



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

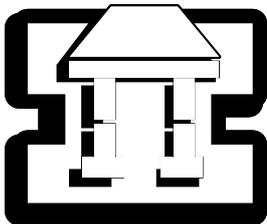
**PSICOLOGÍA DE LA SALUD: RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS  
Y LOS HÁBITOS NEGATIVOS DE LA SALUD**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
ANDRADE OLIVARES NUBIA LIZETH**

**DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. ESTHER MA. MARISELA RAMÍREZ GUERRERO**

**ASESORES:  
MTRO. ENRIQUE B. CORTÉS VÁZQUEZ  
LIC. YASMÍN ARRIAGA ABAD**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## ***AGRADEZCO...***

### ***A MIS PADRES:***

QUE DESDE UN PRINCIPIO CREYERON Y CONFIARON EN MÍ, EN MI POTENCIAL Y EN EL INMENSO AMOR QUE LES PROFESO. GRACIAS POR TANTA PACIENCIA, AMOR, ATENCIÓN, APOYO Y SOBRE TODO, GRACIAS POR TRAERME A ESTE MUNDO.

### ***A MIS HERMANOS RICARDO, ALEJANDRO Y MARISOL:***

PORQUE GRACIAS A SU ENTEREZA PUDIERON (AÚN SIN PROPONÉRSELO) IRRADIARME DE ESE VALOR Y CONFIANZA QUE LOS CARACTERIZA, PARA QUE UNA VEZ EN MÍ, SE PUDIESE TRANSFORMAR EN LO QUE HOY SOY.

### ***A MI HIJA:***

POR QUE AÚN SIN IMAGINÁRSELO POR SER TAN PEQUEÑITA, ES EL MOTOR DE MI VIDA, EL CUAL ME MOTIVÓ HASTA EL FINAL PARA CULMINAR ESTE TRABAJO. ERES REALMENTE UN SER HERMOSO. TE AMO.

***A MI ESPOSO:***

POR APARECER HACE DIEZ AÑOS EN MI VIDA, POR COMPARTIR ESE SUEÑO QUE TUVIMOS JUNTOS, POR NUESTRA COMPLICIDAD, POR TU AMOR Y PORQUE A PESAR DE LAS ADVERSIDADES CONTINUAMOS VIVIENDO ESE MISMO SUEÑO QUE APENAS COMIENZA Y ESPERO SEA CON GRAN ENTUSIASMO PARA VIVIR UNA VIDA JUNTOS. TE AMO.

***A USTED PROFESORA MARISELA:***

MI MÁS GRANDE AGRADECIMIENTO POR SU TIEMPO, CONOCIMIENTO COMPARTIDO, DEDICACIÓN, PACIENCIA Y TAN ESPECIAL ATENCIÓN QUE LA CARACTERIZA.

***A LA UNAM Y LA FES IZTACALA:***

POR LAS FACILIDADES PRESTADAS, POR SER ESE ENORME CENTRO DE ESTUDIOS TAN VALIOSO, POR LA PREPARACIÓN QUE HOY POSEO, POR ESOS PROFESIONALES QUE HA FORMADO.

***A DIOS:***

POR DARME VIDA Y TIEMPO PARA LOGRAR MIS OBJETIVOS Y DEMOSTRARLES A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE ESTÁN A MI LADO (Y LAS QUE YA NO ESTÁN) QUE DE VERDAD LAS AMO Y DEDICARLES CADA UNO DE MIS TRIUNFOS.

## INDICE

RESUMEN	
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	8
<b>CAPÍTULO 1.</b>	
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	12
1.1. Antecedentes de la Psicología de la salud	12
1.2. Definición de Psicología de la Salud	18
1.3. Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud	20
1.4. Teorías psicológicas propuestas en Psicología de la Salud	25
<b>CAPÍTULO 2.</b>	
PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA	29
2.1. Desarrollo de la Psicología de la Salud en América Latina	29
2.2. Desarrollo de la Psicología de la Salud en México	33
2.3. Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud	37
2.4. El psicólogo de la Salud en México	42
<b>CAPÍTULO 3.</b>	
ESTRÉS	50
3.1. Antecedentes históricos	50
3.2. Definición de estrés	52

3.3. Los modelos de estrés	56
3.4. Tipos de estrés	58
3.5. Causas de estrés	59
3.6. La evolución del estrés	63
3.7. Manifestaciones del estrés	65
3.8. La respuesta fisiológica del estrés	65
3.9. Relación Salud-Enfermedad-Estrés desde la Psicología de la Salud	67
3.10. Técnicas para reducir y controlar el estrés	68

#### **CAPÍTULO 4.**

HÁBITOS DE SALUD	80
4.1. Definición de los hábitos de salud	80
4.2. Adquisición, mantenimiento y extinción de conductas de salud	82
4.3. Aspectos recomendables para conservar la salud	85

#### **CAPÍTULO 5.**

MÉTODO	87
5.1. Objetivo general	87
5.2. Objetivos específicos	87
5.3. Hipótesis	87
5.4. Sujetos	87
5.5. Escenario	88
5.6. Definición de variables	89
5.7. Materiales e instrumentos	89
5.8. Procedimiento	90

## **CAPÍTULO 6.**

ANÁLISIS DE RESULTADOS	92
6.1 Análisis general	92
6.1.1. Análisis de relación hábito de salud (15) con estrés global (18)	92
6.1.2. Análisis de relación hábito de salud (16) con estrés global (18)	94
6.1.3. Análisis de relación hábito de salud (19) con estrés global (18)	96
6.1.4. Análisis de relación hábito de salud (22) con estrés global (18)	98
6.1.5. Análisis de relación hábito de salud (26) con estrés global (18)	100
6.1.6. Análisis de relación hábito de salud (29) con estrés global (18)	102
6.1.6. Análisis de relación hábito de salud (33) con estrés global (18)	104
6.1.6. Análisis de relación hábito de salud (34) con estrés global (18)	106
6.1.6. Análisis de relación hábito de salud (35) con estrés global (18)	108
6.1.6. Análisis de relación hábito de salud (36) con estrés global (18)	110

## **CAPÍTULO 7.**

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	111
BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXO	

## RESUMEN

La presente investigación fue de tipo no experimental descriptiva de diseño transversal, cuyo objetivo fue describir el estrés y los hábitos negativos de la salud de una población que vive en el área metropolitana; así como determinar si existe relación significativa entre estrés y hábitos de salud y por último proponer medidas preventivas y de promoción para el control y la disminución del estrés. De acuerdo a las características del diseño de investigación no se formuló una hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable atributiva (estrés) para identificar las variables dependientes (hábitos negativos). Se tomó una muestra no probabilística de 985 sujetos cuya edad osciló entre los 18 y 80 años de edad, para la obtención de datos se emplearon los instrumentos "Funcionamiento de la Salud" (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP). Se aplicó una prueba no paramétrica (Ji cuadrada) y Coeficiente de Pearson, con la ayuda del programa SPSS. Los resultados obtenidos, reflejaron que las personas en general llevan a cabo hábitos negativos que propician un nivel de estrés regular; por lo cual se exhortó llevar a cabo programas de promoción y prevención de la salud que concienticen a la población sobre el estrés y la influencia que ejercen los hábitos negativos en su salud.

## INTRODUCCIÓN

La salud es un asunto de vital importancia para todos nosotros. En las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de la salud considerándose a la misma como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. Tradicionalmente el énfasis recaía en lo curativo, obviando la prevención y promoción de la salud. Actualmente cuando nos referimos a la salud de un individuo estamos pensando en el bienestar del mismo a nivel biológico, psicológico y social (Ardilla, 2000).

En el año de 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró la conferencia internacional sobre la atención primaria de la salud en Alma Ata. En ella promulgó la carta magna mediante la que pretendía coordinar las estrategias que se desarrollarán en el campo de la salud en todos los países del globo terráqueo. El detonante de ello era "la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OMS, 1982). Asimismo, se apostaba por el objetivo básico de proteger y promover la salud como alternativa al simple tratamiento o rehabilitación de las enfermedades.

Según Bayes (1979) las diez principales causas de muerte en los países desarrollados se encuentran determinados en gran parte por factores de conducta. Estas podrían prevenirse si las personas mejoraran tan sólo cinco comportamientos como: dieta, hábito de fumar, ejercicio físico, abuso del alcohol y uso de fármacos y potensores. Es ampliamente aceptado que el 60-70% de las visitas a los cuidados médicos primarios son por razones de naturaleza conductual (Costa, 1998).

Las primeras aplicaciones prácticas subsiguientes a la conferencia de Alma Ata se tradujeron en la cooperación entre las ciencias del comportamiento y las ciencias biomédicas, fruto de la cual se ha constituido recientemente un área de

convergencia científica, la medicina comportamental (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996). Con esto se marcó definitivamente el rechazo a la dicotomía entre la salud física y salud mental y se optó por el modelo biopsicosocial. Además el cada vez menos indiscutible y destacado papel del comportamiento ha dado lugar muy recientemente a un nuevo campo de investigación e intervención, se trata de la psicología de la salud. El énfasis en esta nueva área de trabajo se sitúa en la prevención, enfocando sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados. La psicología de la salud es un área que se ha introducido a finales de los años 70 y ha tenido un crecimiento acelerado (Oblitas, L. A.; Becoña, E. y Vázquez, F., 2000).

Sin embargo Ardila (2000) que ha estudiado y analizado el futuro de la psicología de la salud sugiere que se requiere de más investigación para determinar su función en el cuidado de la salud integral, así como producir el mayor desarrollo y crecimiento de la misma.

Por su parte Urbina y Rodríguez (1993) mencionan que siendo el comportamiento uno de los principales factores actuantes en el mantenimiento o pérdida de la salud, resulta necesaria la aportación de la psicología en las estrategias de evaluación e intervención en todos los ámbitos, niveles, programas y etapas de las acciones para el mejoramiento de la salud. De la revisión del panorama epidemiológico y el análisis de los factores de riesgo de tipo conductual que intervienen en su génesis, se deriva la necesidad de ampliar la participación de la Psicología y de los psicólogos en los distintos aspectos de atención de la salud, desde el diseño de programas de modificación de conducta de ciertos hábitos o conductas riesgosas, la promoción del uso apropiado de los servicios de salud y la adopción de estilos de vida saludables hasta la participación, dentro del equipo de salud.

Al respecto, en nuestro país se encuentra poco trabajo de investigación e incluso de aplicación en esta área ya que no ha sido diferenciada totalmente de la psicología clínica; así, los estudios tienden a microanalizar la evolución de un problema de salud, sin tomar en cuenta el entorno social ni las particulares formas de comportamientos, actitudes y acciones relacionadas a ésta, en la población mexicana.

Por ello, en base a los antecedentes encontrados y considerando la carencia de estudios psicológicos actuales que muestren las características y necesidades psicológicas de nuestra población en cuanto a salud integral, el tipo de trabajo que debe realizar el psicólogo en el sector salud, así como los requerimientos y posibilidades institucionales del sistema nacional de salud con respecto a la profesión; el objetivo general de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo de los hábitos negativos que influyen en el estrés de la población que vive en la zona metropolitana, así como proponer medidas preventivas y de promoción para el control y disminución del estrés.

Para este propósito fue conveniente presentar una breve introducción sobre algunos aspectos relevantes para este tema:

En el capítulo 1, se habló sobre los antecedentes y surgimiento de la Psicología de la salud, así como su definición, las áreas relacionadas con la misma y las diferentes teorías psicológicas como: la adaptación, afrontamiento, psicosomática, humanística, conductual y de desarrollo.

En el capítulo 2 se abordó el desarrollo de la psicología de la salud en América Latina, así como en México, áreas de aplicación y el papel que juega el psicólogo de la salud en México hoy en día.

En el capítulo 3 se expuso la definición de estrés, sus causas, sus modelos, sus tipos, su evolución, su manifestación en las personas, así como su respuesta fisiológica, la relación existente entre salud-enfermedad-estrés, y por último se mencionan las técnicas para reducir y controlar el estrés.

Asimismo, en el capítulo 4 se exponen los hábitos de salud que influyen en la generación de estrés, su definición, se menciona la adquisición, el mantenimiento y la extinción de las conductas de salud y en último lugar, los hábitos o conductas para conservar la salud.

En el capítulo 5, 6 y 7 se presenta el método del trabajo de investigación realizado, los resultados, la discusión y conclusión, respectivamente.

## **CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

### **1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.**

Los psicólogos se han interesado en cuestiones de la salud desde los primeros años de nuestro siglo. El interés profesional en ésta área creció relativamente poco hasta los años setenta, fue en esta década cuando se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud (Schofield, 1969; en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Hasta finales de la década de los setenta, hubo un movimiento dentro de la psicología, en 1978 que formó la división de la psicología de la Salud, naciendo así formal, institucional y profesionalmente.

Ahora bien, sus principales antecedentes surgen a través de la necesidad de entender la interrelación existente entre la vida emocional y los procesos corporales.

Es así, como aparece el campo de la medicina psicosomática, los investigadores comenzaron a identificar varias enfermedades psicosomáticas. Como la úlcera péptica y asma bronquial. Las enfermedades se dividieron en aquellas causadas por factores orgánicos y aquellas causadas por factores psicológicos. Lo que es más, se creía que cada enfermedad psicosomática tenía un diferente conflicto inconsciente específico que predisponía a la persona a ese trastorno. Sin embargo, estas ideas comenzaron a mostrar fallas (y con ellas el área de la medicina psicosomática), a medida que se fue descubriendo que tales factores psicógenos muy específicos no tenían alto de predicción; la mayoría de los estudios empíricos no prestaron apoyo a las teorías, de modo que en su lugar comenzaron a considerarse factores más generales. El hecho es que todos los factores psicosociales participan en todas las enfermedades (Phares, 1999).

En la medicina psicosomática, se encontraban inmersos médicos y psicoanalistas, sus primeras investigaciones tuvieron en enfoque psicoanalítico. Sin embargo, los psicólogos conductuales comenzaron a ampliar el rango de sus métodos terapéuticos a los llamados trastornos médicos. Surgiendo así, un nuevo campo: la medicina conductual.

Según Morales (1999), la medicina conductual resalta el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y la manifestación de las enfermedades, buscando medios para su tratamiento. En su base se encuentra el análisis experimental de la conducta y su auge en los Estados Unidos hacia la década de los 60's, época en la que se registraba un gran interés por trasladar a la práctica los resultados obtenidos mediante el trabajo experimental. En esta época se observó que los eventos psicológicos, particularmente las emociones, tienen influencia sobre las funciones corporales, así mismo se implementó una importante técnica terapéutica, la cual es llamada biorretroalimentación o biofeedback, que es utilizada para ayudar a los pacientes a controlar o modificar ciertas respuestas fisiológicas.

Según Matarazzo (1980), diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud han contribuido al surgimiento de la Psicología de la Salud (en Becoña y Oblitas, 2000). Los cuales se mencionan a continuación.

- a) En primer lugar el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud. Tomando en cuenta que tradicionalmente la salud ha sido conceptualizada como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, más recientemente el concepto de salud ha sido redefinido en términos más positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social. Como podemos darnos cuenta este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos.

- b) Paralelo al cambio de esta definición, ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico dominante en medicina. Tomando en cuenta que en dicho modelo, basado en el reduccionismo y en dualismo mente-cuerpo, se ha asentado la medicina moderna. Este modelo se focaliza en aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales.

Es innegable que el modelo médico ha generado una investigación, una práctica médica y un desarrollo de nuevas tecnologías, que han sido muy eficaces en la erradicación de las enfermedades mortales en el pasado. No obstante y, si cabe, todavía más en la actualidad, el modelo médico por sí mismo ha desempeñado un pobre papel a la hora de justificar muchos fenómenos de la salud y la enfermedad. Además, distintos estudiosos han comenzado a abogar por un modelo nuevo, que no adopte una postura reduccionista y dualista de la salud, que incorpore factores psicológicos y sociales a la comprensión y tratamiento de la enfermedad.

- c) El cambio en los patrones de enfermedad. 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, el avance de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad ha dado paso a las enfermedades crónicas. Ello quiere decir que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles.
- d) Cuestiones de índole económico han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud. Los costos por cuidados en la salud se han disparado. Países como Estados Unidos y España han invertido una gran cantidad de dinero para dichos

cuidados. Por tanto, 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.

- e) Y por último la madurez de la tecnología conductual que ha contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud, como un hecho casi natural al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física que tiene clara relación con los factores psicológicos y conductuales.

La preocupación por la salud y la enfermedad, ha sido una constante para el hombre, ya que son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia.

En las primeras sociedades, se creía que la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a las personas. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos, estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como un fenómeno natural. Por ejemplo, Hipócrates considerado como el padre de la medicina, propuso la teoría humoral para explicar las enfermedades y recomendaba llevar una buena dieta y evitar los excesos, desaprobó los métodos de curación por brujería, deduciendo que la salud es la mezcla correcta de los humores y la enfermedad como una perturbación en la proporción de estos (Harschs, 1994).

Platón, atribuía la enfermedad a un desequilibrio en los fluídos del cuerpo, también Galeano ha consagrado como la autoridad máxima en medicina, fue el primero en hacer experimentos, diseccionó animales, demostró la causa animal de ciertas parálisis, probó que el corazón expelle sangre al contraerse, que los pulmones aspiran aire y dio a conocer como la enfermedad tiene diferentes efectos en el cuerpo (Aguirre, 1980).

Durante la edad media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. Sin embargo en el renacimiento las ideas emergen nuevamente. Descartes influyó en aún en el conocimiento científico, introduciendo tres importantes innovaciones: A) concibe al cuerpo como una máquina describiendo como ocurren las acciones B) propone que la mente y el cuerpo pueden comunicarse a través de la glándula pineal, y C) creía que los animales no tenían alma y que los hombres la tienen hasta que mueren.

En los siglos XVII, XVIII y XIX, las principales causas en América y Europa fueron por enfermedades infecciosas y desórdenes alimenticios, mucha gente murió por contraer viruela, sarampión, disentería y tuberculosis. La salud de los individuos mejoró cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, así como con los avances en la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas, la tasa de mortalidad disminuyó notablemente en enfermedades tan conocidas como el cólera, la fiebre tifoidea la escarlatina etcétera (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En este mismo periodo la medicina y la ciencia crecen rápidamente, los científicos observan las funciones básicas del cuerpo descubriendo que algunos microorganismos causan las enfermedades y así es como surgen las técnicas antisépticas, y se inicia el uso de la anestesia, aparecen numerosos hospitales, por lo tanto existe un cambio en relación con la atención con la enfermedad.

En contraste con las épocas anteriores las enfermedades e infecciones ha ido en incremento por los cuidados y los avances médico. Actualmente los problemas y las causas de muerte han cambiado, ahora las enfermedades crónicas degenerativas, se convierten en la principal causa de muerte, siendo éstas enfermedades comunes en la actualidad debido al cambio de vida en la gente, la industrialización, el aumento en el estrés en la población y la exposición a sustancias químicas entre otras causas son razones por las cuales se ha

precipitado el desarrollo de las enfermedades crónico degenerativas (USDHHS, 1991; en Serafino, 1994).

Debido a estos antecedentes, surge el modelo biomédico el cual propone que las enfermedades pueden ser explicadas por disturbio en los procesos fisiológicos, los cuales resultan de infecciones bacteriales, virales, o desequilibrios bioquímicos (Engel, 1997; Prohaska y Hirschman, 1985; en Serafino, 1994).

