



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

Facultad de Psicología

Intervención Psicológica en Pacientes Crónico  
Degenerativos Adulto Joven

TESINA

Que para obtener el grado de

Licenciada en Psicología  
PRESENTA

Eva Sánchez Torres



Director de Tesina: Lic. Jorge Álvarez Martínez

México D.F.

Abril del año 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

La protección más importante contra la enfermedad era, según la tradición médica hipocrática, la moderación y una vida sana. Lo natural en una persona es estar sana. Cuando surge una enfermedad, es por que la naturaleza se ha “descarrilado” a causa de un desequilibrio físico o psíquico. La receta para estar sano era la moderación, la armonía y “una mente sana en cuerpo sano”.

Jostein Gaarder, 1995.

Existen muchas formas de apartarse de un camino, de una persona o de una situación.....e igualmente son muchas las maneras de volver. Seguir hasta lo que creemos un limite y luego....avanzar un paso más.

Hoy por mi mente pasan los nombres de todas aquellas personas a las cuales agradezco su presencia en mi vida y que están involucradas en la conclusión de este gran trabajo.....en primera instancia los pilares de mi existencia que con carácter, amor y sabiduría, han acompañado mi crecimiento personal y profesional, en ocasiones sorprendiéndonos por los resultados y también enfrentando las adversidades que nos ayudan a ser fuertes.....Mi Abue, mis Padres, mis Hermanos.....y los regalos de Dios.

En el transcurso de mi vida he llevado la fortuna de conocer a mucha gente especial, que ha influido en cierta medida, para que sea la persona y profesionalista que soy. Desde familiares, amistades hermanadas, profesores, colegas, pacientes, hasta aquellos que por designios del destino no se encuentran físicamente, pero que cruzaron y habrán de cruzar en mi camino y que son partícipes de la continuidad de mis proyectos.

Con todo mi amor, gratitud y reciprocidad de deseos, a todos ustedes mi recuerdo agradecido.

Te siento, cada palabra la imagino  
poniéndola en mi pensamiento,  
llevándola poco a poco  
a través de mis sentimientos, intentando tocar  
lo que sientes en este momento.

# **Intervención Psicológica en Pacientes Crónico Degenerativos Adulto Joven**

## **I n d i c e**

### **Introducción**

<b>1.- Antecedentes</b>	<b>7</b>
<b>2.- Enfermedades Crónico Degenerativas</b>	<b>17</b>
<b>2.1.- Hipertensión Arterial</b>	<b>22</b>
<b>2.2.- Diabetes</b>	<b>29</b>
<b>2.3.- Cáncer</b>	<b>34</b>
<b>3.- Adulto Joven</b>	<b>40</b>
<b>4.- Intervención Psicológica en Trastornos de la Salud</b>	<b>54</b>
<b>5.- Propuesta</b>	<b>65</b>
<b>6.- Conclusiones</b>	<b>71</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>76</b>

## INTRODUCCION

Cada 4 de 5 personas que nacen hoy habrán de morir de una enfermedad crónica (Secretaría de Salud Pública, SSP., 2002). Uno de los factores importantes para el adecuado seguimiento del tratamiento médico del paciente con una enfermedad crónica degenerativa, es obtener en gran medida la habilidad, responsabilidad y conocimiento para vivir una situación de tratamiento. Tomando en cuenta que el control de la enfermedad más que el hecho de tomar los medicamentos, involucra una serie de actitudes frente a la misma, que depende en parte sumamente importante del conocimiento que tiene el enfermo y sus familiares, aspectos sobre los que la intervención psicológica ejerce uno de los papeles con mayor importancia.

No existe novedad en concebir al ser humano como una entidad biopsicosocial, sin embargo existe la necesidad de reflexionar sobre la congruencia de la atención de los sistemas de salud y este concepto, en la práctica diaria los profesionales de la salud se enfrentan a estos seres humanos con ciertos padecimientos, mismos que tienen manifestaciones orgánicas y son tratados de la misma manera, no obstante existen fenómenos antes, durante y después de la enfermedad que están mediando dicho proceso (tales como el estilo de vida, el afrontamiento a la enfermedad, estrés, depresión, medios sociales y de apoyo, etc. ) y que dependen en gran medida de aspectos psicológicos y sociales, dando como resultado un complejo vínculo entre fenómenos orgánicos y psicológicos. Organización Mundial de la Salud, OMS., 2005).

Desde la psicología, la enfermedad crónica degenerativa es más que un estado patológico de la persona es una nueva condición a la cual tendrá que hacer frente y adaptarse de la mejor manera posible para mantener y/o elevar la calidad de su vida. (Casullo, 1996).

De manera general el objetivo de este trabajo es realizar una investigación acerca de la existencia de las formas de intervención psicológica en México con pacientes adultos jóvenes que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa y realizar una propuesta sobre estrategias de intervención, donde

el planteamiento principal es el conocimiento y aceptación de la enfermedad y la mejor adherencia a un tratamiento médico en beneficio de su salud mental y física.

Se han realizado estudios sobre la intervención con pacientes crónicos, pero comúnmente estas investigaciones se refieren a personas en edad adulta en la que de cierta manera ven la llegada de la enfermedad como una consecuencia del paso del tiempo, así mismo la aceptación y conocimiento va más allá de lo particular y llega de manera que pudiera decirse familiar, ya que la persona que está encargada de los cuidados del paciente es el influyente para el grado que este tenga de adherencia al tratamiento. (Rodríguez, 2002).

La intervención de los psicólogos puede ser la ayuda inmediata que necesitan las personas en situación de crisis, para recobrar una estabilidad. En un tipo de intervención a corto plazo, y centrado en la seguridad o equilibrio perdidos.

El trabajo del psicólogo brindando la escucha para hacer menos pesada la aflicción y permitir la descarga de emociones reprimidas, es la técnica que en situaciones de crisis, brinda el apoyo emocional y contiene a las personas que así lo requieren, ayudando a trabajar la problemática, con la finalidad de emerger de la crisis y habilitarlos para establecer o reestablecer una vida con significados. (Buceta, Bueno, Mas, 2001).

La manera de reaccionar ante las crisis y eventos traumáticos son nuestras respuestas a manera de protesta ante situaciones anormales. No existe un precedente que pueda revelar las formas de reacción específicas ante las crisis de las personas.

Tras el transcurso de la vida la etapa conocida como Adulto Joven, pareciera que no encaja en ninguna de las hasta hoy conocidas propuestas de intervención, ya que es más conocido un trabajo para personas adultas o para niños, pero no para esta población en especial, y el interés radica, en proponer dentro de lo que es la propuesta una opción dirigida a esta población, saberse

atendida con un programa totalmente enfocado a las necesidades y características propias de su edad.

# CAPITULO 1

## Antecedentes

Hace ya varias décadas que se habla de las enfermedades crónicas, y para beneplácito de las sociedades, de las personas en particular y sobre todo de aquellas personas que padecen alguna de estas enfermedades que existen, las ciencias dedicadas a su estudio han alcanzado grandes avances tanto para la prevención como para el tratamiento, y esta actitud más que una lucha, es un crecimiento, adquiere riquezas desde diferentes teorías y materias, generalmente se podría hablar solo del área de la medicina y ahora existen planes de organización de trabajos en grupos y con un objetivo común la plena salud de las personas. Hoy en día hay muestra de que el impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida y ha alcanzado numerosos países de ingresos bajos y medios, la necesidad de estar en el continuo de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante. (Morales, Jose, Haiko, 2004).

El problema abarca cantidades negativas el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se da en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes están afectando en igual número a hombres y mujeres. La amenaza es cada vez mayor y también el número de personas, familias y comunidades que se ven afectadas está aumentando. (OMS, 2005).

No se puede estar viviendo en la incertidumbre y aunque lamentablemente existan personas que no tienen una vía segura a la información es por ello que también las organizaciones dirigidas a estudios e investigaciones de estas enfermedades crónicas, dentro de las posibilidades realizan arduo trabajo en clarificar la información, ya que como historias y leyendas, en comunidades muy arraigadas a su no conocimiento, se van creando malentendidos generalizados y cuya labor es ir desmintiendo con la realidad.

Existen varios malentendidos que han contribuido a que las enfermedades crónicas queden relegadas a un segundo plano y sea tardía una intervención favorable, la idea de que esas enfermedades son una amenaza remota y menos importante y grave que algunas enfermedades infecciosas no resiste el análisis de los hechos.

La información más general y a la cual tiene mayor acceso la población, se refiere a que las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad, en números a nivel mundial, existe un aproximado de que 35 000 000 de personas murieron de enfermedades crónicas en 2005. Estas enfermedades crónicas son las más conocidas por su expansión, en todos factores como mal, causa de mortalidad, dedicación en tiempo de estudios, etc. Son y destacan las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y los accidentes cerebrovasculares. También están las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad. (SSP, 2002).

Del total de 58 millones de defunciones previstas en el año 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones correspondieron a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales. (OMS, 2005)

En revisión de datos estamos hablando de que el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas, así mismo, nos dicen que Los países más pobres, son los más afectados. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de ingresos bajos y medios que son donde vive la mayor parte de la población mundial, y sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos. Estas enfermedades crónicas vistas como un problema son causantes de graves repercusiones

Principales consecuencias de las enfermedades crónicas:

- tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados;
- es causa de muertes prematuras;
- tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Es por estas consecuencias que también las graves repercusiones, son un parteaguas en la sociedad, al menos \$558 000 millones es la suma que se estima que perderá China durante los próximos 10 años como resultado de las defunciones prematuras causadas por las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes. (OMS, 2005).

Los factores de riesgo generalizados tienen entre sus estudios, que 1000 millones de personas tienen exceso de peso, uno de los principales factores que tiende a desencadenar la aparición de estas enfermedades, por tanto, las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan:

- una alimentación poco sana;
- la inactividad física;
- el consumo de tabaco.

Reflejado en cifras cada año, como mínimo:

- 4,9 millones de personas mueren de resultas del tabaco;
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
- 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados;

- 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada. (OMS, 2006)

De tal modo a este grupo de enfermedades también se les ha asignando una característica y es la de ser una amenaza creciente. Se prevé que las defunciones por el conjunto de enfermedades infecciosas, dolencias maternas y perinatales y carencias nutricionales disminuirán en un 3% durante los próximos 10 años, y que las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán un 17% en ese mismo periodo. Eso significa que de los 64 millones de personas que fallecerán en 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas, a menos que se tomen medidas urgentes. Lo que equivale a estar hablando de 388 millones de personas que morirán en los próximos 10 años de una enfermedad crónica. (SSP, 2002).

Tanto en el ámbito mundial, como a nivel interno en cada país, aun es insuficiente la respuesta buscada o mejor dicho la solución, Pese a algunos éxitos mundiales, como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), que constituye el primer instrumento jurídico destinado a reducir las defunciones y las enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo, las actividades internacionales de salud y desarrollo han descuidado en general las enfermedades crónicas. Además, este tipo de enfermedades que son la principal causa de morbimortalidad en adultos en todas las regiones del mundo, no figuran como pendientes importantes entre las metas mundiales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sin embargo, como se reconoce en una publicación reciente de la OMS sobre la salud y los ODM, es posible incluirlas en el Objetivo 6 (Lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades). La salud entendida en sentido más amplio, incluida la prevención de las enfermedades crónicas, contribuye a la reducción de la pobreza y por lo tanto al Objetivo, donde se esta hablando de erradicar la pobreza extrema y el hambre, la salud y los objetivos de Desarrollo del Milenio, (OMS 2005). En respuesta a sus necesidades, varios países han adaptado ya sus metas e indicadores de los ODM para incluir las enfermedades crónicas y/o sus factores de riesgo; en la parte en la que se hace referencia a esto. (OMS, 2005).

En el presente estudio se habla de que las enfermedades crónicas dificultan el pleno desarrollo y crecimiento de una población en específico que son los adultos jóvenes, y sé que a nivel nacional estas repercusiones están en lo económico y reducen el potencial de desarrollo del país, y esto se aplica de forma general en especial a los países de rápido crecimiento económico, sin embargo, es importante es importante que en todos esos países con estas características como en México la prevención se aborde en el contexto de las actividades internacionales de salud y desarrollo, incluso en países menos adelantados, que están experimentando un repunte de los riesgos de enfermedades crónicas y de las defunciones asociadas.

Continuando con los malentendidos que han contribuido a que las enfermedades crónicas quedaran relegadas a un segundo plano. La idea de que esas enfermedades son una amenaza remota y menos importante y grave que algunas enfermedades infecciosas no resiste el análisis de los hechos. Por ejemplo el creer que las enfermedades crónicas afectan principalmente a los países de altos ingresos es una creencia generalizada que las enfermedades crónicas afectan principalmente a este ideal de países, la realidad es que cuatro de cada cinco muertes por enfermedades crónicas se dan en países de ingresos bajos o medios como ya se ha mencionado. Otro de los grandes errores esta en el considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas mayores. (SSP, 2002).

Se suele pensar e imaginar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de la llamada tercera edad o adulto en plenitud, pero actualmente sabemos que casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente, en personas de menos de 70 años, y una cuarta parte de esas defunciones se dan en personas de menos de 60 años.

En los países de ingresos bajos y medios, los adultos de edad madura son especialmente vulnerables a las enfermedades crónicas. En estos países las personas tienden a desarrollar enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo a menudo con complicaciones prevenibles y fallecer antes que en los países de altos ingresos.

El sobrepeso y la obesidad infantiles son un problema mundial en aumento. Alrededor de 22 millones de menores de cinco años presentan exceso de peso. Los casos de diabetes tipo 2 entre niños y adolescentes que se veía como algo insólito en el pasado han empezado a incrementarse en todo el mundo. Por lo tanto entre las correlaciones hechas se dice que las enfermedades crónicas son el resultado de "modos de vida" poco sanos.

La población cree que, si una persona desarrolla una enfermedad crónica como consecuencia de un modo de vida poco saludable, no debe culpar de ello a nadie excepto a sí mismo. La verdad es que la responsabilidad individual sólo puede ejercerse plenamente cuando los individuos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables. La intervención de un equipo de salud es crucial para mejorar esta salud y mantener bienestar de las personas así como ofrecer una protección especial a los grupos vulnerables. (Rodríguez, 2002).

