nunca lo hacen; el 22.6% ( $n = 223$ ) pocas veces y el 10.3% ( $n = 101$ ) realizan ejercicio a diario (ver tabla y figura 9)

**Tabla 9**

Realizar ejercicio con energía		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	101	10.3
	A MENUDO	150	15.2
	ALGUNAS VECES	258	26.2
	POCAS VECES	223	22.6
	NUNCA	252	25.6
Total		988	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de realizar ejercicio con energía, del reactivo 32 FS

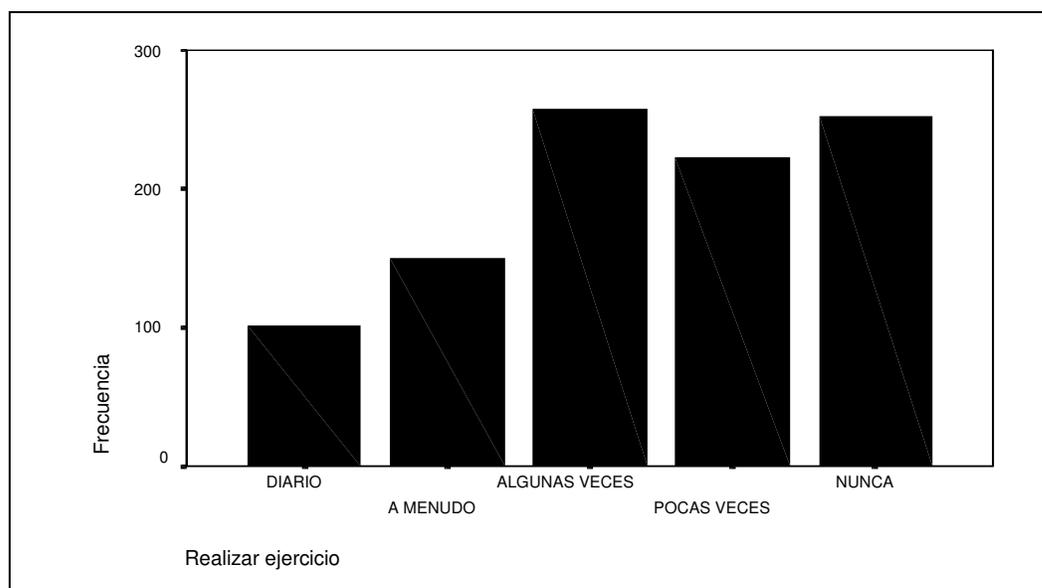


Figura 9. Muestra la frecuencia del reactivo 32 (FS) de la población general.



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	76.980	25	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, al determinar la correlación entre percepción de salud y realizar ejercicio (32 FS)

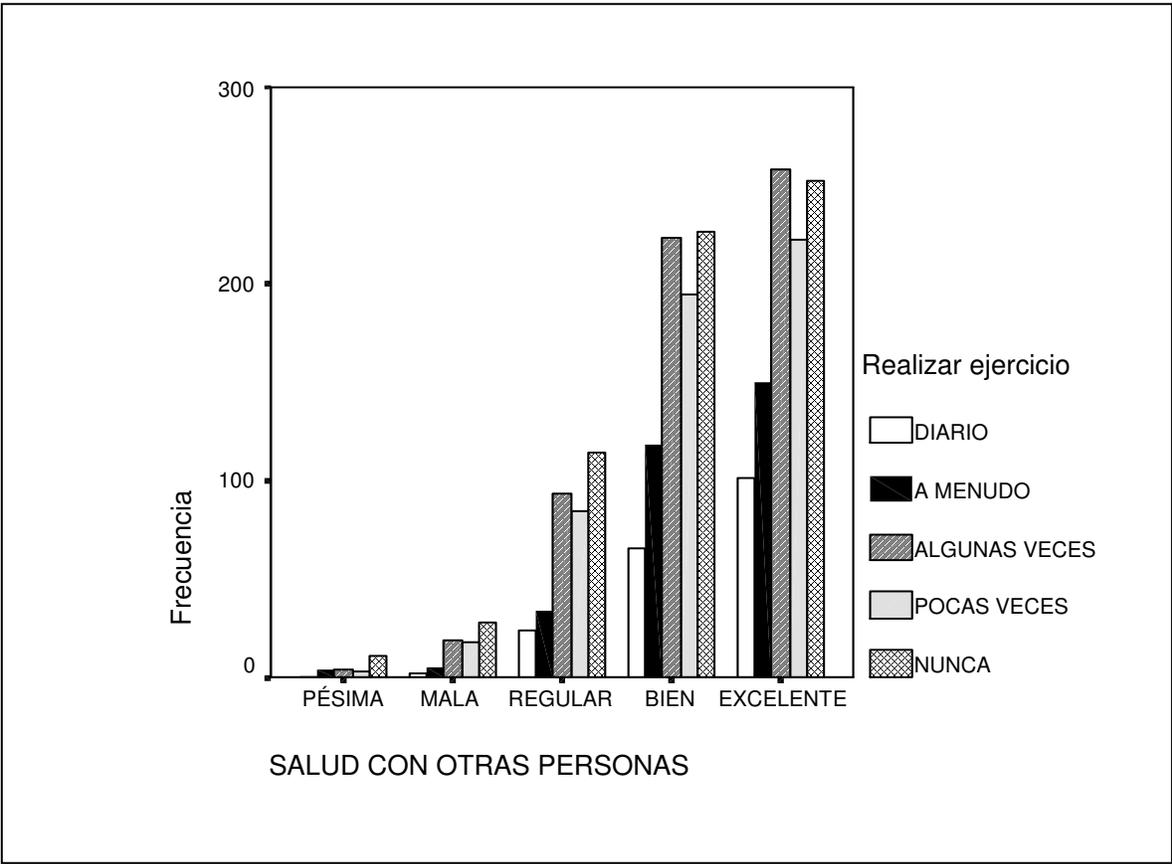


Figura 10. Muestra la frecuencia de percepción de salud con respecto al ejercicio físico.

## Hábitos alimenticios

Es una más de las categorías que incluyen los hábitos positivos; en el instrumento FS los reactivos a evaluar son 20, 21, 23, 25 y 27. Y se determinaron las características de la población en cuanto a los reactivos mencionados.

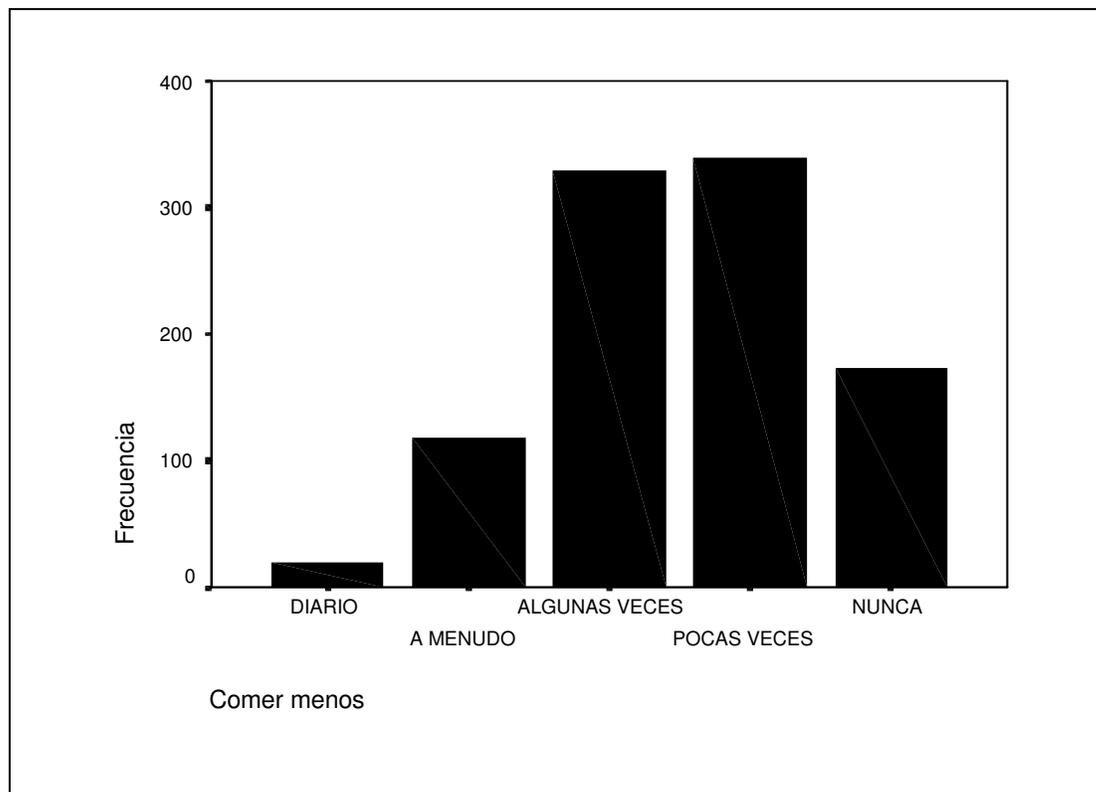
### 1. ¿Comer menos? (20 FS)

De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de comer menos: el 2.0% ( $n = 20$ ) practica este hábito diariamente; el 12.0% ( $n = 119$ ) a menudo; el 33.4% ( $n = 330$ ) algunas veces; el 34.3% ( $n = 339$ ) pocas veces comen menos y el 17.5% ( $n = 173$ ) nunca llevan a cabo este hábito (ver tabla y figura 11)

**Tabla 11**

<b>Comer menos</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	4	.4
	DIARIO	20	2.0
	A MENUDO	119	12.0
	ALGUNAS VECES	330	33.4
	POCAS VECES	339	34.3
	NUNCA	173	17.5
	Total	985	99.7
Missing	System	3	.3
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de comer menos, del reactivo 20 FS



**Figura 11.** Muestra la frecuencia del reactivo 20 (FS) de la población general.

Respecto a la conducta de comer menos y la correlación con la percepción de la salud, con la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig. = 0.58, por lo que se puede argumentar que ambas variables no están relacionadas estadísticamente. Los resultados obtenidos refieren que del total de sujetos, los que practican a diario el hábito de comer menos, el 1.3% ( $n = 6$ ) manifiesta sentirse bien y el 5.0% ( $n = 1$ ) tienen una percepción excelente. Los que a menudo practican el hábito de comer menos, el 10.9% tienen una percepción buena de salud y el 19.3% ( $n = 23$ ) se sienten excelente. Por otra parte, los sujetos que nunca practican tal hábito 20% ( $n = 96$ ) tienen una percepción buena de salud y el 20.8% manifestaron sentirse excelente de salud (ver tabla y figura 12)

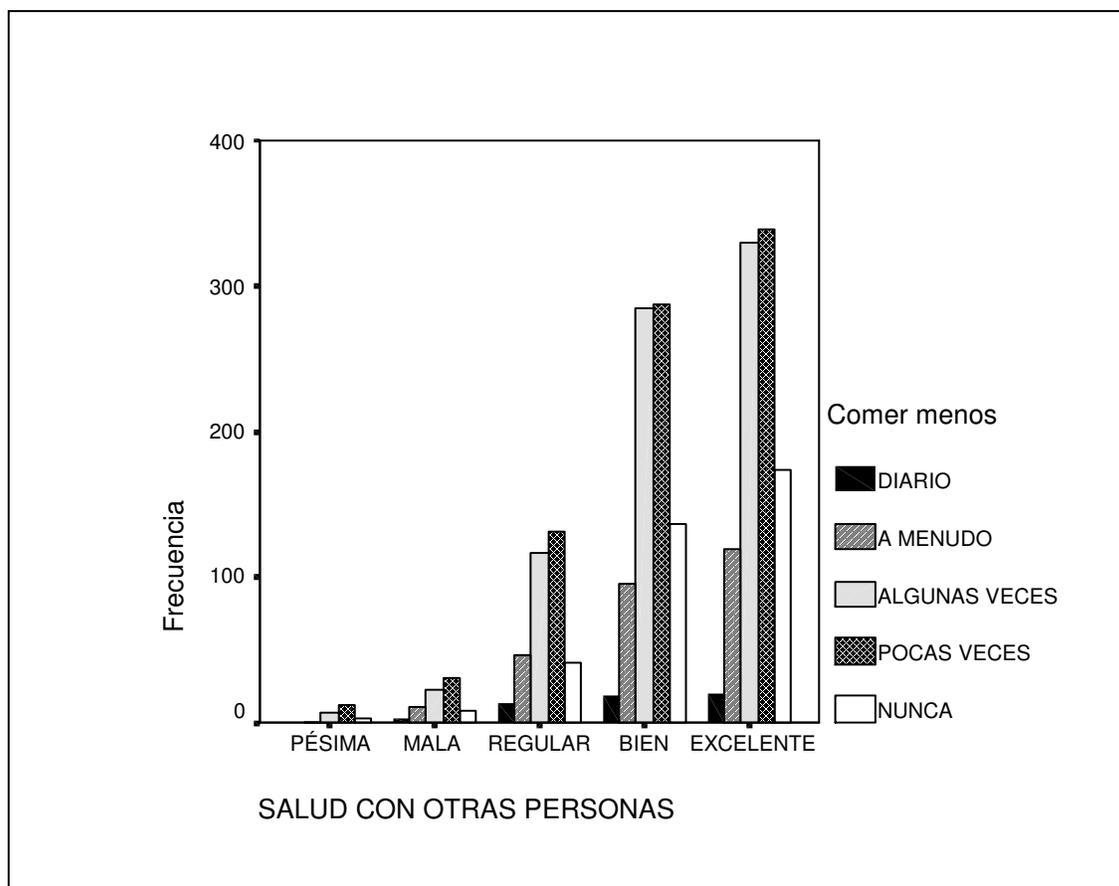
**Tabla 12**

Percepción de salud / Comer menos									
			Comer menos						
			0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count				2	1		3
	PÉSIMA	% within Comer menos				.6%	.3%		.3%
		Count				5	11	3	19
	MALA	% within Comer menos				1.5%	3.2%	1.7%	1.9%
		Count		2	10	15	18	5	50
	REGULAR	% within Comer menos		10.0%	8.4%	4.5%	5.3%	2.9%	5.1%
		Count	2	11	36	94	101	33	277
	BIEN	% within Comer menos	50.0%	55.0%	30.3%	28.5%	29.8%	19.1%	28.1%
		Count	2	6	50	169	157	96	480
	EXCELENTE	% within Comer menos	.4%	1.3%	10.4%	35.2%	32.7%	20.0%	100.0%
		% within Comer menos	50.0%	30.0%	42.0%	51.2%	46.3%	55.5%	48.7%
		Count		1	23	45	51	36	156
Total	% within Comer menos		5.0%	19.3%	13.6%	15.0%	20.8%	15.8%	
	Count	4	20	119	330	339	173	985	
		% within Comer menos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	36.941	25	.058

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, al determinar la correlación entre percepción de salud y comer menos (20 FS)



**Figura 12.** Muestra la frecuencia de percepción de salud con respecto al hábito de comer menos.

**2. ¿Conocer las calorías que consume en los alimentos? (21 FS)**

De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de conocer las calorías que se consumen en los alimentos, el 5.2% ( $n = 51$ ) practica este hábito diariamente; el 7.2% ( $n = 71$ ) a menudo; el 15.0% ( $n = 148$ ) algunas veces; el 20.0% ( $n = 198$ ) pocas veces cuentan las calorías consumidas en los alimentos y el 51.9% ( $n = 513$ ) nunca llevan a cabo este hábito (ver tabla y figura 13)

**Tabla 13**

<b>Conocer calorías que consume</b>			
Valid	0	Frequency	Percent
	DIARIO	51	5.2
	A MENUDO	71	7.2
	ALGUNAS VECES	148	15.0
	POCAS VECES	198	20.0
	NUNCA	513	51.9
	Total	985	99.7
Missing	System	3	.3
Total		988	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de conocer las calorías que se consumen en los alimentos, del reactivo 21 FS

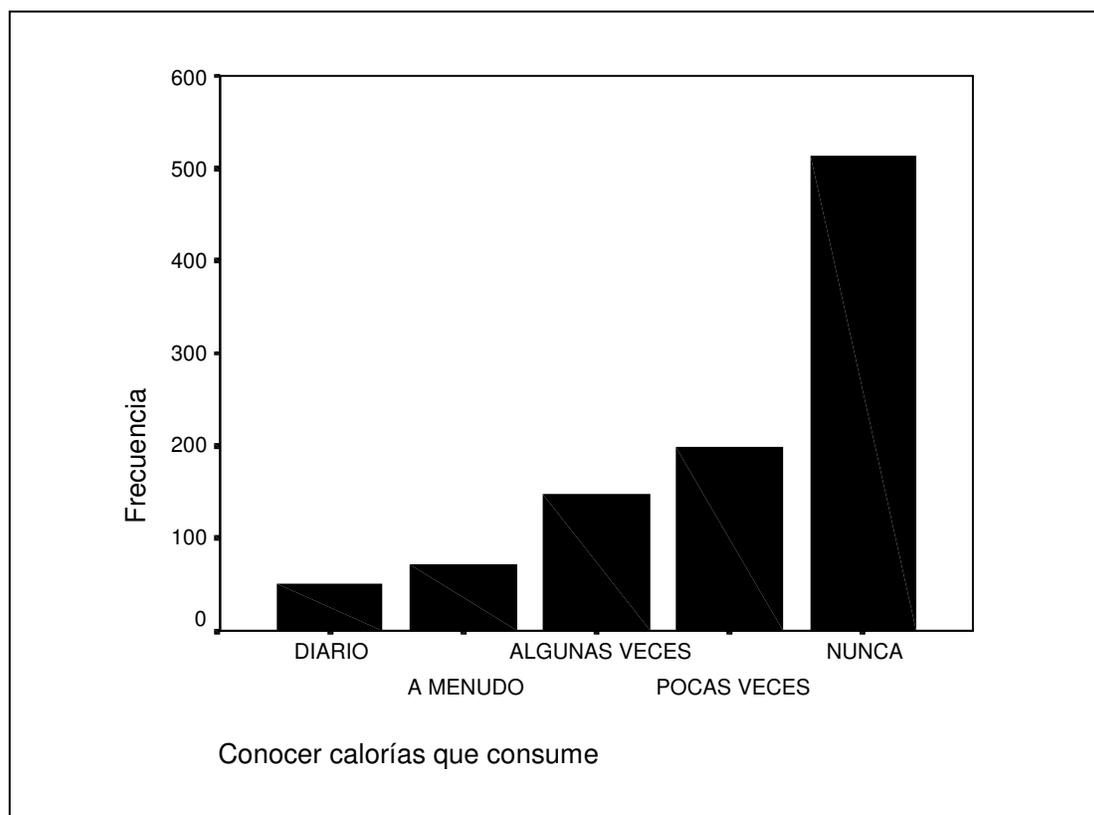


Figura 13. Muestra la frecuencia del reactivo 21 (FS) de la población general.



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	34.456	25	.099

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, al determinar la correlación entre percepción de salud y conocer las calorías consumidas en los alimentos (21 FS)

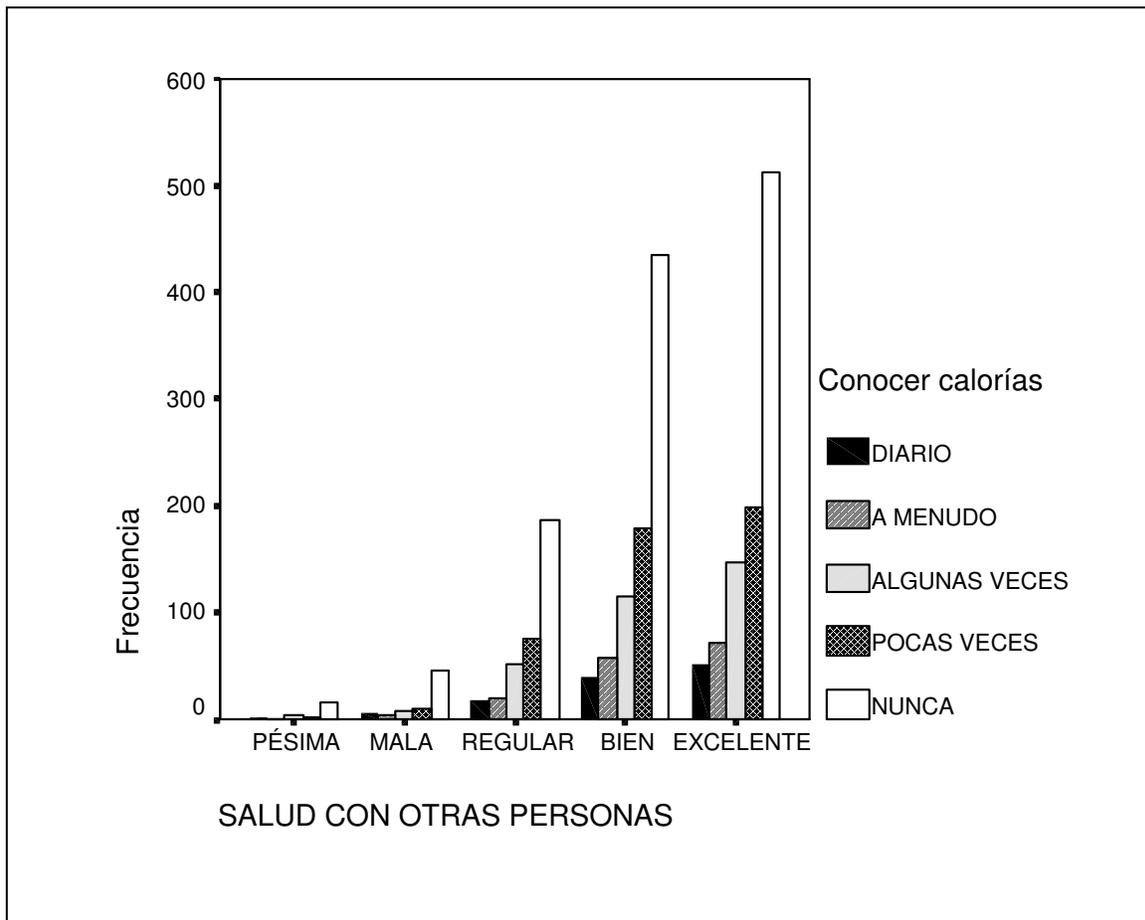


Figura 14. Muestra la frecuencia de percepción de salud con respecto al hábito de conocer las calorías consumidas en los alimentos.

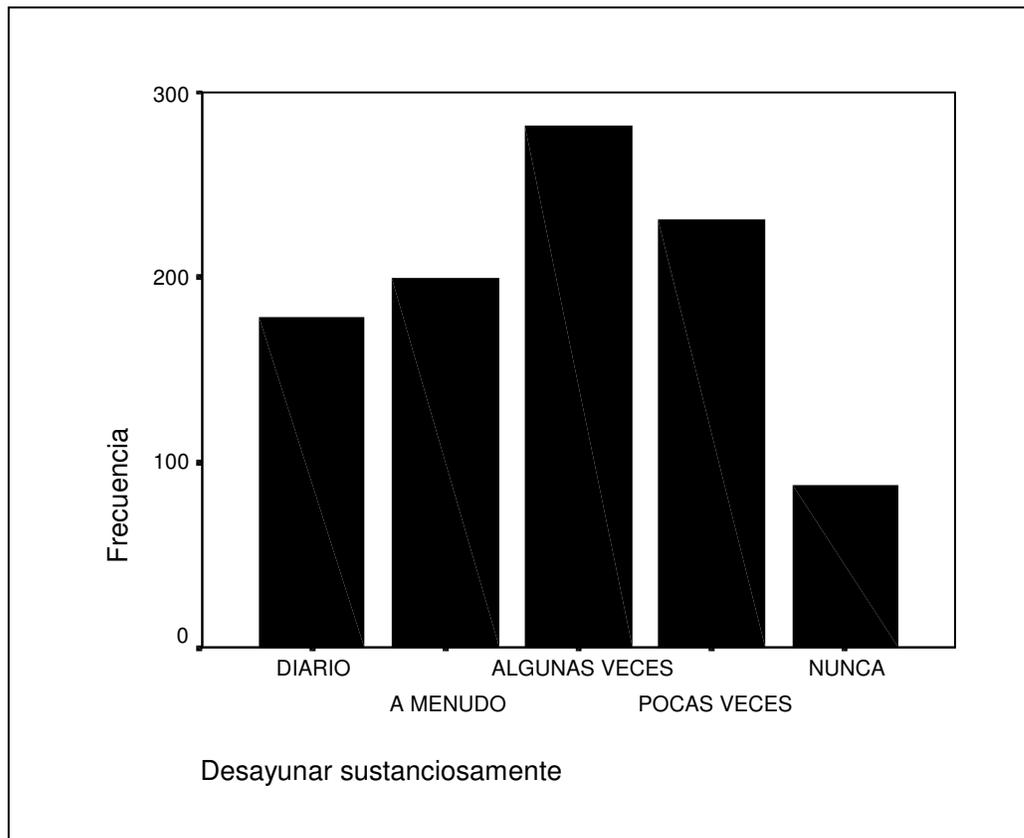
### 3. ¿Desayunar sustanciosamente? (23 FS)

Desayunar sustanciosamente es otro de los hábitos alimenticios positivos; los resultados obtenidos de la población en general son los siguientes: el 18.1% ( $n=179$ ) lo hace a diario; el 20.2% ( $n = 200$ ) a menudo; el 28.5% ( $n=282$ ) algunas veces; el 23.4% ( $n =231$ ) pocas veces y, finalmente el 8.9% ( $n = 88$ ) manifestaron no desayunar sustanciosamente nunca (ver tabla y figura 15)

**Tabla 15**

<b>Desayunar sustanciosamente</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	3	.3
	DIARIO	179	18.1
	A MENUDO	200	20.2
	ALGUNAS VECES	282	28.5
	POCAS VECES	231	23.4
	NUNCA	88	8.9
	Total	983	99.5
Missing	System	2	.2
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y el porcentaje de nivel de escolaridad de la población.