Este modelo biomédico aunque fue muy aceptado y aun hoy en día muy utilizado, ha sido cuestionado ya que ve a la persona como individuo único sin considerar los factores psicológicos y sociales que influyen en la enfermedad y la salud, por lo tal motivo se debe investigar factores como: los estilos de vida y la personalidad del individuo, ya que indudablemente tiene un efecto en el desarrollo de la enfermedad o el mantenimiento de la salud, factores que nos pueden ser analizados por el modelo medico (Serafino, 1994).

Por otra parte teóricos como Brody, Engel, Jasnoski y Schwart han apoyado la idea de que ese necesario un nuevo modelo, si se quiere progresar en la comprensión y control de la enfermedad. Así Engel planteó un modelo alternativo al biomédico, el biopsicosocial, y apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no descubrió con detalle el mismo. Hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes en la enfermedad en su tratamiento. Por ello, se enfatiza en la necesidad de que el modelo médico tome en cuenta al paciente, al contexto social en que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del medico y el sistema del cuidado de la salud.

## **1.2. Definición de la Psicología de la Salud.**

Para poder definir a la psicología de la salud primero comenzaremos definiendo su área de aplicación. “la salud”. Se puede definir desde una concepción negativa entendiéndola como el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez, o desde una concepción positiva, la cual define a la salud en diferentes dimensiones, las cuales implican el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, el desarrollo personal etcétera. En este mismo sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 1982).

La definición anterior ha tenido diversas críticas, entre las cuales se encuentra que es poco operatizable, por lo cual, han surgido nuevas propuestas conceptuales, por ejemplo la de Rachman de 1980 ( en: Ramírez y Cortés, 1999), en la cual señala que los aspectos psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina, siendo entonces que el psicólogo no debe reducir su actividad en la patología, ya que la psicología puede suministrar concepciones propias de la salud.

Por su parte Ribes (1990), afirma que la dimensión psicológica de la salud involucra la participación activa del individuo en todo momento. Es así, que desde esta perspectiva la salud se refiere a un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales y características ambientales cuyo resultado es un estado dirigido al equilibrio, dando como consecuencia el bienestar psicosocial.

Por lo tanto, entenderemos que la salud y la enfermedad son fenómenos multidimensionales, que implican componentes personales, ambientales, culturales, económicos e institucionales. Además que desde esta perspectiva se pueden desarrollar modelos referentes al proceso de sanar, mantenerse sano y acrecentar la salud (Bellamy, 1995).

En la actualidad existe bastante controversia en cuanto a lo que se entiende por Psicología de la Salud. Así podemos encontrar múltiples definiciones que enfocan y delimitan su campo de acción de forma bastante diversa.

Por ejemplo, Morales (1999), considera que la Psicología de la Salud, es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Se interesa principalmente en el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, incluyendo acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que las reciben.

Stone (1979) considera que la psicología de la salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación etcétera.

Ahora bien, una de las definiciones aceptada por una organización profesional de mucha representatividad en Norteamérica, es la propuesta por Matarazzo en 1980, coincidiendo que esta es una de las definiciones mas completas y que mejor define la concepción actual de la Psicología de la salud.

“La Psicología de la salud es un agregado de contribuciones específicas de educación, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los correlatos de

salud, enfermedad y disfunción relacionadas, y para el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud”.

La definición anterior enfatiza cuatro metas de la psicología de la salud, la primera es la promoción y mantenimiento de la salud, la segunda es la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la tercer meta involucra las causas y la detección de la enfermedad, y por último la cuarta se enfoca en el mejoramiento del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud (Serafino, 1994).

Cabe mencionar, que la Psicología de la salud cuando fue formulada, tenía como principales metas, 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 y alentando la integración de la información biomédica sobre salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico; promover la educación y los servicios de salud y de la enfermedad e informar a la comunidad psicológica y biomédica, así como al público en general, de los resultados en las actuales investigaciones y servicios que presta en esta área (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

### **1.3. Áreas Relacionadas con la Psicología de la Salud.**

Hay otras áreas dentro y fuera de la Psicología que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud, estas áreas difieren de la psicología de la salud, pero también se solapan con ella, son la medicina comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología médica y antropología médica, mismas que se describirán a continuación.

## Medicina Psicosomática

Esta disciplina precede a la psicología de la salud, pero sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas, no en la psicología. La medicina psicosomática resultó de los intentos, a principios de los años veintes, 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 en 1985 como “una aproximación a la enfermedad que se basaba en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades”.

Tradicionalmente el centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente en los estados emocionales y el estrés. Sin embargo, hasta hace relativamente poco, sólo se le prestó atención a un grupo reducido de enfermedades (úlceras, asma, colitis y artritis), que se pensaba estaban influidos por factores emocionales específicos y por el estrés. En la actualidad se han ampliado el número de trastornos incluyendo los factores psicológicos en la etiología y el curso de casi todas las enfermedades (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

## Psicología Médica

El significado de este término varía según en donde se utilice. En Inglaterra, la psicología médica es un sinónimo de psiquiatría, como ocurre de modo semejante en España. Sin embargo en EU es una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física.

Una definición de un manual castellano sobre psicología médica es “abarca los conocimientos de la psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

### Sociología Médica

Esta especialidad se desarrolló en los años cuarenta y cincuenta e implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y del cuidado de la salud.

En 1944 es definida por Bishop como “una especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Comprende temas tales como los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales en la salud y en la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud y se focaliza en los factores sociales que influyen la salud.

### Antropología médica

La antropología médica estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. En el pasado, los profesionales de este campo se interesaron por el estudio de cuestiones de salud en las sociedades tradicionales. En los últimos años se ha dado un giro hacia el estudio y discusión de los aspectos culturales de la salud de la sociedad occidental. La antropología médica hace hincapié en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud.

Los psicólogos de la salud reconocen la importancia de la cultura en como los sujetos tratan con los asuntos de salud, pero se interesan más por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

### Psicofisiología experimental

Esta disciplina tiene como objeto de estudio las bases de los procesos psicológicos. Es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales, por la interacción de sus componentes biológicas y psicológicos. Las investigaciones hechas en este campo contribuyeron a mejorar la instrumentación y la utilización de nuevas metodologías que permitieron la exploración de las relaciones entre la emoción, cognición y la fisiología. Así mismo, estos trabajos aportaron descubrimientos empíricos sobre las bases psicofisiológicas de la emoción, motivación y cognición. El conocimiento de estas interacciones facilitó la comprensión y el manejo de numerosos problemas de salud. En el ámbito clínico, todas las aportaciones mencionadas se tradujeron en el desarrollo de las técnicas de biofeedback, las cuales han jugado un papel significativo en la estimulación de desarrollo de la psicología de la salud.

### Medicina Conductual

La expresión medicina conductual aparece por primera vez al principio de los años setenta en el título de un libro de Birk (Biofeedback: Behavioral medicine). De hecho, en una primera etapa muchos autores consideraban que la medicina conductual no era mas que la aplicación de las técnicas de Biofeedback al tratamiento de diversos factores físicos. Sin embargo, a pesar de esta limitación inicial, la medicina conductual fue ampliando su campo de aplicación, así como también se extendió a la utilización de diversas técnicas de modificación de conducta. En el año de 1978 se celebró una conferencia sobre medicina conductual en Yale y allí se llega a un acuerdo de definición: disciplina

interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, y tratamiento y rehabilitación (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

La Medicina conductual contempla como objetivos básicos: 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades y 5) diseñar nuevas estrategias de intervención (Collins, Rici y Burkett, 1981; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

### Psicología Clínica

La psicología clínica se define como un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Por lo tanto, los psicólogos clínicos son aquellos profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, en el campo de la salud mental. Sus actividades principales son: a) evaluación psicológica, b) tratamiento psicológico y c) investigación psicológica (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Según Berstein (1988) hubo un tiempo en que los psicólogos clínicos trabajaban en un solo tipo de instituciones, sin embargo hoy día, los ambientes en que trabajan los psicólogos se ha ido expandiendo, a departamentos de psicología de facultades y universidades, en hospitales médicos y psiquiátricos, en centros comunitarios de salud mental y en asesoramiento para estudiantes.

Al revisar las diversas áreas relacionadas con la Psicología de la Salud, podemos notar que existe la necesidad de una distinción, entre psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En muchos ambientes sobre todo académicos, se crea una confusión al tratar de delimitar a estas tres áreas conceptualmente. Una buena muestra sobre la confusión conceptual se tiene si se analizan algunos manuales de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud, pues algunos temas aparecen, incluso con títulos muy similares en los manuales. Algo similar ocurre con los congresos, pues indistintamente del nombre, es frecuente encontrar temáticas comunes a cualquiera de las tres disciplinas.

El solapamiento y la falta de delimitación conceptual entre medicina conductual, psicología de la salud y psicología clínica también puede explicarse si tenemos en cuenta que en la década pasada varios autores las consideraron como sinónimas.

Ciertamente resulta extremadamente difícil marcar los límites entre dichas disciplinas, y aún más si tomamos en cuenta como se presentan las intervenciones en el ámbito profesional. Por ejemplo, un psicólogo clínico puede recibir en su consulta a un paciente que demanda tratamiento para el estrés que le producen las continuas disputas que tienen con su pareja, otro psicólogo que trabaja en el ámbito de la medicina conductual puede ser requerido para tratar el estrés que sufre un paciente diagnosticado de cáncer y un psicólogo de la salud puede ser solicitado para diseñar y aplicar un programa de prevención del estrés en una comunidad. Es evidente que los límites no están claros, quizá esta sea una de las razones de la confusión conceptual de muchos psicólogos con respecto a estas tres disciplinas.

#### **1.4. Teorías Psicológicas Propuestas en Psicología de la Salud.**

Las principales bases teóricas de la Psicología de la salud pueden basarse en el uso de varios esquemas conceptuales que permiten entender la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la salud, la enfermedad, la conducta, el papel de los pacientes en la salud y en la enfermedad.

Por tanto, hablaremos de diversas teorías que pueden adaptarse a casos específicos y de acuerdo a la preferencia de cada investigador.

#### Teoría de la Adaptación.

Esta teoría, inicia del estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y de cómo estos responden a los daños físicos o químicos basados en un mecanismo fisiológico de equilibrio o de homeostasis (Von Bertalanffy, 1968: cit en Schwartz, 1977).

#### Teoría del Afrontamiento.

Se enfoca a la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente. Esta teoría sugiere que el concepto de enfermedad evolucione sistemáticamente y predeciblemente (Peterson, 1989; en Stone, 1979). Otra aproximación del afrontamiento es el impacto emocional amenazante y cómo este provoca un proceso conductual que proporciona estados emocionales y fisiológicos de alivio y otra aproximación llamada conducta de salud tiene que ver con la elección de formas de lucha contra el miedo, daño y lesiones.

#### Teoría Psicosomática.

Esta teoría fue denominada por Psicoanalistas y menciona que los estresores ambientales provocan un estado emocional y particular ala cultura, familia e individuo. Este estado emocional determinará la ayuda fisiológica que requiera; obteniendo así que la enfermedad y su cura están ligados en sí mismos, manteniendo la salud y la enfermedad en un juego entre sistemas sociales, ambientales, cognitivos y fisiológicos (Lapwski, 1976; Stone, 1979).

Teoría humanística.

Esta teoría analiza la forma en que los seres humanos desarrollan personalidades sanas y como llegan a esta meta. La terapia humanista tiene como objetivo proporcionar herramientas para que el individuo reconozca los recursos internos con los que cuenta, así como la formulación de alternativas y metas de vida (Crain y Crain, 1987; en Ramírez y Cortés, 1999).

Teoría de la salud conductual.

Esta teoría estudia las conductas guiadas hacia la salud o reforzadas a través de hallazgos de salud; esta teoría está basada en el conductismo pues, para el establecimiento de esta teoría se utiliza la teoría del aprendizaje la cual propone que este resulta del condicionamiento clásico: en donde un estímulo condicionado evoca una respuesta ante la asociación con otro estímulo llamado incondicionado que ya evoca la respuesta; o el condicionamiento operante. En donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o castigo; también establece que las emociones influyen en las funciones corporales y es a partir de estos hallazgos que surge el campo de la Medicina conductual (Ramírez y Cortés, 1999).

Lo importante de estas teorías, de acuerdo a Matarazzo, 1982 (en Ramírez y Cortés, 1999) es establecer la responsabilidad que como Psicólogos poseemos para aplicar el conocimiento conductual, biomédico, técnicas para mantener la salud, y estas son tareas del psicólogo de la salud.

Teoría del desarrollo.

Es importante considerar esta teoría puesto que nos permite establecer los factores del desarrollo, y comprende dos elementos principales, la intervención temprana que es básica para el mejoramiento del estado de salud con una

orientación hacia el futuro, el otro elemento es el análisis de los problemas de cada fase del desarrollo (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986, en Serafino, 1994).

La influencia del desarrollo motor es muy importante en el aprendizaje del mantenimiento de la salud y el desarrollo cognitivo influye en ésta puesto que los individuos aprendemos a realizar conductas seguras que permitan responsabilizarse, mantener y promover su salud y seguridad, además que el desarrollo cognitivo permite conceptuar la salud y enfermedad, lo cual influye en las respuestas psicológicas y conductuales ante la salud y enfermedad, esto último tiene que ver con el desarrollo psicosocial el cual influye en las conductas que tiene que ver con la prevención y promoción de la salud (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986, en: Serafino, 1994).

De acuerdo a lo anterior podemos observar que existen diversas posibilidades en cuento al esquema teórico que puede utilizar el psicólogo de la salud; esto dificulta el establecimiento de alguna estrategia de intervención general, sin embargo, podemos considerar los recursos disponibles, elaborar un plan a un proveniente de diversos niveles teóricos lo cual dependerá de cada caso en particular, y así realizar una estrategia de intervención particular e individual.

## **CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA**

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

Los países Latinoamericanos poseen un origen histórico común, sin embargo están conformados por un mosaico multiétnico que le imprime a cada uno características sociales, económicas, políticas y culturales propias que suscitan marcadas diferencias que se reflejan en los indicadores de desarrollo (Rodríguez y Rojas, 1998).

En lo que se refiere a los servicios de salud de América Latina se refleja la fuerza de muchas fuerzas: la antigua cultura indígena, la iglesia católica, el concepto de seguridad social de la Europa contemporánea, las ideas de salud de Estados Unidos y Canadá y naturalmente la mezcla de todas las entidades que forjaron la cultura americana actual.

Por lo anterior para hablar de la psicología de la salud en América Latina debemos considerar el estado de la salud, en la cual la prestación de servicios se lleva a cabo en tres niveles, de acuerdo a (Rodríguez y Rojas, 1998).

1. Es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud, en el se lleva a cabo actividades de promoción de salud y de prevención de la enfermedad, así como diagnóstico y tratamiento. Es aquí donde se resuelve un 80% de los problemas de salud.
2. Se ofrecen los servicios en las clínicas de especialidades y hospitales generales los cuales atienden los problemas de salud que requieren el uso de tecnología de mediana complejidad.

3. Ofrece la atención a través de subespecialidades y se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas como son los institutos de salud. En este nivel es donde se desarrolla la mayor cantidad de investigación científica.

Según Morales (1999) América Latina, es posiblemente una de las regiones del mundo donde más dinamismo ha demostrado la Psicología de la Salud, sobre todo si se tiene en cuenta el antecedente de que el establecimiento de la psicología profesional de manera extensiva comenzó aquí hace tres décadas aproximadamente, y que además en ese mismo período, la región que ha visto expuesta a sucesivas situaciones de crisis económicas y procesos políticos que han dificultado la buena evolución de esta disciplina (la escasez de recursos materiales e informativos para universidades, la poca disponibilidad de presupuesto para sostener cargos de psicólogos en servicios de salud de carácter público). No obstante ese dinamismo al que se ha hecho referencia se ha puesto de manifiesto a partir del esfuerzo de muchos psicólogos.

En un importante trabajo de revisión realizados por Aberasturi, 1944 (en Morales, 1999) sobre dos décadas de investigación en psicología de la salud en América Latina, está autora señala que a partir de la década de los 70's se observó en nuestro continente una ampliación creciente del objeto de estudio de la psicología en el sector salud lo que se manifiesta, entre otras cosas, en la aplicación progresiva de métodos y técnicas psicológicas para investigar problemas de salud y de atención de salud diferentes a las características de etapas anteriores los que abordaban fundamentalmente el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psicológicos. Al utilizar como fuente de informes presentados en los congresos interamericanos y latinoamericanos así como publicaciones de carácter regional, pudo apreciar como va en aumento el interés por el estudio y la práctica de estos temas, así mismo observó como en este continente se ha abierto paso la investigación psicológica en salud dentro de ámbitos poco incursionados anteriormente para desentrañar paulatinamente el papel del funcionamiento de la

personalidad en el proceso salud-enfermedad, lo que ha permitido comprender mejor los problemas de salud, perfeccionar el tratamiento de muchas enfermedades y, lo más importante, ha orientado medidas preventivas muchas de las cuales han sido ejecutadas exitosamente.

De acuerdo con esta revisión los países con mayor número de estudios son; México, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba y Chile, como primer grupo, seguidos por Puerto Rico, Perú y luego, República Dominicana, Colombia, Costa Rica, Panamá y Ecuador. Esto habla de una participación altamente representativa de la mayor parte de los países de nuestro continente (Rodríguez y Rojas, 1998).

En algunos países, la psicología de la salud se inicia en las universidades a través de la creación de líneas de investigación de interés de los académicos que posteriormente fundamentaron el establecimiento de los programas de formación de especialistas. En otros países, los programas de psicología de la salud tienen su origen en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención. Éste es el caso de Colombia, en el que se origina en el Hospital Militar Central y en otros hospitales de Bogotá. En Venezuela se da forma simultánea en la Universidad Central, en los hospitales universitarios Simón Bolívar, con especial énfasis en la atención primaria a la salud y a la psicología comunitaria. Es importante señalar que Brasil fue el primer país que creó las residencias en psicología de la salud en los tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1996).

En los 80's se establece en América Latina los primeros programas de formación de psicólogos de la salud. Todos ellos son programas de postgrado y con tendencia a la subespecialización en algunos de los campos de atención de la salud. En el ámbito de estudio de posgrado las universidades de algunos países han iniciado cursos de inducción no solamente en las escuelas de psicología sino también en otras disciplinas de la salud como la medicina y enfermería entre otras.

Ahora bien, el más rápido crecimiento en el número de psicólogos con entrenamiento profesional ha ocurrido en Latinoamérica. Aunque sólo unos cuantos alcanzan a recibir su doctorado, durante las dos últimas décadas varios miles de individuos han cumplido un programa profesional de cinco años. Muchos de estos psicólogos recibidos en su profesión sirven como maestros, consejeros y profesionales en el área de salud mental (Palacios y Gómez, 1993).

Cuba es el país con mayor tradición en América latina en psicología de la salud, ya que se destaca por tener gran actividad en la investigación y en la docencia. Además, ésta especialidad forma parte de la estructura organizada del sistema nacional de Cuba.

Actualmente, se puede afirmar que la investigación en psicología de la salud que se desarrolla en América latina comprende todos los momentos de salud-enfermedad, desde la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales. Con aproximaciones individuales grupales y comunitarias, así como una gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos.

En 1993 Rodríguez, Hernández y Ramos, publicaron una investigación exhaustiva de la producción científica sobre psicología de la salud en América latina, encontrando que durante la década de los 80's las principales líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México fueron:

1. Enfermedades crónicas degenerativas que incluían temas como, dolor crónico, factores de riesgos conductuales y cáncer.
2. Manejo psicológico de las alteraciones fisiopsicológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante retroalimentación biológica.
3. Aspectos psicosociales de las adicciones, y
4. Conducta sexual como factor de riesgo en la infección por VIH.