Esto debe aplicarse en especial a los niños, que no pueden elegir el entorno en el que viven, ni su dieta ni la exposición pasiva al humo de tabaco. Los niños, además, no pueden entender cabalmente las consecuencias de su comportamiento a largo plazo. Las personas pobres también tienen pocas alternativas a la hora de elegir alimentos, condiciones de vida y acceso a sistema educativo y atención sanitaria. El apoyo a las decisiones de salud correctas, sobre todo de quienes sin él no podrían permitírselas, reduce los riesgos y las desigualdades sociales. (Flores, 2004).

Otra falta es considerar que las enfermedades crónicas no se pueden prevenir, adoptando desde un inicio una actitud pesimista, algunas personas creen que de todas formas no hay nada que pueda hacerse. Cuando en realidad, se conocen perfectamente las causas principales de las enfermedades crónicas, y si se eliminaran esos factores de riesgo se podrían prevenir al menos el 80% de todos los casos de cardiopatía, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2; y lo mismo ocurriría con más del 40% de los casos de cáncer. Por otro lado se considera que la prevención y el control de las enfermedades crónicas son demasiado caros, algunas personas creen que las soluciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas son demasiado costosas para ser viables,

es verdad que se requiera de una adecuada infraestructura para erradicar este mal, pero en realidad, hay toda una serie de intervenciones contra las enfermedades crónicas que son muy costo - eficaces en todas las regiones del mundo, muchas de esas soluciones no sólo son muy costo - eficaces, sino también baratas. Los componentes ideales de la medicación que previene las complicaciones de las cardiopatías, por ejemplo, ya no están sujetos a patente y podrían producirse por poco más de un dólar al mes. (OMS, 2005). Otra serie de malentendidos son los que se derivan de un desinterés por hablar con la verdad. En estos casos el componente verdadero se distorsiona y se transforma en una afirmación burda y falsa. Como proceden de un dato cierto, esas medias verdades son algunos de los malentendidos más comunes y persistentes. Seguidamente se refutan dos medias verdades bastante extendidas. En cualquier población hay siempre un cierto número de personas que se desvían de las características típicas de la gran mayoría. En el caso de las enfermedades crónicas, se distinguen dos tipos fundamentales:

- personas con muchos factores de riesgo de enfermedades crónicas, pero que no obstante disfrutan de una larga vida sin problemas de salud;
- y personas con pocos o ningún factor de riesgo de enfermedades crónicas, y que pese a todo desarrollan una enfermedad crónica y/o mueren de complicaciones a una edad temprana. (Brannon, Fiest, 2000).

Esos casos son inevitables, pero también poco comunes. La gran mayoría de las enfermedades crónicas pueden atribuirse a factores de riesgo comunes y pueden prevenirse eliminando esos riesgos. Otro grave malentendido y adoptado a manera de resignación ante la falta de ayuda es decir, "De algo nos tenemos que morir", sin duda, todos nos morimos de algo, pero la muerte no tiene por qué ser lenta, dolorosa o prematura. La mayoría de las enfermedades crónicas no provocan una muerte repentina. Más bien, su tendencia va por afectar y debilitar al paciente de forma gradual, sobre todo si no son objeto de un control correcto. La muerte es inevitable, lo sabemos, pero no por ello debemos de atribuirnos una vida de mala salud prolongada. La

prevención y el control de las enfermedades crónicas ayudan a las personas a vivir más tiempo y a disfrutar de una vida de la manera más sana y benéfica.

Una de las cosas que si son reales y que es el punto de partida para continuar realizando trabajos, investigaciones y estudios arduos son, la prevención y control, de estas enfermedades crónicas. Los rápidos cambios que amenazan a la salud mundial están exigiendo una respuesta igualmente rápida que ante todo debe estar orientada al futuro, obteniendo resultados en el presente. No es probable que las grandes epidemias de mañana se asemejen a las que hasta ahora han asolado al mundo, gracias a los avances del control de las enfermedades infecciosas. Esta epidemia sobre la que se debe trabajar, como ya lo he mencionado, es de cierta manera «invisible», las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer y otras enfermedades crónicas serán las que en un futuro previsible cobrarán el mayor tributo en forma de defunciones y discapacidad. (OMS, 2005).

Lo realmente seguro es que tenemos ante nosotros un futuro que dedicado al trabajo, pudiera ser esperanzador. Y es que otra de las realidades de hoy día, igualmente bien respaldada por la evidencia, es que ya disponemos de los medios necesarios para prevenir y tratar las enfermedades crónicas y para evitar millones de muertes prematuras y una carga inmensa de discapacidad.

En varios países, la aplicación de los conocimientos existentes ha conducido a grandes mejoras de la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas de mediana y avanzada edad. Por ejemplo, las tasas de mortalidad por cardiopatías se han reducido hasta en un 70% en los tres últimos decenios en Australia, el Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. Esos progresos se han logrado en gran parte gracias a la aplicación de enfoques amplios e integrados que comprenden intervenciones dirigidas tanto al conjunto de la población como al individuo, y que se centran en los principales factores de riesgo, abarcando así varias enfermedades. El total acumulado de vidas salvadas mediante esas reducciones es impresionante.

De aquí que ahora otro desafío está dirigido a que otros países sigan el ejemplo de aquellos donde han implementado estrategias con resultados

benéficos. La prevención de las enfermedades crónicas ha sido un logro alentado por los logros alcanzados en países como Australia, Canadá, los Estados Unidos, Polonia y el Reino Unido, en sus informes se prevé muchos más progresos en los años venideros. el informe ofrece a la comunidad de salud pública una nueva meta mundial: reducir las tasas de mortalidad por todas las enfermedades crónicas en un 2% anual adicional respecto a las tendencias actuales durante los próximos 10 años. Esta audaz meta se añade por tanto a las disminuciones de las tasas de mortalidad por edad ya previstas para muchas enfermedades crónicas la mayoría en los países de ingresos bajos y medios. El logro de esa meta mundial reportaría además grandes beneficios económicos a los países. (Martín, Arquímedes, 2005).

Nunca ha sido en vano el trabajo realizado, cada muerte evitada representa ya un triunfo, y esta meta tiene también otra parte positiva, casi la mitad de esas defunciones evitadas corresponderían a hombres y mujeres de menos de 70 años, y casi nueve de cada 10 de ellas beneficiarían a países de ingresos bajos y medios. Lo que nos indica que los trabajos de prevención y conocimientos oportunos de la enfermedad ayudan al mejor tratamiento. Prolongar esas vidas en beneficio de los interesados, de sus familias y de las comunidades es de por sí el más preciado de los objetivos. Se trata de una meta ambiciosa y audaz, pero no hay que considerarla ni exagerada ni poco realista. A nivel mundial 36 000 000 de vidas se podrían salvar, apoyándose en primeras medidas donde cada país, independientemente de su nivel de recursos, tenga al alcance la posibilidad de introducir mejoras importantes en la prevención y el control de las enfermedades crónicas, y de adoptar medidas para alcanzar la meta mundial. Se necesitan recursos sin duda, pero se pueden conseguir muchas cosas, y los beneficios superan ampliamente los costos. Hay importantes actividades a llevar a cabo en los países en todas las fases de desarrollo. En los países más pobres, muchos de los cuales están experimentando repuntes de los riesgos de enfermedades crónicas, es fundamental que se apliquen políticas de apoyo para reducir los riesgos y frenar las epidemias antes de que se afiancen. En los países con problemas arraigados de enfermedades crónicas se requerirán medidas adicionales no sólo para prevenir los problemas de salud, sino también para manejar las enfermedades y las discapacidades.

Como herederos de las decisiones que tomaron otras generaciones anteriores, las futuras generaciones se verán afectadas a su vez por las decisiones que hoy tomemos. La prioridad sigue estando en invertir para la prevención de enfermedades crónicas.

## **CAPITULO 2**

### **ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS**

Hoy en día es referido un grupo de enfermedades que según la definición del Center for Disease Control de Atlanta, son de “etiología incierta, habitualmente multifactoriales, con largos periodos de incubación o latencia, largos periodos subclínicos y la mayoría de los casos de prolongado rumbo clínico, con frecuencia este tipo de enfermedades se presentan episódicas; sin tratamiento específico alguno y sin resolución espontánea en el tiempo”. A esto debemos agregar, “de etiología transmisible no demostrada fehacientemente (salvo algunos tipos de cáncer), y de gran impacto en la población adulta”. (Sanchez, 2003). Entre ellas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes mellitus, la cirrosis hepática, la enfermedad bronquial obstructiva crónica entre otras.

Dentro de los estudios realizados, las enfermedades cardíacas, son de los principales padecimientos crónicos degenerativos que lamentablemente se están desarrollando con rapidez y representan la primera causa de muerte en México y causa de invalidez, incapacidad y de consumo de recursos en materia de salud. Diversos estudios realizados en México indican que de la población total el 30% padece hipertensión, un porcentaje del 11% es diabético y el 25% tiene obesidad, un factor desencadenante de varios de estos males, como ejemplo de que las enfermedades están apareciendo a una edad temprana cifras revelan que hay 20 millones de hipertensos de los cuales el 75% son menores de 54 años. (SSP, 2002).

Observando datos recientes se ha destacado un aumento en los casos de cáncer a nivel nacional lo que corresponde al incremento anual del 10% en el número de enfermos de los 90 mil casos nuevos de cáncer que se presentan cada año en toda la República Mexicana, al menos 55 mil fallecen, pues la falta de prevención y de diagnósticos oportunos continúan siendo el principal

problema para combatir la mortalidad por tumoraciones malignas, ahora el cancer se ha colocado como la segunda causa de muerte.

Los padecimientos del aparato circulatorio, principalmente el infarto al miocardio y los accidentes cerebrovasculares, son responsables a niveles y de ambito mundial, de aproximadamente 30% de las muertes. Cuantiosos de estos fallecimientos se producen en sujetos menores de 65 años, lo que ahora nos hace considerar una situacion de muerte prematura, tomando en cuenta que el promedio de esperanza de vida actual, suma por lo menos 10 años mas. (OMS, 2005).

Las enfermedades cronicas degenerativas son actualmente, como ya se ha mencionado la principal causa de mortalidad en los paises industrializados desde siglos pasados debido, entre otras razones, a que la esperanza de vida era muy corta y gente tendia a morir antes de llegar a enfermarse de gravedad. Es inevitable mencionar por otro lado el ritmo de vivir tan acelerado y ya cotidiano en las ultimas tres decadas, especialmente en las ciudades, la contaminacion ambiental y la alimentacion asentada en productos industrializados, entre otros factores han atenuado la aparicion y/o temprano desarrollo de estas enfermedades.

Para mayor claridad se considera un padecimiento cronico degenerativo, a aquel que presentado se prolonga por más de seis meses y su severidad es progresiva y discapacitante. (Morales, Jose, Haiko, 2004).

Habitualmente estas enfermedades se relacionan con conductas de las personas y estilos de vida inadecuados para las mismas, como: la alimentacion deficiente, alta en grasas y azucares simples, el tabaquismo el abuso de alcohol y una vida practicamente carente de actividad fisica (Brannon L.& Feist J., 2000).

Tal vez como una esperanza, numerosos de estos padecimientos, tales como: la hipertension, la diabetes y algunos tipos de lupus o cancer, entre otros, pueden intervenirse y controlarse si el paciente lleva a cabo fiel y escrupulosamente el tratamiento medico señalado por el equipo de salud, es

decir, si conserva una adecuada adherencia terapéutica. Sin embargo, el problema habita en que los pacientes chocan con la difícil reeducación y adoptar nuevas rutinas y prácticas como; regímenes medicamentosos complicados, dietas especiales, actividad física, y el mantenimiento de la estabilidad emocional (Sanchez, 2003).

Por tanto las enfermedades crónico degenerativas tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteraciones patológicas no reversibles en la mayoría de los casos, requieren entrenamiento especial del paciente y las personas cercanas a éste para su rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.

Las enfermedades crónicas abarcan lo siguiente:

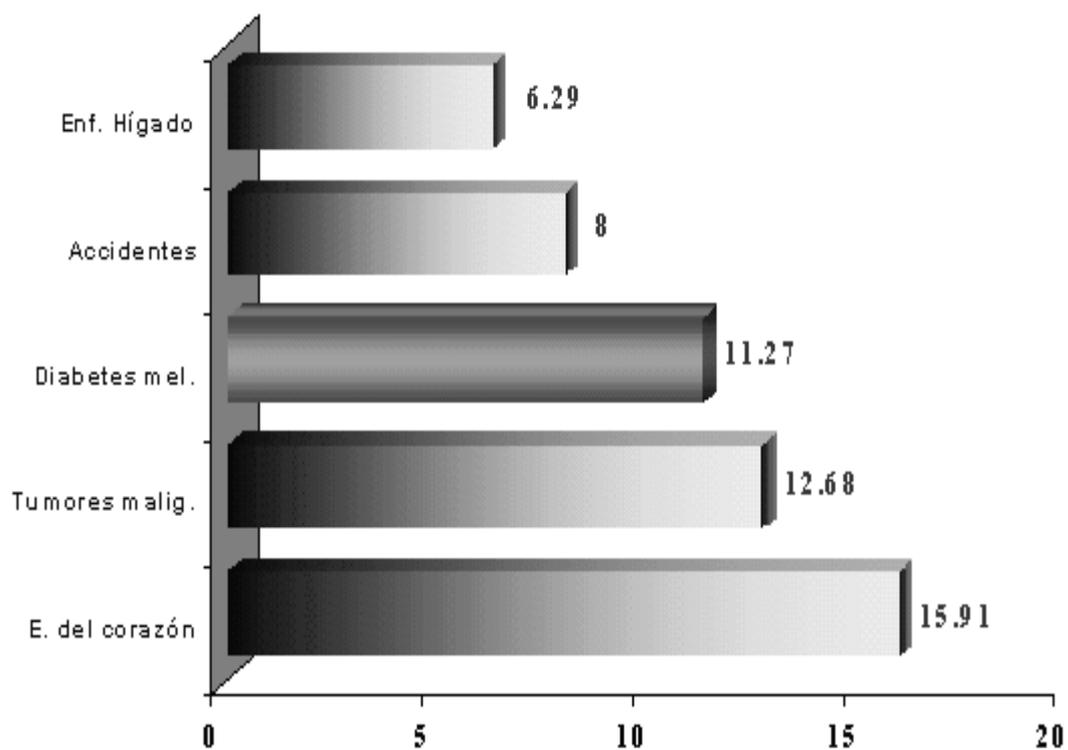
- Enfermedades Cardiovasculares
- Cáncer
- Diabetes
- Trastornos Respiratorios Crónicos
- Trastornos Neuropsiquiátricos
- Trastornos de los Órganos Sensoriales
- Enfermedades Osteomusculares
- Afecciones Bucodentales
- Enfermedades Digestivas
- Trastornos Genitourinarios
- Malformaciones Congénitas
- Enfermedades Cutáneas (Dirección General de Epidemiología, DGEPI 2005).