**Figura 15.** Muestra la frecuencia del hábito de desayunar sustanciosamente del reactivo 23 (FS) de la población general.

Respecto a la relación entre las variables percepción de salud y desayunar sustanciosamente (23 FS), la prueba Chi cuadrada obtuvo una sig. = .000; por lo que se puede argumentar que ambas están relacionadas estadísticamente. Los resultados obtenidos de la población general son los siguientes: el 28.6% ( $n = 282$ ) desayunan sustanciosamente algunas veces, de estos, el 55% ( $n = 155$ ) tienen un buen estado de salud y, el 10.3% ( $n = 29$ ) reportan sentirse excelente; 20.3% desayuna a menudo, de los cuales el 49.5% ( $n = 99$ ) se perciben con buena salud, y el 19.5% ( $n = 39$ ) se perciben con un estado excelente. El 18.2% ( $n = 180$ ) desayunan sustanciosamente a diario, de los cuales el 42.5% ( $n = 76$ ) reportaron tener buen estado de salud y, el 18.4% ( $n = 33$ ) se perciben excelente (ver tabla y figura 16)

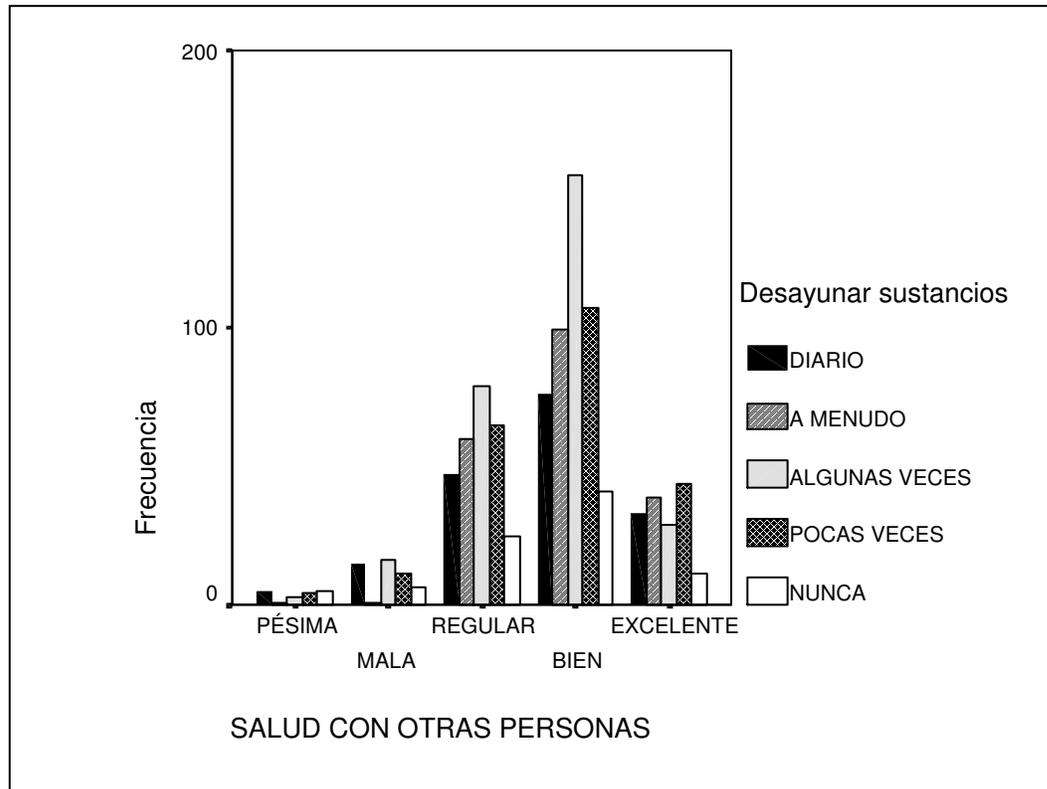
**Tabla 16**

**Percepción de salud / Desayunar sustanciosamente**

			Desayunar sustanciosamente					Total	
			0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
SALUD CON	0	Count		3				3	
		% within Desayunar sustanciosa		1.7%				.3%	
OTRAS PERSONAS	PÉSIMA	Count		5	1	3	4	5	18
		% within Desayunar sustanciosa		2.8%	.5%	1.1%	1.7%	5.7%	1.8%
	MALA	Count	1	15	1	16	11	6	50
		% within Desayunar sustanciosa	33.3%	8.4%	.5%	5.7%	4.8%	6.8%	5.1%
	REGULAR	Count		47	60	79	65	25	276
		% within Desayunar sustanciosa		26.3%	30.0%	28.0%	28.1%	28.4%	28.1%
	BIEN	Count	2	76	99	155	107	41	480
		% within Desayunar sustanciosa	66.7%	42.5%	49.5%	55.0%	46.3%	46.6%	48.8%
	EXCELENTE	Count		33	39	29	44	11	156
		% within Desayunar sustanciosa		18.4%	19.5%	10.3%	19.0%	12.5%	15.9%
Total		Count	3	180	200	282	231	88	983
		% within Desayunar sustanciosa	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	58.076	25	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, al determinar la correlación entre la percepción de salud y el hábito de desayunar sustanciosamente.



**Figura 16.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de desayunar sustanciosamente (23 FS)

#### 4. ¿Ingerir alimentos nutritivos? (25 FS)

Ingerir alimentos nutritivos es otro uno más de los hábitos alimenticios positivos; los resultados arrojaron que de la población en general el 1.4% ( $n = 14$ ) nunca ingieren alimentos nutritivos; 7.5% ( $n = 74$ ) lo hacen pocas veces; 22.7% ( $n = 224$ ) algunas veces; el 39.5% ( $n = 389$ ) ingiere alimentos nutritivos a menudo y el 28.5% ( $n = 281$ ) diariamente practican este hábito (ver tabla y figura 17)

**Tabla 17**

<b>Ingerir alimentos nutritivos</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	3	.3
	DIARIO	281	28.4
	A MENUDO	389	39.4
	ALGUNAS VECES	224	22.7
	POCAS VECES	74	7.5
	NUNCA	14	1.4
	Total	985	99.7
Missing	System	3	.3
Total		988	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes obtenidos del reactivo ingerir alimentos nutritivos (25 FS)

\* 3 personas omitieron el reactivo

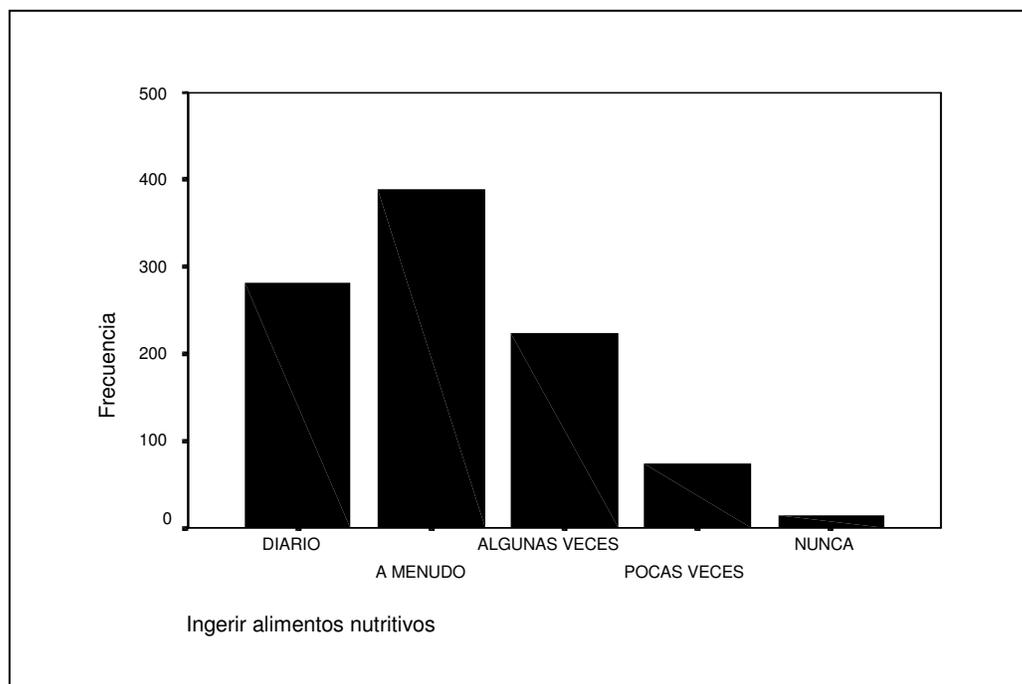


Figura 17. Muestra la frecuencia del hábito de ingerir alimentos nutritivos de la población general.

Los resultados obtenidos por la prueba Chi cuadrada en cuanto a la relación que hay entre las variables percepción de salud e ingerir alimentos nutritivos (25 FS), se obtuvo una sig. = de .000.

El resultado anterior indica que se encontraron diferencias significativas y que ambas variables están relacionadas estadísticamente. Es decir, que ingerir alimentos nutritivos es un hábito de salud positivo, pues si influye con la buena percepción de salud.

Las frecuencias y porcentajes son las siguientes: el 39.5% ( $n = 389$ ) a menudo ingiere alimentos nutritivos, de éstos el 50.4% ( $n = 196$ ) perciben tener buena salud y, el 13.4% ( $n = 52$ ) se perciben excelente; el 28.5% ( $n = 281$ ) practica este hábito a diario, de los cuales el 45.2% ( $n = 127$ ) perciben un buen estado saludable y el 25.3% ( $n = 71$ ) perciben un excelente estado de salud.

Se puede inferir que el hábito de ingerir alimentos nutritivos pueden influir de forma positiva en la salud total del individuo (ver tabla y figura 18)

**Tabla 18**

**Percepción de salud / Ingerir alimentos nutritivos**

			Ingerir alimentos nutritivos						
			0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
SALUD CON OTRAS PERSONA	0	Count		1		2			3
		% within Ingerir alimentos nutritivos		.4%		.9%			.3%
PÉSIMA		Count		8	4	4	2	1	19
		% within Ingerir alimentos nutritivos		2.8%	1.0%	1.8%	2.7%	7.1%	1.9%
MALA		Count	1	9	20	13	5	2	50
		% within Ingerir alimentos nutritivos	33.3%	3.2%	5.1%	5.8%	6.8%	14.3%	5.1%
REGULAR		Count	2	65	117	51	34	8	277
		% within Ingerir alimentos nutritivos	66.7%	23.1%	30.1%	22.8%	45.9%	57.1%	28.1%
BIEN		Count		127	196	128	26	3	480
		% within Ingerir alimentos nutritivos		45.2%	50.4%	57.1%	35.1%	21.4%	48.7%
EXCELENTE		% of Total		12.9%	19.9%	13.0%	2.6%	.3%	48.7%
		Count		71	52	26	7		156
		% within Ingerir alimentos nutritivos		25.3%	13.4%	11.6%	9.5%		15.8%
Total		Count	3	281	389	224	74	14	985
		% within Ingerir alimentos nutritivos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	73.267	25	.000

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud e ingerir alimentos nutritivos.

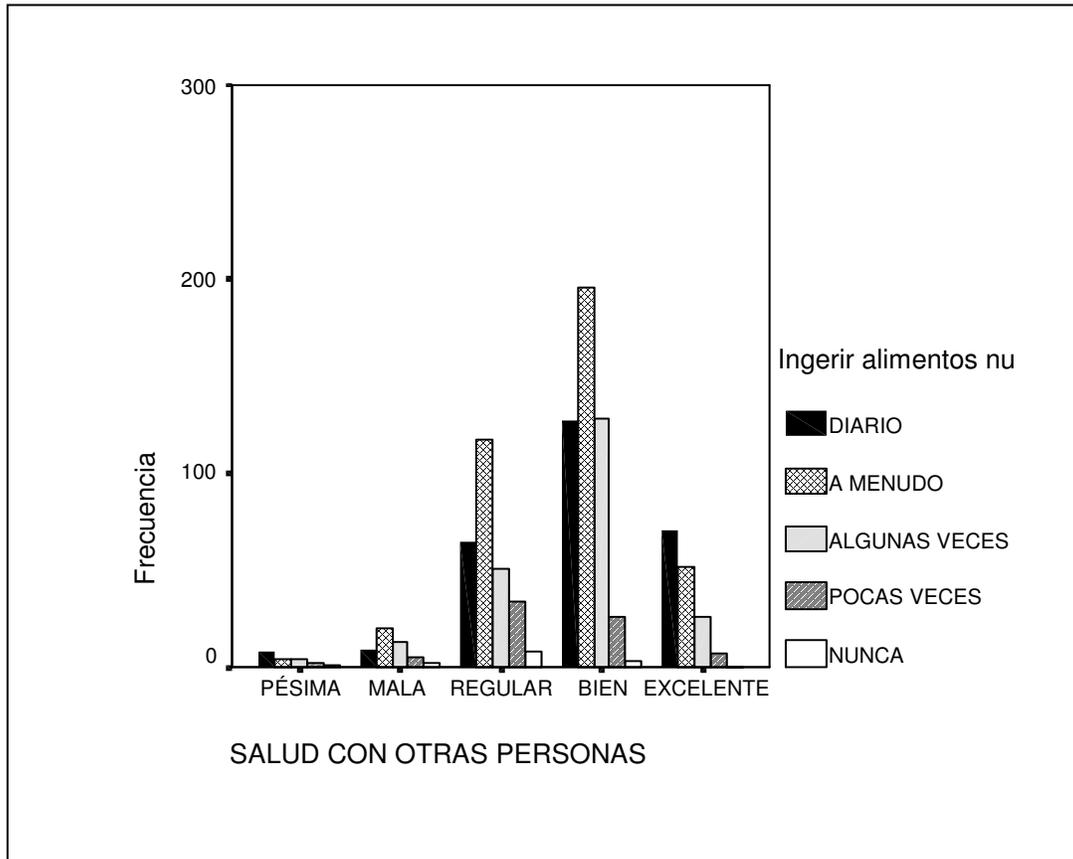


Figura 18. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de ingerir alimentos nutritivos (25 FS)

5. ¿Ingerir vitaminas? (27 FS)

Dentro de los hábitos positivos alimenticios, se encuentra el ingerir vitaminas (el último de ésta categoría), los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia y porcentajes, fueron que el 24.7% ( $n = 243$ ) nunca ingieren vitaminas; el 25.6% ( $n = 252$ ) pocas veces; el 28.4% ( $n = 280$ ) de la población lo hacen algunas veces; el 14.1% ( $n = 139$ ) a menudo y, quienes mantienen éste hábito a diario fueron el 7.0% ( $n = 69$ ) (ver tabla y figura 19)

**Tabla 19**

<b>Ingerir vitaminas</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	2	.2
	DIARIO	69	7.0
	A MENUDO	139	14.1
	ALGUNAS VECES	280	28.3
	POCAS VECES	252	25.5
	NUNCA	243	24.6
	Total	985	99.7
Total		988	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje del reactivo ingerir vitaminas (27 FS) de la población general.

\* 2 personas omitieron el reactivo

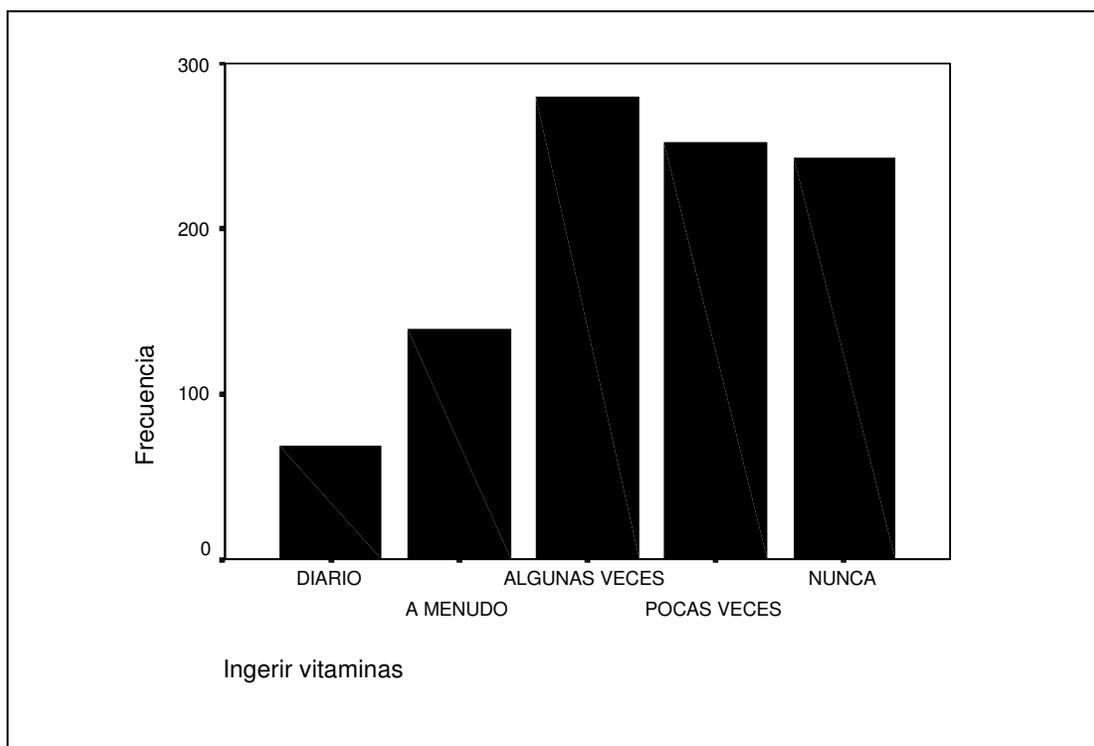


Figura 19. Muestra la frecuencia del hábito de ingerir vitaminas de la población general.

Los resultados que se obtuvieron al aplicar la prueba Chi cuadrada y establecer la relación entre la percepción de salud e ingerir vitaminas fue una sig. =.000, lo que indica que se encontraron diferencias significativas, por lo que las 2 variables están relacionadas estadísticamente.

Del total de sujetos el 24.7% ( $n = 243$ ) refirió nunca ingerir vitaminas, de los cuales el 44.0% ( $n = 107$ ) tienen una buena percepción de salud y el 20.6% ( $n = 50$ ) manifiestan sentirse excelente; por otra parte, el 28.4% ( $n = 280$ ) algunas veces lo hacen, de ellos el 25.7 ( $n = 72$ ) perciben un estado de regular salud, el 53.9% ( $n = 151$ ) se perciben con buena salud y, el 12.5 ( $n = 35$ ) se perciben excelente ingiriendo vitaminas.

El porcentaje de individuos que ingiere vitaminas a menudo es de 14.1% ( $n = 139$ ), de los cuales el 48.9% ( $n = 68$ ), tiene buena salud y un 15.1% ( $n = 21$ ) excelente. Por otro lado, los individuos que tienen el hábito de ingerir vitaminas diariamente son el 7.0% ( $n = 69$ ); el 37.7% tienen una buena percepción de salud y, el 18.8% ( $n = 13$ ) excelente ver (tabla y figura 20)

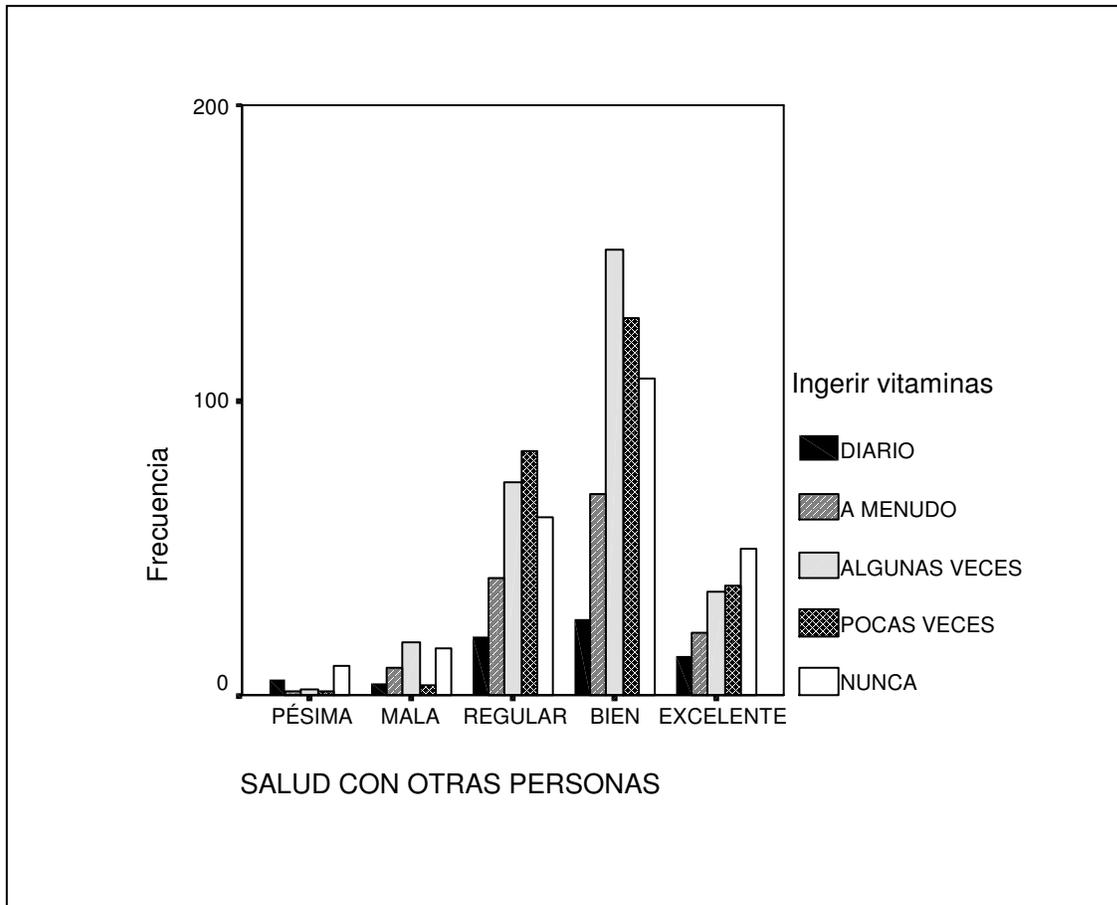
**Tabla 20**

**Percepción de salud / Ingerir vitaminas**

			Ingerir vitaminas					Total		
			0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA	
SALUD CON OTRAS PERSONA	0	Count		1		2		3		
		% within Ingerir vitaminas		1.4%		.7%		.3%		
	PÉSIMA	Count		5	1	2	1	10	19	
		% within Ingerir vitaminas		7.2%	.7%	.7%	.4%	4.1%	1.9%	
	MALA	Count		4	9	18	3	16	50	
		% within Ingerir vitaminas		5.8%	6.5%	6.4%	1.2%	6.6%	5.1%	
	REGULAR	Count	2	20	40	72	83	60	277	
		% within Ingerir vitaminas		29.0%	28.8%	25.7%	32.9%	24.7%	28.1%	
	BIEN	Count		26	68	151	128	107	480	
		% within Ingerir vitaminas		37.7%	48.9%	53.9%	50.8%	44.0%	48.7%	
	EXCELENTE	Count		13	21	35	37	50	156	
		% within Ingerir vitaminas		18.8%	15.1%	12.5%	14.7%	20.6%	15.8%	
	Total		Count	2	69	139	280	252	243	985
			% within Ingerir vitaminas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	58.533	25	.000

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud e ingerir alimentos nutritivos.