Entre los enfoques teóricos predominan los sociales, conductuales y eclécticos, y las aproximaciones metodológicas que predominaban fueron las experimentales epidemiológicas y psicométricas (Rodríguez y Rojas, 1998).

Con lo anterior, podemos decir que en América latina el estudio de la salud ha tenido grandes avances, sin embargo queda un largo camino por recorrer debido a las desigualdades de la población. Es por ello que la psicología de la Salud en América Latina tiene un reto principal, que es esforzarse por la calidad de vida de la población.

## **2.2. Desarrollo de la Psicología de la Salud en México.**

Como en otros campos, el desarrollo de la Psicología de la Salud en los diferentes países no ha sido uniforme, que algunos cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros es aún incipiente y en otros más aún no se inicia. Sin embargo, también es claro que, a pesar de estas desigualdades y como ha ocurrido en otras regiones del mundo, ningún otro campo de la psicología ha experimentado avances en tan poco tiempo.

En el caso de México, algunos psicólogos a principios del siglo se entrenaban en las escuelas de medicina, leyes o filosofía que no existía un programa de estudios diseñado exclusivamente para la psicología. Es hasta el año de 1960, que la Universidad Nacional Autónoma de México establece tres niveles en el campo de la psicología 1) a nivel profesional, que es cumplido por un mínimo de cuatro años y medio de instrucción especializada, 2) un nivel de maestro diseñado para enseñanza de la psicología; 3) doctorado para entrenar a especialistas en campos científicos y profesionales. No fue hasta 1973 que la facultad de psicología se tornó independiente, así, otras instituciones comenzaron a desarrollar planes de estudio con el fin de obtener la licenciatura de psicología, de acuerdo a esto se

obtiene el reconocimiento oficial de la psicología por la dirección general de profesiones.

Así mismo, en la década de los 80's surgen asociaciones de psicología como la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica y revistas como la revista Mexicana de análisis de la conducta.

En México, en 1986 surge el primer programa de formación de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas, es decir, el programa académico es universitario de nivel maestría en la facultad de psicología de la UNAM, empleando campos clínicos de las instituciones del sector salud, para el desarrollo del programa, lo que permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención, dicho programa tuvo una duración de tres años y el residente recibe la misma beca económica que los médicos residentes.

En nuestro país, la mayoría de los programas desarrollados por el sistema nacional de salud dedican a la atención y capacitación. Es así, que a partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de residencia de atención integral a la salud, en el que se forman psicólogos de la salud, con una duración de dos años y enfocado a la atención primaria en la prevención primaria (Duran, 1996 en Rodríguez y Rojas, 1998).

En 1992, México organizó el primer congreso internacional de psicología de la salud y en junio de 1996, la facultad de Psicología de la UNAM llevó a cabo la conferencia latinoamericana de Psicología de la salud.

Hoy en día , se encuentra material que podría vincularse con el tema de la psicología de la salud en México, sin embargo algunos de estos no se les puede considerar como representativos para el área, ya que no forman parte del interés en el trabajo del psicólogo en el ambiente médico, así mismo no se contemplan

dentro de un grupo de investigación relacionados a la solución de problemas en el sector salud (Ramírez, 1996).

No obstante podemos enfatizar en dos ejemplos importantes que resaltan el interés por la Psicología de la salud en lo general.

El primero consiste en el análisis conceptual realizado por Ribes (1991) sobre Psicología de la Salud, quien argumenta que el uso del modelo sociocultural y el modelo médico deben intersectarse a lo largo de un eje vinculador, donde es el comportamiento ya que este es la práctica de un organismo biológico inmerso y regulado por situaciones socioculturales, es decir, que el conocimiento de este comportamiento permite entender la influencia de las variables del ambiente en el organismo biológico. Así mismo se plantea que la salud es un concepto integrador de dos dimensiones diferentes; la social (como bienestar) y la biológica (ausencia de enfermedad) insistiendo que el organismo no está aislado sino que evoluciona ontogenéticamente.

Además plantea un modelo psicológico, el que implica no solo conocer el proceso biológico y las condiciones sociales, sino conocer las medidas efectivas para alterar la práctica cotidiana de los organismos con el fin de intervenir, prevenir, curar y rehabilitar. Como podemos observar la importancia de su trabajo radica en el hecho de considerar las posibilidades de acción de la psicología en un terreno hasta este momento no explorado consistentemente.

El segundo es el de Rodríguez y Palacios (1998) quienes comentan que debido a los avances de la psicofisiología y a la psicología experimental se ha abierto otra posibilidad de acción a los psicólogos en esta área.

Conciben a la psicología de la salud como la aplicación de los avances metodológico que han existido en otras áreas de la psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilos de vida para la salud.

Para ellos el psicólogo de esta disciplina debería ubicar su trabajo a nivel de diseño, conducción, supervisión y análisis de los programas elaborados más que su aplicación e intervención.

Dado lo anterior es que Rodríguez y Palacios (1998), establecieron un programa de entrenamiento a nivel de posgrado, que forma parte de la maestría de Psicología General Experimental, donde se enseña a plantear tanto en el ámbito comunitario como individual: diseños, habilidades metodología, elaboración de instrumentos de medición y técnicas de penetración en la comunidad.

El entrenamiento se imparte en San Antonio Tecómitl en Milpa Alta y en el Ajusco en Santo Tomás Ajusco. Esto se logró por medio de un convenio con la Secretaría de Salud, su programa esta dividido en dos áreas: la teórica donde se imparte metodología básica experimental y tecnología educativa y la del entrenamiento que consiste en una residencia de los escenarios adecuados.

Actualmente, se desconoce el grado de avance y de logro en esta actividad tanto en la parte de investigación como de difusión y de divulgación. Sin embargo, hay que considerar que es un logro importante la creación de esta especialidad, ya que sin duda el trabajo con el equipo de salud es un área todavía vedada en México.

Al respecto, uno de los más nuevos programas profesionales recientemente establecidos en México, es en particular interesante, porque trata con el programa de desempleo y sub-empleo de los psicólogos que acaban sus estudios sin tener presente ningún trabajo en particular. Bajo un acuerdo especial entre el Ministerio de Salud y la Universidad Nacional, se estableció un nuevo programa de seis años

### **2.3. Áreas de Aplicación en Psicología de la Salud.**

De acuerdo a Simón (1999), las áreas de aplicación de la psicología de la salud son cinco: 1) promoción y acrecentamiento de la salud, 2) prevención, 3) evaluación y tratamiento/rehabilitación de trastornos específicos, 4) análisis y mejora del sistema de atención sanitarios y 5) otras actuaciones, las cuales se describirán a continuación.

#### Promoción y acrecentamiento de la salud.

- Información/educación sanitaria.
  - Valoración positiva de la salud (creencias, actitudes...).
    - Comportamiento y salud.
    - Responsabilidad individual en la promoción de la salud.
- Control de variables actitudomotivacionales y afecto-emocionales.
  - Control de variables disposicionales o de riesgo.
  - Estados actitudomotivacionales/afecto-emocionales negativos.
    - Estrés, ansiedad, hostilidad.
    - Depresión, inhibición, apatía.
- Potenciación de recursos protectores o de residencia.
- Estados actitudomotivacionales/afectivo/emocionales positivos.
  - Amor, afecto, amistad.
  - Alegría, optimismo, implicación en las cosas y en la vida.
- Generación de hábitos y estilos de vida sanos
  - Descanso y ocio
    - Dormir 7 u 8 horas por día
    - Distribución del tiempo
    - Disfrute del ocio y del tiempo
- Alimentarios
  - Nutrición equilibrada.
  - Desayunar todos los días

- Higiene
  - Corporal y en el vestido
- Sexo
  - Educación sexual
  - Planificación familiar
- Consumo
  - No fumar
  - No tomar café o alcohol, o en su caso que sea moderadamente.
  - No consumir drogas (cocaína, heroína, etc.)
  - No automedicarse
- Actividad física
  - Hacer ejercicio de forma moderada regularmente
- Sanitarios
  - Chequeos periódicos
- Conductuales
  - Usar protectores adecuados (casco, condones, etc.)
- Aprendizajes de competencias y habilidades básicas
  - Relajación autocontrol
  - Solución de problemas
  - Comunicación y relaciones sociales
  - Búsqueda de apoyo social.
- Participación en la salubridad ambiental
  - Atención y cuidado del medio ambiente
  - Reducción de uso de luz y agua
  - Utilización de transportes públicos
- Participación política y ciudadana.
  - Uso adecuado de los servicios de salud
  - Elección de la mejor política de salud.

## **Prevención.**

- Control de variables actitudomotivacionales y afecto-emocionales de riesgo
  - Estrés
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Hostilidad
  - Personalidad por enfermedad
- Modificación de las conductas y hábitos de riesgo
  - Tabaquismo, alcoholismo y adicciones
  - Falta de actividad física
  - Hábitos alimentarios inadecuados
  - Falta de higiene
  - Falta de descanso y ocio
  - Falta de uso de protectores adecuados
  - Déficit de competencias y habilidades básicas
- Modificación de condiciones patógenas e insalubres del medio
  - Polución y contaminación
  - Hacinamiento
  - Ruido
  - Tóxicos, venenos, virus y bacterias
  - Miseria
  - Condiciones familiares y laborales inadecuadas
  - Educación y recursos sanitarios insuficientes
- Detección e intervención precoz ante los problemas (prevención secundaria)
- Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas (prevención terciaria)

## **Evaluación y tratamiento /rehabilitación de trastornos específicos**

- Problemas cardiovasculares
  - Trastornos del ritmo cardíaco
  - Taquicardias
  - Bradicardias
  - Otras arritmias
- Trastornos de la presión arterial
  - Hipertensión
  - Hipotensión
- Problemas coronarios
  - Angina de pecho
  - Infarto de miocardio
- trastornos periféricos
  - Migraña
  - Enfermedad de Raynaud
- Trastornos del SNC
  - Accidentes cerebrovasculares
  - Traumatismos craneoencefálicos
  - Epilepsias
  - Demencias
  - Hiperactividad
  - Esclerosis múltiple
  - Anoxia/hipoxia
  - Delirios
  - Trastornos amnésicos
  - Síndromes frontales
  - Coma

- Trastornos neuromusculares
  - Lesiones centrales
  - Hemiplejía
  - Paraplejía/cuadraplejía
  - Parálisis cerebral
  - Poliomielitis
- Lesiones periféricas
  - Parálisis facial
  - Problemas de mano y de pie
- Disquinesias
  - Síndromes rígidoacinéuticos
  - Parkinson
- Coreas
  - Coreas de Huntington
- Temblores
  - Temblor intencional
- Disquinesia tardía
- Disonías
  - Tortícolis
  - Espamódica
  - Blefarospasmo
  - Síndrome temporomandibular
  - Espasmos hemifacia
- Calambres profesionales
  - Músicos
  - Deportistas
- Otros
  - Escoliosis

## **2.4. El psicólogo de la Salud en México.**

Matarazzo (1980) señala que el psicólogo de la salud tiene diversas funciones como la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de los factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio.

Por su parte Phares (1996) menciona que el psicólogo de la salud es aquel quien a través de la investigación y práctica, contribuye a la promoción y mantenimiento de la buena salud, además participa en la prevención y tratamiento de la enfermedad. También puede diseñar, ejecutar y estudiar programas para ayudar a las personas para que dejen de fumar, control en el estrés, pierdan peso o se mantengan en forma.

Asimismo, Phares afirma que la psicología de la salud es un campo nuevo y aquellos que se desempeñan en él provienen de diversas áreas como: psicología clínica, orientación psicológica, psicología social y otros. Por lo tanto, el psicólogo de la salud puede desempeñar sus funciones en: instituciones de enseñanza superior; centros asistenciales como clínicas, hospitales e institutos de salud en los tres niveles de atención; en la práctica privada enfocada a la atención individual o de pequeños grupos; y en empresas públicas o privadas realizando funciones asistenciales y capacitación en salud ocupacional. La variedad de estas funciones se puede agrupar en las siguientes actividades, que a su vez requieren ciertas especificaciones.

1. Evaluación. Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas.

La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos.

2. Diagnóstico. Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como resultado del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo de la salud habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:
  - Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
  - Diagnóstico, si procede.
  - Especificación del problema en términos operativos.
  - Indicación del tratamiento.
  
3. Tratamiento e intervención. El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales. Problemas de conducta. Preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone

algún tipo de relación interpersonal y situada social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial /fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes de la institución).

La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana) pero también puede ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia en cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

Los objetivos del tratamiento pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo puede incluir la prevención del problema mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos la actividad del psicólogo clínico y de la salud ha de ser entendida como intervención, más que como tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema de forma indirecta.

La intervención puede consistir igualmente en organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad. Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación)
- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función incluye el diseño y la realización de programas de preparación para la hospitalización, programas de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una buena adaptación, que pueden ser de carácter general o referidos específicamente a determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresantes.

4. Consejo, asesoría, consulta y enlace. Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo de la salud proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto continuado entre un psicólogo como consultor y los otros profesionales de cualquier servicio dentro del sistema sanitario. En esta caso, el trabajo del psicólogo se integra en el cuidado general de los pacientes de forma

permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un “consultor técnico”. El psicólogo diseña y colabora en la ejecución, de programas para modificar, o instalar conducta inadecuada, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o de adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación.

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias gubernamentales, entidades judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones.

5. Prevención y promoción de la salud. Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se concentrarán en :

- Capacitar a los mediadores de las redes socio sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

6. Investigación. El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados, y a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo de la salud incluyen desde la construcción y validación de test hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación.

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo (como ya se ha dicho), en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiamiento de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

7. Enseñanza y supervisión. La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

La supervisión de un practicum es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el supervisor.

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador. La tarea del supervisor en este sentido ha de ser tal que preste una ayuda relevante sin convertir al solicitante en un mero ejecutor de sus ideas.

8. Dirección, administración y gestión. Este tipo de función más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios del sistema mismo.

Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. A esta función se le podría denominar función de coordinación (que actualmente se cubre en cierto modo desde el “Servicio de Atención al Usuario”). Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

Esta función de coordinación no ha de confundirse con la función de dirección de un equipo asistencia, aunque puede coincidir con ella. Por otro lado, la función de coordinación puede extenderse a la coordinación con las acciones de la asistencia no especializada en la Atención Primaria extra hospitalaria. Se trata, en suma, de poner en práctica el concepto de salud bio-psico-social y de atención integral que implica, ejerciendo una labor de cuidado indirecto del paciente, sobre todo en el caso de una enfermedad crónica, o discapacidad permanente. En el caso de ciertas patologías, como las oncológicas, la coordinación puede proseguir hasta la muerte del paciente terminal, dentro del medio hospitalario (sí existe un programa para ello).

De cualquier modo, la buena coordinación intra e inter. Equipos repercutirán con seguridad en un mayor nivel de calidad de la asistencia.

Urbina y Rodríguez (1993), mencionan que en cuanto a México, el quehacer del psicólogo dista de lo mencionado anteriormente, pues la información que se tiene es solo anecdótica, aún cuando existen estudios que se aproximan a su quehacer y condiciones laborales. Consideran que la participación del psicólogo en el sector salud se ha reducido, con frecuencia, a servir como un auxiliar técnico de otras profesiones; donde no se otorga el rango de profesionalista; que se dejan de desaprovechar sus habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector.

## **CAPÍTULO 3. ESTRÉS**

### **3.1. Antecedentes Históricos.**

El estrés es hoy día un hecho de carácter eminente personal, no obstante el mismo está unido a una variedad de situaciones distintas: despertar emocional, esfuerzo, fatiga, dolor, temor humillación e incluso un gran éxito inesperado.

Todos estos estados son capaces de producir estrés, pero ninguno considerado aisladamente, puede ser definido como causante, por ello es necesario analizar ciertos factores relativos a la biología humana.

Los investigadores en el campo de la medicina han demostrado que a pesar de la diversidad de problemas que puedan tener los individuos, el cuerpo reacciona en ciertos aspectos siguiendo un modelo estereotipado, es decir, por medio de cambios biológicos idénticos que le permiten hacer frente a toda demanda acrecentada de actividad vital.

El hombre prehistórico así mismo, debió tener conocimiento de un factor común a la pérdida de energía y al agotamiento que se apodera de él como consecuencia de un trabajo pesado, de un temor angustioso, de exposiciones al frío o al calor. Es posible que no tardó en darse cuenta de que sus reacciones ante un esfuerzo prolongado y sostenido pasaban por dos fases (Smith, Sarason y Sarason, 1984).

La tarea a realizar era considerada como una prueba a la que se acostumbró enseguida, pero que no pudo soportar por mucho tiempo. El resumen esquemático de esa percepción intuitiva fue precisado y traducido posteriormente en términos científicos.

Antes de conocer las diferentes definiciones del estrés, es necesario realizar un preámbulo con algunas investigaciones así como explicaciones que nos permitan conocer dicho fenómeno

En la antigua Grecia, Hipócrates, considerado como el padre de la medicina, reconoció la existencia de una “vis medicatrix naturae”, o poder curativo de la naturaleza, compuesto de medicamentos inherentes al cuerpo y destinados a restablecimiento de la salud después de una exposición del cuerpo a los agentes patógenos. Algunos obstáculos se presentaron dado que no se tenía una distinción entre el concepto de estrés (angustia, desamparo, apuro y peligro).

A partir del siglo XIX el fisiólogo Claude Bernard en 1878 realizó investigaciones sobre este tema, demostrando que una de las principales características de los seres vivos radica en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno independientemente de las condiciones externas y las modificaciones que se produzcan en el ambiente exterior “la estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para una vida libre e independiente”.

El fisiólogo escocés Haldane en 1992 estimó que “ninguna frase tan rica en sentido había sido nunca pronunciada por un fisiólogo”; sin embargo esta influencia se debió en parte a las distintas significaciones que fueron atribuidas más tarde a la formulación de Claude Bernard.

En 1877 el fisiólogo alemán Pflüger concretó la relación entre adaptación activa y estado estable u observó que el objetivo de toda necesidad de un ser vivo es igualmente el objetivo de satisfacción de esa necesidad. El fisiólogo Belga Fredericq 1855 expresó una opinión similar: “el ser vivo es de una manera tal que una influencia perturbadora provoca por sí misma una actividad compensadora destinada a neutralizar o a poner remedio a esa perturbación (Fuente, 1994).

Así, en el siglo XX el fisiólogo americano Cannon en 1939 propuso el término homeostasia, para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen la mayor parte de los estados constantes en el organismo. Este término se puede traducir aproximadamente por “resistencia, aguante”. Dichas investigaciones establecieron la existencia de numerosos mecanismos fisiológicos bien definidos, que aseguran una protección contra el hambre, sed, la hemorragia y contra los factores que tienden a perturbar la temperatura normal del cuerpo, haciendo énfasis en la estimulación del sistema simpático y en la descarga de adrenalina por las glándulas médulo-suprarrenales que se producen cuando haya agresiones, este proceso autónomo provoca a su vez modificaciones cardio-vasculares que preparan a la cuerpo para la defensa (Fuente, 1994).

Estas investigaciones mencionadas, nos permitirán comprender el fenómeno del estrés que a continuación se describe.

### **3.2. Definición del estrés.**

El estrés ha existido siempre íntimamente ligado al proceso de la vida y de la evolución del hombre. Gracias al estrés el hombre ha sobrevivido, obligándolo a adaptarse a un mundo en transformación constante.

Lo que es nuevo es la cualidad del estrés que se ha hecho más psicológico y emocional que físico, pero también nefasto y mortífero, el estrés ha llegado a ser un fenómeno social importante que preocupa a muchos especialistas, reviste en las sociedades modernas una forma mortífera y mórbida. Se ha hecho mas refinado, esencialmente psicoemocional, reemplazado al estrés físico de las sociedades en vías de desarrollo.