Y tienen la esencial característica de comenzar, continuar y terminar, ya sea en la mediana recuperación o en la muerte. Para muchas personas este continuar sin fin es el sello particular de ser crónica.

Las medidas del estado de salud de una población son indicadores que cuantifican la larga vida negativa de una enfermedad a partir no solo del

número de muertes que el padecimiento causa sino también por la morbilidad y la consecuente pérdida de la calidad de vida que dicha entidad concibe.

Principales causas de muerte en México 2001



Fuente: SSP, 2002.

## ENFERMEDADES CRONICAS

### 2.1 HIPERTENSION ARTERIAL

Esta enfermedad es un trastorno clínico caracterizado por la elevación sostenida de la presión sanguínea. Se designa secundaria cuando sus causas fisiológicas son visiblemente identificables y primaria o esencial cuando las

causas se desconocen. (López, 2003). Dentro de la evolución de la Hipertensión esencial es, el aumento de la presión sanguínea con frecuencia resulta intermitente, y existe una respuesta opresora exagerada a los estímulos presentados como el frío y la excitación, que en personas sanas, da lugar a un aumento moderado de la presión sanguínea (Buceta, Bueno, Mas, 2001). Se estima que entre el 90 y 95% de los casos de Hipertensión son tipo esencial y el resto secundario (OMS, 2005).

Se hallan algunas situaciones médico ambientales que correlacionan la Hipertensión Arterial, con agentes como migración, cambios rápidos en el ambiente por urbanización, estrés laboral, falta de apoyo social y falta de recursos económicos. Otros factores de riesgo son tener personalidad tipo A, anticipación de dolor o dolor crónico y excesiva reactividad cardíaca. (Peña, 2004).

Las personas que padecen Hipertensión Arterial pueden sufrir complicaciones del tipo: arterioesclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal e ictus. Por estas causas es que a los Hipertensos como base se les aconseja reducir su ingesta de sales y alcohol, y realizar ejercicio frecuentemente (Kaplan, 1997. Citado en Rodríguez, 2002.).

Con mayor detalle se puede ver que ésta es una enfermedad cardiovascular de etiología multifactorial, caracterizada por una elevación persistente de la presión arterial.

Una presión sistólica de 140 mmHg o superior y/o una presión diastólica de 90 mmHg o superior en una persona que no este tomando medicación antihipertensiva. (López, 2003).

Por la razón de su origen, se encuentra en dos tipos:

- Hipertensión esencial o primaria, cuyo inicio no puede ser determinado orgánicamente.
- Hipertensión secundaria, que corresponde a un fallo o daño orgánico.

Hablando de los síntomas iniciales considerados por los mismos enfermos están las cefaleas, el vertigo, las hemorragias nasales, hay debilidad y enrojecimiento de la piel, éstos síntomas no son constantes debido a, que un elevado porcentaje de quienes padecen Hipertensión Arterial refieren ser asintomáticos antes de que les sea detectada la enfermedad se va descubriendo conforme se desarrollan y aparecen las complicaciones derivadas de lesiones orgánicas o de complicaciones graves o mortales, incluso Hipertensión Maligna. (Buceta, Bueno, Mas, 2000).

Factores psicosociales que se encuentran relacionados a la Hipertensión:

Existen como ya se menciona múltiples causas u orígenes de la Hipertensión Arterial y a continuación vemos los factores de relación estrecha y que suman importancia al estudio de la misma.

En los factores educativos se encuentra una ausencia en la instrucción y orientación hacia la salud específicamente en la prevención y el tratamiento a la comunidad, está la educación preconcepcional y gestacional, aún así son insuficientes y en mayoría de veces los resultados son inadecuados, ya que el impacto alcanzado es bajo.

Los pensamientos negativos que se refieren a las tradiciones negativas en relación a la nutrición, la actividad física, la recreación y el uso por ejemplo de anticonceptivos orales, son elementos de arraigo cultural y es dañina cuando se une por un lado con la comunicación nociva, que promueve la desnutrición y la adicción al alcohol y el cigarro.

Los factores ocupacionales están relacionados por ejemplo con la falta de higiene individual de los trabajadores, el grado de riesgo del ambiente laboral en la generación de estrés, sedentarismo, desnutrición, falta de recreación y el riesgo de la administración o manejo de sustancias tóxicas. (Buceta, Bueno, Mas, 2001).

Para los factores socioeconómicos se toman en cuenta las políticas de salud que no han logrado enfocarse a los problemas específicos de desnutrición, estrés tanto individual, familiar y comunitario, resultado de inadecuadas

políticas socioeconómicas, a la par un bajo ingreso familiar, un irónico consumismo y los trucos publicitarios.

En el ambiente los factores unidos a la Hipertensión Arterial son la contaminación de aire, tierra y aguas con efecto psicobiológico nocivo. El urbanismo y comunicación ajena a lo que sería el bienestar y la recreación sociales. (López, 2003).

Medicamentosa las deficientes políticas educativas y de recursos para la prevención, detección y control del problema específico y sus elementos de riesgo, son los factores en esta área. Poca o escasa cobertura de los programas dirigidos a esta enfermedad y aún en ocasiones la falta de capacitación médica y paramédica, así como los altos costos de la atención médica privada. (Sullivan, Everstine, 2004).

Existen los llamados también, factores de riesgo modificables:

En la Hipertensión Primaria o esencial, encontramos el estrés emocional permanente, la obesidad o sobrepeso, el sedentarismo, el alcoholismo, el tabaquismo, el insumo excesivo de sal y la deficiencia de potasio.

Para la Hipertensión Secundaria se observa:

La patología específica es hipertrofia del ventrículo izquierdo, renovascular, endocrina, neurogénica, tóxica, iatrogénica (algunos fármacos y cirugía), esteroides (antiinflamatorios, fenilefrina, etc.), infecciosa, neoplásica, los anticonceptivos orales, las adicciones (morfina, codeína, etc.), el embarazo y por enfermedades concomitantes como la diabetes, lipídemia, hipercolesterolemia. etc. (López, 2003).

También encontramos los factores no modificables, como lo son la edad, la frecuencia de la hipertensión se incrementa conforme aumenta la edad. Más de 50% de los mayores de 60 años padece algún grado de hipertensión arterial. Por género predomina en el sexo masculino, pero a partir de los 50 años el

riesgo es el mismo para ambos sexos. Los factores hereditarios así como antecedentes familiares de hipertensión, diabetes, cardiopatías, hipercolesterolemia y también las diferencias étnicas donde se han identificado algunos factores hereditarios o genéticos, entre ellos se atribuye a la raza negra una mayor incidencia; sin embargo es más importante la influencia de los factores económicos y psicosociales, ya que su prevalencia es mayor en países desarrollados.

Y por último podemos ver los factores altamente desencadenantes entre los que se encuentra la obesidad, hipercolestirolemia, estrés, patologías secundarias específicas, iatrogenias, alcoholismo, tabaquismo y el descuido en la atención médica. Buceta, Bueno, Mas, 2000).

Como alarma por su elevación en la incidencia los tratamientos utilizados han visto anteriormente que los límites entre la hipertensión y la ausencia de esta no son bien definidos, solo 20% de los casos detectados por encuesta han recibido tratamiento y de estos solo el 30% alcanza cifras tensionales de control, un error de apreciación diagnóstica puede conducir a dar tratamiento a una farmacoterapia innecesaria o perjudicial.

Se ha realizado el llamado manejo conductual donde una persona con cifras entre 140/90 mm Hg de presión arterial requiere:

- Combatir el sobrepeso con una dieta limitada a las calorías necesarias y lograr un peso cercano al ideal.
- Que la alimentación sea equilibrada, baja en grasas saturadas y abundante en fibras, calcio, potasio y magnesio, carbohidratos complejos y reducir la ingesta de sal así como el consumo de alimentos ricos en colesterol.
- El manejo adecuado del estrés psicológico.
- Evitar el alcohol, tabaquismo y otras adicciones nocivas.
- Realizar alguna actividad deportiva de acuerdo con la valoración física previa y según la ocupación habitual. Entre la recomendación esta la

caminata, los aerobics, natación, gimnasia, etc., y estos pueden contrarrestar un sedentarismo crónico también dañino.

- Cuando se habla de educación acerca de la enfermedad, es preferible que su control sea primero individual y después sea extenso a la familia, advirtiendo acerca de las posibles complicaciones y el uso de medicamentos, la disciplina dietética, la actividad física, etc. muchos fracasos del tratamiento derivan de una inadecuada concientización y/o malinformación.
- Cualquier manejo que se de al paciente debe tener como objetivos prevenir a los factores de riesgo de la enfermedad y los procesos patológicos asociados, disminuir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y educar a la familia y entorno social en la prevención. (Buceta, Bueno, Mas, 2000).

#### Adulto joven e Hipertensión Arterial

En esta etapa se habla de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, la detección de Hipertensión en mayores de 25 años, beneficiosamente se está dando de manera rutinaria periódica en la gran parte de las instituciones de salud (públicas y privadas), consultorios médicos, hospitales de todos los niveles, así como la realización de campañas masivas en centros de trabajo, escuelas y comunidad en general, la detección se hace con esfigmomanómetro de mercurio o aneroides, que están siendo calibrados con frecuencia para evitar errores, la periodicidad de la detección en las personas con presión normal óptima o normal sin factores de riesgo puede ser cada dos años, pero en aquellos en donde se detectan factores de riesgo se debe efectuar revisiones de control más frecuentes, si tiene presión arterial alta deben ser instruidos para un cambio positivo en su modo de vida y especialmente de alimentación y actividad física y la detección con la periodicidad o frecuencia que amerite, las personas con presión arterial mayor de 140/90 mm Hg. deben ser confirmados en su diagnóstico y recibir un control especial como enfermos o personas de alto riesgo, la confirmación diagnóstica se hace por medio en dos mediciones más en días distintos después de la primera detección calificada como sospechosa. (Revista Española de la Salud, 2005).

Ya se había mencionado el factor estrés y buscando la manera en que este puede ser controlado se promueve a nivel general una educación social y empresarial tendiente a eliminar los factores de riesgo conocidos y ya mencionados.

A nivel de unidades medicas enfatizar en la educación del niño, la familia, los grupos sociales, sobre todo los de más alto riesgo, enfermos y personas cercanas. Hay una protección específica donde se hace hincapie de la educación medica e higienica individual, familiar y de grupos sociales sobre todo de los grupos de más altos riesgos. (Flores, 2004).

Como enfermedad crónica existen las limitantes y lo que han trabajado es que una vez detectados el tipo y estadio de la enfermedad y realizada la valoración integral del paciente y su entorno social, la educación constituya el pilar básico para prevenir o controlar las complicaciones. Además de las metas básicas de control del paciente hipertenso mencionadas en la evaluación del tratamiento, debe valorarse el daño a órganos blanco el cual debería siempre presentarse con un adecuado control desde la fase temprana.

La detección de las complicaciones, el tratamiento de enfermedades concomitantes y el cuidado en ciertos estados fisiológicos o psicológicos (embarazo, estrés, intervenciones quirúrgicas, etc.), así como la rehabilitación requerida son aspectos que no deben descuidarse. (Casullo, 1996).

## **2.2 DIABETES**

Este padecimiento lamentablemente más común, es una de las enfermedades crónico degenerativa, sistémica, cuyo origen son múltiples factores etiológicos que ocasionan alteración del metabolismo de los carbohidratos, de las grasas y proteínas y que se caracterizan principalmente por hiperglucemia asociada con deficiencia absoluta o relativa de insulina, o resistencia a esto en grado variable. (Kuri, Vargas, López, Rizo 2005).

Entre las clasificaciones que se le han hecho estas son las más conocidas:

Insulinodependiente (DM1)

No insulinodependiente (DM2)

Secundaria a otros estados patológicos

Gestacional

Intolerancia a la glucosa de otros orígenes (Turner, Cull, Frighi, 2000).

La diabetes mellitus es una consecuencia de la disminución de la secreción de insulina por las células betas de los islotes de Langerhans que se encuentran localizados en el páncreas. (Kilo, Williamson, 1991). La acción fundamental de

la insulina es permitir la utilización de glucosa en los tejidos y por tanto es indispensable para el metabolismo normal de carbohidratos, proteínas y grasas. La mayor parte de los hallazgos patológicos de la diabetes mellitus pueden atribuirse a uno de los siguientes efectos principales de la falta de insulina: a) disminución de la utilización de glucosa por las células del organismo, b) un notable aumento de la movilización de grasas de las zonas de almacenamiento de éstas causando almacenamiento lipídico anormal, además del depósito de colesterol en las paredes arteriales, causante de la aterosclerosis, y c) reducción de proteínas de tejidos corporales (Guyton, 1981).

Los diabetes principalmente encuentra su causa en el colesterol y otros lípidos, aterosclerosis, arterioesclerosis, cardiopatía isquémica grave y múltiples lesiones de la microcirculación con mucha mayor facilidad que las personas normales. De ahí que las complicaciones de la diabetes, como el aumento de la susceptibilidad a padecer infecciones, retinopatía diabética, cataratas, hipertensión y la enfermedad renal crónica, están más relacionadas con los niveles sanguíneos de lípidos que con la glucosa sanguínea. Por ello se les recomienda seguir la dieta baja en azúcares y carbohidratos, ejercicio y un monitoreo frecuente de glucosa en la sangre para el adecuado control.

Factores prepatogénicos

Biopatogénicos

Diabetes tipo 1: destrucción de las células beta del páncreas, que conduce a una deficiencia completa de insulina de origen inmunitario o genético.

Diabetes tipo 2: deficiencia de la secreción pancreática de insulina o resistencia sistémica a la acción de ésta por edad, obesidad y otros estados patológicos. (Kuri, Vargas, López, Rizo, 2005).

En los aspectos psicosociales se puede ver:

- La deficiencia en la educación nutricional y específicamente sobre la diabetes en el ámbito escolar, familiar, comunitario y laboral.

- Que existe una cultura tradicional médica, higiénica, alimentaria y de actividades físicas negativas.
- Adicciones (alcoholismo, tabaquismo entre otras).
- Que la actividad física y de recreación son insuficientes o inadecuadas.