**Figura 20.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de ingerir vitaminas.

### **Reposo**

En el instrumento FS encontramos un reactivo que nos ayudó a evaluar la categoría de reposo; nos referimos al reactivo 24.

1. ¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches? (24 FS)

En este hábito se observó que el 36.8% ( $n = 362$ ) duerme al menos siete horas diariamente; el 21.1% ( $n = 208$ ) lo hace a menudo; el 19.8% ( $n = 195$ ) algunas veces; 15.6% ( $n = 54$ ) pocas veces y, finalmente, el 6.6% ( $n = 65$ ) nunca lo hace (ver tabla y figura 21)

**Tabla 21**

<b>Dormir por lo menos siete horas todas las noches</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	DIARIO	362	36.8
	A MENUDO	208	21.1
	ALGUNAS VECES	195	19.8
	POCAS VECES	154	15.6
	NUNCA	65	6.6
	Total	984	99.9
Missing	System	1	.1
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, del hábito dormir por lo menos siete horas todas las noches (24 FS)

\* Una persona omitió el reactivo

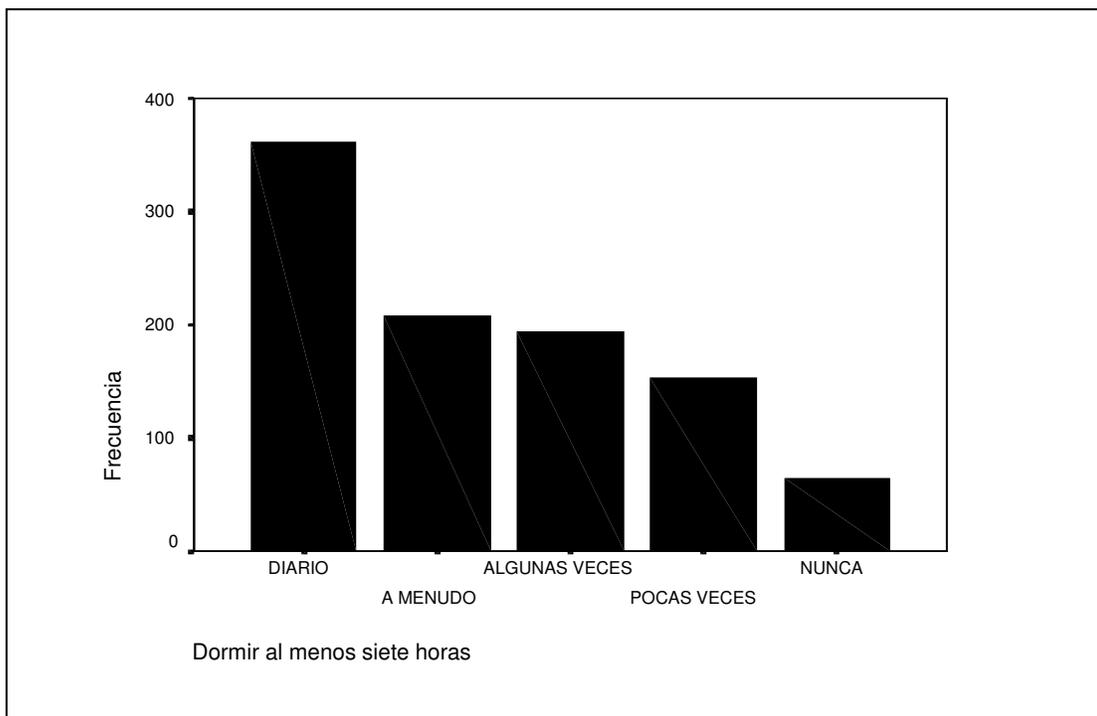


Figura 21. Muestra la frecuencia de dormir por lo menos siete horas todas las noches (24 FS)

Al aplicar la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre las variables percepción de salud y dormir por lo menos siete horas todas las noches, se obtuvo una sig. = .023, por lo que se puede inferir que ambas variables no están relacionadas.

Los resultados de las frecuencias y porcentajes al hacer la correlación entre ambas variables arrojan que, de total de sujetos que duermen por lo menos siete horas diariamente el 19.3% ( $n=70$ ) se perciben excelente y el 49.4% ( $n=179$ ) se perciben con una buena salud. Sin embargo, hay un porcentaje de 3.0 ( $n=11$ ) que aunque duermen a diario las siete horas se perciben con un estado de salud pésimo.

Los individuos que duermen a menudo las siete horas, el 16.3% ( $n=34$ ) se percibe excelente y, el 43.3% ( $n=90$ ) se perciben con buena salud. Por otra parte, los individuos que duermen algunas veces, el 53.3% ( $n=104$ ) se perciben con buena salud y, el 56.7% ( $n=52$ ) se sienten regular.

Del total de sujetos que nunca duermen (65%), el 13.8% ( $n=9$ ) reportó sentirse excelente, el 47.7% ( $n=31$ ) se perciben con buena salud y, el 23.1% ( $n=15$ ) se perciben regular.

Podemos observar que la frecuencia y porcentaje de una percepción de salud pésima, es mínima; ya que fueron 13 los sujetos que reportaron sentirse pésimo; aunque son 11 los que si duermen por lo menos siete horas todas las noches y 2 que se sienten con pésima salud, reportaron no dormir las siete horas nunca (ver tabla y figura 22)

**Tabla 22**

			Dormir al menos siete horas					
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
SALUD CON	0	Count	1	2				3
		% within Dormir al menos siete horas	.3%	1.0%				.3%
OTRAS PERSONAS	PÉSIMA	Count	11	2	3	1	2	19
		% within Dormir al menos siete horas	3.0%	1.0%	1.5%	.6%	3.1%	1.9%
	MALA	Count	9	14	12	7	8	50
		% within Dormir al menos siete horas	2.5%	6.7%	6.2%	4.5%	12.3%	5.1%
	REGULAR	Count	92	66	52	51	15	276
		% within Dormir al menos siete horas	25.4%	31.7%	26.7%	33.1%	23.1%	28.0%
	BIEN	Count	179	90	104	76	31	480
		% within Dormir al menos siete horas	49.4%	43.3%	53.3%	49.4%	47.7%	48.8%
	EXCELENTE	Count	70	34	24	19	9	156
		% within Dormir al menos siete horas	19.3%	16.3%	12.3%	12.3%	13.8%	15.9%
Total		Count	362	208	195	154	65	984
		% within Dormir al menos siete horas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	34.469	25	.023

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y dormir al menos siete horas todas las noches, del reactivo 24 FS

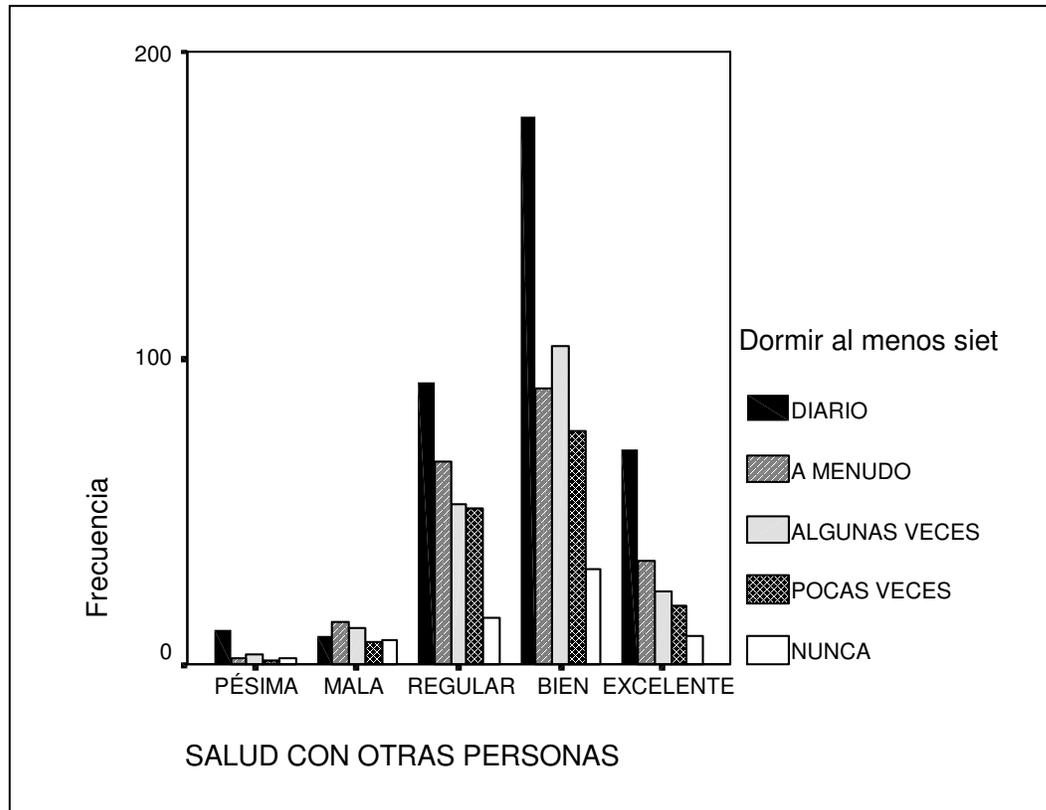


Figura 22. Muestra la frecuencia de percepción de salud con respecto al hábito de dormir al menos siete horas (24 FS)

### **Hábitos de higiene personal**

Es una más de las categorías que incluyen los hábitos positivos; en el instrumento FS hay solo un reactivo que evalúa dicha categoría, el cual es el 37, y se determinaron las características de la población en cuanto al reactivo mencionado.

#### 1. ¿Usar hilo dental? (37 FS)

De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de usar hilo dental el 51.8% ( $n = 510$ ) nunca lo usan, el 15.9% ( $n = 157$ ) pocas veces lo utilizan; el 15.8% ( $n = 156$ ) algunas veces; 10.4% ( $n = 102$ ) a menudo y, el 6.1% ( $n = 60$ ) lo hacen a diariamente.

De forma general, la población no lleva a cabo el hábito de usar hilo dental y es mínimo el porcentaje que lo hace (ver tabla y figura 23)

**Tabla 23**

Usar hilo dental			
		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	60	6.1
	A MENUDO	102	10.4
	ALGUNAS VECES	156	15.8
	POCAS VECES	157	15.9
	NUNCA	510	51.6
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de usar hilo dental (37 FS)

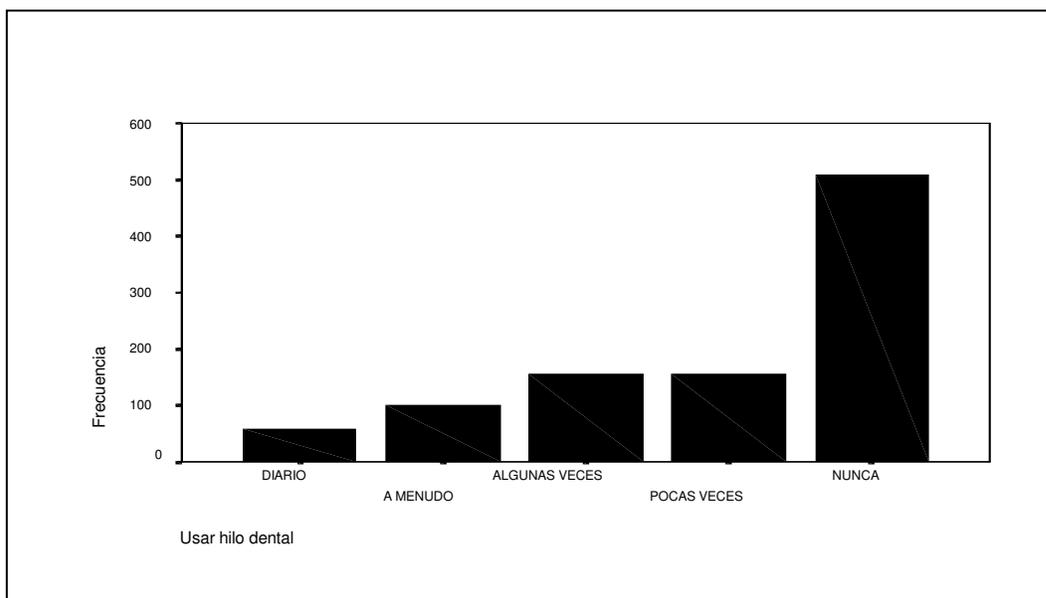


Figura 23. Muestra la frecuencia del hábito de usar hilo dental, de la población en general.

Al aplicar la prueba Chi cuadrada en la correlación entre percepción de salud y usar hilo dental (37 FS) se encontró una sig. =.014, con lo que podemos inferir que ambas variables no están relacionadas. Los resultados indican que del total de sujetos que nunca realizan tal hábito, el 47.5% ( $n = 242$ ) refirieron una percepción de salud buena, y el 15.9% ( $n = 81$ ) se perciben excelente.

Los individuos que pocas veces usan hilo dental, el 51.0% ( $n = 80$ ) se perciben con buena salud y, el 32.5% ( $n = 51$ ) se sienten regular.

Del porcentaje de sujetos que algunas veces realizan dicho hábito, el 46.2% ( $n = 72$ ) refirieron tener una buena percepción de salud. Quienes a menudo usan hilo dental el 51.02% ( $n = 52$ ) mencionaron tener una buena percepción de salud.

Y finalmente, del porcentaje que diariamente usan hilo dental, el 23.3% ( $n = 14$ ) se percibe excelente, el 56.7% ( $n = 34$ ) bien; el 16.7% ( $n = 10$ ) regular y, el 1.7% ( $n = 1$ ) refirió tener una percepción de salud mala.

Los resultados arrojan que la población general no practica el hábito de usar hilo dental; sin embargo, aunque no lo usan refirieron tener una percepción de salud buena (ver tabla y figura 24)

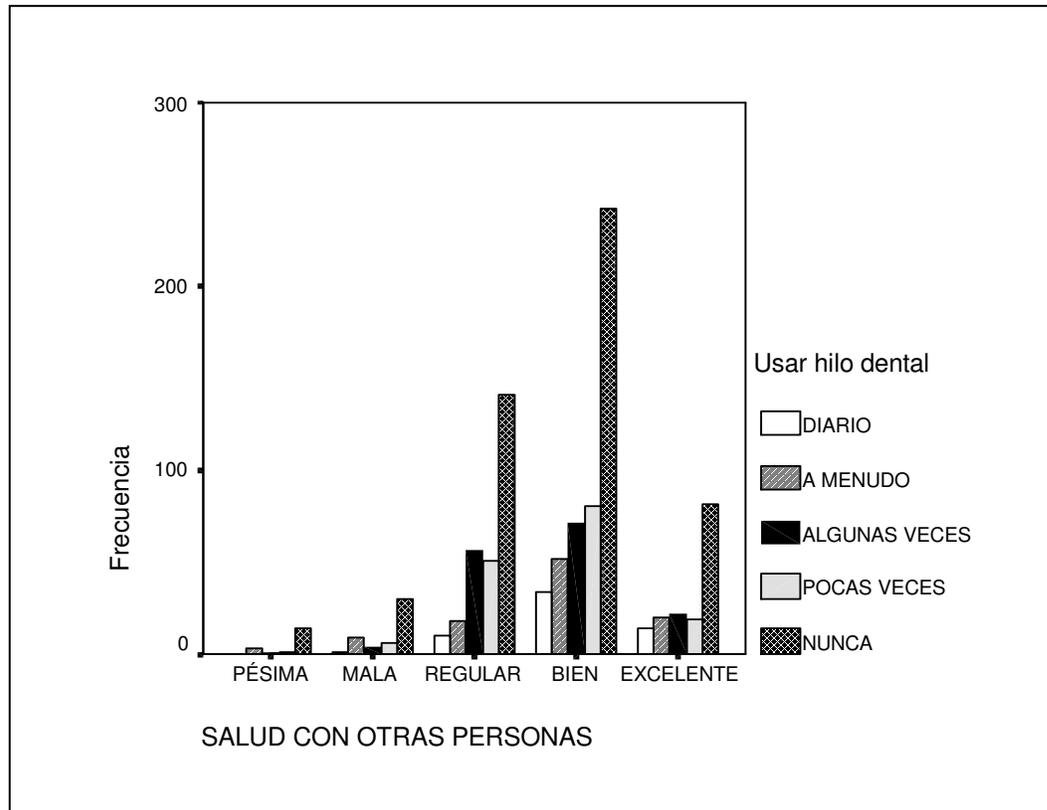
**Tabla 24**

Salud con otras personas / usar hilo dental									
			Usar hilo dental					Total	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	3	
	PÉSIMA	Count			3	1	1	14	19
		% within usar hilo dental			2.9%	.6%	.6%	2.7%	1.9%
	MALA	Count		1	9	4	6	30	50
		% within usar hilo dental		1.7%	8.8%	2.6%	3.8%	5.9%	5.1%
	REGULAR	Count		10	18	57	51	141	277
		% within usar hilo dental		16.7%	17.6%	36.5%	32.5%	27.6%	28.1%
	BIEN	Count		34	52	72	80	242	480
		% within usar hilo dental		56.7%	51.0%	46.2%	51.0%	47.5%	48.7%
	EXCELENTE	Count		14	20	22	19	81	156
		% within usar hilo dental		23.3%	19.6%	14.4%	12.1%	15.9%	15.8%
	Total		Count	60	102	156	157	510	985
			% within usar hilo dental	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	36.444	25	.014

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y usar hilo dental, del reactivo 37 FS.



**Figura 24.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de usar hilo dental (37 FS)

### **Revisiones Médicas**

Los reactivos que evalúan la categoría de revisiones médicas periódicas son el 30 y 43 del instrumento FS.

#### 1. ¿Medir su colesterol? (30 FS)

Los resultados obtenidos de la población general, en cuanto al hábito de medir el colesterol son los siguientes: 59.3% ( $n= 584$ ) nunca mide su colesterol; el 17.4% ( $n= 171$ ) lo hace pocas veces; el 15.3% ( $n= 151$ ) refirió hacerlo algunas veces; el 5.2% ( $n= 51$ ) lo hace a menudo y, el 2.7% ( $n= 27$ ) refirieron hacerlo a diario (ver tabla y figura 25)

**Tabla 25**

<b>Medir colesterol</b>			
Valid		Frequency	Percent
	0	1	.1
	DIARIO	27	2.7
	A MENUDO	51	5.2
	ALGUNAS VECES	151	15.3
	POCAS VECES	171	17.3
	NUNCA	584	59.1
	Total	985	99.7

Nota. Representa la frecuencia y los porcentajes obtenidos de la población general, del hábito de medir el colesterol.

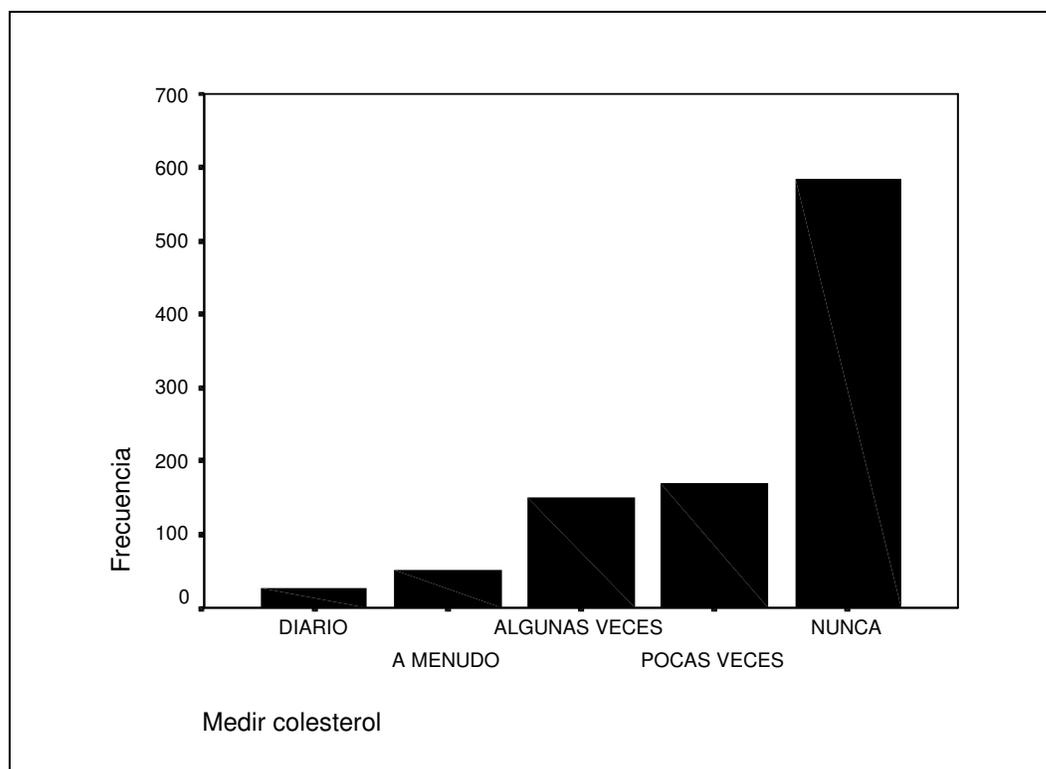


Figura 25. Muestra la frecuencia del hábito de medir el colesterol (30 FS) de la población general.

Los resultados al aplicar la prueba Chi cuadrada obtuvieron una sig. = .000; con ello inferimos que, la percepción de salud se encuentra relacionada con el hábito de medir el colesterol.

Los porcentajes y frecuencias de dicha correlación son: del total de sujetos que nunca llevan a cabo dicho hábito el 17.6% ( $n=103$ ) se percibe excelente; y el 4.9% ( $n=280$ ) refirieron tener una percepción buena de salud.

De los sujetos que refirieron pocas veces medir su colesterol, el 53.2% ( $n=91$ ) refirieron percibir una buena salud. Y quienes lo hacen a diario el 48.1% ( $n=13$ ) tienen buena salud.