El conocimiento físico-patológico de estrés es nuevo y reciente. Hace solamente algunos decenios que fue definido y explicado gracias al trabajo del americano Cannon y al canadiense Selye que hacia el año de 1930 introdujo la palabra estrés para describir nuestra reacción a todos los acontecimientos que vivimos.

Definiciones.

Según Stotland (1987, en Latorre y Beneit, 1994) el estrés es conceptualizado de tres maneras:

1. Como un conjunto de estímulos
2. Como una respuesta
3. Como un proceso

Serafino (1994) define al estrés como: “la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y el medio conducen al individuo a la percepción de una discrepancia-real o ficticia- entre las demandas de la situación y los recursos biológicos, psicológicos o sociales de los que no disponen”.

El investigador cubano Álvarez González 1987 (en Morales 1999) señala que los aspectos de una definición de estrés deben ser los siguientes:

- Es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, las que pueden ser de origen psicosocial físico y biológico.
- Esta respuesta es de tipo sistemático e integra los niveles psicológicos, neurológicos y endocrinos.
- Es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo.

El carácter estresante de un estímulo psicosocial no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto, unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, etc.

Tanto la significación atribuida, como la respuesta psicológica tienen estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos.

La respuesta del estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.

La vida social es el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas (Morales 1999).

Álvarez González, destaca la importancia de que los estímulos que pueden causar estas respuestas, no tienen sentido por sí mismo, si no en relación con la persona que lo experimenta.

Hans Selye en 1936, definió al estrés como la respuesta del organismo a las exigencias que se le imponen, esas exigencias las designó con el nombre de estresores, proponiendo que el estrés desencadene un síndrome de adaptación general en tres etapas: la primera es una reacción de alarma la cual consiste en cambios fisiológicos generalmente asociados con la emoción; esto es, dilatación de pupilas, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la reacción galvánica de la piel y mayor secreción de adrenalina. Si el estrés persiste, aparece la segunda etapa, la de resistencia, en la cual el cuerpo se recupera del estrés inicial y empieza a afrontar la situación. Disminuyendo la actividad del sistema nervioso simpático, decrece la secreción de adrenalina y se eleva la secreción de la corteza suprarrenal y de la hipófisis. Si prosigue el estrés se llega a la etapa de fatiga, en la cual se agotan los recursos del organismo. En este momento las glándulas suprarrenales ya no funcionan adecuadamente y el cuerpo empieza a deteriorarse.

La teoría de Selye contiene dos ideas centrales. La primera es que la reacción del organismo es la misma cualquiera que sea a la causa del estrés, la segunda es que el patrón de las reacciones culmina en el colapso físico. Las reacciones de defensa contra el estrés pueden originar verdadera daño físico denominado trastorno psicofisiológico o psicósomático (Smith, Sarason y Sarason, 1984).

Una definición que considera la parte psicológica es la de Lazarus y Folkman en 1984, que lo definen como: “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar “ (en Latorre y Beneit, 1994).

De acuerdo con la perspectiva de Lazarus, la interpretación de los acontecimientos estresantes es más importante que experimentar dichos acontecimientos. No es el suceso medio ambiental ni la respuesta de la persona lo que define al estrés, sino la percepción que tiene el individuo de la situación psicológica (Brannon y Feist, 2001).

De éstas definiciones podemos destacar los siguientes aspectos:

- A) El estrés afecta todos los recursos biopsicosociales de un persona para enfrentarse con los sucesos difíciles y circunstancias. Pero estos recursos son limitados.
- B) Cuando se habla de las demandas de la situación se hace referencia a la cantidad de recursos que un estresor nos demanda.
- C) Es estrés conlleva entonces, la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de una persona. Esta discrepancia puede ser real o percibida como tal. Así no es necesaria que exista una discrepancia real para que aparezca el modelo de estrés.
- D) Las evaluaciones de la discrepancia entre las demandas y los recursos ocurren a través de interacciones con el medio.

Como se puede observar, son diversas las definiciones que se tienen sobre el estrés, sin embargo, concuerdo con la teoría propuesta por Lazarus (1984 en Brannon y Feist, 2001) ya que no es el suceso medio ambiental ni la respuesta de la persona los que definen el estrés, sino la percepción que tiene el individuo de la situación psicológica. Por otra parte, Lazarus trabajó en gran medida con humanos en lugar de utilizar animales. La capacidad de las personas de pensar acerca de situaciones futuras y evaluarlas las hace vulnerables de un modo distinto al de los animales. Los humanos experimentan estrés, y que disponen de una serie de capacidades de alto nivel cognitivas de las que otros animales carecen. Así mismo menciona que el efecto que tiene el estrés sobre su vulnerabilidad y su capacidad para afrontar el estrés, que en la situación estresante propiamente dicha.

### **3.3. Los modelos de Estrés.**

Es a partir de la década de los años sesenta cuando se acepta que el estrés es un fenómeno inevitable en la especie humana y que es tan viejo como ella; sin importar el modelo que lo explique, es evidente que constituye un proceso de importantes repercusiones en la adaptación.

A partir de esa época, la creciente preocupación por el ser humano y sus diferencias sobre los demás, es decir, la individualidad que distingue a un ser humano de otro, el resurgimiento del interés en materia psicosomática que habiendo decaído, vuelve a su auge con la relación enfermedad bio-psico-social; la consideración de que ciertos estilos de vida favorecen un elevado riesgo para la salud, el desarrollo de una terapia conductual dirigida tanto al tratamiento como a la prevención de las enfermedades y la determinación de éstas por lo cognitivo, el auge de la Psicología Evolutiva en otras etapas de la vida posteriores a la adolescencia, considerando el estrés que constituyen las transiciones de los cambios de las etapas de la vida y la forma en que es afrontado, además de la importancia que hoy en día se le da al ambiente dentro de la determinación de la

conducta, son seis factores que contribuyeron a intensificar el interés por el estrés y su explicación mediante modelos.

Uno de los resultados de la investigación, fue proponer un modelo de estrés conceptualizándolo como un estímulo, propuesta fundamental de la Psicología Conductual, cuyos modelos presentaron toda una taxonomía de estresores. Precisamente, un modelo desde dicha perspectiva fue el de Combate propuesto por Basowitz, Persky, Korchin y Grinker en 1955, resultado de su estudio de soldados en combate. Ellos definieron la ansiedad como una experiencia consciente y comunicable de intenso temor; afirmaban que ese sentimiento surge en general cuando se ve amenazada la integridad del organismo; teóricamente cualquier estímulo se considera como amenaza potencial para el organismo y podría producir ansiedad. Es decir, se limitaban a afirmar que el estrés era un estímulo, sin considerar las diferencias individuales.

Otra concepción fue explicar el estrés en términos de una respuesta que emite un sujeto ante un estímulo, tal fue la propuesta de los modelos clínicos, representados por el modelo de Seyle, también llamado Modelos Bioquímico debido a que expresa el estrés en términos puramente fisiológicos y definiéndolo como un estado que se manifiesta a través de un síndrome, que consiste en la totalidad de cambios no específicamente inducidos en el sistema biológico. Un cambio afecta todo el sistema o la mayor parte de éste, presentándose en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.

Ahora bien, la Psicología Cognitiva también emitió su opinión con respecto al estrés y un modelo desde dicha perspectiva fue el Desastre de Janis propuesto en 1954, el cual analiza las respuestas psicológicas de los individuos ante eventos traumáticos. Este modelo consta de tres elementos a saber, el evento desastroso, la respuesta psicológica a él por parte de los individuos y los determinantes intrapsíquicos y situacionales de tales respuestas, su principal desventaja radica

en que no toma en cuenta la respuesta fisiológica y las estrategias de afrontamiento del individuo.

### **3.4. Tipos de estrés.**

El término estrés abarca tres situaciones distintas: una agradable, el buen estrés o eustrés; otra desagradable, el mal estrés o distrés en inglés.

- El buen estrés, es todo aquello que causa placer, es decir, todo lo que se quiere o se acepta hacer en armonía con uno mismo, con su medio ambiente y su capacidad de adaptación. Es el estrés de la realización agradable.
- La alegría, el éxito, el amor, el afecto, el trabajo creador de un artesano o un artista, una reunión, son otros tantos ejemplos de buen estrés, estimulantes, alentadores, fuente de bienestar, de felicidad o de equilibrio.
- El mal estrés, es todo aquello que disgusta como todo cuanto se hace a pesar nuestro, en contradicción con uno mismo, su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación.
- La tristeza, la pena, el fracaso, las malas noticias, la enfermedad, las coacciones, la carencia de libertad, las frustraciones.

Así mismo, Selye y Bensabat (1994) describe dos tipos de estrés:

- El estrés agudo. Que corresponde a una agresión, física o psico-emocional, pero limitada en el tiempo; como la exposición brutal a un frío intenso, una fuerte emoción, buena o mala. Este tipo de estrés puede causar trastornos psicosomáticos, una úlcera aguda de estómago, llamada úlcera de estrés, a menudo hemorragia en personas con cirugía o en los que padecen algún trauma profundo de la circulación, personas con accidentes cardiovasculares mortales, sobre todo en personas en edad avanzada.

- Estrés crónico. Que corresponde a agresiones moderadas pero repetidas próximas en el tiempo exigiendo una adaptación frecuente. Es la suma de pequeños estrés, que constituyen a la larga una dosis total excesiva y que sobrepasa el umbral de resistencia. Este tipo de estrés puede ocasionar agotamiento psicológico y glandular progresivo y responsable de las enfermedades llamadas de adaptación.

En los dos casos la respuesta del organismo se hace en el plano físico, psicológico y evidentemente en lo biológico y repercutiendo a nivel de los diferentes metabolismos y del equilibrio bioquímico.

### **3.5. Causas de Estrés.**

El estrés entonces es un proceso fisiológico normal de estimulación y respuesta indispensable para la vida y el funcionamiento de nuestro cerebro y de los distintos órganos. Toda actividad física o psíquica es teóricamente un factor de estrés, sin embargo en este apartado se enfatizará únicamente en los factores del mal estrés, los que exigen un exceso de adaptación física, psicológica o biológica y son responsables de una respuesta que va más allá de la respuesta fisiológica normal (Selye y Bensabat, 1994).

#### Factores psicoemocionales

- La frustración, que es uno de los peores factores del estrés.
- Todos los factores de contrariedad y de coacción
- La insatisfacción, el tedio, el miedo, el agotamiento por cansancio.
- La decepción.
- Los celos y la envidia, la timidez.
- La impresión de no haber logrado éxito.
- Al darle vueltas a un asunto que mantiene psicológicamente el estrés.
- Las emociones intensas buenas o malas.

- La muerte, la enfermedad de un pariente cercano.
- El fracaso, la quiebra y también un éxito brusco.
- Las preocupaciones materiales y profesionales.
- Los problemas afectivos y conyugales.
- El divorcio.
- Los cambios frecuentes del medio ambiente, el trasplante, la mudanza de domicilio, la promoción profesional.
- El insomnio.

#### Factores físicos.

- El hambre y la enfermedad.
- El agotamiento por cansancio físico, la fatiga.
- El frío , los grandes calores.
- Los cambios climáticos repetidos.
- La polución.
- El ruido.
- El trabajo de noche(desequilibrio de ritmo biológico).

#### Factores biológicos.

*Éstos son los factores alimentarios:*

- La sub-alimentación y la superalimentación.
- La mal nutrición y el desequilibrio alimentario: exceso de azúcar, sobre todo azúcares refinados, exceso de grasas, sobre todo grasas animales, exceso o insuficiencia de proteínas, exceso de sal, exceso de café, de tabaco, de alcohol.
- Todos estos factores son importantes sin embargo es necesario añadir un factor universal el cual es la vida sedentaria.

Latorre y Beneit (1994) concuerdan con lo anterior ya que mencionan que si el estrés se mantiene más allá de las posibilidades del sujeto, se pueden producir serios trastornos, clasificándolos de la siguiente manera:

#### EFECTOS CONDUCTUALES

- \* Predisposición a accidentes
- \* Consumo de drogas
- \* Explosiones emocionales
- \* Comer en exceso
- \* Falta de apetito

- \* Beber y fumar en exceso
- \* Excitabilidad
- \* Conductas impulsivas
- \* Alteraciones en el habla
- \* Risas nerviosas
- \* Incapacidad de descansar
- \* Temblores

#### EFECTOS COGNITIVOS

- \* Incapacidad de tomar decisiones
- \* Incapacidad de concentrarse

- \* Olvidos frecuentes
- \* Hipersensibilidad a la crítica
- \* Bloqueos mentales

#### EFECTOS FISIOLÓGICOS

- \* Aumento en los niveles de catecolaminas en sangre y orina
- \* Incremento en los niveles de azúcar en sangre
- \* Aumento del ritmo cardíaco

- \* Elevación de la presión arterial
- \* Sequedad en la boca
- \* Sudoración intensa
- \* Dilatación de pupilas
- \* Nudo en la garganta
- \* Adormecimiento y hormigueo en los miembros

#### EFECTOS SOBRE LA SALUD

- \* Asma
- \* Amenorrea
- \* Dolor de espalda y pecho
- \* Trastornos coronarios

- \* Diarrea
- \* Mareos y desvanecimientos
- \* Cefaleas y migrañas
- \* Trastornos gástricos
- \* Trastornos neuróticos
- \* Pesadillas

- \* Insomnio
- \* Psicosis
- \* Trastornos psicosomáticos
- \* Diabetes

- \* Salpullidos en la piel
- \* Pérdida de interés sexual y debilidad

### EFFECTOS SUBJETIVOS

- \* Ansiedad apatía agresión
- \* Aburrimiento
- \* Depresión
- \* Fatiga
- \* Frustración
- \* Sentimiento de culpa

- \* Vergüenza
- \* Irritabilidad
- \* Mal genio
- \* Tristeza
- \* Baja autoestima
- \* Tensión
- \* Nerviosismo
- \* Soledad

### EFFECTOS EN LAS ORGANIZACIONES

- \* Absentismo
- \* Relaciones laborales pobres
- \* Mala productividad

- \* Altas tasas de accidentes
- \* Altas tasas de cambio de trabajo
- \* Mal clima en la organización
- \* Falta de satisfacción con el desempeño del empleo

Como se observó, los padecimientos son muy numerosos, y se estima que en un 75% de las consultas médicas pueden originarse por estrés. Así mismo, (Amigo y Fernández, 1998) nos presenta la siguiente lista de trastornos potencialmente asociados al estrés:

<i>Acné</i>	<i>Dispepsia</i>	<i>Pesadillas</i>
<i>Adicción a las drogas</i>	<i>Dolor crónico</i>	<i>Predisposición a los</i>
<i>Aerofagia</i>	<i>Enfermedad de</i>	<i>accidentes</i>
<i>Aftas</i>	<i>Raynaud</i>	<i>Psoriasis</i>
<i>Alcoholismo</i>	<i>Epilepsia</i>	<i>Seborrea</i>
<i>Alopecia</i>	<i>Estreñimiento</i>	<i>Síndrome del intestino</i>
<i>Angina de pecho</i>	<i>Eyacuación precoz</i>	<i>irritable</i>
<i>Anorexia</i>	<i>Fobias</i>	<i>Suicidio</i>
<i>Ansiedad</i>	<i>Hipertensión</i>	<i>Temblores</i>
<i>Arritmias cardíacas</i>	<i>Hipoglucemia</i>	<i>Trastornos</i>
<i>Artritis reumatoide</i>	<i>Impotencia</i>	<i>esquizofrénicos</i>
<i>Asma</i>	<i>Infarto del ,miocardio</i>	<i>Trastornos</i>
<i>Bulimia</i>	<i>Insomnio</i>	<i>menstruales</i>
<i>Dermatitis atípica</i>	<i>Lumbago</i>	<i>Tumores</i>
<i>Diabetes</i>	<i>Migrañas</i>	<i>Úlceras</i>
<i>Cefalea tensional</i>	<i>Muerte súbita</i>	<i>Vaginismos</i>
<i>Colitis ulcerosa</i>	<i>Naúseas</i>	<i>Vómitos</i>
<i>Depresión</i>	<i>Obesidad</i>	
<i>Diarrea</i>	<i>Obsesiones</i>	

### **3.6. La Evaluación del Estrés.**

El estrés ha sido investigado a nivel fisiológico, psicológico y social; sin embargo, el que se haya experimentado a un determinado nivel no significa necesariamente que sea experimentado en otro distinto, es la evaluación cognitiva la que representa el vínculo psicológico entre los diferentes niveles cuando se refiere al individuo.

El diagnóstico del estrés se ha llevado a cabo a nivel fisiológico y a nivel cognitivo conductual; a nivel fisiológico por medio de instrumentos que registran medidas fisiológicas, como la tasa cardiaca, la presión arterial, la temperatura, la respuesta

galvánica de la piel, medidas electroencefalográficas, niveles de catecolaminas y de adrenalina. Mientras que a nivel cognitivo-conductual, la evaluación se ha llevado a cabo por medio de baterías de pruebas e instrumentos psicológicos diseñados para ello, los cuales no siempre son válidos o confiables.

Las medidas del estrés pueden ser directas o indirectas, perceptivas, fisiológicas y algunas se relacionan con la fiabilidad y la validez. Las medidas más directas de un aspecto del estrés son el cortisol y las hormonas del crecimiento, las medidas más indirectas son las escalas de sí y no que se encuentran en la prensa popular. Las medidas perceptivas se utilizan en las ciencias del comportamiento, mientras que las fisiológicas y las bioquímicas se emplean en las ciencias médicas.

Factores importantes a la hora de medir los niveles de estrés desde una perspectiva cognitivo-conductual son: la objetividad del instrumento, comunicación clara, una adecuada cuantificación, economía de tiempo, confiabilidad y validez. La prensa popular, por ejemplo, presenta continuamente escalas en las que el propio lector puede medir sus niveles de estrés, las cuales no tienen validez o confiabilidad de la medida que se obtiene.

Ahora bien, con el propósito de clarificar algunos aspectos con respecto a la evaluación del estrés desde la perspectiva conductual, el siguiente apartado presenta algunas consideraciones.

En la aproximación conductual, a diferencia del enfoque tradicional, la evaluación no sólo se plantea como objetivo la identificación de conductas problema, las causas de ella y la emisión del pronóstico del tratamiento, sino además, pretende determinar las condiciones que mantienen la conducta, seleccionar un tratamiento adecuado y evaluar la eficacia del tratamiento.

Así mismo, mientras que en el enfoque tradicional se considera que las causas de la conducta están en función de variables personales; en el conductual, la conducta está en función de variables situacionales y de su interacción con variables personales. De la misma forma, el enfoque tradicional, la conducta en una prueba, es considerada como señal de la existencia de una variable personal subyacente –rasgo o estado-no así en la aproximación conductual, en la que el comportamiento expresado en una prueba, es considerado como un ejemplo del repertorio de respuestas ante una situación específica.

### **3.7. Manifestaciones del Estrés.**

Las manifestaciones del estrés se observan en dos niveles; fisiológico y cognitivo conductual, con respecto al primer nivel, se presenta tasa cardiaca elevada, palpitaciones, elevación, sudoración de las manos, temblor de las extremidades, trastornos digestivos, cefaleas, etc. A nivel cognitivo conductual se presenta magnificación de eventos, cogniciones erróneas, depresión, ansiedad, angustia y temor.

### **3.8. La Respuesta Fisiológica al Estrés.**

Describir el estrés de manera global, puede dar como resultado una mayor comprensión del proceso, de sus causas y consecuencias, ocasionando mayor exactitud en el diagnóstico, tratamiento y prevención de él; por ello, aún cuando la investigación no ahondará en los procesos fisiológicos relacionados con el estrés, es importante mencionarlos brevemente.