#### Factores Ocupacionales:

- Sedentarismo
- La falta de higiene y protección laboral
- Una alimentación sin el balance nutricional adecuado
- Estrés

#### De los factores socioeconomicos están:

- Desproporcionada distribución del ingreso familiar
- La desnutrición
- Actos negativos de los hábitos higiénicos, alimentarios, de actividad física por emigración, inmigración, o ascenso o descenso de extractos socioeconómicos.
- La política publicitaria de consumismo alimentario nocivo.

#### Vemos en los factores ambientales:

- Deficiente saneamiento del medio ambiente urbano, rural, laboral, etc.
- Contaminación de aire, tierra, agua y alimentos.

#### Relativo a los servicios médicos:

- Políticas deficientes de educación, propaganda y recursos para la prevención y control.
- Escasa preparación y coordinación del equipo de salud en sus diferentes niveles de atención.

#### Factores asociados

Uno de los elementos de suma importancia y que en particular se está manejando en esta investigación es la edad, para Diabetes Mellitus Insulinodependientes (DMiD) más frecuentemente se da en menores de 30

años, mientras que en la diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) se presenta sobre todo en personas mayores de los 40 años (por resistencia a la insulina, sedentarismo, disminución de la secreción de insulina, uso de los múltiples fármacos o enfermedades coexistentes). Los antecedentes familiares, sobre todo aquellos de primer grado (padre, hermanos, hijos). La obesidad, frecuente en la DMNID, en cuanto a género se presenta la enfermedad más en mujeres (2 a 1). (Kuri, Vargas, López, Rizo, 2006).

La Diabetes Mellitus tipo 2 es la que concentra la mayoría de los casos, causando en su larga evolución complicaciones diversas que repercuten en el entorno familiar, laboral y social.

A pesar de ser tan estudiadas las complicaciones que se generan por esta enfermedad, no se ha precisado el patrón sobre su comportamiento, lo cual limita su conocimiento, para establecer estrategias efectivas para su prevención y control. (Turner, Cull, Frighi, Holman, 2000).

Algunas de las consecuencias más significativas de la enfermedad es ser la primera causa de ceguera en muchos países occidentales y en México se sitúa en segundo lugar, detrás de la miopía, es la primera causa de amputación de miembros inferiores de origen no traumático realizadas en nuestro país, primera causa de insuficiencia renal en la mayoría de los países occidentales y en México y aumenta entre 2 y 6 veces la frecuencia del infarto de miocardio y por encima de 10 veces la de trombosis cerebral. (SSP, 2002).

Los síntomas conocidos son: piel seca, astenia, infecciones urinarias, de la piel, mucosas en periodos frecuentes, pérdida de peso y alteraciones en el desarrollo normal. La Diabetes puede permanecer con síntomas y signos leves e identificarse tan solo por detección de hiperglucemia, choques hiperglicémicos, cetosis, acidosis, etc. (López, 2003).

Referente a los Adultos Jóvenes es baja la presencia de este padecimiento sin embargo, parece ser el límite entre la prevención de la enfermedad o la utilización de todos los factores predisponentes para la misma, donde están relacionados, la información a manera de prevención sobre la Diabetes, la corrección de casos de obesidad, ser hipertensos, fumar, el alcoholismo, exámenes para detectar alteraciones endocrinas en mujeres sobre todo en

etapas de embarazos, las inmunizaciones según esquema y edad, poder evitar el estrés, el sedentarismo, la mala nutrición, la intoxicación con sustancias nocivas incluyendo medicamentos, cuidar de enfermedades que pueden afectar el páncreas y endocrinopatías relacionadas a la diabetes. (Pichardo, 2004).

Un diagnóstico temprano da pie a un tratamiento oportuno, la detección en el ámbito universitario, laboral, preconcepcional, y de antecedentes familiares, genera un alto nivel de la calidad de vida aún con la enfermedad.

En base al entorno social y de estos pacientes se han realizado trabajos sobre todo donde el objetivo es, la educación del paciente y de la familia acerca de la enfermedad, complicaciones, síntomas, panorama de salud; donde también se establece la relación médico - paciente, en cuanto a un acuerdo de responsabilidad de cuidados en esta enfermedad, conocer de los niveles adecuados de glucosa, la higiene, la periodicidad de los exámenes renales, oftálmicos, dermatológicos, hepáticos; valoración de daños físicos, intervenciones quirúrgicas, valoración psicológica, reinserción social, laboral, escolar.

Coadyuvando la dieta baja en grasa y azúcares, aumento de la actividad física supervisada, psicoterapia, modificación de los hábitos, utilización de los fármacos, la hora de comer y un adecuado tratamiento abarca el conocimiento sobre actitudes y hábitos de estos pacientes, de sus factores de riesgo y de sus planes socioculturales, económicos y personales. El objetivo está en mejorar la comprensión y guía hacia el bienestar personal.

## 2.3 CANCER

El cáncer humano, en muchas de sus manifestaciones se asocia con la forma de vida, aunque se han identificado neoplasias malignas relacionadas con antecedentes infecciosos, exposición a radiaciones y la actividad hormonal, por lo que continúan las investigaciones enfocadas a instrumentar acciones preventivas específicas y en la búsqueda del incremento de la eficacia de los tratamientos para reducir las reapariciones. (Baider, Cary, 2000).

Lamentablemente la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad esta en aumento, este trastono constituye una de las principales causas de mortalidad, se ha estigmatizado como una enfermedad a la que se le teme por ser incurable y esta considerada como un el ultimo paso para la muerte.

Existen cuatro principales tipos de cancer:

- \* Carcinomas
- \* Linfomas
- \* Sarcomas
- \* Leucemias

Naturalmente existen diferencias para las manifestaciones de la enfermedad segun la edad y el sexo; en los adultos varones se presenta con mayor frecuencia en prostata, pulmon, recto y vejija; en tanto para las mujeres estan el de mama, pulmon, colon, recto, utero y ovarios. Para ambos sexos el de pumon es el mayor causante del aumento de decesos. (Buceta, Bueno, Mas, 2000).

Se considera al cáncer como enfermedad cronico degenerativa por la característica proliferación y expansión celular que no se puede controlar en la cual estan interviniendo múltiples agentes oncogénicos.

Según su origen puede ser Primario quiere decir que proviene del mismo organo enfermo, o Metastásico que es el carcinoma proveniente de otros organos.

Entre los factores biopatogenicos esta la genetica, los factores hereditarios así como los inmunologicos, y las infecciones virales, bacterianas y parasitarias.

En las causas químicas que favorecen, transforman y promueven el progreso de neoplasias estan: el tabaco, alcohol arsenico, cloruro de vinilo, aminas aromaticas, anilinas, caucho, benceno, allin, alquitran y aceites. Y de las causas fisicas estan, las radiaciones ultravioleta y las radiaciones ionizantes.

En cuanto a factores sociales, educativos y de alimentación encontramos, falta de recreación y actividad física, no hay un conocimiento de prevención y detección precoz, drogadicción, alimentación nociva, desnutrición y obesidad. Por otro lado los niveles socioeconómicos, las políticas económicas, leyes y reglamentos de recursos para la salud y el consumismo, son parte de factores sociales, tambien los factores ambientales pueden ser desencadenantes, la geografía, el clima, la polución, contaminación de suelo, alimentos y agua. (López, 2003).

Con la información existente, se observa en México el incremento gradual de las tasas de morbilidad y de mortalidad por cáncer en la población de mayor edad, afectando cada vez a mayor número de jóvenes. Terriblemente para las mujeres cáncer de mama y cervicouterino aparece desde edades alrededor de los 18 y 25 años. (SSP, 2002).

En el año 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52% y 48% para mujeres y hombres respectivamente, con tasas por 100,000 habitantes.

La mortalidad en las mujeres aumenta a partir del grupo de 25 a 34 años de edad. En orden decreciente las neoplasias malignas que causaron el mayor número de muertes fueron: tráquea, bronquios y pulmón, estómago, cuello uterino, hígado y vías biliares, próstata, mama y leucemia. El sexo masculino concentró mayor mortalidad en los grupos de 45 años en adelante. (OMS, 2006).

La muerte prematura por cáncer es una de las más tempranas dentro de las enfermedades crónicas, en el 2001 correspondió a la pérdida de 33.5 años potenciales de vida, estas cifras afectan también el crecimiento del país en el sentido social, una persona con cáncer es generadora solo de gastos de atención, invalidez, discapacidad y otros dentro de este trabajo mas valorables desde el punto de vista material y si tomando en cuenta a la persona como son la calidad de vida individual y familiar y el desarrollo integro personal.

Afortunadamente los avances en los tratamientos del cáncer llevan cambios relevantes en los últimos años y se puede hablar de que es un pequeño grupo de tumores malignos en los que sigue presentando un pronóstico fatal, ya que para muchos tipos de cáncer se trabaja sobre un diagnóstico y tratamiento efectivos y en un amplio grupo de neoplasias se aplican tratamientos útiles y benéficos sobre todo cuando el diagnóstico es oportuno. (OMS, 2005).

A continuación veremos las áreas en las que se manifiesta esta enfermedad así como sus repercusiones para el paciente.

Tráquea, bronquios y pulmón.

En México se concentró el 11% de las muertes por cáncer, alcanzó una tasa de 6 por 100,000 habitantes de todos los grupos de edad y la población masculina duplicó la mortalidad que se presentó en el grupo femenino, diferencia que se acentúa a partir de los 45 años.

Este tipo de cáncer representó el 2% de lo notificado con 2 casos registrados por 100,000 habitantes, el 66% correspondió al género masculino. Aún cuando en ocasiones es difícil captar todos los casos de cáncer de pulmón debido a la fuente de información que lo alimenta y deja fuera los diagnósticos radiológicos y/o citológicos, o también depende de la dificultad al acceso como ejemplo zonas marginadas, rurales, en las que no hay continuidad de las enfermedades o lamentablemente en algunos casos ni siquiera tratamiento. Se ha demostrado que el humo del tabaco contiene al menos 40 carcinógenos reconocidos y cantidades importantes de monóxido de carbono. De las muertes asociadas al cigarro en México, el 45% de las causadas por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea se le atribuyen a este hábito. También hay quienes han considerado que la combinación de exposición de fumadores al asbesto aumenta el riesgo

de morir por cáncer broncogénico en 92 veces, comparado con los sujetos que no trabajan con este material, ni fuman. (DGEPI, 2005).

#### Estómago

Esta concentrado el 9% de las muertes por cáncer en el 2001 en nuestro país, se registró un aumento en las defunciones en toda la población y afectó en un 4% más a la población masculina. El cáncer gástrico concentra el 3% de los casos de cáncer diagnosticados en México. Los factores más visible de riesgo principales son de tipo dietético y de conservación de los alimentos (como la falta de refrigeración), aunque continua el estudio de otros determinantes como la infección por *Helicobacter pylori*.

#### Cuello del útero

Para el 2001 en México el 8% del total de muertes por neoplasias se debió a este cáncer, que esta afectando como ya se había mencionado a mujeres de 25 y más años. La edad en este caso también es parte de los factores de riesgo para morir por cáncer del cuello uterino y la etapa crítica en la que el riesgo de morir aumenta en forma destacada, es la reproductiva. Los factores de riesgo asociados en forma más consistente son: la infección por el virus del papiloma humano, el antecedente de dos o más parejas sexuales, la paridad vaginal de 12 o más partos, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 14 años y la menarca después de los 17 años de edad.

#### Hígado y vías biliares intrahepáticas

Esta enfermedad presentada en estos órganos causó en nuestro país el 8% de las muertes, con una discreta superioridad en la población femenina sobre la masculina. La diferencia entre sexos no es tan significativa y lo que se observa es que se da un incremento en los extremos de la vida, con reducción entre los 10 y 34 años de edad. Para estas áreas son considerados factores de riesgo la infección por el virus de la hepatitis B y C, la cirrosis alcohólica, los alimentos contaminados con aflatoxinas y algunos fármacos como los inmunosupresores y los plaguicidas, hidrocarburos clorados, las aminas aromáticas y los clorofenoles, estos últimos son considerados como inductores potenciales del carcinoma hepatocelular .

#### Próstata

El cáncer localizado en esta área dio origen para México de el 7% de las muertes por tumores malignos, presentándose en hombres de 25 y más años de edad. También es para lamentarse que los casos aumentan en 2.8 veces a los 50 años, más de 14 veces a los 60 años y más de 19 a los 65 años de edad. La etiología del cáncer de próstata es desconocida, pero las hipótesis más estudiadas incluyen los factores hormonales, donde se refirieren a que casi el 90% de la testosterona que se difunde a la próstata, es convertida en dihidrotestosterona DHT, debido a la acción de la enzima 5-alfa-reductasa, responsable del crecimiento normal y función del tejido prostático, algunos estudios han demostrado que los pacientes con cáncer de próstata, presentan niveles más elevados de testosterona, aunque se siguen realizando estudios ya que esta evidencia ha sido poco consistente. Los riesgos estimados en sujetos con antecedentes de cuadros repetitivos de enfermedades de transmisión sexual son de aproximadamente 2 a 3 y hasta de casi 6 veces más altos para desarrollar tumores malignos de próstata.

#### Glándula mamaria

Este es uno de los males mas conocidos y en México se registra el 6% de las muertes por neoplasia maligna en mujeres de 25 años y más. Este padecimiento que se vuelve problema comienza de los 25 años en adelante y se agrava con la edad, ya que el grupo de 35 a 44 años registró una mortalidad seis veces superior al grupo menor de esa edad, en las mujeres de 45 a 64 años la tasa triplica la del grupo anterior y de los 65 años en adelante la mortalidad es casi el doble de la registrada en el grupo de 45 a 64 años. Nuevamente se puede apreciar como estas enfermedades están abarcando la población de adultos jóvenes y en el caso del cáncer de mama, se esta presentando de manera rápida en mujeres muy jóvenes. Algunos de los factores de riesgo mas presentados es la edad, mayores a 30 años, una vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), el primer embarazo a término después de los 30 años, el uso de hormonales por más de 10 años, el antecedente personal de patología benigna de la mama y el antecedente familiar directo de cáncer de mama (madre, hermana). Otros factores referentes a la alimentación, son la

dieta rica en grasas, la ingesta de alcohol, la obesidad, el tabaquismo y la identificación de marcadores biológicos tumorales. (DGEPI, 2005).