La población en general refiere sentirse bien, aunque nunca han medido su colesterol; sin embargo, al obtener la correlación se comprueba que ejecutar dicha conducta periódicamente da como resultado una buena percepción de la salud (ver tabla y figura 26)

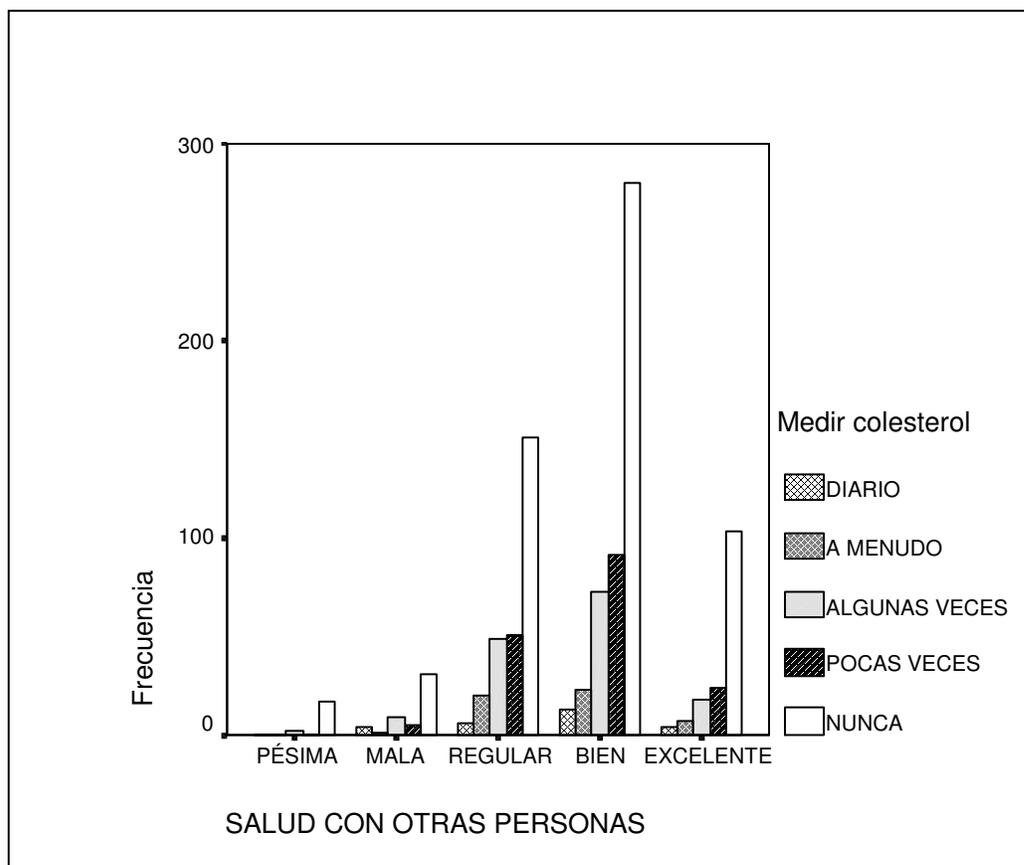
**Tabla 26**

Percepción de salud / Medir colesterol									
			Medir colesterol						
SALUD CON OTRAS PERSONAS			0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
	0	Count	1					2	3
		% within Medir colesterol						.3%	.3%
	PÉSIMA	Count				2		17	19
		% within Medir colesterol				1.3%		2.9%	1.9%
	REGULAR	% within Medir colesterol		14.8%	2.0%	6.0%	2.9%	5.3%	5.1%
		Count		6	20	49	51	151	277
	BIEN	% within Medir colesterol		22.2%	39.2%	32.5%	29.8%	25.9%	28.1%
		Count		13	23	73	91	280	480
		% within Medir colesterol		48.1%	45.1%	48.3%	53.2%	47.9%	48.7%
EXCELENTE	Count		4	7	18	24	103	156	
	% within Medir colesterol		14.8%	13.7%	11.9%	14.0%	17.6%	15.8%	
	% within Medir colesterol	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	353.351	25	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, al relacionar percepción de salud con medir colesterol (30 FS)



**Figura 26.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a medir el colesterol (30 FS)

El siguiente reactivo que evalúa la categoría mencionada, es el 43 FS

2. ¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo)

Los resultados obtenidos de la población general, en cuanto al hábito de ir al consultorio del doctor son los siguientes: EL 22.7% ( $n = 273$ ) asistió al consultorio al menos 2 veces el año pasado; el 20.7% ( $n = 204$ ) lo hizo una vez; el 19.5% ( $n = 92$ ) asistió entre tres y cinco veces; el 13.6 % ( $n = 134$ ) refirió asistir más de seis ocasiones y, finalmente el 18.2% ( $n = 179$ ) no lo hizo nunca (ver tabla y figura 27)

**Tabla 27**

CONSULTORIO			
		Frequency	Percent
Valid	0	2	.2
	0	180	18.2
	1	204	20.6
	2	273	27.6
	3-5	192	19.4
	6 O MÁS	134	13.6
	6	1	.1
Total		985	100.0

Nota. Representa la frecuencia de acudir al médico el año pasado (43 FS) de la población general.

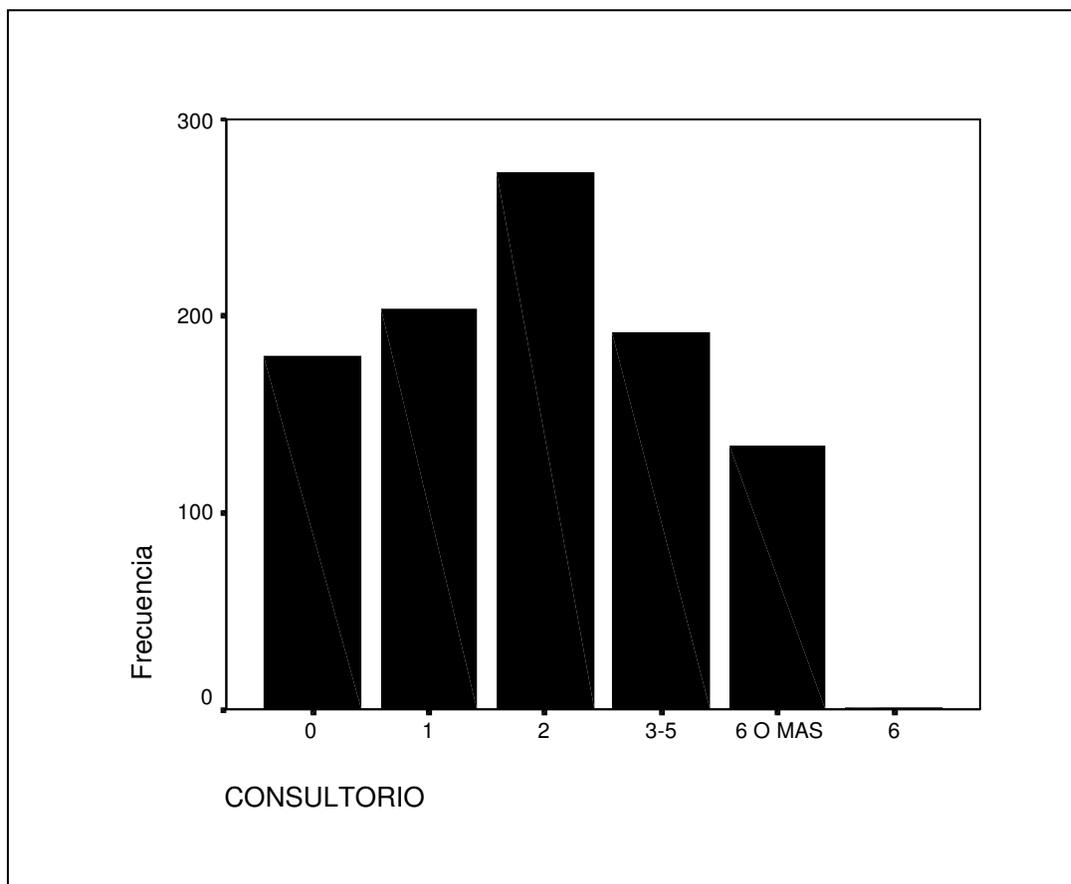


Figura 27. Muestra la frecuencia de asistir al médico el año pasado de la población general.



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	97.267	25	.000

Nota. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada, en la relación percepción de salud y asistencia al médico.

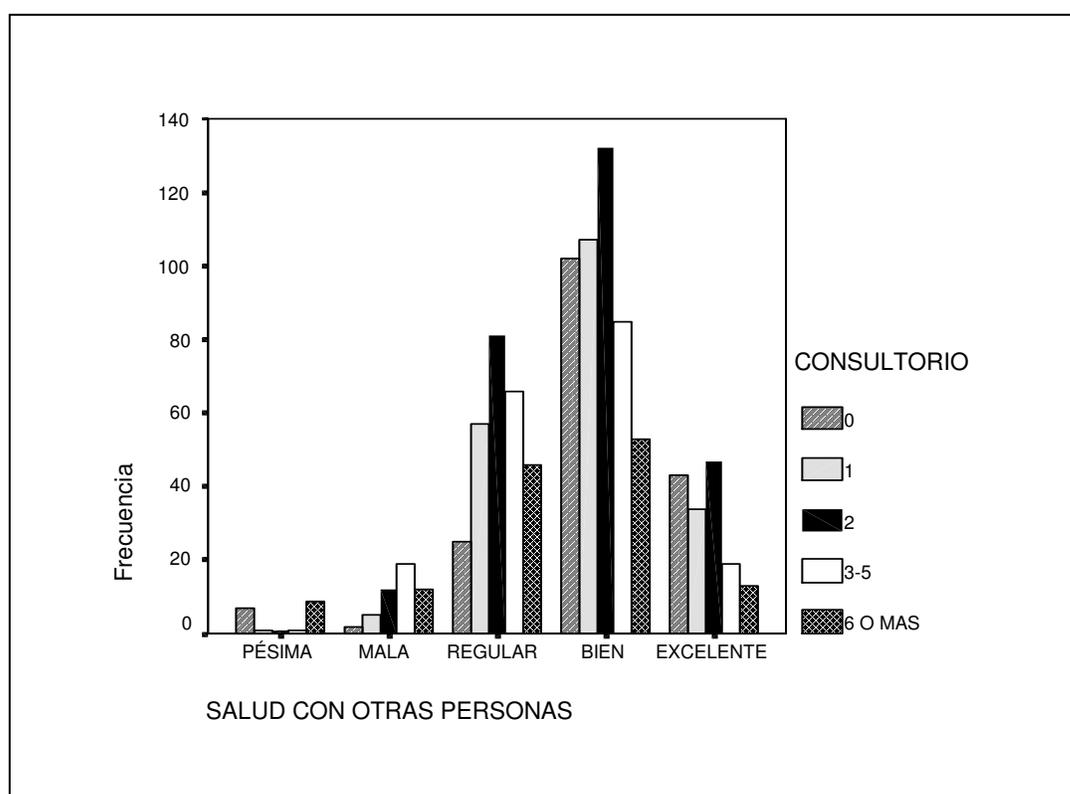


Figura 28. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con la relación asistencia al médico el año pasado (43 FS)

### Hábitos de seguridad

El reactivo que evalúa la categoría de hábitos de seguridad, es el 38 del instrumento FS; es el siguiente:

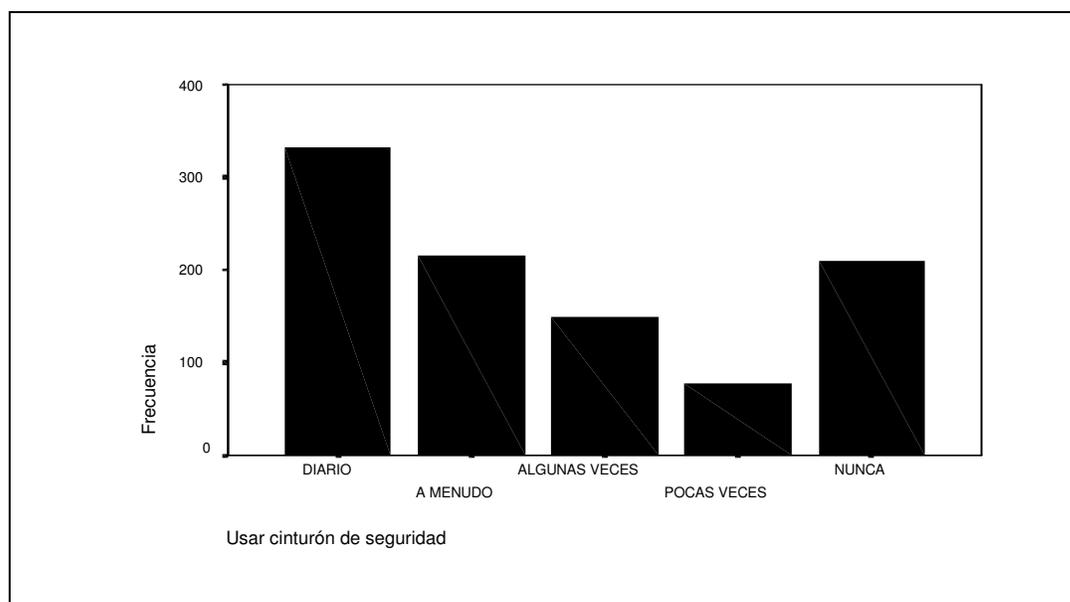
### 1. ¿Usar cinturón de seguridad? (38 FS)

Los resultados obtenidos de la población general, en cuanto al hábito de usar cinturón de seguridad son los siguientes: el 21.3% ( $n = 210$ ) nunca lo utiliza; el 7.9% ( $n = 78$ ) pocas veces; el 15.1% ( $n = 149$ ) refirió utilizarlos algunas veces; el 21.9% ( $n = 216$ ) lo hace a menudo y, el 33.7% ( $n = 332$ ) utiliza el cinturón de seguridad a diario (ver tabla y figura 29)

**Tabla 29**

Usar cinturón de seguridad		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	332	33.6
	A MENUDO	216	21.9
	ALGUNAS VECES	149	15.1
	POCAS VECES	78	7.9
	NUNCA	210	21.3
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentaje del hábito de usar cinturón de seguridad de la población general (38 FS)



**Figura 29.** Muestra la frecuencia de usar el cinturón de seguridad (38 FS)

Respecto a la relación entre las variables percepción de salud y usar cinturón de seguridad (38 FS), la prueba Chi cuadrada obtuvo una sig. = .000; por lo que se puede argumentar que ambas variables están relacionadas; y que el hábito de usar cinturón de seguridad influye de manera positiva en la percepción de salud total de los individuos.

Los individuos que refirieron usar el cinturón de seguridad diariamente, el 45.2% ( $n = 150$ ) reportaron sentirse bien; el 25.6 % ( $n = 85$ ) se perciben excelente; del total de sujetos que llevan a cabo dicho hábito a menudo, el 55.6% ( $n = 120$ ) se perciben bien.

En cuanto a los sujetos que pocas veces realizan este hábito, el 44.9 % ( $n = 35$ ) se perciben bien y, el 38.5% ( $n = 30$ ) regular. Quienes nunca utilizan el cinturón de seguridad, el 46.2% ( $n = 97$ ) refirieron sentirse bien y, el 32.9% ( $n = 69$ ) regular.

Sin embargo, aunque con la aplicación de la prueba Chi cuadrada se ha comprobado que utilizar el cinturón de seguridad influye positivamente sobre la percepción de salud total de los individuos; los sujetos que refirieron llevar a cabo dicho hábito pocas veces o nunca tienen una buena percepción de salud (ver tabla y figura 30)

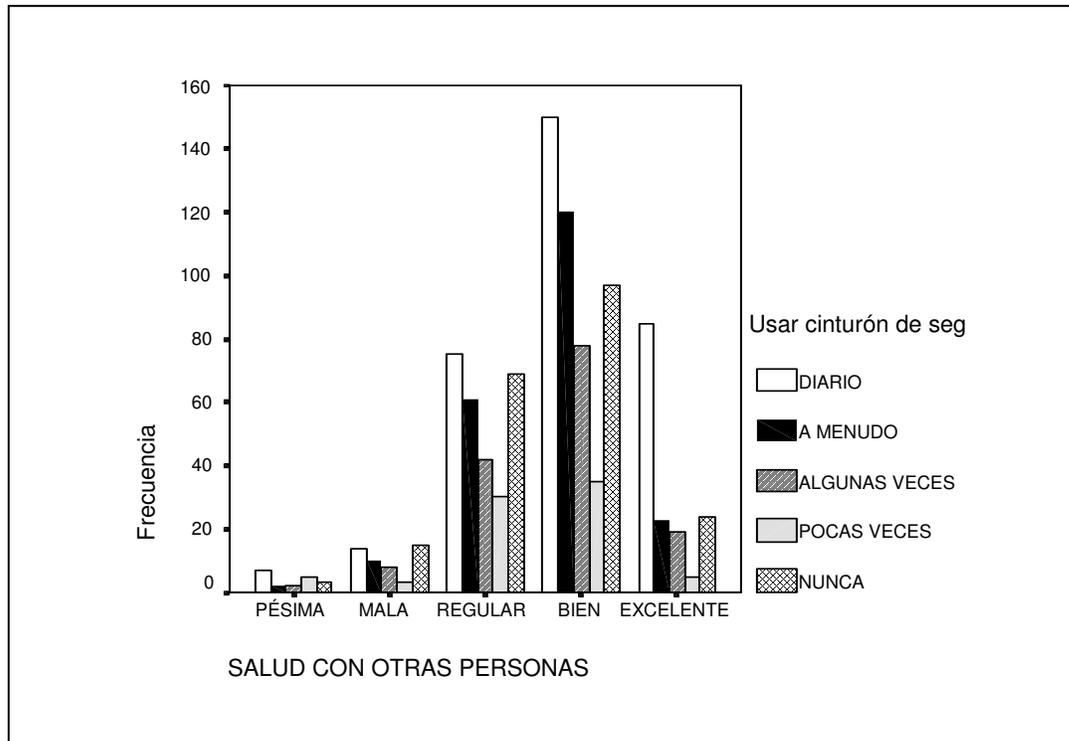
**Tabla 30**

Percepción de salud / Usar cinturón de seguridad								
SALUD CON OTRAS PERSONAS			Usar cinturón de seguridad					Total
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
0	Count		1				2	3
	% within Usar cinturón de seguridad		.3%				1.0%	.3%
PÉSIMA	Count		7	2	2	5	3	19
	% within Usar cinturón de seguridad		2.1%	.9%	1.3%	6.4%	1.4%	1.9%
MALA	Count		14	10	8	3	15	50
	% within Usar cinturón de seguridad		4.2%	4.6%	5.4%	3.8%	7.1%	5.1%
REGULAR	Count		75	61	42	30	69	277
	% within Usar cinturón de seguridad		22.6%	28.2%	28.2%	38.5%	32.9%	28.1%
BIEN	Count		150	120	78	35	97	480
	% within Usar cinturón de seguridad		45.2%	55.6%	52.3%	44.9%	46.2%	48.7%
EXCELENTE	Count		85	23	19	5	24	156
	% within Usar cinturón de seguridad		25.6%	10.6%	12.8%	6.4%	11.4%	15.8%
Total	Count		332	216	149	78	210	985
	% within Usar cinturón de seguridad		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	60.281	25	.000

Nota. Representa los resultados obtenidos al aplicar la prueba Chi cuadrada en la relación percepción d salud y usar cinturón de seguridad (38 FS)



**Figura 30.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto a usar cinturón de seguridad (38 FS)

### **Relaciones interpersonales**

El reactivo que evalúa esta categoría es el 31 del instrumento FS

#### 1. ¿Platicar con los amigos sobre su salud? (31 FS)

La frecuencia y porcentaje indican que de la población general, el 22.3% ( $n = 220$ ) nunca practica dicho hábito; el 30.2% ( $n = 297$ ) pocas veces; el 35.7% ( $n = 352$ ) algunas veces; 9.8% ( $n = 97$ ) a menudo y, el 1.8% ( $n = 18$ ) habla con sus amigos sobre su salud a diario (ver tabla y figura 31)

**Tabla 31**

<b>Platicar con amigos sobre salud</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	0	1	.1
	DIARIO	18	1.8
	A MENUDO	97	9.8
	ALGUNAS VECES	352	35.6
	POCAS VECES	297	30.1
	NUNCA	220	22.3
	Total	985	99.7
	Total		988

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, del hábito platicar con los amigos sobre su salud (31 FS)

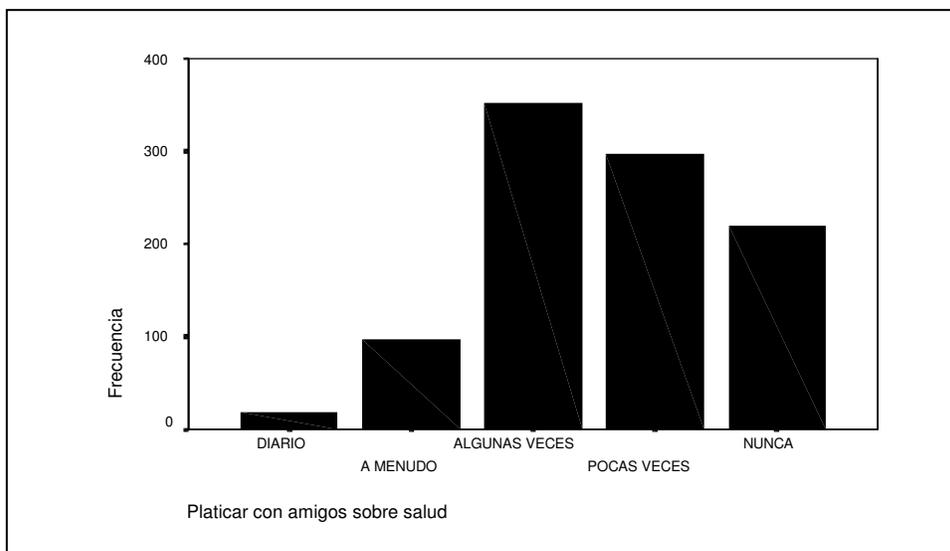


Figura 31. Muestra la frecuencia del hábito de platicar con los amigos sobre su salud (31 FS)

Al aplicar la prueba Chi cuadrada en la correlación percepción de salud y hablar con los amigos sobre su salud, se obtuvo una sig.=.000, lo que indica que existen diferencias entre ambas variables. El hecho de platicar con los amigos sobre su salud influye de manera positiva en la percepción de salud de los individuos.



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	380.638	25	.000

Nota. Representa los resultados de aplicar la prueba Chi cuadrada en la relación percepción de salud y platicar con los amigos sobre su salud (31 FS)

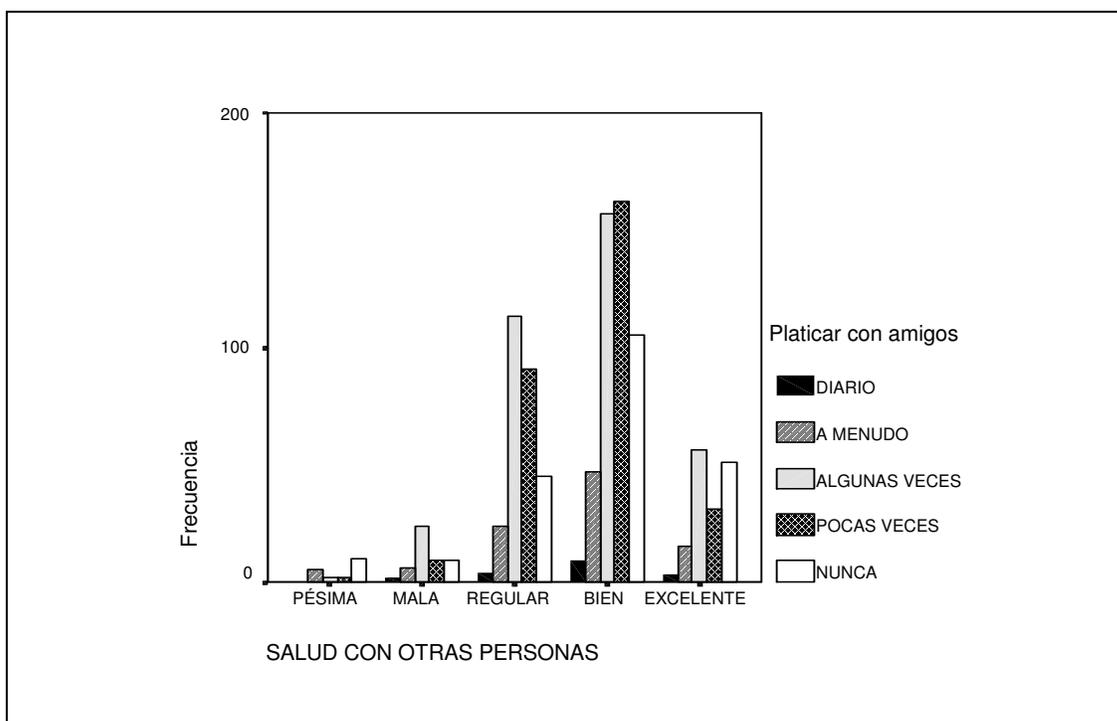


Figura 32. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de platicar con los amigos sobre su salud.