La etapa inicial de la respuesta al estrés empieza en el cerebro, con la percepción del estresor, la sección del cerebro encargada de empezar la cadena de respuestas es la corteza cerebral, igualmente responsable de controlar el hipotálamo, tal vez el órgano más crítico de todos los involucrados en la respuesta al estrés. El hipotálamo activa al sistema nervioso autónomo (SNA) y regula la

glándula pituitaria, parte central del sistema endocrino. El sistema nervioso autónomo bajo estimulación del hipotálamo, inicia una serie de movimientos de adaptación o de defensa, por medio del sistema nervioso simpático (SNS) o del parasimpático (SNP). El sistema endocrino, a través de la pituitaria segrega hormonas al torrente sanguíneo, que activan otras partes de dicho sistema, como las suprarrenales que funcionan por la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la pituitaria y que a su vez, produce la hormona cortisol. La activación suprarrenal que origina respuestas de alerta en el organismo.

Algunas de estas respuesta son : liberación de azúcares y grasas vertiéndolos en el torrente sanguíneo para proporcionar energía; aumento en los ritmos cardíaco y respiratorio para brindar mayor oxigenación; aumento en la presión sanguínea para asegurar el adecuado abastecimiento de sangre a las áreas críticas; activación de los mecanismos de coagulación sanguínea para ayudar en la protección contra las lesiones físicas; tensión muscular para preparar a los músculos para el movimiento rápido; una mayor agudeza en el oído y la visión; además de cambios en la acidez estomacal. Algunas actividades fisiológicas tienden a disminuir en vez de aumentar, tal es el caso de los procesos digestivos y de la relajación de los músculos de los intestinos y de la vejiga.

Una gran diversidad de estudios manifiestan una correlación de las situaciones estresantes con cambios fisiológicos en el individuo, la más significativa de las afecciones derivadas de la relación potencial estrés-padecimiento físico es la de las coronarias. Los tradicionales factores de riesgo, como la obesidad, el fumar, la hipertensión y el colesterol, no son más que factores necesarios pero no determinantes en la etiología de estos males.

Es evidente que durante una situación estresante al alterarse tantos sistemas del cuerpo, éste puede sufrir daños temporales o permanentes, como las enfermedades que están en función del estresor, de la constitución o estado general de salud del individuo y de otros factores como las condiciones

ambientales, la historia clínica del individuo, la susceptibilidad del individuo a la enfermedad, el agente o agentes productores de la enfermedad y el medio ambiente que comparten individuo y agente.

### **3.9. Relación Salud-Enfermedad-Estrés desde la Psicología de la Salud.**

El estrés es uno de los principales problemas de salud en el mundo. Actualmente se calcula que el 25% de la población mundial padece de estrés o de algún trastorno de salud relacionado (Rodríguez y Rojas, 1998).

Dado lo anterior es importante mencionar que entre los cambios que el organismo tiene ante una situación estresante, se observa una rápida movilización de energía que permanece almacenada de modo que la glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y se dirigen a la musculatura; incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y la presión arterial lo que facilita el transporte del oxígeno a las células una paralización de la digestión, una disminución del impulso sexual, se produce además si la situación estresante dura lo suficiente, una reacción analgésica al dolor, de tal forma que se embotan las capacidades de percibir las estimulaciones nociceptivas, y finalmente, ciertos cambios característicos de las capacidades sensoriales y cognitivas del organismo, de manera que se activa mejor el funcionamiento de la memoria y los sentidos se agudizan.

Todos estos cambios preparan al organismo, para enfrentarse, ocasionalmente, a situaciones de emergencia en las cuales el medio, demanda del sujeto que movilice todos sus recursos para afrontar, en las mejores condiciones posibles, la situación.

La respuesta de estrés por lo tanto, cumple una función muy adaptativa en la supervivencia del individuo, no obstante aunque la respuesta de estrés pueda ser en determinados momentos altamente adaptativa, sea constatado que si esta

respuesta se mantienen durante largos períodos el organismo termina siendo dañado por este modo de comportamiento.

Ahora bien, no quiere decir que el estrés sea el factor causal responsable de enfermedades; más bien parece que el estrés aumenta el riesgo de que las contraiga o, en su caso, acelere el proceso patológico (Amigo y Fernández, 1998).

### **3.10. Técnicas para Reducir y Controlar el Estrés.**

Existen tres elementos que se combinan, propiciando el síndrome del estrés, los cuales son: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas del organismo. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida. La ansiedad nos lleva a la angustia, sin embargo, si somos capaces de generar respuestas fisiológicas a la ansiedad, entonces debilitaremos el impacto de las situaciones que nos la provocan.

#### **Técnicas de Relajación**

##### *Relajación Completa*

Esta técnica está basada en la estrategia de la relajación muscular progresiva (RMP iniciada por Jacobson en 1974). Consta de varias etapas; la primera, está diseñada para cambiar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Una vez logrado un ritmo respiratorio regular éste actúa como reloj, en el cual se puede regular, el patrón de tensión y relajación de los distintos grupos musculares de la siguiente etapa (en Latorre y Beneit, 1994).

El proceso completo requiere de 25 minutos y se aprende y demuestra con facilidad. El beneficio de dicha técnica es que las personas que lo practican obtienen efectos de relajación generalizados a todo su campo cuando solamente se utilizan uno o dos de los tres componentes.

### Instrucciones

#### *Etapa 1: Preparación.*

Para empezar elija una habitación tranquila y concédase por los menos treinta minutos, para relajarse sin interrupciones. Siéntese en una silla cómoda, que tenga un buen respaldo o tumbese boca arriba en una cama, colchoneta o manta extendida en el suelo. Deje que su cuerpo repose totalmente. Cierre los ojos y concédase un minuto para pensar favorablemente acerca de la relajación que va a iniciar.

#### *Etapa 2: Respiración.*

Centre su atención en la respiración. Note como su ritmo respiratorio disminuye hasta hacerse fácil y regular... no requiere de ningún esfuerzo por su parte... ocurre por sí sólo... intente imaginar cómo su pecho se llena y vacía... sube al inspirar y baja al expirar... como se tensa al entrar el aire... y se relaja al salir... Solamente se trata de observar tranquilamente su ritmo respiratorio durante tres minutos.

#### *Etapa 3. Tensión-relajación.*

Se practica la tensión relajación de sus músculos. Utilizaremos como guía su ritmo respiratorio natural; tensaremos y relajaremos grupos musculares de todo su cuerpo. Lo que es importante es recordar que tensaremos los músculos al inspirar y los relajaremos al expirar. En caso de que quede alguna tensión repítase

mentalmente una palabra que usted elija, que le tranquilice como por ejemplo: calma, tranquilidad, paz, etc.; después de relajar el grupo muscular, note la diferencia entre la tensión y la relajación...cómo sus músculos relajados están blandos, pesados y calientes. A continuación vamos a ir relajando determinados grupos musculares.

*Manos.* Tensar las manos cerrando los puños y apretando. Relájelas...

*Antebrazos.* Tensar los antebrazos doblando las manos por las muñecas estirando los dedos hacia arriba. Relájelos...

*Bíceps.* Tensar los bíceps intentando tocar los hombros con sus puños. Relájelos...

*Hombros.* Tense los hombros levantándolos como si quisiera tocar las orejas. Relájelos...

Experimente cómo sus extremidades superiores pesan... se ablandan... están calientes... relajados... y usted está muy tranquilo.

*Frente.* Ténsela levantando las cejas lo máximo posible. Relájela...

*Rostró.* Tense su cara arrugando la nariz y apretando los ojos. Relájelos...

*Labios.* Apriete los labios uno contra otro. Relájelos...

*Lengua.* Apriete la lengua contra el paladar. Relájelos...

*Cuello.* Presione la cabeza contra el respaldo de la silla o la colchoneta. Relájelo... Experimente cómo toda su cabeza pesa, se ablanda... está caliente... relajada... y usted muy tranquilo.

*Pecho.* Inspire profundamente de modo que se expandan los músculos del tórax. Contenga el aliento durante cinco segundos y después échelo. Permita que su ritmo respiratorio vuelva a ser tranquilo y regular.

*Estómago.* Tense manteniendo hacia adentro los músculos del estómago (aspirando hacia la columna vertebral). Mantenerlo así durante cinco segundos y relajar. Permita que su ritmo respiratorio vuelva a ser tranquilo y regular.

*Espalda.* Haga un arco con su espalda. Relájela...

Experimente cómo toda la musculatura de su tronco se ablanda... pesa... está caliente... relajada... y usted está muy tranquilo.

*Piernas y muslos.* Ténselas levantándolas de la silla o colchoneta. Relájelos...

*Pantorrillas y pies.* Ténselos llevando los dedos del pie hacia atrás. Relájelos...

Experimente cómo todo su cuerpo está pesado... caliente... relajado... y usted está muy tranquilo. Abandónese a ésta experiencia durante unos minutos, pero permaneciendo atento a las sensaciones provenientes de su relajación.

#### *Etapa 4: Escena relajante.*

Centre ahora su atención en su imaginación. Imagine que su cerebro es como un frasco de cristal... que se va llenando de pensamientos e imágenes... obsérvelos sin detenerse en ninguno de ellos... a medida que sus pensamientos e imágenes entren en su mente, acomódelos también dentro de este frasco y obsérvelos, pero sin detenerse en ellos... ahora observe que el contenido de este frasco se vacía... imagines ahora que el frasco se llena con una escena relajante, una imagen o un recuerdo de alguna experiencia en la que usted se sintió a gusto y relajado... puede utilizar alguna que ya conoce o puede recrearla en este momento (campo, playa, etc.).

Es importante recrear esta escena o imagen elegida lo más profundamente posible, experimentando sus sonidos, vista, formas, temperaturas, colores, olores y otras sensaciones. Recuerde que está relajado y disfrutando, soltando todas las tensiones al flotar dentro de la imagen... disponga de unos minutos para recrearse en ello.

#### *Etapa 5: Repliegue.*

Vaya abriendo lentamente su conciencia a los sonidos de la habitación y las sensaciones de su cuerpo... ordene mentalmente y mande impulsos nerviosos a las distintas partes de su cuerpo de modo que se vayan despertando lenta y suavemente... cuando todo su cuerpo esté despierto, abra los ojos. Sintiénos

aquí y ahora, despejado y fresco para la acción. Si le apetece bostece y empiece a incorporarse lentamente sin movimientos bruscos (Latorre y Beneit, 1994).

### Entrenamiento Autógeno

Esta técnica fue desarrollada por Schultz y Luthe en el año de 1969, la cual implícamente usa de fórmulas autógenas en un estado de concentración pasiva para inducir la relajación. Sus ventajas son la brevedad y simplicidad del proceso, al mismo tiempo que mantienen la participación cognitiva activa del sujeto en todas sus etapas. En este sentido, la técnica se parece a algunas fórmulas de meditación, aunque también se ha descrito como autohipnosis o autosugestión (Latorre y Beneit, 1994).

### *Instrucciones*

La formación autógena es un método para superar el estrés y la ansiedad concentrándose en sensaciones de las distintas partes del cuerpo. En diferentes momentos se podría sentir que el cuerpo y las extremidades se ponen más calientes y pesadas; son señales normales de que la técnica es efectiva y de que el individuo se está relajando. Los ejercicios no suponen un esfuerzo, ni un trabajo.

Se harán una serie de afirmaciones, de un modo pausado y sosegado. Cada afirmación sucesiva que el individuo debe hacerse en silencio (mentalmente) se refiere a una parte determinada del cuerpo (seguida de una afirmación general de paz y bienestar). Concentrarse en las afirmaciones es alterar las sensaciones del cuerpo.

Cuando se haya terminado, sentarse cómodamente en un sillón confortable, tumbarse en una cama o en el suelo, de modo que todos los miembros están totalmente apoyados. Cerrar los ojos. No se debe forzar la respiración, simplemente dejar que se produzca, las afirmaciones son las siguientes:

*Etapa 1.*

- Estoy en paz conmigo mismo y totalmente relajado. Repetir cinco veces.

*Etapa2.*

- Mi brazo derecho es pesado... estoy en paz...(repetir cinco veces).

- Mi brazo izquierdo es pesado... estoy en paz... (repetir cinco veces).

- Mi pierna derecha... estoy en paz... (repetir cinco veces).

- Mi pierna izquierda... estoy en paz... (repetir cinco veces).

- Mi cuello y mis hombros son pesados... estoy en paz... (repetir cinco veces).

*Etapa 3.*

- Mi brazo derecho está caliente... estoy en paz... (repetir cinco veces).

- Mi brazo izquierdo está caliente... estoy en paz... (repetir cinco veces).

- Mi pierna derecha está caliente... estoy en paz... (repetir cinco veces).

- Mi pierna izquierda está caliente... estoy en paz...(repetir cinco veces).

*Etapa 4.*

- Mi respiración es tranquila y regular... estoy en paz... (repetir cinco veces).

*Etapa 5.*

- Mi ritmo cardíaco es tranquilo t regular... estoy en paz... (repetir cinco veces).

*Etapa 6.*

- Mi frente está fresca... estoy en paz... (repetir cinco veces).

### *Etapas 7.*

- Estoy despejado, fresco y totalmente relajado estoy en paz... (repetir cinco veces).

Una vez que se hayan completado las etapas de autoafirmaciones en silencio, estirar suavemente los brazos, las piernas y el cuerpo; abrir los ojos. (Esto se debe repetir con regularidad).

### *Técnica de relajación a través de respiración profunda.*

Su objetivo es en primer término relajarse y ayudar a conciliar el sueño.

No se recomienda a personas que padecen enfermedades cardiovasculares.

### *Instrucciones.*

Disponga de un momento en el lugar donde se encuentre, de ser posible colóquese en la posición más cómoda, de preferencia hay que evitar los ruidos.

Recuéstese en un lugar confortable, con el cuerpo extendido, los brazos a lo largo del cuerpo, con las palmas de las manos en posición semicerrada y con los talones del pie casi rozándose uno con otro si llegar a hacer contacto. Cierre sus ojos.

- Mencione frases como:

“Mi mente se siente bien, mi cuerpo tranquilo” “Controlo mi organismo y me puedo relajar”.

- Sienta su respiración y dirija su atención a ésta.

- Respire suave y profundamente de la siguiente manera: el aire será inhalado por la nariz pausadamente, realizar inhalaciones profundas llenando primero el vientre, después el tórax y finalmente el pecho; sienta como sus pulmones se llenan de aire. Una vez que haya llenado hasta su pecho de aire, reténgalo por cuatro segundos y exhale lentamente por la nariz. En el caso que se le dificulte

retenerlo por cuatro segundos disminuya el tiempo de retención y recuerde: se trata de relajarse y no de preocuparse por retener el aire. Conforme vaya pudiendo retener más tiempo el aire, vaya aumentando progresivamente el tiempo de retención.

Piense en lo agradable de la situación, disfrútela. Es una sensación agradable, muy agradable; anime dulcemente a su cuerpo a relajarse, usted controla su respiración, la controla... repita el ejercicio 10 veces. Imagine su cuerpo totalmente relajado al realizar la respiración.

- Progresivamente, irá sintiendo cómo su cuerpo se relaja. Usted controla cada vez más a su organismo y su respiración.

- Cada uno de los músculos de su cuerpo está muy pesado, cada vez más pesado. Siente su cuerpo cada vez más descansado. Concéntrese en su cuerpo, y en esa sensación tan agradable. Descanse.

- Antes de abrir los ojos piense que al abrirlos su cuerpo se quedará con una sensación de descanso y estará totalmente relajado y descansado muy descansado.

- Abra lentamente sus ojos (Torres, 1998).

### Meditación

Es un tipo de autodisciplina que aumenta la efectividad en fijar y conseguir un objetivo y en mejorar la autoestima de cada uno (Latorre y Beneit, 1994).

A través de la meditación se puede aprender a enfocar la atención sobre una cosa cada vez.

### Meditación. Sendero en la montaña.

Cierre los ojos, imagínese que esté apartándose del lugar donde vive, deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas... Imagínese que cruza un valle y que se acerca a una sierra... Imagínese en ella. Está subiendo por un camino tortuoso... Encuentra en él un sitio donde pararse... Encuentra un sendero por el que sube...

Empiece a subirlo Busque un lugar cómodo donde parase... Cuando lo haya encontrado y llegado a este punto, tómese algo de tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida... Conceda mentalmente a la tensión y al estrés, formas y colores. Mírelos con cuidado y luego déjelos en el margen del sendero donde se halla... Continúe subiendo por él hasta que llegue a la cima de una colina... Mire desde ella... (¿Qué ve?... ) Busque un lugar atractivo y cómodo y diríjase hacia él... Fíjese en los alrededores... (¿ A que se parece?... ) fíjese en la visitas, en los olores, en los sonidos...Repárese en como se siente... Instálese y poco a poco, empiece a relajarse... Ahora se siente totalmente relajado... Experimente la sensación de estar totalmente relajado... Descanse de tres a cinco minutos... Mire a su alrededor otra vez... Recuerde que es un lugar especial para relajarse, al que puede venir siempre que lo desee... Vuelva de su nuevo a su habitación y dígame a sí mismo que todas estas imágenes, fruto de su imaginación las ha creado usted y que puede recurrir a ella siempre (Latorre y Beneit, 1994).

### *Técnica de Relajación de Tensión-Distensión Muscular.*

Es importante que no se practique esta técnica si presenta alguna luxación en alguna articulación, o si tiene desgarre o inflamación en algún tendón.

#### *Instrucciones.*

- Practique dicha técnica sentado o acostado, en una postura que le resulte cómoda.
- Cierre los ojos.
- Inhale el aire por la nariz, ensanchando el abdomen u exhale por la nariz.
- Comience el ejercicio con la mano derecha; cierre el puño, tense los músculos y concéntrese en esa sensación de tensión durante 10 segundos.
- Disminuya poco a poco la fuerza y tensión de su puño; relájese abriendo los dedos y afloje la mano.

- Continúe con este proceso de tensión-relajación (distensión) y sienta la diferencia de sus músculos cuando están tensos y cuando están relajados, siguiendo este orden:

1. Mano izquierda y ambas manos
2. Doble los brazos tensando los bíceps y tríceps
3. La frente y cejas, lo logrará frunciendo fuertemente el ceño
4. Los párpados, al cerrar fuertemente los ojos
5. Tense los músculos de los maxilares, apretando los dientes y colocando la barbilla sobre el pecho
6. Eleve los hombros en dirección a las orejas y aplique fuerza en sus músculos
7. Tense el pecho
8. Contraiga fuertemente los músculos abdominales
9. Apriete con fuerza los glúteos
10. Las piernas, jalando las puntas de los dedos de los pies hacia dentro y hacia fuera.
11. Finalmente tense todo el cuerpo como si fuera una sola pieza.

- Haga una pausa varias veces durante el ejercicio antes de pasar a la siguiente parte de su cuerpo y utilice el ejercicio de respiración profunda siguiendo ese mismo orden.

- Ponga atención y concéntrese tanto en la tensión como en la relajación muscular, sienta como la sensación de relajación es mucho más agradable.

- Tensión –sienta-

- Relajación –sienta-

- Compare tensión contra relajamiento (Torres, 1998)

### Técnica de Relajación con Imagen Placentera

Es una técnica que requiere de utilizar la imaginación. A continuación se proporcionan lineamientos que funcionan como guía para estructurar la escena que le resulte lo más placentera posible.