De los tratamientos que se han aplicado aparte del medico surgen propuestas para la aplicación de medidas preventivas y de control;

- Acciones de detección especialmente a partir de los 35 años de edad, intensificándolas en los grupos de mayor edad. Y por lo menos una revisión anual para edades inferiores.
- Búsqueda intencionada y sistemática del cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, del cáncer de estómago, del cuello uterino, próstata y mama. Sobre todo si se tienen factores directos que indiquen alto riesgo.
- Educación en el cuidado de su salud, especialmente orientada a la prevención de los factores y de las prácticas de riesgo como el tabaquismo, la exposición a radiaciones, sustancias y alimentos relacionados con el cáncer.
- Organización de la atención, tratamiento y seguimiento para los enfermos diagnosticados para mejorar su efectividad.
- Focalización de los recursos técnicos y humanos de acuerdo al diagnóstico situacional, para trabajar en las áreas que presentan las tasas más altas y las muertes con mayor prematura. (Bayes, 1996).

## CAPITULO 3

### ADULTO JOVEN

Las personas crecemos y cambiamos en varios aspectos durante el curso de los 20 a los 40 años, edades de un rango aproximado en donde la mayoría de los estudiosos del desarrollo lo definen como adulto joven.

Al paso de estas 2 décadas se toman decisiones referentes a la mayoría de las cosas que han de afectar al resto de la vida, como la salud, la familia y el éxito del individuo. Lo común en esta etapa de la vida sigue siendo que la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen un empleo más estable, se casan, tienen hijos, adquieren una riqueza material, en si se puede hablar de vivir las principales transformaciones. Dentro de la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida. Son la base para concebir un futuro “tranquilo”.

La forma de vivir, sus hábitos, como comen los adultos, si beben, si fuman o no, qué clase de ejercicio hacen, cómo manejan las tensiones, todas estas opciones de las formas de vida pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro, ya que estos elementos son implicaciones directas de las decisiones que se toman sobre la formación profesional que están relacionadas con los desarrollos del desempeño intelectual del adulto joven. (OMS, 2006).

Ericsson habla de las etapas críticas, relacionadas con una normatividad acorde a la edad, esta ha inspirado varios estudios intensivos sobre los adultos, para poder responder, donde se acentúan las experiencias de la vida más que la edad cronológica al explicar por qué las personas sienten y actúan de determinada manera. (Papalia, Wendkos, Feldman, 2001).

¿Que relación puede existir entre los estilos de vida de los jóvenes adultos y su salud física?

De manera general pero sobre todo para los adultos maduros, la esencia de los adultos jóvenes está encerrada en el tiempo, “tienen todo el tiempo del mundo” o “tienen todo el tiempo por delante”.

Estos adultos establecen prioridades cada día de su vida. Deben tomar decisiones importantes que afectan su salud, sus carreras y sus relaciones personales. Aun se esta dando una maduración de muchas maneras muy importantes.

En los días y años de estos adultos se adquiere un gran potencial de desarrollo intelectual, emocional y aún físico. Los avances importantes ocurren durante esta temprana edad adulta. (Brannon, Fiest, 2000).

Algunos de estos avances son el resultado de los roles nuevos y significativos que mucha gente asume en este periodo: como trabajar, estar casado y ser padre, iniciar un negocio, establecer una fortuna, etc., junto a esto se van cambiando las formas y dando matices de la manera como la gente piensa y actúa; por lo tanto esto afecta de manera directa la manera como realiza estos papeles o si no los realiza

.

La relación dada entre varios aspectos del desarrollo como el físico, el intelectual, el social y el emocional, influye en forma muy importante durante esta etapa, ya que, cómo la personalidad afecta la salud, cuando examinamos los factores que llevan a algunas personas a fumar, a beber o a hacer ejercicio o que aumentan el riesgo de un ataque al corazón; podemos darnos cuenta de la suma importancia de tener una estrecha relación y un estado de conciencia con lo que es el proceso intelectual o nivel de maduración, y también como parte de esto, la situación que se vive respecto a lo moral y social, es decir, presuntamente se cree que teniendo un mayor nivel educativo, económico y social, hay una mejor toma de decisiones entre las que estaría el cuidado de la salud, sin embargo lo real puede alejarse de este planteamiento y ser muy distinto el modo de vida. (Sánchez, 2003).

## DESARROLLO FISICO

### FUNCIONAMIENTO SENSORIAL Y PSICOMOTOR

Echar una mirada a nuestro alrededor, nos lleva a comprobar que el adulto joven característico es un espécimen físicamente bueno, lo tipifica su fuerza, energía y resistencia.

Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado, y en la actualidad se tienden a ser más altos que los padres por la tendencia secular, consecuencia de una mejor alimentación y atención a la salud, la fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad y luego viene una pérdida gradual de 10% entre las edades de los 30.

La destreza manual es más eficiente y precisa en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años.

Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40. Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real, el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años. (Papalia, Wendkos, Feldman, 2001).

### SALUD DEL ADULTO JOVEN

#### Estado de salud

Es común escuchar o tener la idea de que los adultos jóvenes son la gente más sana de la población, y ellos mismos, aproximadamente el 90% opinan que su salud es excelente, muy buena o buena, las personas de este grupo de edad hablan de que no sufren mucho de resfriados o infecciones respiratorias en comparación de cuando eran niños; y que cuando tienen estos malestares, generalmente se deshace de ellos fácilmente.

La mayoría de ellos no suelen presentar enfermedades serias o de gravedad o llegar a estar incapacitados. Se conoce que menos de 1% están limitados en la habilidad de moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro.

Lo que se ha encontrado es que la mitad de todas las dolencias agudas experimentadas en la vida del adulto joven son respiratorias, y otro 20% son heridas.

Las dolencias crónicas que suelen presentarse, particularmente en familias de bajos ingresos, son los problemas de la espalda o de la columna, deterioro en la audición, problemas en la visión, artritis e hipertensión. Las razones que más se presentan para la hospitalización en estos años son alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y respiratorio.

Ya que el estado es saludable para la mayoría de los adultos jóvenes, no es de sorprender que los accidentes (principalmente de automóvil) sean la causa principal de muerte en la gente entre los 25 y los 34, la siguiente causa es el cáncer, seguida de enfermedades del corazón, el suicidio y el homicidio provocado por agresión física o verbal.

Factores como la raza y el sexo establecen una diferencia significativa en las tasas y las causas de mortalidad en la edad adulta joven.

Los hombres en el grupo de edad de los 25 a los 44 tienen dos veces más probabilidad de morir que las mujeres de esta edad.

Los hombres tienen más probabilidad de morir en accidentes automovilísticos y las mujeres por cáncer. (OMS, 2006).

Influencias sobre la salud y el buen estado físico.

Contar con buena salud no es simplemente una cuestión de suerte; a menudo refleja la manera y los hábitos en como vive la gente.

No hay porque delegar que los seres humanos no son la consecuencia de la herencia que legan sus padres sanos o enfermizos, principalmente ellos pueden hacer mucho para mejorar su propia salud.

La salud, como está definida por la Organización Mundial de la Salud, es "un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no es solamente la ausencia de enfermedad y achaques". La gente puede buscar tal estado de bienestar realizando algunas actividades entre las que mencionaba como el comer bien, hacer ejercicio regularmente, abstenerse de fumar o tomar bebidas alcohólicas en exceso.

El vínculo entre la conducta y la salud señala la relación entre los aspectos físicos intelectuales y emocionales del desarrollo. Lo que la gente hace influye en cómo se siente. Aún cuando la gente sabe la verdad, acerca de los buenos hábitos de salud, su personalidad, su ambiente social y su estado emocional a menudo pesan más que el estar enterado de lo que deberían hacer y los lleva a una conducta de indiferencia ante lo que no es saludable.

A continuación veremos lo más conocido de las conductas que están estrecha y directamente ligadas con la buena o mala salud:

La Dieta, el dicho popular "eres lo que comes" abrevia la gran importancia de la dieta para la salud tanto en el plano de lo físico como de lo mental, en la mayoría de las personas lo que come determina en medida considerable cómo es su apariencia, cómo se siente físicamente y cuál es la probabilidad que tiene de sufrir alguna(s) enfermedad(es), como la diabetes y la gota, por ejemplo, son más comunes entre la gente que come alimentos abundantes, ricos en grasas y azúcares. (Kilo, 1991).

El ejercicio, día a día se ha vuelto una tendencia principalmente de moda, como se puede apreciar en los medios masivos de comunicación gráfica, lo último en la moda de vestir, son los zapatos para correr, las sudaderas o playeras de colores y los pants coordinados. El deseo generalmente principal es de tener buena apariencia y como resultado sentirse bien, algunas personas ejercitan sus músculos y están encontrando que el ejercicio puede ser divertido, además de establecer o continuar sus relaciones sociales, hoy día la manía de "estar en forma" ha avanzado un trecho hacia el mejoramiento de la salud, y el es adulto joven quien más ejercicio realiza como deporte, y otro factor anudado es el poseer un nivel económico medio o alto, mantiene niveles

intermedios o superiores de educación, con una entrada económica relativamente alta y una ocupación de alto nivel o que permite el desarrollo profesional, se considera a sí mismo en excelente estado de salud y cree que tiene un control considerable sobre su vida. La realidad es que trotar o saltar, nadar, montar en bicicleta o jugar, la gente que hace ejercicio está cosechando muchos beneficios, mantiene el peso deseable del cuerpo, desarrolla músculos, hace más fuertes el corazón y los pulmones, baja la presión arterial, se protege contra los ataques del corazón, el cáncer y la osteoporosis, alivia la ansiedad y la depresión, evita la alimentación sin nutrientes y tóxicos como café, tabaco y alcohol; y esto muy posiblemente le alargará la vida. (Casullo, 1996).

Fumar, el adulto joven que fuma se expone a elevar el riesgo de cáncer, así como las enfermedades del corazón, de las vías respiratorias y otros tanto de desórdenes que es probable que acorten su vida. Es bien sabido que fumar está relacionado con el cáncer de pulmones, como también con el de laringe, boca, esófago, vejiga, riñones y páncreas; problemas gastrointestinales, tales como las úlceras, los ataques al corazón y enfermedades respiratorias como la bronquitis y enfisema, aun cuando el porcentaje de la población de fumadores ha disminuido, el número de mujeres que fuma se ha elevado.

El alcohol, relacionado siempre con la buena vida y la mayoría de los adultos expresan aceptación al ofrecer un vaso de vino, una cerveza u otras bebidas alcohólicas, y se presiona a menudo a una persona que no bebe, para que dé explicaciones de su rechazo, o se le encasilla como aburrido, parco, una persona no sociable, tímido. Para algunos grupos de hombres, el beber representa virilidad o "control" de su hogar. Es posible que la bebida moderada proteja contra la enfermedad del corazón y/o ayude a la digestión pero en esto no ha sido plenamente demostrado. Lo que sí se ha demostrado es el efecto dañino que el alcohol tiene sobre millones de tomadores y de la gente alrededor de ellos. El excesivo uso a largo plazo puede llegar a enfermedades físicas tan graves como cirrosis del hígado, cáncer y problemas del corazón. Además del daño al hígado, los tomadores tienen probabilidades de sufrir de otros desórdenes gastrointestinales, lo que incluye las úlceras, las

enfermedades del corazón, el daño del sistema nervioso y otros problemas médicos. El abuso del alcohol es causa principal de muertes por accidentes automovilísticos, el alcohol está también comprometido con las muertes por ahogamiento, suicidio, incendio, caídas y es un factor en muchos casos de algunos adultos jóvenes que encuentran un gran satisfactor en el alcohol debido a que interpretan que el tomar les da prestigio entre sus compañeros. Varias ocasiones les permite desinhibirse y expresar lo que en condiciones normales no se atreverían a decir ni así mismos, a su compañera(o), en el trabajo, aspiraciones y/o frustraciones, etc., aparentemente es más fácil perdonar a alguien o agredir verbal o físicamente a otro cuando se esta fuera de control. (Buceta, Bueno, Mas, 2000).

El estrés, como reacción fisiológica y psicológica del organismo a las demandas hechas sobre él ha provocado que el cuerpo se tome estresante o no dependa de la manera como lo solicita una persona y los efectos que le produce. Cantidades mínimas de estrés son una parte inevitable de la vida de cada uno pues la ansiedad promueve nuestra actividad. La manera como la gente lo maneja está llegando a considerarse cada día más como factor de agravación de enfermedades tales como la hipertensión, del corazón, el ataque y las úlceras. Y todo relacionado con el estilo de vida y de las actividades desempeñadas, no se exime a ninguna profesión o tipos de personas de tener estrés ocasional. Los síntomas físicos más comunes informados del estrés incluyen dolores de cabeza, dolores en los músculos o tensión, dolores de estómago, mal olor de boca y fatiga. Los síntomas psicológicos más comunes incluyen nerviosismo, ansiedad, tensión, cólera, irritación y depresión.

Influencias indirectas sobre la salud. Claramente, lo que la gente haga o se abstenga de hacer y el modo como responda a los cambios de vida y los retos puede afectar directamente su salud. Ciertas influencias indirectas como la educación, el nivel económico, el sexo y el estado civil, también son elementos relacionados con la salud y una conducta de protección y cuidados de la salud. (Buceta, Bueno, Mas, 2001).

Factores socioeconómicos, la condición financiera de la familia es una influencia importante sobre la condición física de los niños; así, no es

sorprendente que el ingreso afecte la salud de los adultos también. No es claro si es un mejor cuidado de la salud o un estilo de vida más saludable lo que ayuda a proteger con mayores influencias, pero ambos factores parecen importantes. Por lo tanto podía hablarse de que como elemento de prevención esta el trabajar por una posición estable de vida, donde los ingresos económicos no sean la constante que detone los puntos anteriores, como el estrés y alcoholismo.

La educación, el nivel cultural de las personas también es un factor de gran relevancia, los adultos que no han estudiado en los niveles medio superior o superior tienen un riesgo más alto de desarrollar enfermedades crónicas como hipertensión (presión arterial alta) y enfermedad cardiovascular (corazón). Cuando menos educación haya tenido la gente, sus probabilidades de contraer tales enfermedades son mayores, o de ser seriamente afectados por ellas e, incluso, morir de ellas. Esto no quiere decir que la educación por si misma sea la causa de la buena salud, sino que solamente es una indicadora de otros factores que pueden serlo; estos factores pueden incluir recursos económicos, dieta y otros hábitos de salud, y la habilidad en solucionar problemas. La gente con más educación tiende a provenir de familias con más dinero y así puede proporcionar mejor comida y cuidado preventivo de la salud y más eficiente tratamiento médico. Además, la gente con más dinero y mejor educada tiende a tener hábitos personales sensatos y a estar enterada de la importancia de un modo de vida saludable. Así mismo, tiene mucho más alternativas sociales y económicas para asistir a los servicios médicos. Por otro lado, tienden a hacer más ejercicio y a comer más nutritivamente. Y finalmente, la gente con más escolaridad puede tener más desarrollada la confianza en si misma y haber aprendido a manejar el estrés más afectivamente y/o tener mas apertura a una situación de conocimiento y tratamiento. (Carballido, 2003).