### Informarse sobre la salud

Es la última categoría en lo que se refiere a los hábitos positivos de salud, y el reactivo que evalúa esta dicha categoría es el 28 del instrumento FS

1. ¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud? (28 FS)

La frecuencia y porcentaje indican que de la población general, 22.7% ( $n = 224$ ) nunca leen escritos sobre la salud; el 29.1% ( $n = 288$ ) pocas veces lo

hacen, el 30.1% (n= 297) algunas veces tienen el hábito de leer escritos sobre la salud; el 15.1% (n= 149) a menudo y, el 2.5% (n= 25) diariamente lo hacen (ver tabla y figura 33)

**Tabla 33**

Leer sobre cuidado de salud			
		Frequency	Percent
Valid	0	2	.2
	DIARIO	25	2.5
	A MENUDO	149	15.1
	ALGUNAS VECES	297	30.1
	POCAS VECES	288	29.1
	NUNCA	224	22.7
	Total	985	99.7

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, del hábito leer escritos sobre el cuidado de la salud (28 FS)

\*dos personas omitieron el reactivo

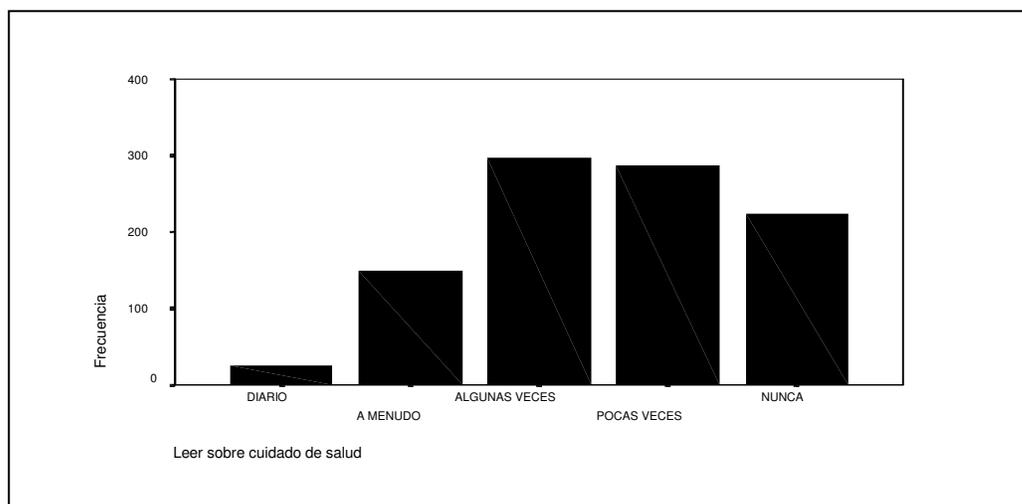


Figura 33. Muestra la frecuencia de la población general del hábito de leer escritos sobre la salud (28 FS)



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	46.808	25	.005

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y leer escritos sobre la salud (28 FS)

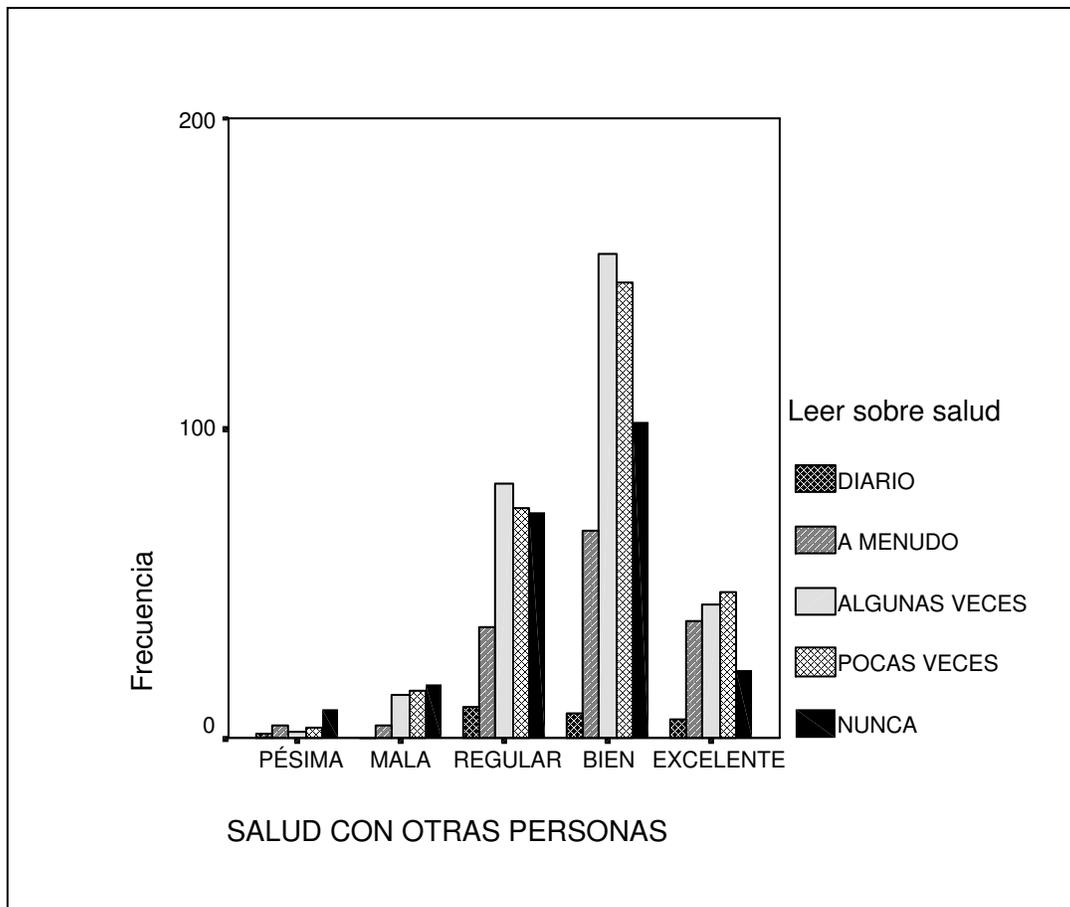


Figura 34. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de leer escritos sobre la salud (28 FS)

### 6.3 Hábitos negativos y su relación con la salud total (percepción de la salud con respecto a otras personas)

#### Hábitos alimenticios

Es una de las categorías que incluyen los hábitos negativos; en el instrumento FS los reactivos a evaluar fueron 15, 26 y 19. Y se determinaron las características de la población en cuanto a los reactivos mencionados.

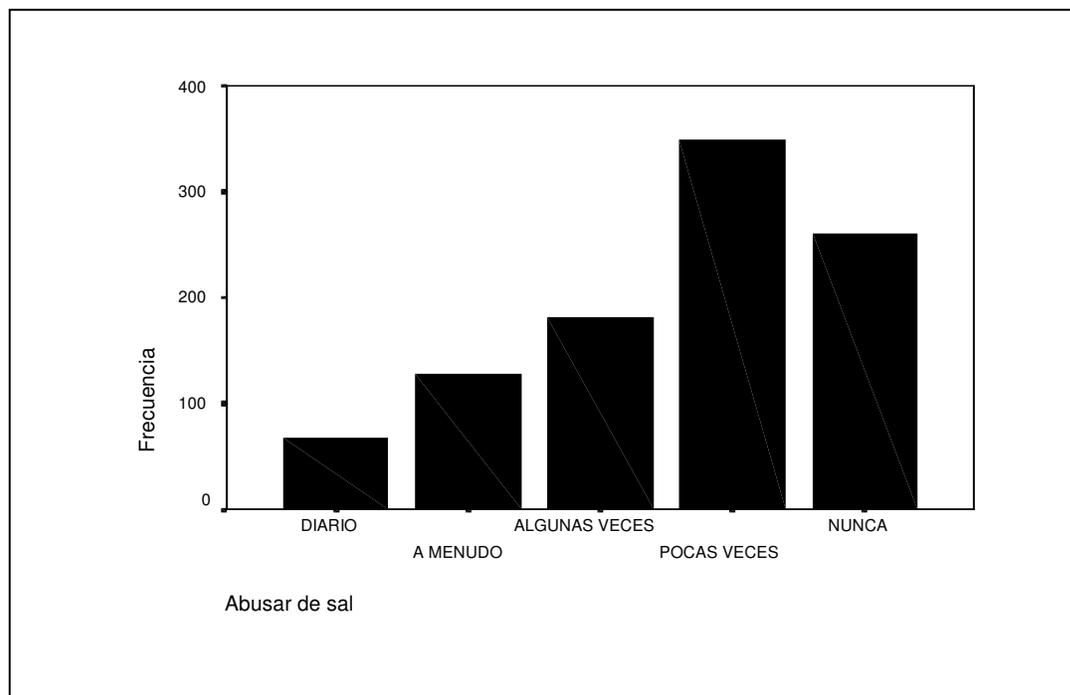
#### 1. ¿Abusar de la sal en la comida? (15 FS)

De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de abusar de la sal en la comida, el 26.3% ( $n= 260$ ) nunca lo hace; el 35.3 % ( $n= 349$ ) lo hace pocas veces; el 18.3% ( $n= 181$ ) algunas veces; el 13.0% ( $n= 128$ ) a menudo y, finalmente, el 6.8% ( $n= 67$ ) lo hacen a diario. La población en general, pocas veces y algunas veces no abusan de la sal en la comida y, en minoría mantienen este hábito diariamente (ver tabla y figura 35)

**Tabla 35**

<b>Abusar de sal</b>			
Valid		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
	DIARIO	67	6.8
	A MENUDO	128	13.0
	ALGUNAS VECES	181	18.3
	POCAS VECES	349	35.3
	NUNCA	260	26.3
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, del hábito negativo abusar de la sal en la comida (15 FS)



**Figura 35.** Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito negativo de abusar de la sal en la comida (15 FS)

Con la aplicación de la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig.=. 007, lo que indica que no existen diferencias significativas entre ambas variables. Los resultados obtenidos de la población general fueron que, del total de sujetos que nunca abusan de la sal en la comida, el 48.5% ( $n= 126$ ) se perciben con un estado de salud bueno.

Quienes pocas veces practican dicho hábito, el 52.7 % ( $n= 184$ ) se perciben con un estado de salud bueno y, del porcentaje que refirió algunas veces abusar de la sal en la comida, el 45.9% ( $n= 83$ ) también se perciben con buena salud. Fueron 195 los individuos que indicaron abusar de la sal en la comida diariamente o algunas veces, y de entre ellos, solo 3 sujetos refirieron tener una percepción de salud pésima (ver tabla y figura 36)

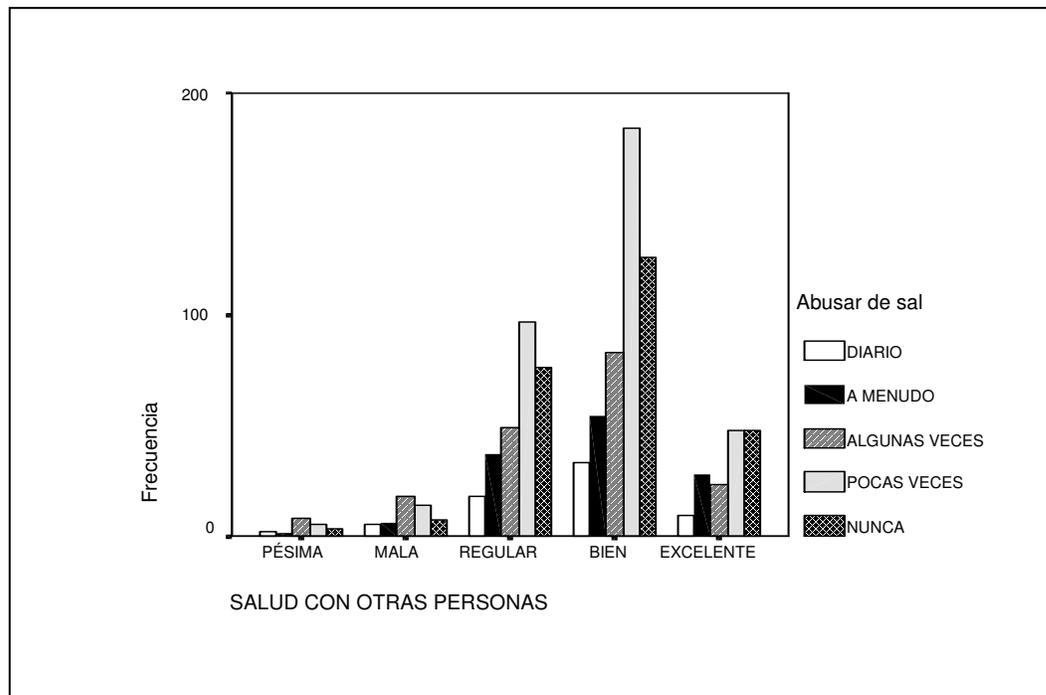
**Tabla 36**

Salud con otras personas / Abusar de sal								
Abusar de sal								
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
		% within Abusar de sal		2	1.6%		1	.3%
PÉSIMA	Count	2	1	8	5	3	19	
	% within Abusar de sal	3.0%	.8%	4.4%	1.4%	1.2%	1.9%	
MALA	Count	5	6	18	14	7	50	
	% within Abusar de sal	7.5%	4.7%	9.9%	4.0%	2.7%	5.1%	
REGULAR	Count	18	37	49	97	76	277	
	% within Abusar de sal	26.9%	28.9%	27.1%	27.8%	29.2%	28.1%	
BIEN	Count	33	54	83	184	126	480	
	% within Abusar de sal	49.3%	42.2%	45.9%	52.7%	48.5%	48.7%	
EXCELENTE	Count	9	28	23	48	48	156	
	% within Abusar de sal	13.4%	21.9%	12.7%	13.8%	18.5%	15.8%	
Total		Count	67	128	181	349	260	985
		% within Abusar de sal	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	38.714	25	.007

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y abusar de la sal en la comida (15 FS)



**Figura 36.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de abusar de la sal en la comida (15 FS)

## 2. ¿Ingerir comida chatarra? (26 FS)

Dentro de la categoría hábitos alimenticios, uno de los hábitos negativos es el de ingerir comida chatarra; en la población general se observó que un total de 8.8% ( $n= 87$ ) nunca realiza dicha conducta; el 39.8% ( $n= 393$ ) lo hace pocas veces; el 35.4% ( $n= 350$ ) algunas veces; el 12.4% ( $n= 123$ ) a menudo y, finalmente el 3.2% ( $n= 32$ ) refirió hacerlo diariamente.

En general, la población refirió ingerir comida chatarra pocas veces, y en una minoría se observó que lo hacen a diario (ver tabal y figura 37)

**Tabla 37**

<b>Ingerir comida chatarra</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	DIARIO	32	3.2
	A MENUDO	123	12.4
	ALGUNAS VECES	350	35.4
	POCAS VECES	393	39.8
	NUNCA	87	8.8
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, del hábito ingerir comida chatarra ( 26 FS)

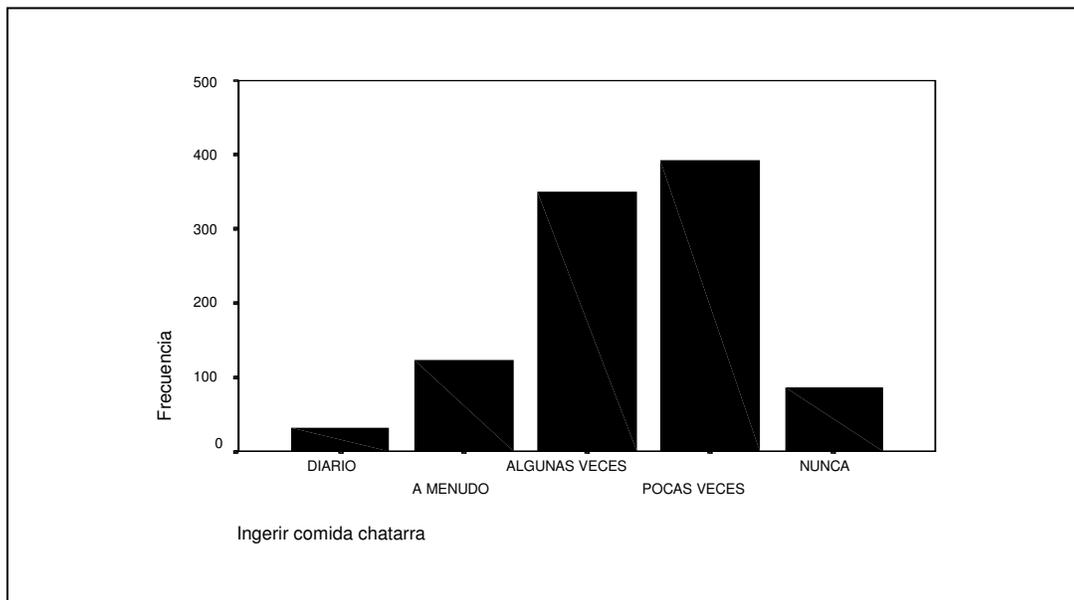


Figura 37. Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito negativo de ingerir comida chatarra (26 FS)

Con la aplicación de la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig. =.000; lo que indica que hay diferencias significativas entre ambas variables; es decir, que ingerir comida chatarra influirá de forma negativa en la percepción de salud total de los individuos y, viceversa, el hecho de no ingerir comida chatarra influirá de forma positiva en la percepción de salud total de los individuos; ello se observa en los resultados obtenidos en la población general, pues del total de sujetos que

refirieron pocas veces ingerir comida chatarra, el 50.6% ( $n = 199$ ) indicaron tener una buena percepción de salud y, los que lo hacen algunas veces, el 5.0% ( $n = 175$ ) refirieron tener una buena percepción de salud (ver tabla y figura 38)

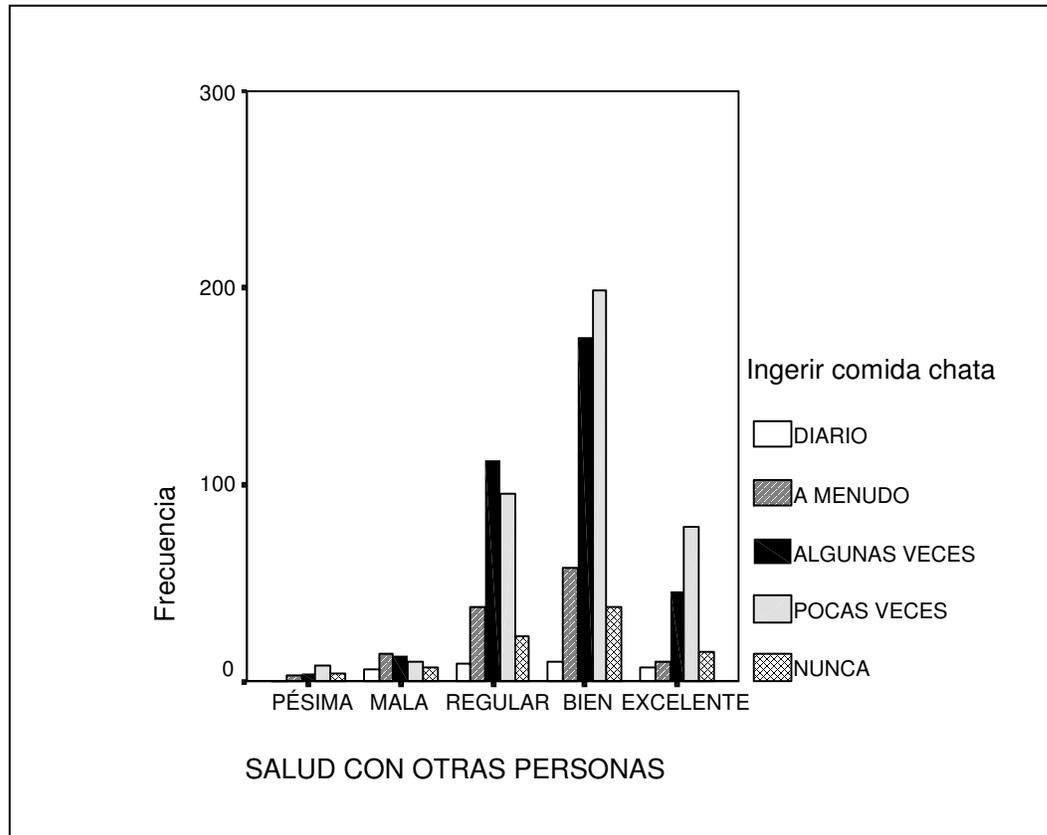
**Tabla 38**

Salud con otras personas / Ingerir comida chatarra								
SALUD CON OTRAS PERSONAS			Ingerir comida chatarra				Total	
			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES		NUNCA
0	Count					3		3
	% within Ingerir chatarra					.8%		.3%
PÉSIMA	Count		3	4	8	4		19
	% within Ingerir chatarra		2.4%	1.1%	2.0%	4.6%		1.9%
MALA	Count	6	14	13	10	7		50
	% within Ingerir chatarra	18.8%	11.4%	3.7%	2.5%	8.0%		5.1%
REGULAR	Count	9	38	112	95	23		277
	% within Ingerir chatarra	28.1%	30.9%	32.0%	24.2%	26.4%		28.1%
BIEN	Count	10	58	175	199	38		480
	% within Ingerir chatarra	31.3%	47.2%	50.0%	50.6%	43.7%		48.7%
EXCELENTE	Count	7	10	46	78	15		156
	% within Ingerir chatarra	21.9%	8.1%	13.1%	19.8%	17.2%		15.8%
Total		Count	32	123	350	393	87	985
		% within Ingerir chatarra	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	57.295	25	.000

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de ingerir comida chatarra (26 FS)



**Figura 38.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de ingerir comida chatarra (26 FS)

### 3. ¿Comer entre comidas? (19 FS)

El último de los hábitos negativos que se encuentra en el instrumento FS dentro de la categoría hábitos alimenticios, es el 19; los resultados indicaron que el 10.1% ( $n = 100$ ) nunca comen entre comidas; el 23.9% ( $n = 236$ ) lo hace pocas veces; el 32.3% ( $n = 319$ ) algunas veces; el 20.3% ( $n = 201$ ) a menudo y, el 13.1% ( $n = 129$ ) indicó hacerlo a diario; de forma general, se observó que la mayoría de la población pocas veces y algunas veces tiene el hábito de comer entre comidas (ver tabla y figura 39)

**Tabla 39**

Comer entre comidas			
		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	129	13.1
	A MENUDO	201	20.3
	ALGUNAS VECES	319	32.3
	POCAS VECES	236	23.9
	NUNCA	100	10.1
	Total		985

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, del hábito comer entre comidas (19 FS)

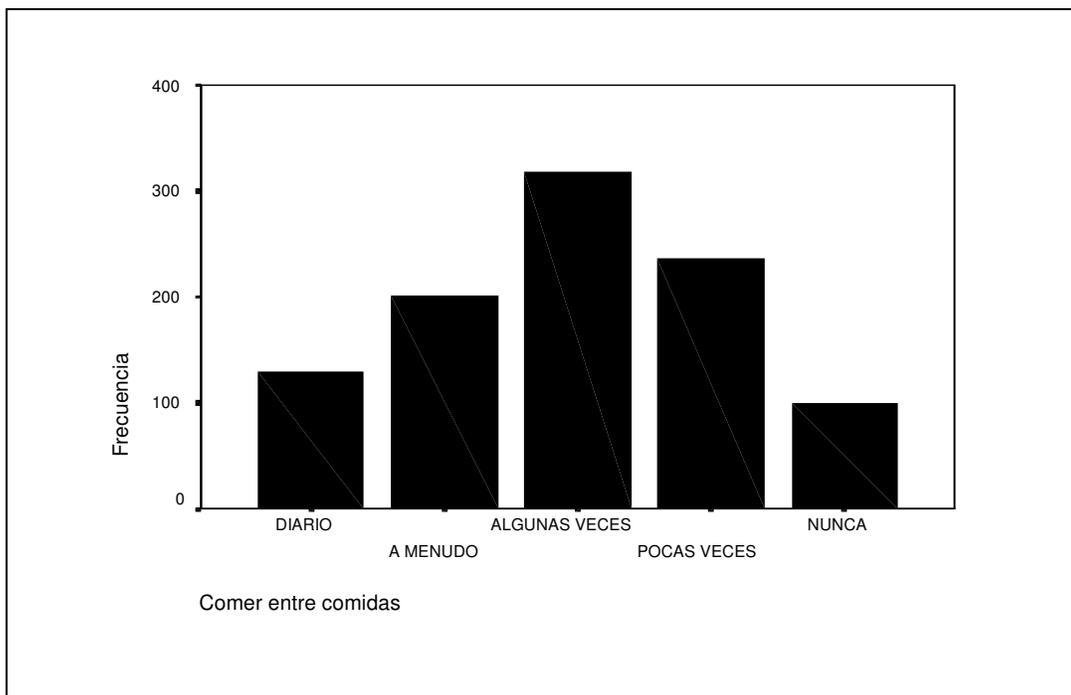


Figura 39. Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito comer entre comidas (19 FS)

Al aplicar la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig. .000, lo que indica que hay diferencias significativas entre ambas variables; es decir, que el hecho de comer entre comidas influye de forma negativa en la percepción de salud total.