#### *Instrucciones*

- Colóquese en una posición cómoda, con los ojos cerrados respire profundamente para relajarse.
- Imagine su escena placentera, trayendo a su mente todos los detalles que escribió previamente en su guión; de su vida, hágalo real, piense en los detalles, disfrutando la sensación de encontrarse en un lugar agradable, imagínelo y relájese.
- Disfrute de su imaginación.
- Imagine con todos sus sentidos, probablemente sentirá que en su imagen placentera participan unos sentidos más que otros, no se preocupe por esto, con la práctica constante mejorará su habilidad para imaginar.
- ¡Disfrute! Logre visualizarse en un lugar agradable, muy agradable. Identifique nuevos elementos (objetos, aromas, sonidos, sensaciones y sabores) todos ellos pueden incluirlos y así enriquecer su escena imaginada. Sienta que cada detalle que imagina le resulta muy relajante; todo lo que ve, escucha, toca, saborea y los aromas que percibe.
- Su cuerpo descansa cada vez más. Logre con la imaginación situarse en ese lugar, sienta que en su cuerpo se relaja poco a poco hasta quedar completa y totalmente relajado (Torres, 1998).

### Técnica de Relajación Combinada

Esta técnica se inicia con respiración profunda, acompañada con las siguientes imágenes mentales, manteniendo su mente lo más tranquila posible.

Al inhalar visualice o imagine (con los ojos cerrados) la energía contenida en el aire dentro de su organismo como si fuesen puntitos brillantes que lo vitalizan completamente tanto física como mentalmente. Mientras dura la retención del aire, fórmese la imagen de que la energía se fija y se asimila profundamente removiendo todas las impurezas físicas y mentales. Estas impurezas se expulsan al mismo tiempo que el aire se vacía, dejando al organismo totalmente limpio, sano y fuerte.

La sensación de un organismo limpio y son, nos hace sentir con la energía suficiente para enfrentarnos con más optimismo a las dificultades de la vida cotidiana.

Repita el ejercicio dos veces o más, evite todo esfuerzo excesivo y si es preciso, disminuya su duración de manera que no le cause la menor sensación de sofoco (Torres, 1998).

## **CAPÍTULO 4. HÁBITOS DE SALUD**

### **4.1. Definición de los Hábitos de salud.**

Hacia las últimas décadas, se ha puesto de manifiesto que existe un cambio significativo en los patrones de las enfermedades en países desarrollados, debido a los tratamientos de las enfermedades agudo-infecciosas, como el cáncer o los trastornos cardiovasculares.

Costa y López (1998), señala que las principales causas de muerte podrían disminuir notablemente, interviniendo sobre las siguientes conductas: consumo de tabaco, dieta alimentaria, consumo de alcohol, ejercicio físico, adherencia a los tratamientos médicos y exámenes periódicos.

Por su parte Harris en 1981, realizó un estudio en el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, encontrando que las principales causas de muerte en 1977 fueron enfermedades del corazón, cáncer, los trastornos cerebrovasculares; siendo los más importantes factores de riesgo asociados a estas enfermedades los siguientes:

- En el caso de las enfermedades del corazón; el hábito de fumar, la presencia elevados niveles de colesterol, la diabetes, la falta de ejercicio físico habitual y los elevados niveles de estrés.
- En lo que respecta al cáncer; la conducta de fumar. La presencia de sustancias carcinógenas en el lugar de trabajo y en el ambiente general.
- En lo que respecta a los trastornos cerebro vasculares; la hipertensión, el hábito de fumar y los niveles de colesterol y el estrés.

Estos factores de riesgo se pueden clasificar en cuatro grupos Buceta y Bueno (1990):

- Conductas habituales, por exceso o por defecto, poco saludables, como fumar, beber alcohol, no seguir una dieta adecuada y no hacer ejercicio de manera regular.
- Alteraciones de la salud, como la hipertensión o la diabetes en las que , a su vez, puede influir variables psicosociales.
- Carcinógenos ambientales, relacionado con los comportamientos mencionados en el primer grupo, o con otras conductas.
- Elevados niveles de estrés.

Los hábitos de salud se definen como todo aquel comportamiento psicológico o condición relacionada a ello o social que implique bienestar y salud tiene un contexto y un proceso que se manifiesta concretamente en ciertas circunstancias de manera objetiva. Estos comportamientos siempre tienen un proceso previo y asistencia actual donde se preparan o se disponen el conjunto de circunstancias que darán como resultado lo que en su momento puede identificarse como comportamiento de salud (Cortes y Ramírez, 1998).

Las conductas de salud son importantes, no sólo por que están implicadas en los procesos de salud y enfermedad, sino porque pueden fácilmente convertirse en hábitos.

Existen varios tipos de conducta de salud, a continuación se mencionarán los siguientes, dependiendo su vinculación con el sistema de salud (Taylor, 1986 en Latorre y Beneit, 1994).

1. Algunas conductas de salud dependen del acceso del individuo al sistema de salud, como es el caso de las vacunaciones o de los exámenes periódicos de salud. Dichas conductas no se pueden llevar de forma

individual y privada ya que requieren de la intervención directa de los profesionales sanitarios.

2. Otro tipo de conductas de salud son frecuentemente recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no solicitan por regla general la ayuda de estos para llevarlas a la práctica. Dichas conductas de salud incluyen seguir una dieta controlada dejar de fumar o practicar un deporte adecuado.
3. Por último las personas llevan a cabo comportamientos de salud de una forma totalmente independiente del acceso a los sistemas de salud. Por ejemplo, las conductas referidas a la seguridad vial o la seguridad en el trabajo.

#### **4.2. Adquisición, mantenimiento y extinción de conductas de salud.**

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 (Latorre y Beneit, 1994).

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 del aprendizaje (Hunt, Matarazzo, Weiss y Gentry, 1979).

Los hábitos de salud están determinadas por dos factores interrelacionadas que son los factores sociales y los intraindividuales o personales. De los determinantes de origen social, se pueden distinguir los siguientes:

1. Las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar.

2. Los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico, es decir, un cierto tipo de normas explícitas desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben de jugar los diferentes miembros de la comunidad.
3. Se refiere a las influencias de grupo, por ejemplo, la presión de los grupos de los iguales.
4. Finalmente en cuanto al acceso al sistema sanitario, se trata de conductas que dependen del modelo y tipo de asistencia sanitaria a los que el individuo pueda acceder.

Por lo tanto podemos observar que los factores sociales, ejercen una gran influencia en la adquisición y en el mantenimiento de los hábitos de salud.

Con relación a los factores personales que controlan los hábitos de salud se encuentra la autopercepción de síntomas, los factores emocionales y las creencias y actitudes.

La autopercepción de síntomas es uno de los más importantes, es un proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y en un paso inmediatamente posterior, continúan con el establecimiento de relaciones causales entre ellos y ciertas conductas y hábitos. Por ejemplo, una persona puede interpretar cierto malestar en su estómago, un síntoma de determinado trastorno, y relacionarlo con su hábito de comer en la calle causante de ese trastorno.

Es importante recalcar que la predisposición personal, creencias, valores y actitudes sobre la salud no son suficientes para llevarla a cabo y determinar la práctica de hábitos saludables, sino que es necesario tener presente factores que servirán para que estos se mejoren como son, la percepción de la enfermedad o la salud, variables sociales, ciclo vital, contexto social y cultural entre otros (Belloch, 1989).

Prochaska y Prochaska, 1994 (en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000), tiene como propósito describir los estadios por los que pasa una persona para modificar un hábito dañino, los estadios permiten entender cuando ocurren los cambios, ya sea a nivel conductual, cognitivo o afectivo, de esta forma se establecen seis estadios:

- 1) Precontemplación, determinado por las creencias que tenga el sujeto de la importancia de cierta conducta, en la cual se observa pocos deseos de llevarla a cabo;
- 2) Contemplación, la persona comienza a ser consciente de llevar a cabo cierta conducta para prevenir problemas, busca información y planea la ejecución dentro de los próximos seis meses;
- 3) Preparación para la acción, el sujeto se ha planteado realizar la conducta, además de haber hecho un intento;
- 4) Acción, da inicio la conducta, llegando a lograrlo con éxito, es decir, el individuo empieza a sentir los beneficios de la actividad física;
- 5) Mantenimiento, implica una ejecución dentro de un período de seis meses por los menos, en donde surge el riesgo de la recaída, por lo que el sujeto debe llevar a cabo nuevas estrategias encaminadas a prevenirla o afrontarla y
- 6) Finalización, la conducta forma parte del repertorio del individuo.

Dado lo anterior, muchas enfermedades pueden evitarse mediante ciertos hábitos de salud, los cuales deben integrarse a la vida diaria de cualquier individuo, familia y comunidad, siendo la prevención el elemento esencial para la reforma del cuidado de la salud.

Es importante, no considerar los comportamientos como elementos aislados o divorciados de su contexto, pues podríamos generar programas de promoción de la salud que solo intenten cambiar el comportamiento, sin considerar el complejo total dentro del cual estos elementos son una parte, sin tomar en cuenta el sistema macro-socio-cultural.

### 4.3. Aspectos recomendables para conservar la salud.

Los hábitos saludables son acciones realizadas por un sujeto que influye en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. Actualmente se conocen comportamientos relacionados con la salud descubiertos a través de la investigación epidemiológica:

- a) Practicar ejercicio físico: Realizar alguna actividad física moderada con regularidad es una de las maneras más sencillas de mejorar la salud mantenerse sano. Tiene el potencial de prevenir y controlar ciertas enfermedades como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la osteoporosis. Realizar actividad física aumenta el nivel de energía y ayuda a reducir el estrés y a rebajar los niveles poco saludables y de tensión arterial. También disminuye el riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer especialmente de colon.
- b) Nutrición adecuada: Es importante para lograr un estado saludable, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimentaria (como la diabetes, caries dental, etc.) (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000).
- c) Adoptar comportamientos de seguridad. La mayor parte de los cadentes podrían evitarse, pues la mayoría son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc. Son una fuente considerable de lesiones (Robertson, 1984 en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).
- d) Evitar el consumo de drogas: en la sociedad actual, el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína , etc.) y legales (tabaco, alcohol, etc.) es un fenómeno que ha adquirido gran importancia. Estas sustancia son una fuente de problemas de salud y dan lugar a diferentes clases de cánceres,

enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, etc.

- e) Sexo seguro: Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (gonorrea y herpes). Los hábitos o conductas saludables relacionados con la sexualidad incluyen la utilización de métodos anticonceptivos (condón, diafragma, pastillas vaginales, dispositivos intrauterinos, pastillas orales e inyecciones) y la toma de decisiones en cuanto a la edad en la cual iniciar la vida sexual.
- f) Emociones negativas: Influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos como es el estrés. Según Becoña y Oblitas (2000) el estrés no solo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteren la salud, sino también pueden influir sobre la salud de modo indirecto, a través de la ilicitación o mantenimiento de conductas no saludables.

De esta forma, los anteriores hábitos o conductas son fundamentales para mantener un estado saludable, se pueden percibir como excesivos, pero si las personas llevaran a cabo por lo menos cinco de los antes mencionados su salud mejoraría enormemente.

## **CAPÍTULO 5. MÉTODO**

### **5.1. Objetivo general.**

Describir el estrés y los hábitos negativos de la salud de una población que vive en el área metropolitana; así como determinar y describir la relación en ambas.

### **5.2. Objetivos específicos.**

- Determinar si existe relación significativa entre estrés y hábitos de salud cuantitativamente.
- Analizar cualitativamente la relación entre el estrés y los hábitos negativos de la salud.
- Proponer medidas preventivas y de promoción para el control y la disminución del estrés.

### **5.3. Hipótesis.**

Debido a que la investigación que se llevó a cabo es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, no se estableció hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, los cuales son, estrés y hábitos de salud; no manipulando una variable independiente y considerando una variable atributiva (estrés) a partir de la cual se evaluó la variable dependiente (hábitos de salud).

### **5.4. Sujetos.**

Se tomó una muestra de 985 sujetos, no probabilística. La edad establecida como criterio fue de 18 a 80 años para ambos sexos. La población estuvo conformada por:

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

## **5.5. Escenario.**

El escenario en el cual se llevó a cabo la investigación fue el siguiente:

- Sector salud: salas de espera para consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1º. De Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Comunidades: sociedad de colonos del fraccionamiento Bosques de Aragón C. C. Y sociedad de colonos Lindavista S.C.
- Familias: participación de familias cuyos hijos asisten a los colegios, Escuela Primaria “Thomás Alba Edison” A. C., Secundaria “Colegio Cultural México” A. C. Y Escuela Nacional Preparatoria Núm. 3 “Justo Sierra”, U.N.A.M.
- Instituciones: profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

## **5.6. Definición de variables.**

Se determinó la relación que existe entre la variable atributiva con las variables dependientes en base a los reactivos que evalúan cada una de las variables.

V.A. Estrés

V.D. Hábitos de salud

## **5.7. Materiales e instrumentos.**

### Materiales:

- 985 formatos de los instrumentos “Funcionamiento psicosocial” y “Funcionamiento de la salud”
- Bolígrafos.

### Instrumentos:

Los instrumentos que se emplearon son escalas elaboradas por Ramírez y Cortés, 2000; en Vázquez, C. 2001.

- Funcionamiento de la salud (FS) que consta de 5 subescalas con un total de 69 reactivos.
- Funcionamiento Psicosocial (FP), que consta de 4 subescalas con un total de 58 reactivos.

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

salud, público o privado, el rango de edad es de 18 a 80 años. El instrumento tuvo un tiempo de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test-Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

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

- Instrumento de "Funcionamiento de Salud" : Hábitos de salud negativos, 15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 34, 35, 36.

- Instrumento de "Funcionamiento Psicosocial": Estrés global, 18.

## **5.8. Procedimiento.**

### *DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:*

La investigación fue no experimental y se realizó un análisis de datos no paramétrico. El procedimiento constó de dos fases:

Fases:

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (sector salud), comunidades, instituciones y escuelas), a un grupo de 985 sujetos tanto hombres como mujeres, el rango de edad fue de 18 a 80 años; con el previo consentimiento institucional y personal de cada individuo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requirieran. El tiempo estimado para

responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una sola vez para cada sujeto.

2. Captura de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.

3. Análisis de datos: se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (Ji cuadrada y coeficiente de Pearson) para evaluar la relación entre las variables (VA y VD).

## CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 6.1. Análisis general.

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo un análisis no paramétrico, donde se utilizó la prueba Ji cuadrada y el coeficiente de contingencia de Pearson, con el fin de determinar la relación entre las variables categóricas, tomando como nivel de significancia 0.05.

De cada instrumento (FS y FP) se seleccionaron los reactivos relacionados con los hábitos negativos de salud y el estrés, ya mencionado en el marco teórico.

Así mismo se muestran los resultados en tablas que registran las respuestas de los sujetos para cada reactivo seleccionado y su correlación, además de mostrar los mismos en gráficas.

#### **TENSION AÑO PASADO \* Abusar de sal**

##### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.042	.031	-1.311	.190
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.055	.032	-1.720	.086
N of Valid Cases		980			

Tabla 1. Representa los puntajes obtenidos de la ji cuadrada para determinar la relación entre el hábito de abusar de la sal en la comida y el estrés global.

De acuerdo con la variable de abusar de la sal en la comida y el estrés (tabla 1), se encontró un nivel de sig= 0.190 por tanto se puede decir que existen diferencias significativas, y el abusar de sal en la comida no está relacionado estadísticamente con el estrés, ya que los datos no son válidos.

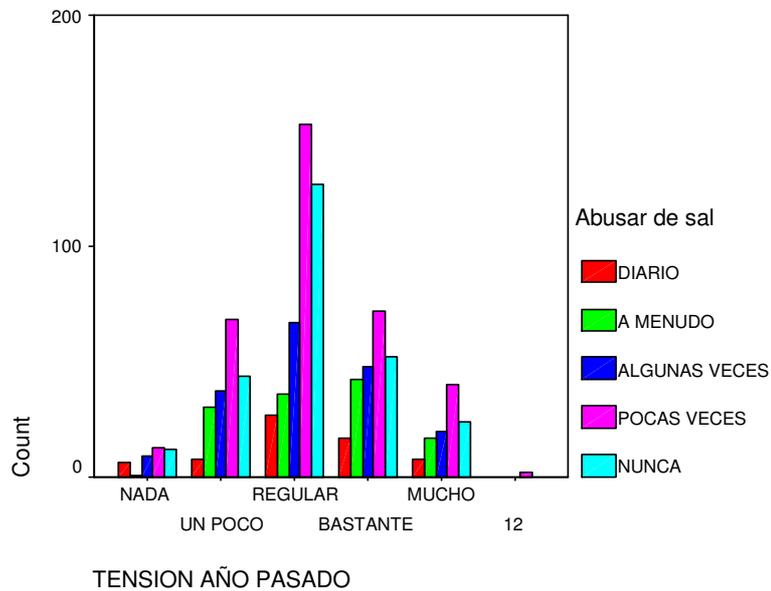


Figura 1. Muestra la frecuencia del hábito de abusar de la sal en la comida (15, FS) con respecto al estrés global (18, FP).

Como se muestra en la figura 1, 410 personas refirieron regular estrés de los cuales 27 mencionan que diario abusan de la sal, 36 que a menudo, 67 personas algunas veces, 153 abusan pocas veces de la sal en la comida y 127 que nunca lo hacen.

De acuerdo a lo anterior, se confirma que las dos variables abusar de sal (15 FS) y estrés global (18 FP), no están relacionadas estadísticamente.

**TENSION AÑO PASADO \* Beber cafeína**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	<b>-.074</b>	<b>.031</b>	<b>-2.330</b>	<b>.020</b>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	<b>-.071</b>	<b>.031</b>	<b>-2.238</b>	<b>.025</b>
N of Valid Cases		<b>980</b>			

Tabla 2. Representa los puntajes obtenidos de la ji cuadrada para determinar la relación entre el hábito de beber cafeína (16, FS) y el estrés global (18, FP).

En relación al hábito de beber algún líquido con cafeína y el estrés la prueba Ji cuadrada obtuvo una sig= 0.020, lo que demuestra que no existen deferencias significativas, por lo tanto los datos son válidos. El beber líquido con cafeína está relacionado estadísticamente con el grado de estrés experimentado (ver tabla 2).

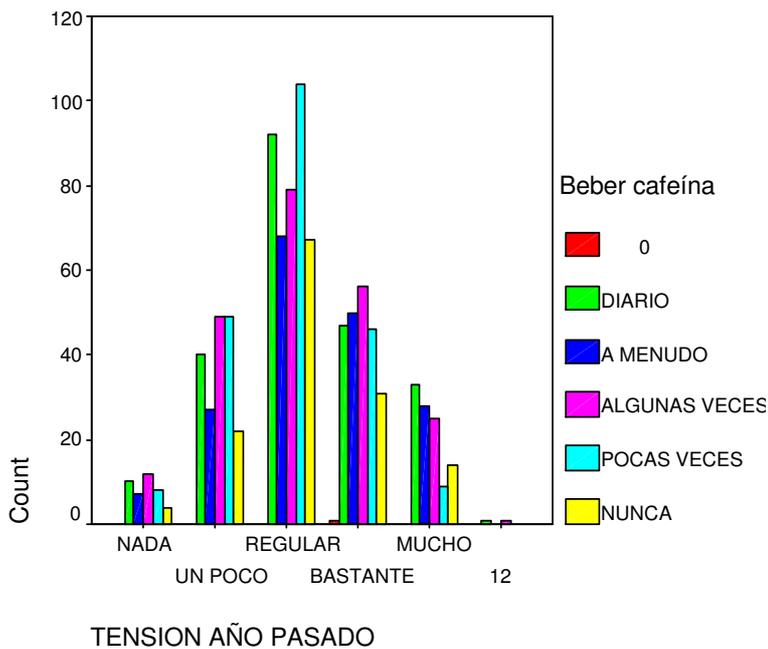


Figura 2. Esta figura demuestra la frecuencia del beber algún líquido con cafeína (16, FS) y el estrés global (18, FP).