En el sexo y el estilo de vida, cabe señalar una diferencia sexual, las mujeres tienen los porcentajes más bajos de muerte durante toda la vida adulta, sin embargo, informan estar enfermas más a menudo que los hombres y usan los servicios de salud más frecuentemente. Estas diferencias pueden deberse a diferentes causas, una de ellas es el factor biológico, la fortaleza de la mujer en

cualquier etapa de la vida se ha atribuido a la protección genética y a los efectos benéficos de las hormonas femeninas. Al mismo tiempo, la menstruación y el embarazo tienden a hacer que las mujeres estén conscientes del cuerpo y su funcionamiento, y las normas culturales estimulan el manejo o supervisión médica de estos procesos. Las mujeres van al médico durante el embarazo, mientras están tratando de quedar embarazadas y para pruebas rutinarias como la citología, lo que detecta el cáncer cervicourinario y tiene más probabilidad de ser hospitalizadas que los hombres, la mayoría a menudo para cirugía relacionada con el sistema reproductivo. Las diferencias de conducta y actitud entre los sexos parecen también ser importantes. Las visitas más frecuentes de las mujeres a sus médicos reflejan la sensibilidad más grande de sus cuerpos. Saben más sobre la salud, piensan más y hacen más para evitar la enfermedad, están más conscientes de los síntomas y de la susceptibilidad, y tiene más probabilidad de expresar sus miedos y sus preocupaciones médicas.

Esteretipos sexuales, del papel del sexo tiene que ver en algunos sentidos la salud. Los hombres pueden creer que la enfermedad no es masculina y tienen menos probabilidad de admitir cuando no se sienten bien. Así, el hecho de que las mujeres digan más a menudo que los hombres, que están enfermas, no significa que las mujeres tengan una salud general peor, no necesariamente significa que se estén imaginando males o que sientan preocupaciones patológicas por la enfermedad. Puede ser más bien que el mejor cuidado que las mujeres tienen de ellas mismas las ayuda a vivir más tiempo que los hombres.

## DESARROLLO INTELECTUAL

El sentido común señala que los adultos piensan de una manera diferente a los niños, que los adultos pueden sostener diferentes clases de conversaciones, comprender material mucho más complicado y resolver problemas más allá de las capacidades de la mayoría de los niños o aún de muchos adolescentes. La inteligencia y el conocimiento en una valoración psicométrica es un medio obvio de intentar descubrir si la inteligencia aumenta o disminuye durante la

vida adulta es hacer a los adultos de diferentes edades pruebas psicométricas similares a las que usan para medir la inteligencia en los niños. (Flores, 2004).

El funcionamiento intelectual está generalmente en su más alto nivel en la vida del adulto joven. Por años se creyó que la actividad intelectual en general llegaba a su punto máximo alrededor de los 20 años y luego declinaba. Esto estaba basada en resultados de los estudios transversales, los cuales hacían pruebas a gente de varios grupos de edad y encontraban que los adultos jóvenes lo hacían mejor. Sin embargo, el desempeño intelectual superior de la gente joven puede no significar que la inteligencia disminuya con la edad, sino que la gente joven de hoy ha tenido experiencias diferentes y, por consiguiente, ha desarrollado sus habilidades intelectuales más que la gente nacida una generación antes.

Los estudios longitudinales, que examinan a la misma gente periódicamente a través de los años, han mostrado un incremento de la inteligencia en general por lo menos hasta los 50. El cociente intelectual, como reflejo aparente de la inteligencia, no basta para hablar de esta última. Se ha identificado la existencia de diferentes clases de habilidades intelectuales: inteligencia "fluida" y "cristalizada". La inteligencia fluida comprende el proceso de percibir relaciones, formar conceptos, razonamientos y abstracciones. Este tipo de inteligencia está considerado como dependiente del desarrollo neurológico y relativamente libre de las influencias de educación y cultura. Por consiguiente, probada por tareas en las cuales el problema propuesto es nuevo para todos o, por otro lado, es un elemento cultural común en extremo. La inteligencia fluida está medida por tales instrumentos. La inteligencia cristalizada, por otra parte, comprende la habilidad de recordar y usar la información aprendida y depende, por consiguiente, más de la educación de la experiencia cultural, muy probablemente esta inteligencia cristalizada este estrechamente relacionada con el tan buscado aprendizaje significativo propuesto por el enfoque cognoscitivista. (OMS, 2004).

La inteligencia fluida parece alcanzar su desarrollo completo en los últimos años de la adolescencia y comenzar a declinar en los primeros de la vida

adulta. Sin embargo, la gente puede continuar haciendo mejor las pruebas de inteligencia cristalizada hasta cerca del final de la vida.

Mejor que tratar de medir un incremento cuantitativo o declinación de la inteligencia adulta, algunos expertos en desarrollo han buscado los cambios cualitativos en la manera como la gente piensa a medida que madura. Por lo tanto un nivel alto en educación, al parecer sería un avance o aliado para la prevención de las enfermedades crónicas, sin embargo estas como ya se mencionó, afectan a poblaciones con niveles educativos altos, es por ello que se realizan estudios que hacen hincapié en todo tipo de población sobre cuidados de precaución.

Aproximaciones teóricas, la experiencia juega un papel especialmente importante en el funcionamiento intelectual. Pero las experiencias de un adulto son diferentes y, generalmente, mucho más amplias que las de un niño, por la diversidad de las experiencias del adulto, hacer generalizaciones acerca del conocimiento de los adultos es extremadamente difícil. (Revista Española de la Salud, 2005).

Otro de los modelos de tendencia cognitiva describe diferentes estadios cognoscitivos argumentando que el desarrollo intelectual procede como una serie de transiciones desde lo que necesita saber, como manejar ese conocimiento y algo que es muy importante porque debería saberlo y hacerlo, en este caso refiriéndonos a un examen de prevención de enfermedades crónicas. El desarrollo cognoscitivo es ilimitado e infinito.

### Desarrollo moral

Los teóricos más influyentes en el campo del razonamiento moral sostienen que este desarrollo inicia en la infancia y en la adolescencia descansa en el desarrollo cognoscitivo, el desprenderse del pensamiento egocéntrico y la habilidad creciente de pensar en abstracto. Hemos visto, sin embargo, que muchos adolescentes no alcanzan los estadios más altos del pensamiento moral, quedando sujetos a la decisión de los adultos

### El papel de la experiencia en los juicios morales

La frase “vive y aprende” resume el desarrollo moral del adulto. La experiencia, a menudo, lleva a la gente a realizar una revaloración de su criterio sobre lo que es correcto y justo. Generalmente, las experiencias que promueven tal cambio tienen un componente emocional fuerte, lo que motiva el volver a pensar, de manera tal que las discusiones impersonales e hipotéticas no pueden descontrolarnos. A medida que la gente pasa por tales experiencias, tiene más probabilidad de ver los otros puntos de vista de otras personas en relación con los conflictos morales y sociales. Es más probable que alguien que ha tenido una experiencia real con cáncer, perdona a un hombre que roba una droga preciosa para salvar a su esposa que se está muriendo, que alguien que no ha pasado, por esta experiencia, y que dé como explicación para perdonar, su propia enfermedad o la de un ser amado. El estadio cognoscitivo, entonces, parece establecer el límite más alto para el potencial de crecimiento moral. Alguien cuyo pensamiento está todavía en el nivel de las operaciones concretas no es probable que exhiba un nivel complejo para tomar decisiones de carácter. Pero alguien en el estadio cognoscitivo de operaciones formales puede no obtener el nivel más alto de pensamiento moral tampoco - hasta que la experiencia alcance el conocimiento -.

#### El desarrollo de un modo de vida

La vida del adulto joven es la época en que la mayoría de la gente ingresa en sus primeros trabajos de tiempo completo y labran así un aspecto importante de su identidad, al lograr la independencia financiera y mostrar su habilidad para asumir responsabilidades de adulto. Mucho antes de esta época, sin embargo, y mucho después de ella, el trabajo ha jugado y continuará jugando un papel importante en el desarrollo. Los niños piensan acerca de lo que quieren ser cuando grandes y, a pesar de que sus pensamientos son a menudo fantásticos, muchas de las carreras han nacido del sueño de un niño. La adolescencia lucha por desarrollar una identidad vocacional, la gente de edad intermedia a menudo cuestiona su elección de carrera y hace cambios voluntariamente o forzada a ello por el desempleo y muchos adultos de más edad necesitan arreglárselas con los problemas del retiro.

El trabajo está fuertemente ligado con todos los aspectos del desarrollo intelectual, físico social y emocional. (Martorelli, Mustaca, 1999).

A la larga, los trabajadores jóvenes (de menos de 35 años), quienes están en el proceso de labrar su carrera, están menos satisfechos con sus trabajos, en general, de lo que estarán más tarde, o al menos hasta los 60. Están menos comprometidos con sus empleos, menos comprometidos con sus empleadores y tienen más probabilidad de cambiar empleo de la que tendrán más tarde en la vida.

No hay seguridad al respecto. No hay diferencias claras de edad en aspectos específicos de la satisfacción en el empleo (satisfacción con promoción, supervisión y compañeros de trabajo), y se mezclan hallazgos relativos y a la satisfacción con el salario. Es posible que la relación entre la edad y la satisfacción en general con el empleo puedan reflejar la naturaleza del empleo en sí mismo. Cuanto más tiempo trabaja la gente en una ocupación específica, más gratificante puede ser el trabajo. Para llegar a estos alcances el joven adulto requiere de tiempo (lo que en su momento lo convertirá en adulto intermedio). (Martín, Arquímedes, 2005).

Las características propias del joven adulto puede llevarlo a mirar su empleo con ojo más crítico de lo que lo hará cuando haga un compromiso más serio.

Puede haber más de una diferencia de desarrollo, sin embargo, en las necesidades de la personalidad que están asociadas con el trabajo. Los trabajadores más jóvenes, por ejemplo, están más preocupados por el nivel de interés de su trabajo, por las oportunidades de desarrollar sus habilidades y por las oportunidades de progreso. Los trabajadores de más edad se preocupan más por supervisores y compañeros de trabajo amistosos y por recibir ayuda en su trabajo.

Hallazgos acerca de la relación entre la edad y el desempeño en el trabajo están mezclados. Los trabajadores más jóvenes tienen más ausencias que se pueden evitar que los más viejos, posiblemente por el nivel más bajo de compromiso con el trabajo. Los trabajadores más viejos tienen más ausencias inevitables, probablemente como resultado de mala salud y recuperación más lenta de los accidentes.

En general, las diferencias de edad en el desempeño parecen depender mucho de cómo se mide y de las demandas de una clase de trabajos específico. Un

empleo que requiere reflejos rápidos, por ejemplo, tiene más probabilidad de que sea desempeñado mejor por una persona joven, uno que depende de la madurez de juicio puede ser mejor ejecutado por una persona mayor. (Sánchez, 2003).

Como se aprecia, el desarrollo del adulto joven y todos sus factores, están relacionados como nos interesa a los rubros de la salud, el estilo de vida, la situación económica, la educación, etc., son elementos de los cuales depende la importancia que se le da a esta y en el momento dado de estos elementos varia el compromiso y búsqueda de ayuda medica, psicológica, familiar, etc. para hacer frente a una situación de padecimiento de enfermedad crónica.

## **CAPITULO 4**

### **LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN TRASTORNOS DE LA SALUD**

En gran medida el trabajo realizado por los psicólogos clínicos tiene sus bases en la convicción de que la gente quiere y puede cambiar su conducta, sus pensamientos y sus emociones. Que habrá una mejoría tanto personal como de calidad de vida, tan solo siendo perseverante y poseyendo autocontrol. En la mayoría de las ocasiones los psicólogos tienen participación en las intervenciones cuando se tiene la intención de tratar de reducir un cambio en la vida de quienes le rodea.

El creciente interés en el aumento de la calidad de las personas, que se esta dando tanto a través de la promoción de la salud, como de la mejoría en el funcionamiento y el bienestar que trae consigo una buena salud física y mental.

En general las alteraciones de la salud como ejemplo los trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, cáncer, etc. De tan amplio alcance en estos días son denominados como alteraciones biospicasociales, como ya se ha mencionado anteriormente, también trastornos psicofisiológicos y también enfermedades psicosomáticas, es destacada referencia a la importancia de los aspectos ambientales y psicológicos en la etiología de los mismos, así como en su mantenimiento y tratamiento. (Martorelli, Mustaca, 1999).

El objetivo y resultado visualizado es muy importante y se refiere a no descalificar lo que esta específicamente relacionado con la investigación acerca de las intervenciones. Las intervenciones de primer orden atraen una amplitud mayor a la pensada, ya que en la propuesta cualquiera que se plantee, no solo se involucran manos de profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, etc.), sino también los que pueden estar considerados como aliados lo que algunos autores llaman, asistentes en la línea de enfrente, dentro de los que se encuentran los padres, enfermeras, trabajadores sociales,

maestros, policías, etc., dependiendo de la situación de intervención, estas personas trabajando en el ambiente de la situación de intervención, tendrían como objetivo primario dar apoyo inmediato, reducir la angustia, servir como vehículo hacia los recursos de ayuda, etc. (Compas, 2003).

#### Fases de la intervención

Ya que la intervención se aplica en diversidad de casos y situaciones se han diseñado por momentos, la clase de intervención adecuada al momento y dentro de esto encontramos:

Prevención primaria; es llevada a cabo antes de que inicie el trastorno, su objetivo es impedir la aparición, por ello se considera que es desde luego el tipo de intervención mas deseable, es aplicada fundamentalmente a nivel comunitario, su dirección esta en intentar modificar los factores ambientales, y personales perjudiciales para la salud y se esfuerza por dotar a las personas de recursos múltiples para hacer frente a las situaciones principalmente de estrés. El trabajo principal del terapeuta en la modificación de conducta es que en este nivel de actuación se realiza la formación de miembros de la comunidad como profesionales que puedan extender a un sector amplio de esta misma población los programas de prevención propuestos.