	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	54.553	25	.000

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de comer entre comidas (19 FS)

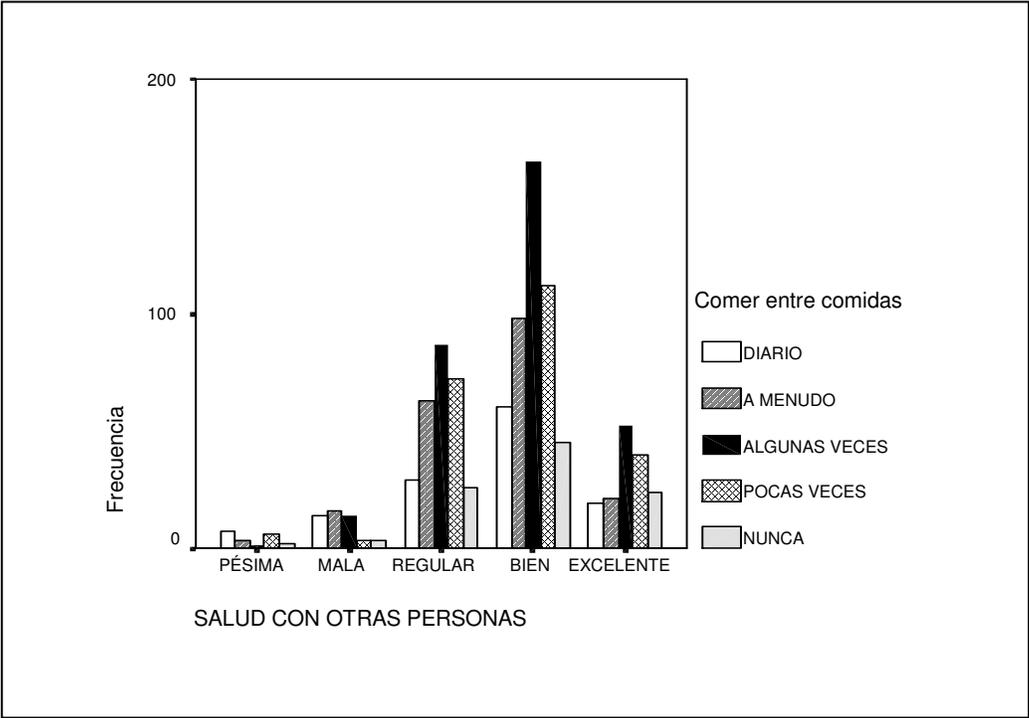


Figura 40. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de comer entre comidas (19 FS)

**Ingesta de alcohol**

Esta es una categoría que se considera está dentro de los hábitos que influyen de forma negativa en la percepción de salud; los reactivos que la componen son 33, 34 y 35 del instrumento FS.

### 1. ¿Tomar cerveza?(33 FS)

De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de tomar cerveza el 37.3% ( $n= 369$ ) nunca lo hace; el 30.1% ( $n= 297$ ) pocas veces; un porcentaje de 21.9% ( $n =216$ ) algunas veces; el total que lo hace a menudo es de 8.1% ( $n= 80$ ) y, finalmente el 2.2% ( $n = 22$ ) diario toma cerveza. En general, la población pocas veces o nunca toma cerveza (ver tabla y figura 41)

**Tabla 41**

<b>Tomar cerveza</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	O	1	.1
	DIARIO	22	2.2
	A MENUDO	80	8.1
	ALGUNAS VECES	216	21.9
	POCAS VECES	297	30.1
	NUNCA	369	37.3
	Total	985	100.

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, en cuanto al hábito tomar cerveza (33 FS)

\* una persona omitió el reactivo

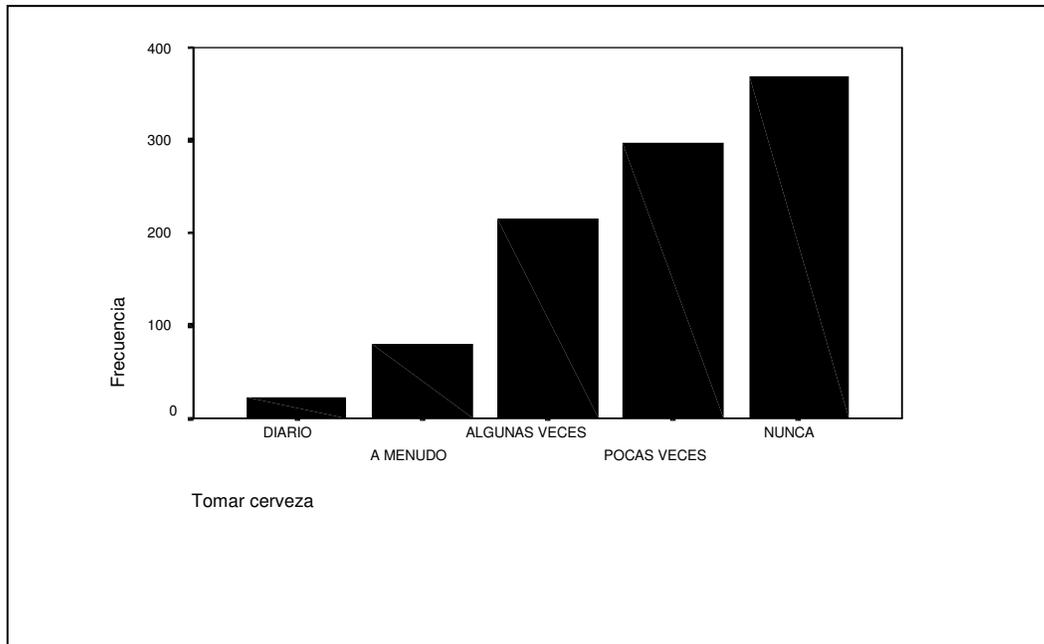


Figura 41. Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito tomar cerveza (33 FS)

Con la aplicación de la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig. =.139, lo que indica que ambas variables (percepción de salud y tomar cerveza) no están relacionadas estadísticamente.

En cuanto a los resultados de dicha correlación que se obtuvieron con la población general, indican que del total de sujetos que nunca toman cerveza, el 42.0% ( $n = 155$ ) tienen una buena percepción de salud y, el 17.9% ( $n = 66$ ) excelente.

Del total de sujetos que pocas veces consume cerveza, el 50.8% ( $n = 151$ ) indicó tener una buena percepción de salud y, el 17.2% ( $n = 51$ ) excelente. Quienes algunas veces tienen practican dicho hábito, el 53.2% ( $n = 115$ ) se percibe con una buena salud (ver tabla y figura 42)

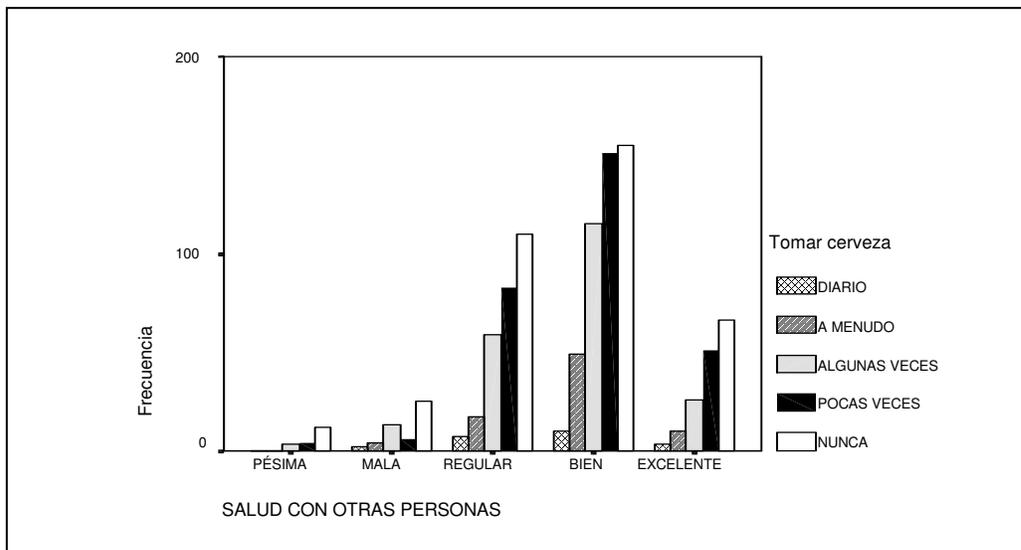
**Tabla 42**

Salud con otras personas / Tomar cerveza								
		Tomar cerveza						Total
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
		% within tomar cerveza					2	1
PÉSIMA	Count				3	4	12	19
	% within tomar cerveza				1.4%	1.3%	3.3%	1.9%
MALA	Count	2	4	13	6	25	50	
	% within tomar cerveza	9.1%	5.0%	6.0%	2.0%	6.8%	5.1%	
REGULAR	Count	7	17	59	83	110	277	
	% within tomar cerveza	31.8%	21.3%	27.3%	27.9%	29.8%	28.1%	
BIEN	Count	10	49	115	151	155	480	
	% within tomar cerveza	45.5%	61.3%	53.2%	50.8%	42.0%	48.7%	
EXCELENTE	Count	3	10	26	51	66	156	
	% within tomar cerveza	13.6%	12.5%	12.0%	17.2%	17.9%	15.8%	
Total	Count	22	80	216	297	369	985	
	% within tomar cerveza	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	32.678	25	.139

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de tomar cerveza (33 FS)



**Figura 42.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de tomar cerveza (33 FS)

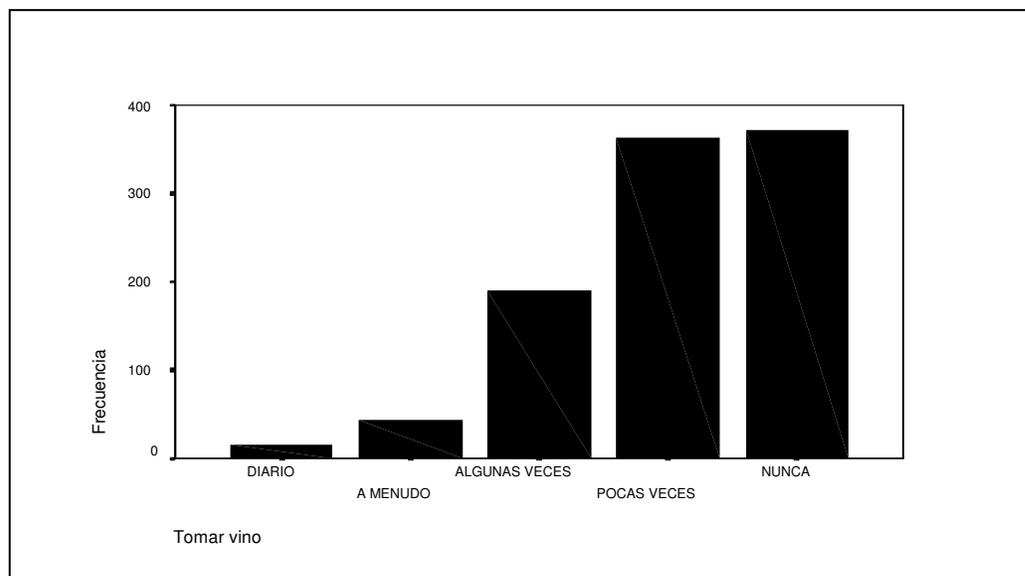
## 2. ¿Tomar vino, anís, jerez o rompope (34 FS)

De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de tomar vino, anís, jerez o rompope el 37.7% ( $n= 372$ ) nunca lo hace; el 36.8% ( $n= 364$ ) pocas veces; 19.2% ( $n= 190$ ) algunas veces y, el 1.6% ( $n =16$ ) lo hace a diario (ver tabla y figura 43)

**Tabla 43**

		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	16	1.6
	A MENUDO	43	4.4
	ALGUNAS VECES	190	19.2
	POCAS VECES	364	36.8
	NUNCA	372	37.7
Total		985	100.

**Nota.** Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, en cuanto al hábito tomar vino, anís, jerez o rompope (34 FS)



**Figura 43.** Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito tomar vino, anís, jerez o rompope (34 FS)

Con la aplicación de la prueba Chi cuadrada a la correlación de percepción de salud con tomar vino, anís, jerez o rompope; se obtuvo una sig. =.044; ello nos indica que no existen diferencias significativas entre ambas variables.

La población en general refirió no tomar dichas bebidas; y ello se ve reflejado en su percepción de salud (respecto a éste hábito) pues es una percepción buena.

Los individuos que nunca ingieren dichas bebidas, el 44.4% ( $n = 165$ ) se perciben con buena salud y, el 42.9% ( $n = 67$ ) excelente; quienes pocas veces hacen, el 51.1 % ( $n = 186$ ) se percibe con buena salud y el 35.9% ( $n = 56$ ) excelente. Y finalmente, con lo que respecta éste hábito, los sujetos que indicaron algunas veces beber vino, jerez, anís o rompope; el 51.6% ( $n = 98$ ) indicaron tener una buena percepción de salud, y el 17.9 % ( $n = 28$ ) excelente (ver tabla y figura 44)

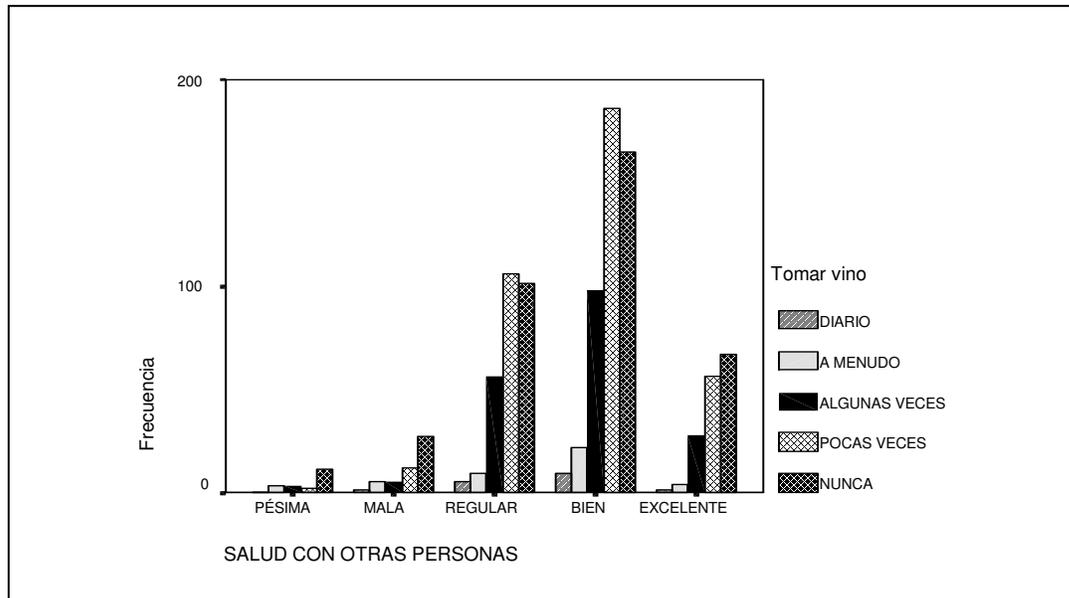
**Tabla 44**

		Beber vino, anís, jerez o rompopo						
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	Count	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
			% within beber vino, anís, jerez				.5%	.3%
PÉSIMA	Count		3	3	2	11	19	
	% within beber vino, anís, jerez		7.0%	1.6%	.5%	3.0%	1.9%	
MALA	Count	1	5	5	12	27	50	
	% within beber vino, anís, jerez	6.3%	11.6%	2.6%	3.3%	7.3%	5.1%	
REGULAR	Count	5	9	56	106	101	277	
	% within beber vino, anís, jerez	31.3%	20.9%	29.5%	29.1%	27.2%	28.1%	
BIEN	Count	9	22	98	186	165	480	
	% within beber vino, anís, jerez	56.3%	51.2%	51.6%	51.1%	44.4%	48.7%	
EXCELENTE	Count	1	4	28	56	67	156	
	% within beber vino, anís, jerez	6.3%	9.3%	14.7%	15.4%	18.0%	15.8%	
Total		Count	16	43	190	364	372	985
		% within beber vino, anís, jerez	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	31.954	25	.044

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de tomar vino, anís, jerez o rompopo (34 FS)



**Figura 44.** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de tomar vino, anís, jerez o rompope (34 FS)

### 3. ¿Tomar tequila, ron, brandy u otros?(35 FS)

Es el último hábito en lo que respecta a la categoría de ingesta de alcohol. De forma general, se observó en la población que en cuanto al hábito de tomar tequila, ron, brandy u otros el 35.8% ( $n= 354$ ) nunca lo hace; el 33.5% ( $n= 331$ ) pocas veces; un porcentaje de 22.0% ( $n =217$ ) algunas veces; el total que lo hace a menudo es de 6.7% ( $n= 66$ ) y, finalmente el 1.7% ( $n =17$ ) diario lo hacen (ver tabla y figura 45)

**Tabla 45**

Tomar tequila, ron, brandy u otros			
		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	17	1.7
	A MENUDO	66	6.7
	ALGUNAS VECES	217	22.0
	POCAS VECES	331	33.5
	NUNCA	354	35.8
	Total	985	100.

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, en cuanto al hábito tomar tequila, ron, brandy u otros(35 FS)

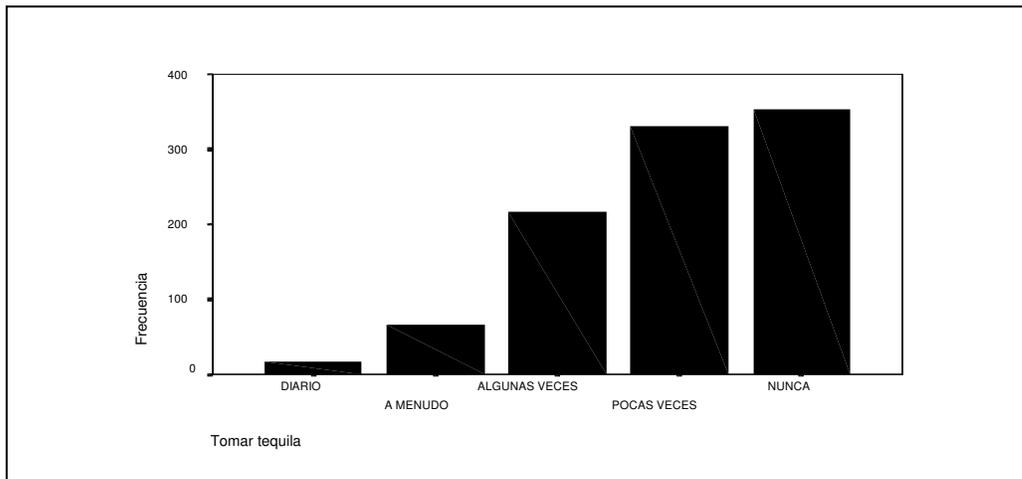


Figura 45. Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito tomar tequila, ron, brandy u otros (35 FS)

En lo que respecta a la aplicación de la prueba Chi cuadrada, se obtuvo una sig. =.001, lo que indica que se encontraron diferencias significativas entre ambas variables; es decir, que el hecho de ingerir tequila, ron, brandy, tiene efectos negativos sobre la percepción de salud de los individuos. Los resultados indicaron que, del total de sujetos que nunca beben dichos líquidos el 42.9% ( $n = 152$ ) se perciben con buena salud (ver tabla y figura 46)

**Tabla 46**

Beber tequila, ron, brandy								
SALUD CON			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
OTRAS PERSONAS	0	Count			2		1	3
		% within beber tequila, ron			.9%		.3%	.3%
	PÉSIMA	Count		5	1	2	11	19
		% within beber tequila, ron		7.6%	.5%	.6%	3.1%	1.9%
	MALA	Count	2	7	6	15	20	50
		% within beber tequila, ron	11.8%	10.6%	2.8%	4.5%	5.6%	5.1%
	REGULAR	Count	6	12	63	82	114	277
		% within beber tequila, ron	35.3%	18.2%	29.0%	24.8%	32.2%	28.1%
	BIEN	Count	9	35	111	173	152	480
		% within beber tequila, ron	52.9%	53.0%	51.2%	52.3%	42.9%	48.7%
	EXCELENTE	Count		7	34	59	56	156
		% within beber tequila, ron		10.6%	15.7%	17.8%	15.8%	15.8%
	Total	Count	17	66	217	331	354	985
		% within beber tequila, ron	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	46.015	25	.001

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de tomar tequila, ron, brandy u otros (35 FS)

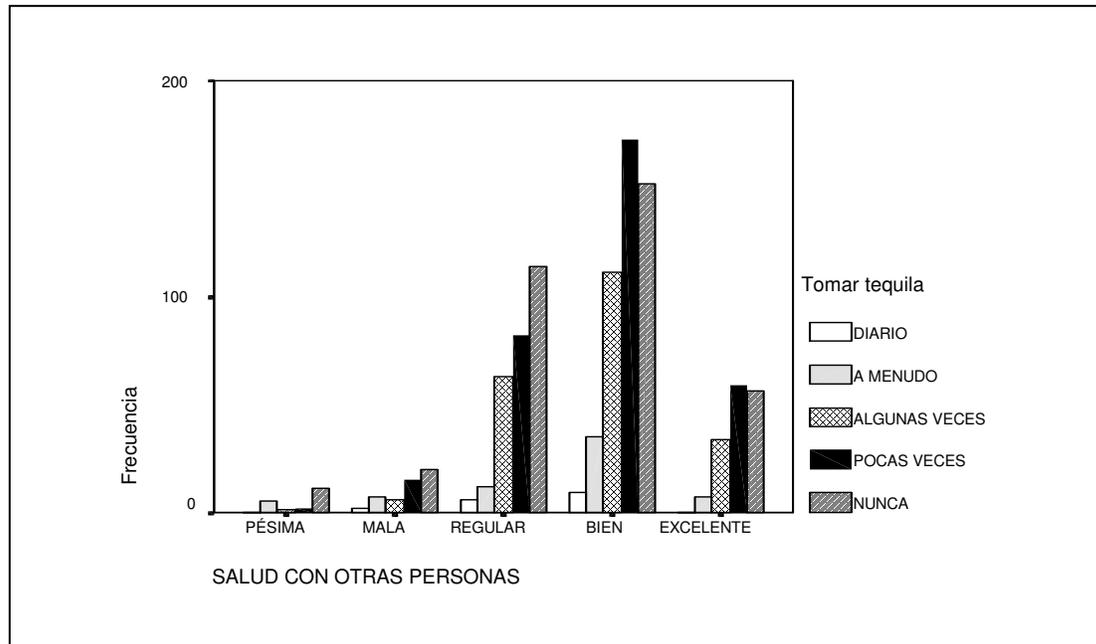


Figura 46 Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de tequila, ron, brandy u otros (35 FS)

### **Consumir tabaco**

Es una más de las categorías que se incluyen dentro de los hábitos negativos; en el instrumento FS el reactivo es el 22.

1. ¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa? (22 FS)

Los resultados que se obtuvieron de la población en general son: el 56.8% (n= 561) nunca consumen tabaco; el 12.2% (n= 121) pocas veces lo hace; el 7.1% (n= 70) algunas veces; el 6.9% (n= 68) refirió consumirlo a menudo y, el 16.7% (n= 165) indicaron consumir tabaco diariamente (ver tabla y figura 47)

**Tabla 47**

Consumir tabaco			
		Frequency	Percent
Valid	DIARIO	165	16.7
	A MENUDO	68	6.9
	ALGUNAS VECES	70	7.1
	POCAS VECES	121	12.2
	NUNCA	561	56.8
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, en cuanto al hábito consumir tabaco (22 FS)

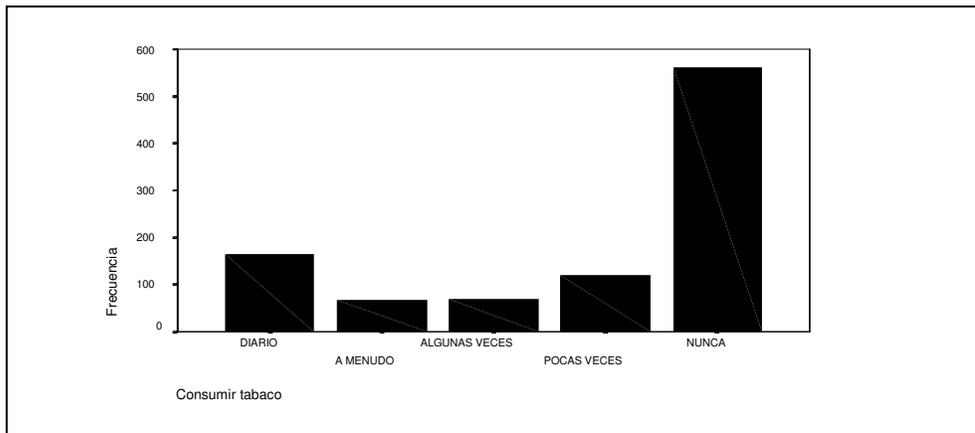


Figura 47 Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito de consumir tabaco (22 FS)

Respecto a la aplicación de la prueba Chi cuadrada, se obtuvo una sig. =.226. La Población general que indicó no consumir tabaco nunca, el 45.8% ( $n = 257$ ) refirió tener una buena percepción de su salud; del porcentaje que indicó hacerlo pocas veces el 49.6% ( $n = 60$ ) también se percibe con buena salud y, quienes lo hacen algunas veces, el 54.4% ( $n = 36$ ) al igual que los grupos anteriores se perciben con buena salud (ver tabla y figura 48)

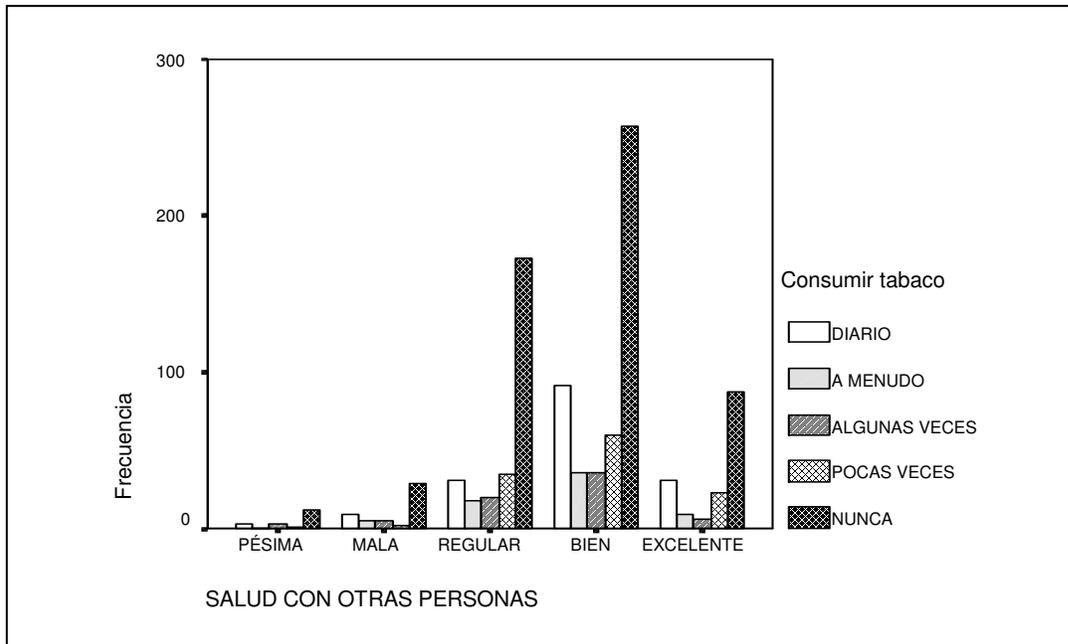
**Tabla 48**

Salud con otras personas / Consumir tabaco								
		Consumir tabaco						Total
SALUD CON			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
OTRAS PERSONAS	0	Count					3	3
		% within consumir tabaco					.5%	.3%
	PÉSIMA	Count	3		3	1	12	19
		% within consumir tabaco	1.8%		4.3%	.8%	2.1%	1.9%
	MALA	Count	9	5	5	2	29	50
		% within consumir tabaco	5.5%	7.4%	7.1%	1.7%	5.2%	5.1%
	REGULAR	Count	31	18	20	35	173	277
		% within consumir tabaco	18.8%	26.5%	28.6%	28.9%	30.8%	28.1%
	BIEN	Count	91	36	36	60	257	480
		% within consumir tabaco	55.2%	52.9%	51.4%	49.6%	45.8%	48.7%
	EXCELENTE	Count	31	9	6	23	87	156
		% within consumir tabaco	18.8%	13.2%	8.6%	19.0%	15.5%	15.8%
	Total	Count	165	68	70	121	561	985
		% within consumir tabaco	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	24.396	20	.226

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de tomar tequila, ron, brandy u otros (35 FS)



**Figura 48** Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito consumir tabaco (22 FS)

### **Hábitos de seguridad**

El último hábito negativo a evaluar es el 29 FS, y se encuentra dentro de la categoría de seguridad.

#### 1. ¿Manejar sin respetar el límite de velocidad? (29 FS)

Los resultados que se obtuvieron de la población en general son: el 66.2% ( $n= 654$ ) nunca maneja sin respetar el límite de velocidad, el 14.6% ( $n= 144$ ) pocas veces lo hace; el 10.3% ( $n= 102$ ) refirió algunas veces practicar dicho hábito, el 5.3% ( $n= 52$ ) a menudo lo hace y, el 2.6% ( $n= 26$ ) indicó que diariamente lo hace. En general, se observó que la población respeta el límite de velocidad cuando maneja (ver tabla y figura 49)

**Tabla 49**

<b>Manejar rápido</b>			
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
Valid	O	7	.7
	DIARIO	26	2.6
	A MENUDO	52	5.3
	ALGUNAS VECES	102	10.3
	POCAS VECES	144	14.6
	NUNCA	654	66.2
	Total	985	100.0

Nota. Representa la frecuencia y porcentajes de la población general, respecto al hábito de manejar sin respetar el límite de velocidad (29 FS)

\* 7 personas omitieron el reactivo

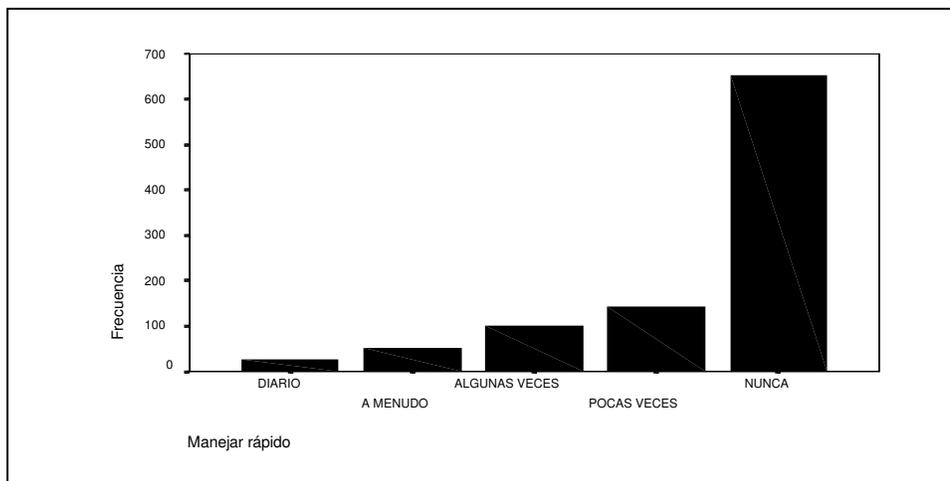


Figura 49. Muestra la frecuencia de la población general en cuanto al hábito de manejar sin respetar el límite de velocidad (29 FS)

Con la aplicación de la prueba Chi cuadrada, se obtuvo una sig. =.746, lo que indica que ambas variables no están relacionadas estadísticamente. Sin embargo, de los sujetos que refirieron nunca practicar dicho hábito, el 47.9% ( $n= 313$ ) tienen una buena percepción de salud, así como los que lo hacen pocas veces 52.8% ( $n= 76$ ) se perciben con buena salud (ver tabla y figura 50)

**Tabla 50**

Salud con otras personas / Manejar rápido								
Manejar rápido								
SALUD CON OTRAS PERSONAS			DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	Total
0	Count						.5%	.3%
	% within manejar rápido			4			15	19
PÉSIMA	Count							
	% within manejar rápido			3.9%			2.3%	1.9%
MALA	Count	1	2	7	4	36		50
	% within manejar rápido	3.8%	3.8%	6.9%	2.8%	5.5%		5.1%
REGULAR	Count	6	12	27	38	190		277
	% within manejar rápido	23.1%	23.1%	26.5%	26.4%	29.1%		28.1%
BIEN	Count	13	26	49	76	313		480
	% within manejar rápido	50.0%	50.0%	48.0%	52.8%	47.9%		48.7%
EXCELENTE	Count	6	12	15	26	97		156
	% within manejar rápido	23.1%	23.1%	14.7%	18.1%	14.8%		15.8%
Total	Count	26	52	102	144	654		985
	% within manejar rápido	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%

	Valor	df	Sig.
Pearson Chi-Square	20.015	25	.746

Nota. Representa los resultados de la prueba Chi cuadrada, al determinar la relación entre las variables percepción de salud y el hábito de manejar sin respetar los límites de velocidad (29 FS)

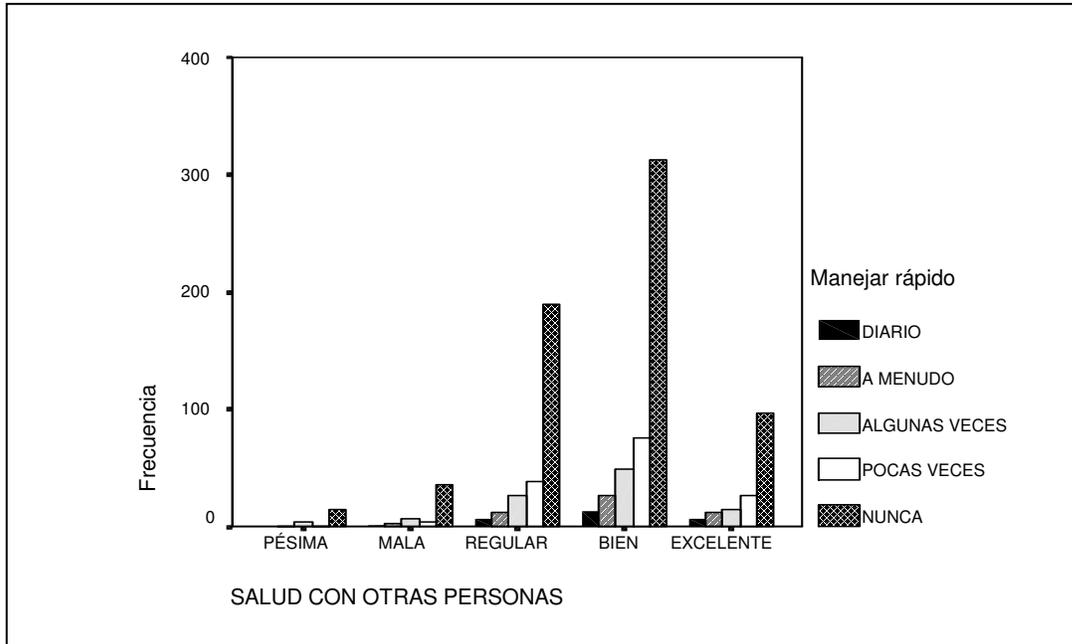


Figura 50. Muestra la frecuencia de la percepción de salud con respecto al hábito de manejar sin respetar el límite de velocidad (29 FS)

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

Se realizó un análisis con la ayuda del programa estadístico computarizado SPSS. Enseguida se describen las características de la población general, así como cada uno de los hábitos, tanto positivos como negativos; y su relación con la percepción de salud (salud total) del instrumento “Funcionamiento de la Salud” (FS) (ver anexo 1) Se describirán los resultados obtenidos en cada hábito elegido con la respectiva correlación.

#### Características de la población

La población general se conformó por 985 individuos; el 55% ( $n = 543$ ) fue del sexo femenino y, 44% ( $n = 442$ ) del masculino (ver figura 1)

La edad fluctúa entre los 17 y 77 años; se establecieron tres grupos de edad: 1) 17-37 años, que fueron el 37% ( $n = 368$ ); 2) 38-57 años, 59% ( $n = 578$ ) y, 3) 58 -77 años, que fue el 4% ( $n = 39$ ) (ver figura 2)

Con respecto al nivel académico, el 35% de la población ( $n = 330$ ) tiene estudios con grado de licenciatura, y es la frecuencia más alta; mientras que el 16% de la población ( $n = 158$ ) informó no tener escolaridad; el resto de la población se distribuye en los demás niveles de escolaridad (ver figura y tabla 3)

#### Hábitos de salud positivos y su relación con la salud total (percepción de la salud con respecto a otras personas)

Las alternativas de respuesta con que contó la población para evaluar el nivel de salud percibida fueron: “pésima, mala, regular y excelente”.

En primer lugar, se evaluó la percepción de salud de la población en general, con el reactivo 40 FS. Los resultados obtenidos de forma general fueron: el 48% ( $n = 480$ ) refirió percibir buena salud y, el 1.9% ( $n = 1.9$ ) refirió percibir una pésima salud. Con ello se concluye que la población cuenta con un nivel alto de salud (ver figura y tabla 4)

Para indicar la frecuencia con que se realizan los hábitos, la población contó con 5 opciones de respuesta “diario, a menudo, algunas veces, pocas veces y nunca”

La primer categoría está enfocada en el hábito de “beber líquidos sin cafeína”; en el instrumento FS solo hay un reactivo que evalúa tal hábito (17); con él se determinaron las características de la población en cuanto al consumo de cafeína. Se observó que las frecuencias más elevadas se localizaron en las opciones de respuesta “diario y algunas veces” (ver tabla y figura 5) Ello se ve reflejado en su percepción de salud, la cual es buena y excelente (ver tabla y figura 6)

La siguiente categoría de hábitos positivos está enfocada a “realizar ejercicio físico”; son dos los reactivos que evalúan dicha categoría, el primero es el 18 FS, que evalúa “caminar a diario con fuerza y energía”. De forma general se observó que la población camina con fuerza y energía regularmente (ver tabla y figura 7) Su percepción de salud de forma general es buena, y aunque se demostró que ambas variables están relacionadas, los sujetos que no practican dicha conducta se perciben a sí mismos como saludables (ver tabla y figura 8)

El siguiente reactivo evaluó “realizar algún ejercicio con energía” (32 FS), refiriendo la población que lo practican regularmente y se perciben con buena salud. Y aunque la prueba Chi cuadrada indicó que hay sig. = .000 entre ambas variables y que están relacionadas, aun con ello, los sujetos que respondieron realizar ejercicio pocas veces o nunca, manifestaron tener un buen estado de salud (ver figuras 9 y 10)

En la categoría “hábitos alimenticios positivos”, el instrumento FS evalúa dichos hábitos con los reactivos: 20, 21, 23, 25 y 27; con los que se determinaron las características de la población en cuanto a ésta categoría.

El primero de ellos se refiere al hábito “comer menos” (20 FS); de forma general se observó que la población regularmente lleva a cabo esta conducta y que su percepción de salud es buena y excelente; con la prueba Chi cuadrada se demostró que ambas variables no están relacionadas; ello se puede justificar con el hecho de que comer menos lejos de ser un hábito positivo, puede convertirse en un hábito negativo; pues el tipo de alimento que se consume es de gran importancia para la percepción de salud total (ver figuras 11 y 12)

El siguiente hábito es el de “conocer las calorías que se consumen en los alimentos” (21 FS), la población en general indicó practicar éste hábito pocas veces; sin embargo su percepción de salud es buena y excelente; con la aplicación de la prueba Chi cuadrada se comprobó que ambas variables no están relacionadas (ver figuras 13 y 14)

El reactivo 23 FS evaluó el hábito de “desayunar sustanciosamente”, y en el que las frecuencias más elevadas se ubicaron en las afirmaciones “algunas veces y pocas veces”; es decir, la población practica éste hábito de forma irregular; con la prueba Chi cuadrada se obtuvo que ambas variables están relacionadas, esto se reflejó en los sujetos que indicaron desayunar sustanciosamente a menudo, pues su percepción de salud es buena (ver figuras 15 y 16)

El reactivo 25 está relacionado con “ingerir alimentos nutritivos”, y las frecuencias están repartidas en las opciones de respuesta “diario, a menudo y algunas veces (ver tabla 17) Dicho hábito se encuentra relacionado positivamente con la salud; la población en general refirió tener una percepción de salud regular (ver figura 18)

El último reactivo de los hábitos alimenticios es el 27 FS que evalúa la conducta de “ingerir vitaminas”. Las frecuencias se encuentran repartidas en las opciones de respuesta “pocas veces, algunas veces y nunca” es decir, que la población mantiene de forma irregular dicho hábito (ver figura y tabla 19)

Sin embargo, aunque está comprobado que ingerir vitaminas tiene influencia positiva sobre la percepción de salud, los sujetos que refirieron pocas veces y nunca practicar dicho hábito indicaron tener una buena salud (ver figura 20)

Una más de las categorías es la de “reposo”, que en el instrumento FS fue evaluado con el reactivo 24 “dormir por lo menos siete horas todas las noches”. De manera general, la población refirió practicar a diario éste hábito, con menor frecuencia en la opción de respuesta “nunca y pocas veces” (ver figura 21)

Los sujetos que reportaron que diariamente llevan a cabo este hábito, así como los que respondieron hacerlo a menudo, algunas veces, pocas veces y nunca; indicaron tener una buena percepción de salud; esto se puede explicar con el hecho de que al aplicar la prueba Chi cuadrada se obtuvo que ambas variables (percepción de salud / dormir por lo menos siete horas todas las noches) no están relacionadas (ver figura 22)

La siguiente categoría se refiere a los hábitos de “higiene personal” evaluado con el reactivo 37 FS “usar hilo dental”. Poco más de la mitad de la población (50.1%) nunca realiza tal hábito; el demás porcentaje está repartido en las opciones de respuesta “pocas veces, algunas veces, a menudo y diario” (ver tabla y figura 23)

Tal conducta no está relacionada estadísticamente con la percepción de salud; por lo que se infiere que no llevar a cabo dicho hábito no afecta a la percepción de salud de los individuos (ver tabla y figura 24)

Las “revisiones médicas” también se han considerado como hábitos positivos, en el instrumento FS se evalúan con los reactivos 30 y 42. El primero de ellos se refiere al hábito de medir el colesterol, en el que se encontró que casi el 60% de la población nunca realiza dicho hábito y sólo el 5.2% lo hace a menudo (ver tabla y figura 25)

El hábito de medir el colesterol está relacionado con la percepción de salud, pues se obtuvo una sig. =.000, es decir, que ejecutar dicho hábito periódicamente influye de forma positiva en la percepción de salud; y aunque la población en general refirió no hacerlo nunca, su percepción de salud es buena (ver tabla y figura 26)

El siguiente reactivo que evalúa la categoría mencionada, es el 43 FS “Ir al consultorio del doctor (excepto por embarazo)”. Se encontró que la población tiende a visitar al médico de 1 a 2 veces por año (ver tabla y figura 27)

Dicha variable se encuentra relacionada con la percepción de salud, pues se obtuvo una sig.= .000, es decir que asistir al médico periódicamente influye positivamente en la salud total; sin embargo, los sujetos que nunca van al médico indicaron tener una buena percepción de salud, al igual que los que acuden al consultorio de 1 a 2 veces por año (ver tabla y figura 28)

Otra categoría de es la de “hábitos de seguridad” en el instrumento FS se encontró un hábito positivo que evalúa dicha categoría, es el reactivo 38; que es respecto a “usar cinturón de seguridad”. El 33.6% lo utiliza a diario; el resto de la población se encuentra repartido en las opciones de respuesta “a menudo, algunas veces, pocas veces y nunca” (ver tabla y figura 29)

La prueba Chi cuadrada obtuvo una sig. = .000; por lo que se puede argumentar que ambas variables están relacionadas; y que el hábito de usar cinturón de seguridad influye de manera positiva en la percepción de salud total de los individuos; sin embargo, los sujetos que refirieron usar el cinturón de seguridad “algunas veces y nunca “ refirieron tener una buena percepción de salud (ver tabla y figura 30)

Dentro de las relaciones interpersonales, se consideró el reactivo 31 FS, que se refiere a “platicar con los amigos sobre salud”. Los resultados indicaron que la población practica éste hábito de forma irregular, pues las frecuencias más altas se encontraron en las opciones de respuesta “algunas veces y pocas veces” (ver tabla y figura 31)

Con la aplicación de la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig. = .000 lo que indica que el hecho de platicar con los amigos sobre salud influye de manera positiva en la percepción de salud; sin embargo, los sujetos que reportaron practicar éste hábito “pocas veces, algunas veces y nunca”, indicaron tener una buena percepción de salud (ver tabla y figura 32)

La última categoría a considerar es “informarse sobre la salud”, el reactivo que se evaluó fue el 28 FS que se refiere a “leer escritos sobre el cuidado de la salud”. En general, la población practica de forma irregular dicho hábito, pues las frecuencias más altas se encuentran en las opciones de respuesta “algunas veces, pocas veces y nunca” (ver tabla y figura 33)

Con la prueba Chic cuadrada se obtuvo una sig. =.005 lo que indica que existen diferencias significativas entre el hábito “leer escritos sobre el cuidado de la salud” y la “percepción de salud”. Sin embargo, Los sujetos que reportaron practicar éste hábito “pocas veces, algunas veces y nunca”, indicaron tener una buena percepción de salud (ver tabla y figura 34)

#### Hábitos negativos y su relación con la salud total (percepción de la salud con respecto a otras personas)

Para indicar la frecuencia con que se realizan los hábitos, la población contó con 5 opciones de respuesta “diario, a menudo, algunas veces, pocas veces y nunca”

Las alternativas de respuesta con que contó la población para evaluar el nivel de salud percibida fueron: “pésima, mala, regular y excelente”

La primer categoría está enfocada a evaluar los “hábitos alimenticios” en el instrumento FS los reactivos a evaluar fueron: 15, 26 y 19. Y se determinaron las características de la población en cuanto a los reactivos mencionados.

El reactivo 15 FS se orientó a evaluar el hábito “abusar de la sal en la comida”. Los resultados generales indicaron que la población “pocas veces y nunca practica dicho hábito” es decir, lo hacen de forma irregular (ver tabla y figura 35)

No se encontraron diferencias significativas entre las variables “percepción de salud y abusar de la sal en la comida”. Los resultados obtenidos fueron que, de forma general la población tiene una buena percepción de salud (ver tabla y figura 36)

“Ingerir comida chatarra” (26 FS) es considerado como uno de los hábitos que tienen influencia negativa sobre la percepción de salud de los individuos; en general, la población refirió ingerir comida chatarra pocas veces, y en una minoría se observó que lo hacen a diario (ver tabla y figura 37)

Los resultados de la aplicación de la prueba Chi cuadrada indicaron que hay una sig. = .000 es decir, que ingerir comida chatarra influirá de forma negativa en la percepción de salud total de los individuos y, viceversa, el hecho de no ingerir comida chatarra influirá de forma positiva en la percepción de salud total de los individuos; esto lo observamos en los resultados, pues del total de sujetos que refirieron pocas veces y algunas veces ingerir comida chatarra refirieron tener una buena percepción de salud (ver tabla y figura 38)

El último reactivo evaluado de ésta categoría fue el 19 FS “comer entre comidas”. Los resultados indicaron que la población mantiene de forma regular ésta hábito, pues las frecuencias se encuentran repartidas en las opciones de respuesta “a menudo, algunas veces y pocas veces” (ver tabla y figura 39)

Al aplicar la prueba Chi cuadrada se obtuvo una sig.  $.000$ , lo que indica que hay diferencias significativas entre ambas variables; es decir, que el hecho de comer entre comidas influye de forma negativa en la percepción de salud total. Los resultados indicaron que, de forma general, la población tiene una percepción de salud buena (ver tabla y figura 40)

Una categoría más que fue considerada es la de “ingesta de alcohol”, y que se evaluó con los reactivos 33, 34 y 35 FS.