Como se puede ver en la figura 2, de 410 personas, 92 beben cafeína diario, 68 personas a menudo, 79 personas beben cafeína algunas veces, 104 personas mencionaron que cuando están estresadas beben cafeína pocas veces y 67 nunca lo hacen, lo que nos indica que la gente si ingiere una bebida con cafeína cuando presentan estrés regularmente (ver gráfica 2).

**TENSION AÑO PASADO \* Comer entre comidas**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	<b>-.086</b>	<b>.031</b>	<b>-2.715</b>	<b>.007</b>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	<b>-.102</b>	<b>.032</b>	<b>-3.220</b>	<b>.001</b>
N of Valid Cases		<b>980</b>			

Tabla 3. Esta tabla muestra los puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada que determina la relación entre comer comidas (19, FS) y el estrés global (18,FP).

De acuerdo a la frecuencia del hábito de comer entre comidas en relación al año pasado de forma regular, no se encontraron diferencias significativas (sig= 0.007) por lo que los datos son válidos estadísticamente y se puede decir que el comer entre comidas está relacionado con el estrés como se puede ver en la tabla 3.

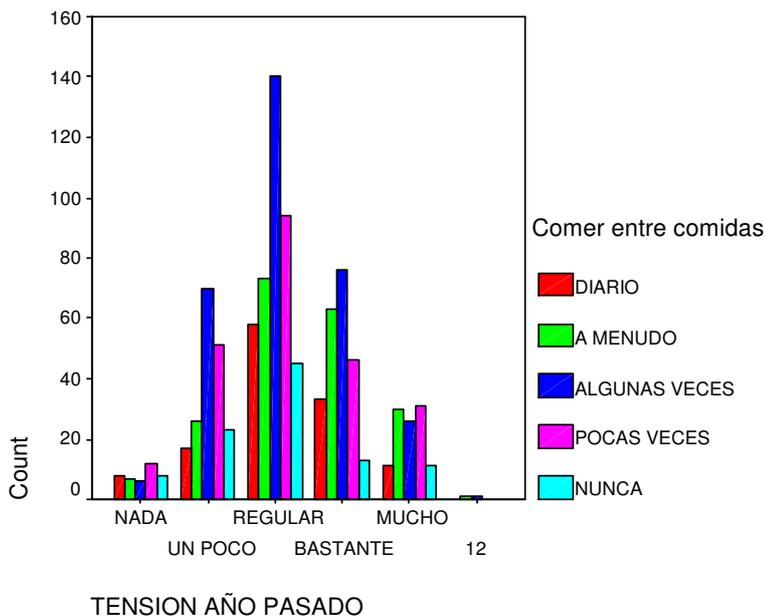


Figura 3. Esta figura representa la frecuencia del hábito de comer entre comidas (19, FS) con respecto al estrés (18, FP).

En cuanto a la correlación de comer entre comidas y el estrés, de forma regular se encontró que de 410 personas, 58 diario comen entre comidas, 73 a menudo lo hacen, 140 personas reportaron comer entre comidas algunas veces cuando están estresadas regularmente, 94 pocas veces y 45 personas nunca comen entre comidas. De acuerdo a esto se puede decir que tanto la frecuencia como la correlación arroja la misma información: la gente tiende a comer entre comidas cuando esta estresada. (Ver figura 3)

**TENSION AÑO PASADO \* Consumir tabaco**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.132	.032	-4.162	.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.115	.031	-3.629	.000
N of Valid Cases		980			

Tabla 4. Representa puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada que determina la relación entre consumir tabaco (11, FS) y el estrés global (18, FP).

De acuerdo a consumir tabaco en contraste con el estrés percibido el año pasado, aplicando la Ji cuadrada se obtuvo una sig= 0.000, por lo que no hay diferencias significativas y por tanto los datos son válidos y podemos decir que las variables sí se encuentran relacionadas entre sí estadísticamente. (Ver tabla 4)

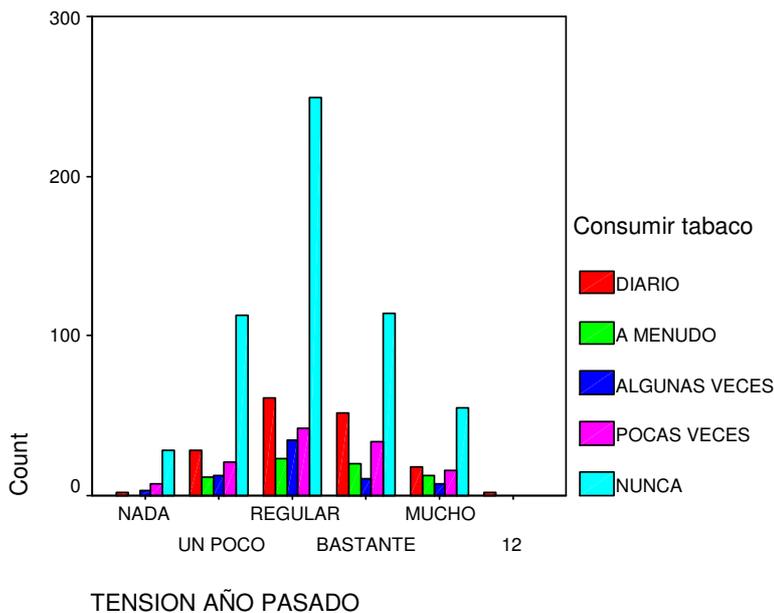


Figura 4. Muestra la frecuencia del hábito de consumir tabaco (22, FS) y estrés global (18, FP).

En lo que se refiere a la frecuencia (ver figura 4), la gente reportó que en relación a la tensión regular del año pasado, 61 personas consumieron tabaco diario, 23 personas a menudo, 35 personas refirieron consumir tabaco algunas veces, 42 pocas veces consumieron tabaco y 249 personas nunca consumieron tabaco. Lo cual indica que a pesar de que las variables se encuentran relacionadas (estrés global 18 FP y consumir tabaco 11 FS) la frecuencia regular del consumo del tabaco el año pasado fue poca tomando en cuenta que de 410 personas, 249 nunca lo hicieron.

**TENSION AÑO PASADO \* Ingerir comida chatarra**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	<b>-.037</b>	<b>.032</b>	<b>-1.168</b>	<b>.243</b>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	<b>-.049</b>	<b>.033</b>	<b>-1.525</b>	<b>.128</b>
N of Valid Cases		<b>980</b>			

Tabla 5. Muestra los puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada que determina la relación de ingerir comida chatarra ( 26, FS) y el estrés global (18, FP).

Al aplicar la Ji cuadrada su obtuvo una sig= 0.243, (ver tabla 5) por lo cual se puede decir que si hay diferencias significativas lo que indica que lo datos no son válidos y el ingerir comida chatarra no está relacionado con el estrés.

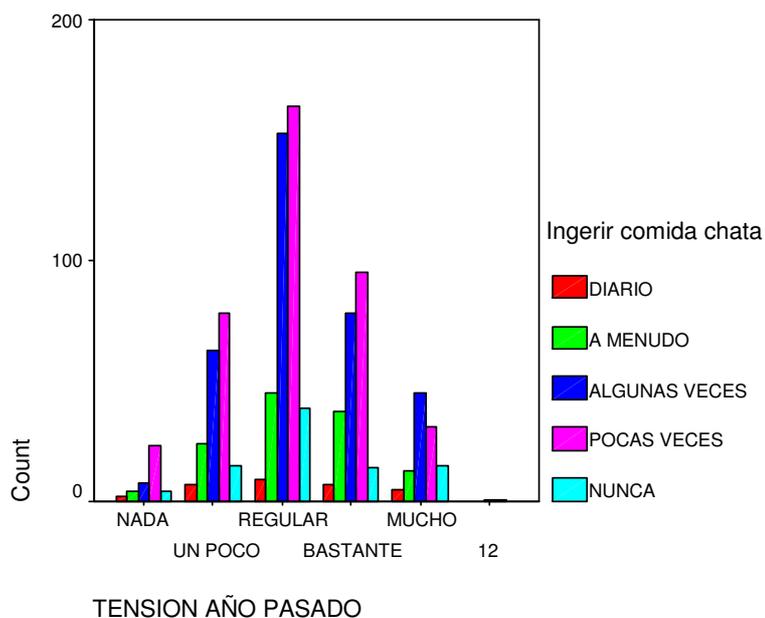


Figura 5. Muestra la frecuencia del hábito de ingerir comida chatarra (26, FS) y el estrés global (18, FP).

En lo que se refiere a la frecuencia del estrés global se puede observar que 9 personas de 410 refirieron ingerir comida chatarra, el año pasado, 45 personas a menudo, 153 personas refirieron ingerir algunas veces comida chatarra, 164 personas pocas veces y sólo 39 refirieron nunca comer alimentos chatarra. (ver figura 5)

De acuerdo a los dos resultados, tanto en la frecuencia como en la correlación se puede observar que los resultados se asemejan de modo que el estrés definitivamente no está relacionado con el estrés global.

**TENSION AÑO PASADO \* Manejar rápido**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.012	.034	-.386	.700
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.019	.034	-.587	.557
N of Valid Cases		980			

Tabla 6. Representa los puntajes obtenidos de la ji cuadrada para determinar la relación entre manejar rápido (29, FS) y estrés global (18, FP).

Al realizar la Ji cuadrada para determinar la relación entre manejar rápido y el estrés, se alcanzó un nivel de sig= 0.700, (ver tabla 6) lo que indica que si hay diferencias significativas, por lo tanto los datos no son válidos, de manera que no hay relación estadística entre manejar rápido y el estrés.

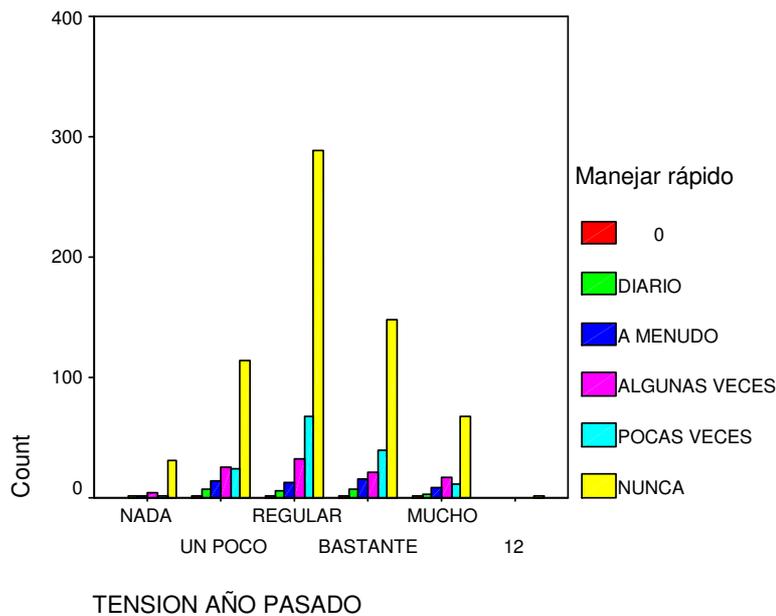


Figura 6. Muestra la frecuencia del hábito de manejar rápido (29, FS) y el estrés global (18, FP).

En cuanto a la frecuencia, se observa en la figura 6 que de 410 personas que refirieron estrés regular, 6 mencionaron manejar rápido diario, 12 a menudo lo hacen, 33 personas manejan rápido cuando están estresadas, 68 pocas veces, y 289 nunca manejan rápido cuando están estresadas; lo cual nos indica, al igual que en la aplicación de la Ji cuadrada, que las dos variables no se encuentran relacionadas estadísticamente.

**TENSION AÑO PASADO \* Tomar cerveza**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.018	.031	-.560	.576
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.036	.031	-1.136	.256
N of Valid Cases		980			

Tabla 7. Representa los puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada que determina la relación del hábito de tomar cerveza (33, FS) y el estrés global (18, FP).

Al aplicar la Ji cuadrada para relacionar el hábito de tomar cerveza (33, FS) y el estrés global (18 FP), se obtuvo un nivel de sig= 0.576 lo cual indica que hay diferencias significativas por lo tanto los datos no son válidos y no existe una relación entre tomar cerveza y el estrés. (Ver tabla 7)

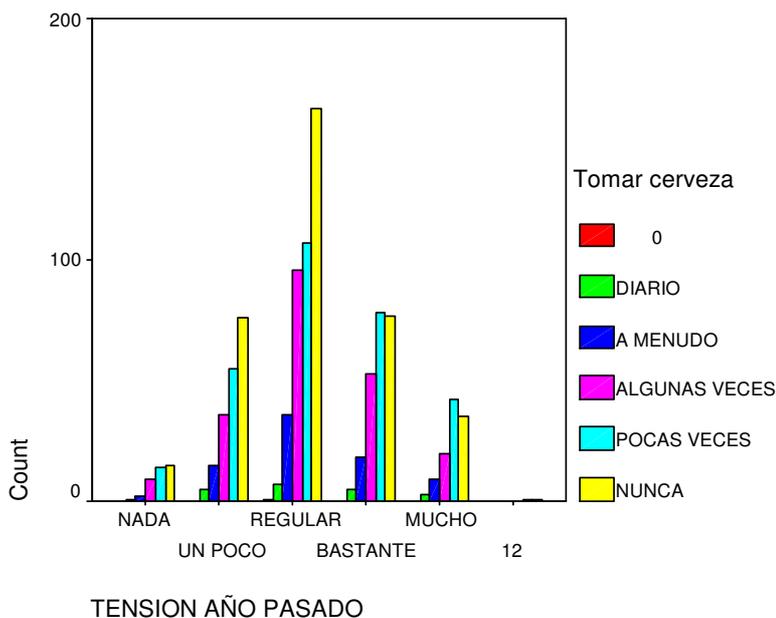


Figura 7. Esta figura representa la frecuencia del hábito de tomar cerveza (33, FS) y el estrés global (18, FP).

De acuerdo a la frecuencia de tomar cerveza en estado de estrés, tomando en cuenta la tensión de 410 personas el año pasado de forma regular, 7 personas refirieron tomar cerveza diario, 36 a menudo, 96 algunas veces toman, 107 pocas veces toman cerveza y 163 personas nunca toman cerveza estresadas.(Ver figura 7)

**TENSION AÑO PASADO \* Tomar vino**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.059	.032	-1.842	.066
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.067	.033	-2.092	.037
N of Valid Cases		980			

Tabla 8. Muestra los puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada que determina la relación entre el hábito de tomar vino (34, FS) y el estrés global (18, FP).

Al determinar la correlación de tomar vino con el estrés ( ver tabla 8) se encontraron diferencias significativas ya que se obtuvo una significancia= 0.066, lo cual indica que los datos no son válidos, tomando en cuenta que el nivel manejado es de 0.05 y que las variables no están relacionadas entre sí estadísticamente.

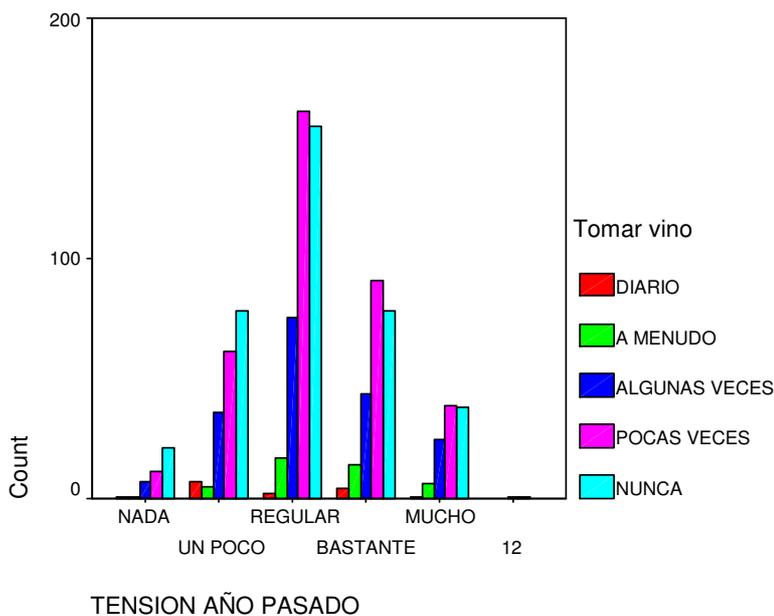


Figura 8. Muestra la frecuencia del hábito de tomar vino (34, FS) y el estrés global (18, FP).

En lo que se refiere a la frecuencia, se observa en la figura 8 de que 410 personas que refirieron estrés regular el año pasado, que 2 diario toman cerveza, 17 a menudo, 75 algunas veces lo hacen, 161 pocas veces y 155 personas nunca toman cerveza. Por lo que confirma los resultados de la Ji cuadrada, las dos variables no se encuentran relacionadas entre sí.

**TENSION AÑO PASADO \* Tomar tequila**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	<b>-.063</b>	<b>.031</b>	<b>-1.973</b>	<b>.049</b>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	<b>-.066</b>	<b>.032</b>	<b>-2.074</b>	<b>.038</b>
N of Valid Cases		<b>980</b>			

Tabla 9. Representa los puntajes obtenidos a partir de la prueba Ji cuadrada que determina la relación entre tomar tequila (35, FS) y el estrés global (18, FP).

De acuerdo a la significancia de las variables de tomar tequila y el estrés global, se logró encontrar un nivel de sig= 0.049 (ver tabla 9), por lo cual se puede decir que los datos son válidos estadísticamente, y que estas mismas variables sí se encuentran relacionadas entre sí.

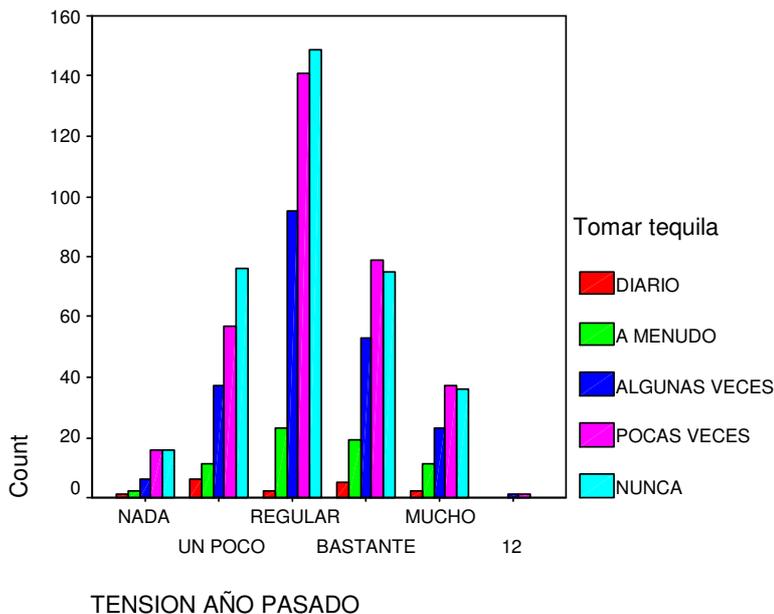


Figura 9. Muestra la frecuencia del hábito de tomar tequila (35, FS) y el estrés global (18, FP).