Las contribuciones de la modificación de conducta a la prevención primaria se enfocan a tres tipos de sujetos: 1) a la población en general 2) a grupos específicos de la población como grupos de ancianos para hacer frente a los problemas de jubilación, etc. Y 3) a sujetos de alto riesgo, dirigido a la prevención de trastornos cardiovasculares, en niños con características problemáticas u orientados a determinado tipo de enfermedades.

Por ello que la prevención primaria se refiere mas a la defensa y promoción de la salud que a la eliminación de las enfermedades y se entronca así con un enfoque comunitario caracterizado por una sensibilidad mas psicológica y social que medica tradicional.

Prevención secundaria; esta fase tiene como objetivo localizar y conocer lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser evitada por las

medidas de prevención primaria, la prevención secundaria se orienta a las alteraciones del comportamiento que ya están presentes.

Dentro de la fase se actúa a través del diagnóstico precoz, con la esperanza, confirmada en muchos casos, de que la detección de la alteración en momentos tempranos puede facilitar el tratamiento y/o hacerlo más rápido o eficaz.

Observando la diferencia del papel desempeñando entre la prevención primaria donde la función fundamental radica en modificar la conducta y en la prevención secundaria el principal cargo es intervenir terapéuticamente, bien de forma individual o grupal, en las alteraciones del comportamiento surgidas, nos damos cuenta de la aplicación e importancia de las divisiones que se hacen. Sobre todo para tener el control y no desviar el objetivo en los ámbitos de actuación de la prevención secundaria.

Prevención terciaria; se lleva a cabo sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento el objetivo es evitar complicaciones y recaídas, así como disminuir dentro de las posibilidades los efectos negativos de los trastornos crónicos y ayudar al paciente en la reincursión a su ambiente.

Por lo general los programas de rehabilitación se incluyen en el ámbito de la intervención terciaria. Las aportaciones más específicas de la modificación de conducta en este ámbito de actuación son las estrategias orientadas a la observación de las prescripciones terapéuticas, y al manejo de los problemas presentes en las enfermedades crónicas. Existen otras áreas de atención de la modificación de conducta con este mismo objetivo que se enfocan a la prevención de las recaídas por ejemplo en las conductas adictivas y de reinserción social como puede ser de extorsión y delincuencia.

El trabajo del terapeuta sobre la conducta a este nivel favorece tanto a la actuación periódica y directa con el paciente a través de los seguimientos como implementar la formación de coterapeutas con las personas allegadas al sujeto y a nivel social y de comunidad el asesoramiento de los organismos públicos.

Cada día se da con mayor frecuencia que para los programas de intervención, se que abarque más de un tipo de prevención de los anteriormente expuestos. cuyo objetivo es combinar tanto el entrenamiento de habilidades sociales como

la creación de redes y por tanto la expansión del objetivo y la disminución de los males. (Compas, 2003).

## LA INTERVENCION TERAPEUTICA

Hablar de este proceso implica conocer el desarrollo del mismo, que consta al menos de las siguientes etapas: a) descripción de las conductas problemáticas e identificación de las variables que controlan esas conductas; b) formulación de hipótesis sobre los trastornos de conducta; c) establecimiento de los objetivos de intervención; d) selección de los procedimientos terapéuticos y puesta en practica del programa de intervención; y e) evaluación de los resultados.

Los factores y características que influyen en cada uno de estos pasos y el efecto final en los resultados son objeto de atención creciente por parte de la modificación de conducta.

- a) Descripción de las conductas problemáticas e identificación de las variables que controlan esas conductas, la importancia de esta fase procede de que los conflictos que relatan los pacientes que solicitan la ayuda psicológica, se expresan con mucha frecuencia, en forma de sentimientos de malestar general, de problemas difusos formulados de manera ambigua o con gran confusión entre las conductas y las consecuencias de las conductas. La frecuencia de este comportamiento inicial por parte de los pacientes es atribuible a la ausencia de entrenamiento para realizar observaciones de sus propias conductas y a un cierto conocimiento, por superficial que este sea, de los enfoques psiquiátricos y psicodinámicos.

El inicio de la tarea del terapeuta por lo tanto, consiste en el profundo análisis de las conductas que el paciente presente y que le causan problemas, remitido en el triple sistema de respuestas y que son las motoras, cognitivas y psicofisiológicas, así como su frecuencia, intensidad y duración, y en el sentido funcional, que se dirige a la identificación de las variables antecedentes y consecuentes que controlan una conducta determinada y al establecimiento de las relaciones entre esas variables y la conducta en la que se suelen considerar

cuatro elementos básicos: estímulos antecedentes, variables del organismo, respuestas y consecuencias.

Los métodos utilizados en la evaluación conductual son de dos tipos: directos e indirectos, los métodos directos observación, auto-observación y registro psicofisiológico se utilizan fundamentalmente para evaluar conductas manifiestas que se presentan en el momento de evaluación de las mismas. Los métodos indirectos (entrevista y auto informes), se caracterizan porque requieren en cierto grado de inferencia, se utilizan para evaluar conductas que no ocurren justo en el momento de la evaluación, o que son conductas o procesos encubiertos (pensamientos, creencias, autoverbalizaciones, imágenes, etc.).

- b) La formulación de hipótesis sobre los trastornos de conducta, se refiere a los datos obtenidos en la parte anterior que posibilitan al terapeuta la realización de hipótesis sobre el origen, el mantenimiento y la modificación de cada una de las conductas denominadas problemáticas que afectan al apaciente.

Y es justamente la comprobación de cada una de las hipótesis planteadas lo que permite establecer una serie de objetivos terapéuticos concretos que deberán alcanzarse tras el proceso de intervención. En cada fase se realizan, por tanto unas predicciones susceptibles de comprobación.

- c) El establecimiento de los objetivos de intervención, consiste, que una vez analizadas la conducta y las variables de las que depende, los objetivos deben definirse de una forma rigurosa como paso previo para establecer el programa terapéutico. El alcance de objetivos de largo y corto plazo debe llevarse a cabo conjuntamente con el terapeuta y el paciente. El trabajo del terapeuta a este respecto consiste en garantizar el realismo, dependiendo las circunstancias y el binomio costos-beneficios en cada caso, de aquellos objetivos propuestos por le paciente y en especificarlos de una forma operativa.

Con la delimitación de los objetivos terapéuticos se tiene una guía en la selección del proceso terapéutico y se establecen los criterios concretos que

llevan al mejoramiento, de modo que se pueda determinar posteriormente el momento de terminación de la terapia, así como el grado de éxito de la misma. Con la delimitación de los objetivos terapéuticos, es necesario establecer cuáles es el orden de la intervención. La inadaptación personal y/o social que presentan en ocasiones y que llevan algunas conductas problemáticas puede hacer surgir que se hagan modificaciones inmediatas de estas.

- d) Selección de los procedimientos terapéuticos y puesta en práctica del programa de intervención, pretende la identificación de las conductas problemáticas y de las variables controladoras y del establecimiento de los objetivos terapéuticos, en esta fase se pone de relieve la relación de dependencia entre la evaluación y la intervención en la modificación de conducta.

La selección de las técnicas terapéuticas está relacionada con la evaluación, también está en función de la naturaleza del problema, de las características del paciente, del contexto terapéutico y del terapeuta.

La finalidad en la terapia debe consistir en dotar al paciente de habilidades para que ejerza un mayor control acerca de sus problemas y proporcionarle los medios para que analice y solucione en el presente y lo futuro.

Se hace énfasis en el autocontrol y en el abordaje para la modificación de conducta de problemas clínicos más globales y complejos, que atraen un aumento en la duración de la terapia. Por ello no solo puede durar más el tratamiento, sino también el periodo de seguimiento.

- e) Evaluación de los resultados o evaluación de la terapia; esta fase comprende tres periodos:

1.- La evaluación a lo largo del tratamiento o intratamiento, en este tiempo se conoce si se están alcanzando los subobjetivos propuestos mediante la aplicación de técnicas que fueron seleccionadas con anterioridad. En el caso de que las técnicas terapéuticas que se apliquen de forma correcta, no se obtengan los objetivos, debe replantearse si son las idóneas o si la finalidad es la más indicada para el momento actual del proceso. Esta evaluación funciona de retroalimentación continua, permite la corrección oportuna de los resultados de la intervención.

2.- Evaluación postratamiento, mediante esta observamos cual están siendo los resultados globales de la intervención al constatar si se alcanzan, el criterio de cambio previamente establecido. Se comprueba si se han conseguido todos los objetivos terapéuticos que se quedaron restablecidos al iniciar en este nivel es importante también la evaluación de la satisfacción del paciente, durante y después del proceso terapéutico.

3.- Evaluación del seguimiento, como ultimo paso nos permite ver si las condiciones suscitadas en el proceso de terapia se generalizan a las condiciones del medio ambiente del paciente. Así mismo si los logros de la terapia son estables a lo largo del tiempo, ya que la eficacia del tratamiento determina si se ha llevado a cabo un seguimiento adecuado debido a que pueden presentarse recaídas. (Compas, 2003).

## PRINCIPIOS ETICOS DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA

Cada uno de los esfuerzos y de las actividades realizadas por los psicólogos clínicos por ayudar a la gente a cambiar, deben tener origen en el conjunto de principios que protegen el bienestar y los intereses de los individuos a los que sirven. Como ya se ha mencionado en las intervenciones deben conducirse de manera que lo primordial sea los intereses del cliente y de la sociedad como las mayores prioridades. Terapeuta y paciente en cualquier intervención psicológica deben ejercer su derecho de estar bien informados de la naturaleza de la intervención desde el inicio de esta, es decir, como pacientes tienen derecho del consentimiento informado, la decisión de empezar y continuar con un proceso psicoterapeutico debe tomarse con conocimiento, de manera inteligente y voluntaria. Las personas que necesitan de los servicios psicológicos tienen el derecho de mantener sus libertades fundamentales y de funcionar en un escenario que imponga las menores restricciones de esas libertades. Y de cierta manera el cumplimiento de los puntos éticos en esta relación de trabajo respalda también al terapeuta, en sentidos de amenazas o chantajes

La intervención en la psicología clínica difiere en una serie de dimensiones, las diferencias destacadas se refieren a las metas y los objetivos del trabajo que se

realiza, así como los medios para producir el cambio y el momento de las intervenciones. (Musicante, 2005).

## INTERVENCION PSICOLOGICA: PERFECCIONAR LA SALUD Y PROLONGAR LA VIDA.

El trabajo desarrollado en las intervenciones en la psicología clínica que al principio se empleaba solo se dedicaba a problemas de la conducta, de la vida y a la psicopatológica. Pero en años recientes el desarrollo continuo de la psicología clínica de la salud y la medicina conductual han contribuido a ampliar la participación de los psicólogos clínicos en escenarios médicos. Los objetivos, resultados y áreas de trabajo de las intervenciones en al psicología clínica han aumentado para incluir la salud física y la enfermedad además de la salud mental y la psicopatología.

Los más recientes estudios que hablan de la relación entre los factores psicológicos y la enfermedad nos dan pauta al proporcionar el conocimiento necesario para diseñar intervenciones que buscan cambiar conductas relacionadas con la salud. Algunos ejemplos de la investigación incluyen los siguientes elementos referidos al tema:

- ◆ El estrés disminuye la capacidad del cuerpo para protegerse del virus que causa el resfriado común, y la capacidad del cuerpo para curar las heridas, como por ejemplo, el curso de la recuperación de cirugía.
- ◆ Un estilo de personalidad caracterizado por la hostilidad, competitividad y urgencia temporal (personalidad Tipo A) es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiaca de las coronarias, con el más fuerte incremento en el riesgo asociado con la hostilidad.
- ◆ Los síntomas de depresión en las semanas que siguen a un ataque cardiaco incrementan en forma significativa el riesgo de un segundo ataque cardiaco. (Buceta, Bueno, Mas, 2001).

Con base en estos y otros hallazgos, las intervenciones llevadas a cabo por los psicólogos clínicos pretenden como punto prioritario mejorar la calidad de vida de la gente, y también incrementar la longevidad y disminuir la mortalidad en

individuos con enfermedades serias, como las manejadas en este trabajo. Algunos estudios sobre los efectos de las intervenciones psicológicas para pacientes con cáncer especialmente dignos de atención, en estos trabajos se consiguió el apoyo de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud mental para que participaran en el tratamiento de pacientes con cáncer. El trabajo de manera integral que realizó el equipo de esos profesionales tenía varios propósitos; ayudar a los pacientes a hacer frente al estrés producto de diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, auxiliar de manera paralela a los pacientes a manejar los afectos colaterales negativos causados por los tratamientos de quimioterapia, y mejorar la calidad de vida de los pacientes al paso de la incertidumbre de vivir con la sensación de angustia de una recurrencia futura o afrontar un diagnóstico terminal. (Rodríguez, 2002). Sin embargo, como hemos podido ver, la investigación ha demostrado que las intervenciones psicológicas pueden aumentar la duración, así como la calidad de vida de los pacientes. Los resultados y aportaciones sugieren que una forma en que las intervenciones psicológicas contribuyen a una mayor supervivencia de los pacientes con crónicos es mediante los efectos que esas intervenciones tienen en ayuda a mejorar el funcionamiento del sistema inmunológico y su capacidad para luchar contra la enfermedad.

Las intervenciones psicológicas aun cuando difieran en los aspectos del funcionamiento humano que pretenden cambiar, son los psicólogos quienes deben decidir evaluar y medir los pensamientos, los sentimientos, las conductas, la biología o el ambiente, también pueden ayudar a la gente a cambiar en uno o más de esos diversos niveles de funcionamiento. En ocasiones el trabajo en las intervenciones pretende cambiar lo que hace la gente, cambiar conductas problemáticas particular es hacia otras que le aporten mejoría al conflicto o en el caso de este trabajo a la enfermedad. Algunas otras intervenciones son diseñadas y se enfocan para cambiar las emociones disminuyendo el malestar emocional y aumentando la comodidad emocional, por ejemplo como cuando se utiliza una intervención para reducir los sentimientos de ansiedad y preocupación. Dentro de la gama de terapias existen otras intervenciones que pretenden cambiar las formas en que la gente

piensa, también es posible diseñar intervenciones psicológicas que modifiquen los procesos biológicos subyacentes. Se Incluyen el uso de técnicas psicológicas que reducen la presión sanguínea, hacen mas lento el ritmo cardiaco en reposo o disminuyen el dolor de cabeza. También pueden diseñarse intervenciones que transforme el ambiente más que la persona, como cuando se modifican la estructura y los recursos con el fin de facilitar la transición de lugares que provocan grandes cantidades de estrés como lo son la escuela o el trabajo. Por lo general las intervenciones se diseñan para producir cambio en mas de uno de esos niveles de funcionamiento. (Compas, 2003).