Tomar cerveza (33 FS) es el primer reactivo evaluado, en el que se encontró que la población tiene ése hábito de forma irregular, pues las frecuencias más altas estuvieron repartidas en las opciones de respuesta “pocas veces y nunca” (ver tabla y figura 41)

Se obtuvo una sig.  $=.139$  con la prueba Chi cuadrada , lo que indica que ambas variables (percepción de salud y tomar cerveza) no están relacionadas estadísticamente. De forma general, la población tiene una buena percepción de salud (ver tabla y figura 42)

Tomar vino, anís, jerez o rompope (34 FS) es el segundo de los reactivos de la categoría “ingesta de alcohol”. Las frecuencias de respuesta de forma general estuvieron repartidas en las opciones “pocas veces y nunca” (ver tabla y figura 43)

Los resultados de la prueba Chi cuadrada arrojaron una sig.  $=.044$  ello nos indicó que no existen diferencias significativas entre ambas variables. Los sujetos que pocas veces o nunca beben éstos líquidos refirieron tener una buena percepción de salud (ver tabla y figura 44)

Y, el último reactivo de ésta categoría es el de “tomar tequila, ron, brandy u otros” (35 FS), en el cual los resultados fueron que, las frecuencias más altas estuvieron en las opciones de respuesta “pocas veces y nunca”, con una minoría de sujetos que lo hacen a diario (ver tabla y figura 45)

A diferencia de los líquidos de las categorías anteriores, con la aplicación de la prueba Chi cuadrada, entre la percepción de salud y los líquidos de éste reactivo si se encontraron diferencias entre ambas variables, pues se obtuvo una sig. =.001; es decir, que el hecho de ingerir tequila, ron, brandy, tiene efectos negativos sobre la percepción de salud de los individuos. Esto se ve reflejado en los resultados, pues del total de sujetos que “nunca y pocas veces” consumen dichas sustancias, su percepción de salud es buena” (ver tabla y figura 46)

La penúltima categoría de los hábitos negativos es la de “consumir tabaco”, ya sea en cigarros, puros o pipa (22 FS)

La frecuencia de respuesta más alta en la población fue “nunca consumir tabaco” 56.8% (n= 561); el porcentaje restante está distribuido en las demás opciones de respuesta (pocas veces, algunas veces, a menudo y diario) Respecto a la aplicación de la prueba Chi cuadrada, se obtuvo una sig. =.226, (ver tablas y figuras 47 y 48)

Y por último, está la categoría “hábitos de seguridad”, evaluada con el reactivo 29 del instrumento FS, que está enfocado al hábito de “manejar sin respetar el límite de velocidad”

Los resultados que se obtuvieron de la población en general son que, la población en general no practica dicho hábito (66.2%, n= 654); el resto del porcentaje está distribuido de manera uniforme en las opciones de respuesta “pocas veces, algunas veces, a menudo y diario” (ver tabla y figura 49)

Se obtuvo una sig. =.746 con la prueba Chi cuadrada, lo que indica que ambas variables no están relacionadas. Sin embargo, de los sujetos que refirieron nunca practicar dicho hábito, el 47.9% tiene una buena percepción de salud, al igual que los que lo hacen pocas veces (52.8%) se perciben con buena salud (ver tabla y figura 50)

## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Partiendo de los objetivos específicos planteados en la presente investigación, se conoció como ha sido la evolución del concepto de salud; pues a través de la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellos y las generaciones venideras. El ser humano ha ido adquiriendo estos conocimientos a través del tiempo.

Las prácticas y creencias han existido desde tiempos primitivos; por ejemplo, antiguamente las enfermedades eran atribuidas a malos espíritus con poder para afligir a las personas, y para ello se tenían prácticas para recuperarse – como el exorcismo –.

Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural; recomendaban evitar excesos y mantener una buena alimentación. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana.

Después, los romanos tuvieron una visión más realista y amplia de la salud, pues ellos incorporaron a la mente; con ellos surgió la industrialización de hospitales y clínicas públicas. Sin embargo, en la Edad Media la iglesia reaccionó contra el cuidado del cuerpo, por ello el desarrollo de la ciencia se detuvo y, como resultado aparecieron diversas enfermedades de carácter infeccioso; por ejemplo, durante éste periodo ocurrió la gran epidemia de la “peste o muerte negra”.

Los siglos XV y XVI se caracterizaron por un lento desarrollo; sin embargo, no podemos pasar por alto un nombre “Fracastoro”, pues él fue considerado como el primer epidemiólogo (por su interés en las enfermedades epidémicas y su transmisión)

Durante los siglos VXII, VXIII y XIX se registraron importantes avances, aunque las principales causas de muerte en Europa y América Latina eran enfermedades infecciosas (viruela, sarampión, tuberculosis, etcétera) La medicina y la ciencia comenzaron a crecer rápidamente y se encontró que la causa de algunas enfermedades eran debidas a microorganismos, lo que sirvió para descubrir técnicas. El estudio de las matemáticas, química, física; la invención del microscopio; trabajos de autopsia, patología, bacteriología, inmunología, técnicas quirúrgicas, fueron la base de la medicina moderna. En el siglo XX el desarrollo de fármacos (como la penicilina y las vacunas) fueron decisivos en los avances.

Pero los patrones de enfermedad han cambiado sustancialmente, mientras las enfermedades infecciosas ha disminuido, se ha producido un incremento considerable en las denominadas “enfermedades crónicas” (cáncer, trastornos cardiovasculares, diabetes, etcétera), enfermedades que pueden prevenirse porque están relacionadas con nuestra conducta y con la forma de vida que se lleva actualmente (estrés, industrialización, uso de sustancias químicas, hábitos)

Como vemos, el concepto de salud ha evolucionado y sigue evolucionando hasta nuestros días; hoy ya no vemos a la salud como ausencia de enfermedad. Y una de las definiciones que ha sido más aceptada y que desde nuestro punto de vista es la más completa, es la que propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946; pues incluye aspectos que no habían sido tomados en cuenta, ya que habla de un bienestar completo, en el que no solo se incluye el aspecto físico, sino que también incluye el aspecto social y psicológico.

Aunque se han incrementado las críticas hacia ésta definición, se debe reconocer que el enfoque positivo de la salud dado por la OMS ha hecho que se asista a una nueva cultura de la salud.

Los psicólogos siempre se han interesado en la salud; pero el interés creció a partir de los años 70's y se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud; factores de orden científico y orientados al cuidado de la salud también contribuyeron en el surgimiento de la psicología de la salud. La psicología de la salud es un área de especialización dentro de la psicología, que nació para dar respuesta a una demanda socio sanitaria.

Desde el punto de vista de Sanmartín (1985), Latorre (1994) y Becoña (2000) la definición que dio Matarazzo (1980) acerca de lo que es psicología de la salud es la más acertada, la cual él definió 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 el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (citado en: Latorre, 1994, Pág. 20)

Dicha definición ha sido ampliamente aceptada y apoyada porque incluye áreas como la educación, promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de la enfermedad y, la identificación de su causa.

Es evidente en la actualidad que la salud depende en gran medida del comportamiento de los individuos (hábitos positivos, hábitos negativos); las enfermedades crónicas tienen muchas causas y aunque la tasa de mortalidad de algunas enfermedades ha disminuido, no ha pasado lo mismo con otras, que son el resultado de los hábitos negativos de los individuos; por esta razón es que la psicología de la salud ha recobrado gran importancia en nuestros días. La psicología de la salud ha contribuido en gran manera, pues se han aportado técnicas para modificar comportamientos implicados en la aparición de enfermedades crónicas, además de modificar comportamientos poco saludables.

Es importante mencionar que la psicología de la salud no existe como una profesión separada de la psicología genérica, como menciona Becoña (2000) que la psicología de la salud no es otra cosa que la aplicación del conocimiento acumulado gracias a la práctica científica y la práctica profesional de la psicología general al área específica de la salud.

Por otro lado, nuestro objetivo específico también estuvo enfocado a conocer la función del psicólogo en el ámbito de la salud; basándonos en ello se encontró que el trabajo es amplio, y que el psicólogo puede intervenir de diferentes maneras; por ejemplo, en la promoción y mantenimiento de la salud (prevención); el psicólogo de la salud está interesado en los factores psicosociales que contribuyen a la salud y la enfermedad; sus actividades se dirigen a áreas interesadas en comportamientos, cogniciones, etcétera (Taylor, 1986; Weinman, 1990; Becoña, 2000)

Las actividades del psicólogo de la salud en México pueden ofrecer muchas cosas, entre las cuales se encuentran: el desarrollo de programas preventivos para distintas enfermedades que están causadas por los hábitos negativos; puede construir modelos explicativos de los distintos problemas que causan la enfermedad (integrando información psicológica, biológica, social, contexto cultural, sanitario, etcétera)

La psicología de la salud tiene mucho que aportar; pero también todo depende de lo que el psicólogo quiera, pues éste puede enfocarse a instituciones, involucrarse como consejero o consultor profesional; diseñar e implementar programas, etcétera. Sin olvidar que uno de los objetivos del psicólogo de la salud es evitar que se piense que ésta área se vale de todo; y no debe mezclar a la psicología de la salud con otras áreas que han intentado encubrirse con ella. Los psicólogos de la salud tienen mucho que aportar en México, pues hay un futuro muy prometedor en ésta área; ya que relativamente es muy reciente la introducción de los psicólogos al campo de la salud.

Los elementos fundamentales del psicólogo de la salud son la prevención, mantenimiento o modificación de conductas que se relacionan con la salud; es por ello que esta investigación se dirigió a los hábitos positivos de salud y a los hábitos negativos que mantiene la población, relacionándolos con la percepción de salud total de los individuos, y conocer cuál es la relación directa con los resultados obtenidos.

Uno más de los objetivos específicos se enfocó a conocer los factores que influyen en el mantenimiento de los hábitos positivos y negativos de salud física, psicológica y social. Los factores identificados se dividieron en dos grupos, primero los factores internos o personales; entre los cuales se encuentran: las creencias acerca de la salud, el valor que le dan los individuos a la salud, actitudes, autoconcepto, el género, expectativas, experiencias previas y la personalidad. En el segundo grupo se encuentran los factores externos o ambientales; se identificó que las primeras experiencias de socialización (contexto familiar) están vinculadas a la adquisición y mantenimiento de los hábitos tanto positivos como negativos; así como también los valores asociados a una cultura en particular, grupo de amigos, el acceso al sistema sanitario, etcétera.

La mayor parte de las personas desean evitar la enfermedad porque valoran su salud, sin embargo tienen comportamientos que no corresponden a dicho deseo, y cuando se trata de cambiar esos hábitos hay que considerar los factores que influyeron para adquirirlos y mantenerlos.

Por otro lado, con la investigación corroboramos lo que mencionan Harris y Guten (1979) quienes definieron a los hábitos positivos como las conductas que la gente practica para mantener su salud; y que dichos hábitos no se encuentran aislados, ya que también se encuentran asociados con los hábitos negativos. Esto lo comprobamos con los individuos que formaron parte de la muestra, en los que se observó que tienen tanto hábitos positivos como negativos; por ejemplo, se observó que de manera general, los individuos tienen hábitos positivos como

asistir al médico periódicamente, no ingieren comida chatarra, no tienen el hábito de ingerir bebida alcohólicas y de consumir tabaco, y no manejan a velocidades no permitidas; sin embargo no tienen el hábito de practicar ejercicio, desayunar sustanciosamente, no ingerir vitaminas y no medir su colesterol.

De manera general, la población refirió tener una buena percepción de salud, sin embargo, estamos acostumbrados al hecho de que si no presentamos síntomas de alguna enfermedad, tenemos la idea de que estamos sanos. La salud de los individuos depende en gran medida de la adopción de más hábitos saludables y la reducción de los que no lo son.

Se deben conocer cuáles son las conductas saludables que nos benefician; por ejemplo, practicar ejercicio físico, nutrición adecuada, hábitos de seguridad, sexo seguro, desarrollar un estilo de vida minimizador de emociones negativas, etcétera.

Con los resultados obtenidos podemos argumentar que los hábitos positivos tienen una relación directa en la salud y, la mayor parte de las enfermedades crónicas proceden de hábitos negativos.

Somos testigos de que en la actualidad se ha comenzado a hacer promoción de la salud en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); sin embargo, se le ha dado más importancia a los hábitos relacionados con lo médico; pero tomando en cuenta la definición de salud, vemos que la promoción de salud va más allá del aspecto físico, pues abarca otras áreas; y es ahí donde el psicólogo puede involucrarse; sin dejar de lado que no es necesario intervenir solamente en instituciones, ya que hay otras áreas donde se puede actuar.

El psicólogo debe analizar las conductas que se encuentran relacionadas con la salud (tanto negativas como positivas), debe elaborar estrategias para

intervenir en dichas conductas para implementar o modificarlas; el psicólogo puede participar en investigaciones relacionándose con profesionales de otras áreas y estableciendo cual es su papel dentro del campo de la salud.

Son cada vez más los psicólogos interesados en ésta área; sin embargo creemos que aun no se ha dado el reconocimiento necesario y apoyo para un buen desempeño; cabe desatacar que para cumplir con las metas de la psicología de la salud no solo se requiere del esfuerzo del psicólogo, sino también de los individuos interesados en mantener o producir cambios favorables en sus comportamientos para ser saludable; ya que mantenernos saludables es un proceso dinámico, siempre cambiante, en evolución y, demanda nuestra activa participación.

El presente trabajo da pie a nuevas investigaciones y de acuerdo a ésta se dan las siguientes propuestas:

- El instrumento sólo contiene los hábitos más representativos de cada categoría; se podría ahondar más en otros e investigar la relación de ellos con la percepción de salud.
- Para ésta investigación no se comprobó con una revisión médica el estado de salud que los sujetos refirieron percibir; por ello se propone que para una futura investigación se cuente con apoyo de un examen médico.
- Se podría hacer un estudio en el que se conozca el abanico de conductas de una población y, que se aplique un programa específico para la modificación de conductas negativas, corroborando finalmente cuál fue el resultado de la intervención y su relación con la salud total.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **INSTRUMENTO “FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD”**

## INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas con una cruz en los cuadros numerados. NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA. Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

*Solo marque un número por cada respuesta*

Los datos que usted aporte serán TOTALMENTE CONFIDENCIALES y solo con fines de investigación.

***Le agradecemos su interés y cooperación***

Marque con una cruz

SEXO 

Masculino
-----------

Femenino
----------

 EDAD \_\_\_\_\_

¿Qué servicio médico utiliza usted?

SSA	IMSS	ISSSTE	SERVICIO PRIVADO	OTROS
-----	------	--------	------------------	-------

¿Cuál es su grado de escolaridad?

Primaria	Secundaria	Preparatoria	Carrera técnica	Profesional	Ninguna
----------	------------	--------------	-----------------	-------------	---------

1. La última vez que se enfermó ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

1 – Media	2 – Moderada	3 – Seria	4 – Muy seria
-----------	--------------	-----------	---------------

De acuerdo a su respuesta anterior ¿qué acciones realizaría en respuesta a esa enfermedad? Señale el número que más se acerca a su respuesta.

<b>NO</b>	<b>Probablemente No</b>	<b>Regular</b>	<b>Probablemente Sí</b>	<b>Sí</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**AA AP AM AF PF**

2	¿Acercarse a Dios?	1	2	3	4	5
3	¿Avisarle a sus amigos?	1	2	3	4	5
4	¿Evitar ponerse tenso?	1	2	3	4	5
5	¿Ir a que le hagan curaciones espirituales?	1	2	3	4	5
6	¿Ir al doctor o al hospital?	1	2	3	4	5
7	¿No realizar sus actividades comunes?	1	2	3	4	5
8	¿No tomar la medicina recetada?	1	2	3	4	5
9	¿Obedecer todas las indicaciones del médico?	1	2	3	4	5
10	¿Pedir el consejo a sus amigos?	1	2	3	4	5
11	¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual?	1	2	3	4	5
12	¿Quedarse en cama?	1	2	3	4	5
13	¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas?	1	2	3	4	5
14	¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?	1	2	3	4	5

El año pasado ¿Qué tan seguido realizó las siguientes acciones?

<b>Diario</b>	<b>A menudo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**HP HN**

15	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5
16	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5
17	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5
18	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5
19	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5
20	¿Comer menos?	1	2	3	4	5
21	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5

22	¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa?	1	2	3	4	5
23	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5
24	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5
25	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5
26	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5
27	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5
28	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5
29	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5
30	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5
31	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5
32	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5
33	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5
34	¿Tomar vino, jerez, anís o rompopé?	1	2	3	4	5
35	¿Tomar tequila, ron, brandy u otros?	1	2	3	4	5
36	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5
37	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5
38	¿Usar su cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5

Marque el número que más se acerque a su respuesta

<b>Pésima</b>	<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Bien</b>	<b>Excelente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

39	¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> ST
40	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	

41 ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado más de seis meses) (marque **SI** o **NO**)

0. NO ----- vaya a la pregunta 43

EC

1. SI ----- vaya a la pregunta 42

Marque el número que más se acerque a su respuesta

<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Mucho</b>	<b>Totalmente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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

El año pasado ¿cuántas veces llevó a cabo las siguientes actividades? (marque la **LETRA** a la respuesta apropiada)

43	¿Ir al consultorio del doctor? (Excepto por embarazo)	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o más		<b>VD</b>
44	¿Pasar la noche en el hospital para recibir algún tratamiento? (no por embarazo o nacimiento) (Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas en el hospital)	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o más		<b>IN</b>
45	¿Recibir un tratamiento en cualquiera de los siguientes lugares: Emergencias, clínica u hospital. (Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas)	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o más		<b>TE</b>

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

<b>NO</b>	<b>Un poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Casi</b>	<b>SI</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

46	Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo	1	2	3	4	5	<b>EA VS VL CP CS HI</b>
47	Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5	
48	Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud	1	2	3	4	5	

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

## **ANEXO II**

### **REACTIVOS SELECCIONADOS**

- HÁBITOS POSITIVOS**
- HÁBITOS NEGATIVOS**
- SALUD TOTAL**

## HÁBITOS POSITIVOS

### BEBER LÍQUIDOS SIN CAFEÍNA

17 ¿Beber algún líquido sin cafeína?

### REALIZAR EJERCICIO FÍSICO

18 ¿Caminar a diario con fuerza y energía?

32 ¿Realizar algún ejercicio con energía?

### HÁBITOS ALIMENTICIOS

20 ¿Comer menos?

21 ¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?

23 ¿Desayunar sustanciosamente?

25 ¿Ingerir alimentos nutritivos?

27 ¿Ingerir vitaminas?

### REPOSO

24 ¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?

### **HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL**

37 ¿Usar hilo dental?

### **REVISIONES MÉDICAS**

30 ¿Medir su colesterol?

43 ¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo)

### **HÁBITOS DE SEGURIDAD**

38 ¿Usar cinturón de seguridad?

### **RELACIONES INTERPERSONALES**

31 ¿Platicar con los amigos sobre su salud?

### **INFORMARSE SOBRE SALUD**

28 ¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?

## HÁBITOS NEGATIVOS

HÁBITOS ALIMENTICIOS	
15	¿Abusar de la sal en la comida?
26	¿Ingerir comida chatarra?
29	¿Comer entre comidas?

INGESTA DE ALCOHOL	
33	¿Tomar cerveza?
34	¿Tomar vino, anís, jerez o rompope?
35	¿Tomar tequila, ron, brandy u otros?

CONSUMIR TABACO	
22	¿Consumir Tabaco en cigarros, puros o pipa?

HÁBITOS DE SEGURIDAD	
29	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?

## SALUD TOTAL

SALUD TOTAL (PERCEPCIÓN DE SALUD)	
40	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?

## REFERENCIAS

Alba, R. (1995). **Educación para la salud**. México, D. F.: Manual Moderno.

Alcántara, J. (1988). **Como educar las actitudes**. España: Aula Práctica.

Ardila, R. (2000), Prevención primaria en psicología de la salud. En: A. Oblitas (Ed.), **Psicología de la Salud**. (53-63). México: Plaza y Valdés.

Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). **Psicología de la salud**. México, D. F.: Plaza y Valdés.

Becoña, E. (2000), Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: A. Oblitas (Ed.), **Psicología de la Salud**. (11-43). México: Plaza y Valdés.

Buela, G. y Carrobbles, J. (1996), Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En: G. Buela (Ed.), **Psicología clínica y de la salud**. (3-39). España: Pirámide.

Caballo, E. (2000), Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En: A. Oblitas (Ed.), **Psicología de la Salud**. (111-147). México: Plaza y Valdés.

Castro, L. (2001), Calidad de vida y promoción de la salud. En: E. Restrepo (Ed.), **Promoción de la salud: como construir una vida saludable**. (56-63). Colombia: Médica Panamericana.

Corral, B., Márquez, I., Obregón, F. y Piña, A. (1996), ¿Constituye la medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la psicología para el

campo de la salud?. En: S. Sánchez (Ed.), **Aplicaciones del conocimiento psicológico**. (95-110). México: UNAM.

Costa, M. (1996). **Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida**. España: Pirámide.

Donker, S. (1996), Medicina conductual y psicología de la salud. En: G. Buela (Ed.), **Psicología clínica y de la salud**. (3-13). España: Pirámide.

Elizondo, M. (2002). **Principios básicos de salud**. México: Limusa.

Fosdick, R. (1976), Naturaleza e importancia de la salud pública. En: F. Vega (Ed.), **Bases esenciales de la salud**. (1-12). México: La Prensa Médica Mexicana.

Gil, D. (1997), Educación para la salud. En: D. Gil y M. Pascual (Eds.), **La práctica de la psicología de la salud**. ( 3-13). Valencia: Universidad de Valencia.

Gómez, D. (1996), Conductas de Salud. En D. Gómez y X. Saburido (Eds.), **Salud y prevención**. (27-39). España: Universidad Santiago de Compostela.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2005). Página consultada: [www.inegi.gob.mx/inegi](http://www.inegi.gob.mx/inegi)

Latorre, P. (1994), Psicología de la salud: Introducción y conceptos básicos. En: J. Beneit y J. Latorre (Eds.), **Psicología de la salud**. (17-25). Buenos Aires: Lumen.

López, A. (2002). Concepto de salud pública. En: A. Frías (Ed.), **Salud pública y educación para la salud**. (3-13). México: Masson.

Morales, M. (1994), Reformulación de la conducta de enfermedad. En: L. Fernández (Ed.), **Manual de psicología preventiva**. (43-49). España: Siglo XXI.

Oblitas, A. y L. Vázquez (2000), Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía?. En: A. Oblitas (Ed.), **Psicología de la Salud**. (67-101). México: Plaza y Valdés.

Organización Mundial de la Salud (2005). Página consultada: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

Restrepo, E. (2001), Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En: E. Restrepo (Ed.), **Promoción de la salud: como construir una vida saludable**. (15-23). Colombia: Médica Panamericana.

Rivas, M. (1996), El proceso de evaluación en la educación para la salud. En: C. Buela (Ed.), **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. (917-937). España: Siglo XXI.

Rodríguez, A. (1991), Las relaciones sociales en la salud y en la enfermedad. En: J. Buendía (Ed.), **Psicología clínica y salud**. (169-183). España: Universidad de Murcia.

Rodríguez, J. (1994), Evaluación en prevención y promoción de la salud. En: F. Ballesteros (Ed.), **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. (651-653). Madrid: Pirámide.

Salvatore, C. (2001). **Fundamentos de psicología clínica**. México: Pearson Educación.

Sanmartín, L. (1985). **Educación sanitaria, principios, métodos, aplicaciones**. Madrid: Díaz de Santos.

Sonis, A. (1976). **Medicina sanitaria**. México: El Ateneo.

Vega, M. (2002). **“Psicología de la salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable”**. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. de Méx., México.