En lo que se refiere a la frecuencia de tomar tequila durante el año pasado, se observa que de 410 personas que en forma regular toman tequila, 2 lo hacen diario, 23 a menudo, 95 algunas veces, 141 personas toman tequila pocas veces y 149 nunca ingieren tequila (ver figura 9). Los resultados arrojan datos que inclinan a pensar que existe una relación consistente entre ambas variables, sin embargo, es importante mencionar que aunque no es determinante, esto mismo lo confirma la aplicación de la ji cuadrada (ver tabla 9), mostrando que la gente toma tequila cuando está estresada.

**TENSION AÑO PASADO \* Usar drogas**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.021	.028	-.669	.504
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.026	.031	-.826	.409
N of Valid Cases		980			

Tabla 10. muestra los puntajes y significancia obtenida en la ji cuadrada para establecer la relación entre el hábito de usar drogas (36, FS) y el estrés global (18, FP).

En la aplicación de la Ji cuadrada para determinar la relación entre usar drogas y estrés se alcanzó una sig= 0.504, lo que indica que no hay relación entre el usar drogas y el estrés, ya que 376 personas de 410 mencionaron no usar drogas y 17 que pocas veces cuando están estresadas regularmente (ver tabla y gráfica 10).

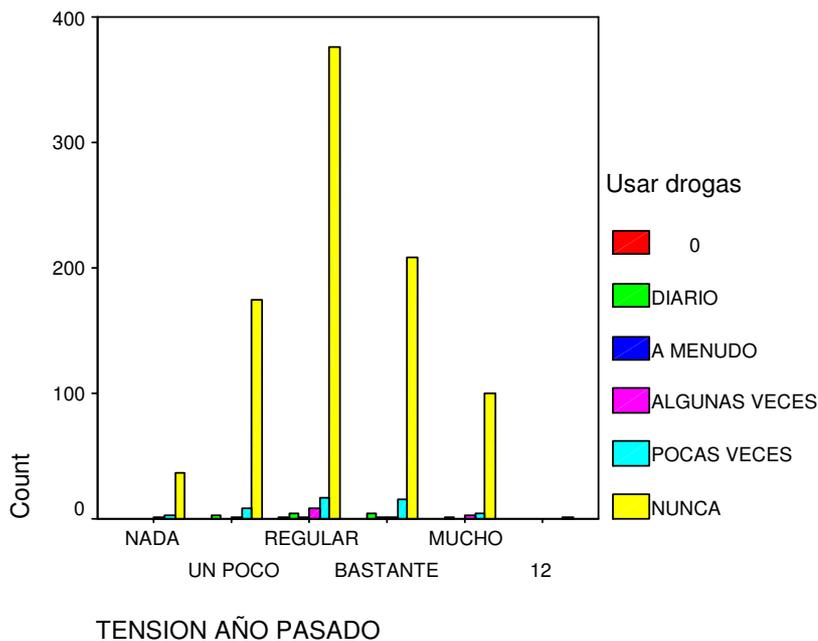


Figura 10. Muestra la frecuencia del hábito de usar drogas (36, FS) y el estrés global (18, FP).

## **CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Hoy en día hemos podido darnos cuenta que nuestra conducta, nuestros estados psicológicos, nuestros comportamientos inadecuados y el mismo contexto juega un papel de suma importancia con respecto a morbilidad y mortalidad de nuestra sociedad. Hoy por hoy, las enfermedades infecciosas adquieren un valor menor.

La salud de los individuos depende en gran medida de comportamientos tales, como adoptar hábitos saludables. Así mismo algunas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos juegan un papel importante en nuestra salud.

El bienestar de los individuos se encuentra basado en los sentimientos y emociones, ya que éstos pueden repercutir de modo positivo o negativo. Precisamente es el estrés el estado psicológico que más influye negativamente sobre nuestra salud, ha llegado a ser un fenómeno social importante que preocupa a muchos especialistas, en las sociedades modernas de una forma mortífera y mórbida, se ha hecho más refinado, esencialmente psicoemocional.

Dado lo anterior se llevó a cabo la presente investigación que se enfocó principalmente a examinar los hábitos negativos que influyen en el estrés en el desarrollo del estrés, encontrándose que la población en general reportó llevar a cabo hábitos negativos que propician un nivel de estrés regular.

En relación a los hábitos alimenticios de las personas en las sociedades desarrolladas han pasado de los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo a los estragos derivados de exceso en las últimas décadas. Una nutrición correcta es importante para lograr un estado saludable. De hecho la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia. Es por ello que los profesionistas de la salud han demostrado su mayor preocupación por el papel de los hábitos alimenticios que exacerbaban los

problemas relacionados como las enfermedades cardíacas y más recientemente el cáncer (Greene, 1988).

Es frecuente en las personas hábitos negativos, esto es, abuso de sal, consumo de comida chatarra y grasas, pudiéndose observar esto en los datos encontrados en esa investigación. Esto podría deberse a que la gente no se percata de que los efectos de este consumo inadecuado repercuten en la salud a largo plazo.

Por otra parte en todo el mundo, el incremento de los sistemas de transporte ha sido y sigue siendo un elemento vital para coadyuvar en el desarrollo económico. Sin embargo alguno de los efectos laterales no deseados es el crecimiento del tráfico, accidentes, defunciones y lesiones ocasionados por el individuo. Debido a lo anterior se llevó a cabo una conferencia en nuestro país de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre accidentes de tráfico. Concluyendo que la conducta de los usuarios de carreteras era el principal factor que contribuía a la mayoría de los accidentes (OMS, 1984).

De acuerdo a los hábitos de seguridad en particular manejar sin respetar el límite de velocidad, Tapia (1994) menciona que generalmente se debe a exhibicionismo, irresponsabilidad y desprecio por la vida tanto del conductor como de los demás. Las muertes por accidentes persisten como la tercera causa de muerte en los países desarrollados.

En de suma importancia señalar que la población participante si respeta los límites de velocidad lo cual nos indica que probablemente existe en cierta medida una concientización respecto a los comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles.

En lo que se refiere al hábito negativo de consumir tabaco, en México la frecuencia de fumadores varones es notoriamente más alta (44.9%) que la de mujeres (16.3%) es decir, indicando que 43 de cada 100 varones se encuentran

expuestos al riesgo de la adicción al tabaco mientras que sólo 16 de cada 100 mujeres se encontraron en la misma situación.

Los datos mencionados en el análisis realizado, nos muestra que sí existe una relación entre el consumir tabaco y el estrés, como bien se sabe, este es uno de los hábitos negativos que dañan más la salud, tomando en cuenta que por desgracia el fumador no se percata oportunamente del daño, hasta que lamentablemente ya está hecho. Los daños más notables por consumir tabaco son: cáncer de pulmón, bronquitis crónica, enfisema pulmonar.

Un aspecto que adquiere gran importancia es el consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, los destilados, vinos de mesa y licores) en los países latinoamericanos. El consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo conduce al alcoholismo; siendo éste el mayor problema de salud, tanto social, como económico. El síndrome de dependencia de alcohol incluye distintos tipos de manifestaciones en la conducta que se caracterizan por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia.

Algunos factores psicológicos que podemos incluir son la necesidad de consuelo para la ansiedad, baja autoestima, conflictos en las relaciones personales, estilos de vida estresantes, etc. De acuerdo a los datos obtenidos se mostró que el tomar cerveza y vino no están relacionados con el estrés estadísticamente, pero el tomar tequila si se encuentra relacionado, pudiéndose deber a que las personas argumentan que “beben para olvidar los problemas”.

Según información del INEGI en el 1998, se enfatiza que en nuestro país predomina el consumo ocasional pero excesivo, lo que se asocia a episodios de embriaguez que pueden vincularse con problemas como accidentes y violencia; ya que 76.9% de varones consumen alcohol y el 8.7% no lo ha consumido, en el caso de las mujeres el 44.7% bebe alcohol y el 33.7% nunca lo ha consumido.

De acuerdo al uso de drogas, es notable que en la actualidad es uno de los problemas sociales de salud pública más importante, dicho fenómeno repercute en la conducta de cada individuo.

En México el uso de drogas, está afectando a grandes sectores de la población, ya que poco más de 5 de cada 100 personas entre 12 y 65 años de edad residentes en localidades urbanas han utilizado alguna droga alguna vez en la vida (SSA, 1999).

Con respecto a los datos obtenidos en la presente investigación, se encontró que la mayoría de la población regularmente no consume drogas cuando está estresada, lo cual nos indica que no hay relación entre el uso de drogas y el estrés. Esto puede deberse a que las personas que hacen uso de las drogas encuentran en ellas un escape de sus presiones, un alivio al dolor, al desamor, a la falta de comunicación o simplemente por imitación.

Tomando en cuenta que las conductas de salud son importantes, no sólo porque están implicadas en los procesos de salud y enfermedad sino también porque con mucha facilidad tienden a convertirse en hábitos y tomando como referencia los resultados descritos anteriormente, es de vital importancia mencionar y fomentar la promoción y educación de la salud en la población, tomando en cuenta sus características, necesidades y creencias como son:

- ❖ Campañas publicitarias a través de la radio, televisión, volantes, carteles, etc.) sobre el efecto de los hábitos negativos (fumar, beber, comer en exceso) sobre la salud con relación al estrés.
- ❖ Concientización de los efectos del estrés con un enfoque biopsicosocial.
- ❖ Promover alternativas sobre la adquisición y mantenimiento de hábitos de salud (realizar ejercicio, técnicas de relajación, nutrición adecuada, etc.).
- ❖ Promover técnicas de relajación (ver capítulo 3) para la disminución del estrés.

- ❖ Fomentar talleres, cursos o programas de prevención de hábitos negativos de la salud en niños, adolescentes y adultos.
- ❖ Promover alternativas sobre la adquisición y mantenimiento de hábitos de salud ( realizar ejercicio, técnicas de relajación, nutrición adecuada, etc.).

La presente investigación es sólo un mínimo bosquejo a la gran variedad de problemas que sufre la población en general provocados como antes se mencionó por hábitos negativos, por la cultura o por los mismos valores, sin embargo, sería importante y muy significativo continuar con investigaciones que como psicólogos nos corresponden no perdiendo de vista nuestra labor: determinar relaciones entre el ambiente y los comportamientos, así como identificar y proponer medidas preventivas que permitan a su vez mejorar la salud de la población, ya que somos parte de ella.

**ANEXO**

### 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 para 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? Aún cuando no lo haya concluido.

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 1, ¿Que acciones realizaría en respuesta a una enfermedad? Señale el número que más se acerca a su respuesta

NO	probablemente	regular	probablemente	SI
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. ¿Acercarse a Dios?					
3. ¿Avisarle a sus amigos?					
4. ¿Evitar ponerse tenso?					
5. ¿Ir a que le hagan curaciones espirituales					
6. ¿Ir al doctor o al hospital?					
7. ¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar					
8. ¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo					
9. ¿Obedecer todas las indicaciones del médico?					
10. ¿Pedir el consejo de sus amigos?					
11. ¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual?					
12. ¿Quedarse en cama?					
13. ¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas?					
14. ¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?					

AA AP AM AE PT

	AA	AP	AM	AE	PT
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5



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


TN

TE

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

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

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

EA VS VL CP CS HI




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

Ninguno    Un poco    Regular    Bastante    Mucho  
1            2            3            4            5

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

AO    AI    AT


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

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

--

Ninguno    Un poco    Regular    Bastante    Mucho  
1            2            3            4            5

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

AO    AI    AT


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

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

--

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

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

AO    AI    AT


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

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

--

TS =  =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

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

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

IN




## FUNCIONAMIENTO DE SALUD

<b>RESPUESTA A ENFERMEDAD</b>		
AA	AUTOAYUDA	4, 7, 12
AP	AYUDA PROFESIONA	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8
<b>HABITOS DE SALUD</b>		
HP	HABITOS POSITIVOS	17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38
HN	HABITOS NEGATIVOS	15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 34, 35, 36.
<b>HISTORIA DE SALUD</b>		
ST	SALUD TOTAL	40
SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRONI.	41
IE	IMPEDIMENTO ENF. C.	42
<b>USO DEL SECTOR SALUD</b>		
VD	VISITA DOCTOR	43
TN	TRATAMIENTO HOSPL.	44
TE	TRATAMIENTO EMER.	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8
<b>CREENCIAS Y ACTITUDES SAL</b>		
EA	AUTOEFICIENCIA	50, 61, 62, 64
VS	VIGILANCIA SALUD	46, 47, 53, 59, 65
VL	VALORES DE SALUD	52, 55, 63, 68
CP	CONFIANZA AL PER.	49, 56, 57, 58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51, 66, 67
HI	HIPOCONDRIA	48, 54, 60, 69

**FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL**

<b>ESTRÉS DE VIDA</b>		
NE	NUMERO DE EVENTOS ESTRESANTES	
EP	ESTRÉS PERCIBIDO	1 a 17
EG	ESTRÉS GLOBAL	18
<b>AFRONTAMIENTO</b>		
HA	TOTAL AFRONTAMIENTO	19 a 24
<b>APOYO SOCIAL</b>		
TS	TOTAL APOYO SOCIAL	
AO	APOYO EMOCIONAL	28, 29, 30
AI	APOYO INFORMATIVO	25, 26, 27
AT	APOYO TANGIBLE	31, 32, 33
IN	INTERCAMBIO NEGATIVO	34, 35, 36, 37
<b>SALUD PSICOLÓGICA (ESTRÉS PSICOLÓGICO)</b>		
TT	TENSIÓN TOTAL	
CA	CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO	38, 52, 55
CU	CULPABILIDAD	39, 51, 54
LM	LENTITUD MOTORA	44, 49, 57
EE	ESTADO ANSIOSO	41, 47, 50
QS	QUEJA SOMATICA	46, 48, 53
DC	DISTURBIO COGNITIVO	40, 43, 58
SV	SATISFACCIÓN DE VIDA	42, 45, 56 55

## BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, B. G. (1980). Medicina y Magia. México. Edit. Instituto Nacional Indeginista. Pag. (11-35).

Amigo, V. I. y Fernández, R. C. (1998). Manual de Psicología de la salud. Madrid. Ed. Pirámide. (37-57).

Ardilla, R. (2000). Prevención primaria en Psicología de la Salud. En: Oblitas, Vázquez y Becoña (Eds). Psicología de la salud. México Plaza Valdez.

Bayes, R. (1979). Psicología y medicina; interacción, cooperación y conflicto. Barcelona, Edit. Fontanella.

Becoña, E; Vázquez, F. y Oblitas, L. (1995). Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. Psicología Contemporánea. Vol. 2 No. 1: pp 101-111.

Belar, C. D., Wilson, E. y Hughes, H. (1982). Health psychology Training in doctoral psychology programs. Health psychology. Vol. 1.3. New York.

Bellamy, A. (1995). Desarrollo duradero en el ámbito de la salud. Promoción y educación. En revista internacional de promoción de la salud y educación para la salud. Vol. 11, No. 4.

Belloch, A. (1989). Conducta de salud y conducta de enfermedad. Ed: E. Ibáñez y A. Belloch. Psicología y medicina. Valencia, Promolibro.

Berstein, D. (1988). Introducción a la psicología clínica. México. Edit. Mc Graw Hill. Pag. (3-24).

Brannon, J. y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. Ed. Paraninfo. España. Pag. (150-156).

Buceta, J. M. Y Bueno, P. P. (1993). Las nuevas aplicaciones de la psicología de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud. En: J. Buceta (ED), Modificación de la conducta y salud. España, Madrid: UNED.

Buela-Casal, G.; Caballo, V. E. Y Sierra, J. C. (1996). Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud. España. Edit. Siglo XXI. Cap. 1.

Cortés, V. E. T Ramírez, G. M. (1998). Propuesta de una aproximación a la salud. Alternativas en Psicología . No. 5. pag. (18-30).

Costa, M., López, E. (1998). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. España. Edit. Pirámide.

Hunt, W. A.; Matarazzo, J. D.; Weiss, M. S. y Gentry, W. D. (1979). Associative learning, habit and health behavior. Journal of Behavior Medicine, 2, III. 123.

Latorre, P.J. y Beneit, M. P. (1994) Psicología de la salud. Argentina. Edit. Lumen.

Latorre, J. Y Beneit, P. (1992). Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina, Edit. Lumen.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and Behavioral Medicine. Frontiers of a new health psychology. American psychology. En Ramírez, M. (1999). Resumen del proyecto *Psicología de la salud en México: Comportamientos relacionados a la salud-enfermedad; Papel del psicólogo*. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. De Méx. México.

Morales, C. F. (1999). Introducción a la Psicología de la salud. México. Edit. Paidós.

Oblitas, L. A.; Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. Plaza y Valdés, México.

Palacios, V. J. y Gómez, M. E. (1993). Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud. Facultad de Psicología. UNAM.

Phares, E. J. (1996). Psicología clínica: conceptos, método y práctica. México, Manual moderno.

Phares, E. J. (1999). Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica. Ed. Manuel Moderno. México.

Ramírez, G. E. M. M. Y Cortés, E. B.(1999). Mecanograma. Pág. (79-101).

Ramírez, M. (1999). Resumen del proyecto: Psicología de la salud en México: Comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala, Edo. De Méx. México.

Ribes, E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona. Martínez Roca.

Ribes, E. (1991). Psicología y salud: un análisis conceptual. México. Edit. Trillas.

Rodríguez, G. y Palacios, J. (1998). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En Urbina, J. (ed). El psicólogo formación y ejercicio (473-481). México, D. F. UNAM.

Rodríguez, G.; Hernández, R, y Ramos, T. Panorama preliminar del estado de la investigación en psicología de la salud en Latinoamérica, en Palacios, J, y Lucio, E. (eds) Congreso Internacional de Psicología y Salud (1993). UNAM. México.

Rodríguez, G. Y Rojas, M. (1996). Psicología de la salud en América latina. México, D. F. Facultad de Psicología. UNAM.

Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). Introducción a la Psicología Clínica. México. Edit. Graw Hill. Pag. (3-24).

Serafino, E. P. (1994). Health psychology: Biopsychosocial interactions. New York, Jhon Wiley & Sons.

Schwartz, G. (1977). Biofeedback and patterning of autonomic and central processes: CNS cardiovascular interactions. In Schwartz, G. y Beatty, (1977). Biofeedback: Theory and research. New York Academic Press.

Schwartz, G. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine. Journal of consulting and clinical psychology. En Ramírez, M. (1999). Resumen del proyecto *Psicología de la salud en México: Comportamientos relacionados a la salud-enfermedad; Papel del psicólogo*. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. De Méx. México.

Seyle, H. y Bensabat, S. (1994). Stress. Grandes especialistas responden. España. Ed. Mensajero.

Simón, M. A.(1999). Manual de Psicología de la salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Ed. Biblioteca Nueva. Universidad. España.

Smith, R. Sarason, I. y Sarason, B. (1984). Psicología. Fronteras de la conducta. Harla. México (507-609)

Stone, G.C.(1979). Psychology. Algunas consideraciones sobre Psychology and the health system. In G.C. Stone, F. Cobery, N. E. Adler (Eds) Health Psychology. San Francisco, C. A. Jossey, Bass.

Stone, C. G. (1998). Psicología de la salud: una definición amplia. Revista Latinoamericana en Psicología. Vol. 20, 1 15-26.

Urbina, J. Y Rodríguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. En: Palacios, J. Y Lucía E. (eds). Primer congreso Internacional de la Psicología de la Salud. (349-359). Facultad de Psicología. UNAM.

Taylor, S. E. (1986). Health psychology. Nueva York. Edit. Random house.

Torres, B. y Edts. (1998). Manual de autocontrol del estrés. México. UNAM.

Vargas, A; Palacios, A. V. (1993). Educación para la salud. México, Interamericana.

Velásquez, C. M. (2001). Psicología de la salud. Estrés y afrontamiento. Tesis de Licenciatura Psicología, FES, Iztacala.