Como resultado de todos estos avances en la psicología clínica y la medicina conductual se ha extendido el foco de las intervenciones de la psicología clínica para incluir una serie de trastornos y enfermedades físicas, es decir, los psicólogos contribuyen de manera directa en la prevención y tratamiento de cáncer, la diabetes, la hipertensión, entre otras enfermedades.

Y estas metas de intervención directa o indirectamente provocan cambios diferentes para todas las partes involucradas. Ya que este proceso involucra aparte del psicólogo y el paciente a la familia, maestros, compañeros, etc.

# **PROPUESTA DE INTERVENCION PSICOLOGICA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS JOVENES CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS**

La propuesta que se realiza en el presente trabajo tiene como objetivo otorgar al adulto joven que padece una enfermedad crónico degenerativa, un modelo de intervención psicológica, que acompañe su tratamiento medico, y que cubra sus demandas biopsicosociales, La estructura de este trabajo tiene en la mira brindar al adulto joven que se encuentra en una etapa de desarrollo que marca su condición de vida, herramientas para que enfrente la enfermedad y continúe con ese desarrollo, proceso y desenvolvimiento en cada uno de los espacios personales en los que se encuentre, también con la finalidad de que no presente un desajuste social y emocional a causa de la enfermedad que le impida continuar con un proceso personal óptimo.

Ya que es el aspecto farmacológico se encuentra controlado por el tratamiento a cargo del médico tratante, dentro de la intervención que aquí se propone, una de las intenciones es reducir los estados altos de estrés, ya que esto es un alto detonador que obstaculiza un mejoramiento en la salud de las personas, incluso el daño que genera involucra un avance apresurado de la enfermedad, a través de la identificación de los elementos estresantes y la inhibición de los mismos, permitirá que la salud de los pacientes sea favorecedora, sobre todo para que este continúe con un ritmo de vida normal.

El diseño de la propuesta, se basa en programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas, por ejemplo, la implementación de un paquete de técnicas comportamentales para superar el dolor crónico. Y de esta manera entrar en lo que conocemos como Prevención Terciaria, que comprende dos objetivos básicos: 1) reducir la probabilidad de las recaídas en alteraciones ya superadas y, 2) aliviar los efectos nocivos que se derivan de los trastornos crónicos.

Por tanto una intervención psicológica basada en lo comportamental para el control del estrés, debe tener en cuenta distintos aspectos, desde los estados ambientales potencialmente estresantes, los patrones de conducta hasta los estilos de afrontamiento que por su presencia o ausencia son significativos.

Las causas de muerte disminuyen vigilando y controlando hábitos como la dieta alimentaría, el consumo de cigarrillos, el ejercicio físico regular, el consumo de alcohol, el consumo de drogas, las relaciones sexuales tomando precauciones, los chequeos médicos periódicos y, en los casos que procede, la adherencia a la medicación.

Existen técnicas psicológicas que son muy apropiadas para el tratamiento de los pacientes con diabetes, cáncer, sida o de de aquellos que han sufrido un infarto de miocardio. Para este trabajo en particular hablamos de aquellas que se adecuen a las enfermedades que aquí se mencionaron Cáncer, Diabetes e Hipertensión Arterial, buscando favorecer el bienestar, la calidad de vida de los enfermos, y en general, reducir la vulnerabilidad que presentan los pacientes con dichas enfermedades.

Existen puntos determinantes a considerar, a continuación veremos cuales son aquellos elementos con los que se puede empezar a trabajar:

- ✓ Adquisición de conductas necesarias para la adecuada adherencia a los tratamientos médicos, entre ellas aprender a utilizar registros de capacidad funcional respiratoria, registros diarios de presión arterial en el caso de la hipertensión arterial, controles del nivel de insulina en diabéticos, etc.
- ✓ Aprendizaje de comportamiento terapéutico, tomar píldoras, inyectarse, medirse, etc.
- ✓ Preparación para intervenciones médicas dolorosas o con efectos colaterales negativos, por ejemplo, control de miedo y evitación a pruebas médicas tales como endoscopias, intervenciones dentales, preparación para

la cirugía, prevención de náuseas, vómitos y ansiedad anticipatoria de la quimioterapia en pacientes con cáncer.

Uno de los modelos que abarca lineamientos de interés para el paciente y que pueden ser manejados por el terapeuta son los dictados por D'Zurrilla (1971), cuya técnica de solución de problemas, consta de cinco fases:

- a).- Orientación general al problema;
- b).- Definición y formulación del problema;
- c).- Generación de soluciones alternativas;
- d).- Toma de decisiones, y
- e).- Puesta en práctica y verificación de la solución.

La intervención psicológica en las enfermedades crónico - degenerativas esencialmente debe realizarse siguiendo una serie de pasos o etapas sucesivas que van delimitando distintos objetivos y métodos a lo largo del proceso de tratamiento de la enfermedad.

1. Tener como objetivo principal la evaluación situacional de los niveles o etapas en los que se encuentra la enfermedad.
2. Verificar si la enfermedad se produce en unión de otros factores de riesgo.
3. Realizar una primera intervención estandarizada sobre la enfermedad.
4. Una evaluación especializada de los factores que estén implicados en el mantenimiento de la enfermedad, así como de factores que puedan también estar implicados en su no mantenimiento.
5. Centrarse en un segundo tratamiento en este caso especializado y personalizado como el farmacológico.
6. Realizar un seguimiento de los efectos del tratamiento, así como llevar a cabo sesiones recordatorias y de mantenimiento.

Un aspecto que debe quedar claro es que no se trata solo de convencer al paciente de lo que él llama sus errores, ni de darle de ninguna manera

soluciones, ni de emplear otros argumentos alternativos, como señalarle que no es tan grave lo que sucede o decirle que piense de manera positiva, esta propuesta lo que trata es de favorecer un proceso de cambio complejo que necesita de tiempo y una gran habilidad por parte del terapeuta, para lograr la disposición del paciente.

Para lograr los objetivos existe un sector que pertenece directamente al terapeuta y que de cierta manera es un punto focal que determina el éxito del trabajo con el paciente, por ello es que se debe tener presente las normas para una buena comunicación con el paciente y cumplir con el mensaje de salud, principalmente se encuentran:

- ✓ Atención, que nuestro mensaje sea capaz de atraer y mantener la atención de nuestro interlocutor en este caso el paciente de diabetes, cáncer e hipertensión arterial.
- ✓ Comprensión, que el paciente comprenda nuestro mensaje con facilidad.
- ✓ Relevancia personal, que el paciente perciba lo que en realidad es importante para él.
- ✓ Credibilidad, que exista este aspecto tanto en el mensaje propiamente dicho, como en el profesional que lo comunica.
- ✓ Aceptabilidad, manejo adecuado del mensaje para que no exista algo en su forma o contenido que pueda ser ofensivo o inaceptable para el interlocutor.

Como se ha visto el programa de intervención psicológica deberá ser realizado específicamente para cada persona y convendrá tener en cuenta la incidencia de los distintos tipos de factores que intervengan en la enfermedad.

Las técnicas mencionadas en esta propuesta están totalmente dirigidas a el control de los factores psicosociales que inciden en las enfermedades crónico degenerativas, prácticamente todo el abanico de técnicas existentes en cuanto a modificación de conducta son la principal alternativa para iniciar una intervención de este tipo y obtener resultados favorecedores, ya que, los programas de manejo de ansiedad y estrés son los que presentan una mayor incidencia, además de ser uno de los abordajes terapéuticos que suele presentar mejores resultados.

Sabemos de antemano que para iniciar la intervención psicológica esta debe formarse con una entrevista en la que se debe delimitar el problema, su historia y el ciclo de la enfermedad en la que se encuentra en ese momento, habrá de prestarse especial atención a otra serie de condiciones, principalmente farmacológicas, que puedan producir alteraciones o interacciones perjudiciales con las mismas.

Ya que la Intervención Psicológica aquí propuesta esta dirigida a un definido tipo de pacientes, la pretensión es que mediante la palabra y los actos, en diferentes situaciones en las que el paciente necesite de la contención y sostén, le sea proporcionado con la aplicación de esta propuesta. También tratando de evitar o prevenir situaciones de urgencia que pongan en riesgo al paciente y esté se sienta amenazado y temeroso de continuar con su tratamiento terapéutico y médico. Brindándole seguridad para que adquiera el control y continuar con su tratamiento desechando ideas y actos que lo alejen de su vida social.

De manera específica los objetivos son:

- Ayudar al paciente a superar el primer impacto del diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa (crisis de angustia, depresión, negación, aislamiento, etc.)
- Acompañar y apoyar en la toma de decisiones una vez que los tratamientos tienen que iniciar.
- Procurar que el paciente establezca una óptima y cordial comunicación con el personal tratante (médicos, laboratoristas, enfermeras, etc.)
- Elaborar los diferentes duelos que la enfermedad conlleva.

Permitirle que durante el espacio y tiempo de intervención pueda resolver miedos, dudas aclaraciones, temores, etc., que surjan, pero no propiciar que existan ideas falsas dañinas que perjudiquen su tratamiento y por tanto su salud.

## CONCLUSIONES

A medida que pasa el tiempo los avances en investigaciones sobre las enfermedades crónicas que afectan una extensa población, se desarrollan y experimentan estrategias, técnicas, métodos, alternativas, etc., encaminadas al bienestar de la persona que la padece, y en este entredicho los objetivos van hacia la búsqueda de la salud, tal vez en primera instancia de la salud física, pero como ya se ha mencionado a la par está la salud mental, y en el caso de este trabajo se toma el aspecto psicológico como un pilar para que el paciente adulto joven adopte acciones y conocimiento sobre su padecimiento y por resultado ya consciente de su enfermedad sea quien dirija el desarrollo de su tratamiento médico.

¿Cómo alguien tan joven, puede tener esa enfermedad?, este cuestionamiento es la raíz de la presente investigación, dejar en el plano de lo imaginario que quienes se enferman son los personas mayores o los niños, por el estilo de vida actual ha dejado expuesto al adulto joven a una serie de factores que lo enfrentan a este tipo de enfermedades y se vuelve vulnerable ante ellas. ¿Cómo se le dice a alguien de 30 años que tiene cáncer, que puede continuar con sus planes de vida, tener una pareja, hijos, un empleo en el que puede desempeñarse profesionalmente, que siga con sus ideales de viajar, seguir aprendiendo, etc., que no por padecer esa enfermedad su vida se ha estancado? ¿Quién tiene la decisión de continuar con un tratamiento médico para establecer la salud, el paciente o la familia?, estas preguntas son las que han realizado quienes se encuentran cerca de este tipo de pacientes, y más que ser el médico que informa o el familiar que consuela, se debe tener una estrategia que no solo reconforte si no que brinde la ayuda requerida ante tal situación.

La Intervención Psicológica brindada por un profesional en la materia, puede ser un excelente acompañamiento durante el tratamiento médico. Mostrarle una propuesta en la que no solo aprenda que sus hábitos deben de cambiar, sino que hay un tiempo y espacio para la aceptación, el conocimiento, la reeducación, son puntos que parecen tomar importancia ante la circunstancia,

no solo informar sino crear un estado consciente de la etapa para la cual debe tener las herramientas y tomar decisiones.

El adulto joven enfermo, no debería estar preocupándose por lo que pasará ahora con sus hijos, con su carrera, con los proyectos que recién llevaba a cabo, sino debe de haber un continuo en sus intenciones y aspiraciones, de hecho realizar nuevos, tal vez y esto es con seguridad habrá de modificar distintos aspectos cotidianos de su vida, pero que estas alteraciones no dañen el sentido de la misma es uno de los planteamientos que se hace.

Aun cuando parece contradictorio que teniendo al alcance de la mano miles de soluciones, sigue el creciente desarrollo y complicaciones de estas enfermedades, es por esto que las soluciones milagrosas deben quedarse en ese plano de lo no real. Cuando el ser humano es consciente de lo que hace y deja de hacer y las consecuencias de sus actos, puede entonces en realidad crear, dar, pensar soluciones a manera de respuesta y ser responsable de lo que implique.

Con facilidad podríamos hablar de todos los factores que nos rodean y que son causantes de los males que nos aquejan, el estrés, la contaminación, la inestabilidad social, los elementos causantes de tensión y más, pero si a esto le sumamos que no hay una cultura de autocuidado, pues es totalmente predecible que estaremos padeciendo uno de los males que aquí se investigaron, no solo la genética es la causante sino también el descontrol de una vida de riesgos, adicciones y excesos, considerar que siendo joven se es inmortal, en las últimas décadas podemos ver que es errónea esta idea, no solo los intrépidos mueren en accidentes, sino los decesos de personas obesas, fumadoras, alcohólicas, sedentarias, estresadas, van aumentando las estadísticas traducidas en enfermedades crónico-degenerativas.

Es bien sabido que los Organismos de salud, en varias modalidades y en la mayoría del territorio mexicano, han llevado a cabo acciones de prevención en distintas áreas de la salud, dentro del trabajo que realizan, han dirigido atención a los aspectos de la salud física por enfermedades crónico degenerativas, sin embargo tales enfermedades continúan presentándose y como lo vemos en las estadísticas los índices de presencia aumentan año tras año, no podemos solo justificar esta razón a que los programas no tengan continuidad o que las

personas encargadas de llevarlos a cabo no sean suficientes o que no existan las instalaciones adecuadas, etc., la visión debe ir mas allá, no buscando las fallas sino modificando las técnicas y tratamientos, las personas al acudir a la institución de salud, requieren y anhelan de un trato personalizado, por ello es de preocuparse en un conveniente tratamiento diseñado y pensado exclusivamente a los Adultos Jóvenes, tanto en los programas de prevención como en las fases de tratamiento médico, con acciones exclusivas como ésta, tal vez, ahora si los resultados serían gente adulta sana, o con una mejor predisposición a la adherencia médica.

Las tres enfermedades que en la presente investigación se trabajaron y se estudiaron, fueron elegidas por su alta afectación en todos los tipos de población, son males que están atacando la estabilidad y desarrollo de las personas, el Cáncer en cada una de sus manifestaciones es un poderoso enemigo, que pareciera buscar cualquier zona para adentrarse en el ser humano, la Hipertensión Arterial un mal silencioso que se creyera que de la noche a la mañana hace una aparición causando un gran daño para quien lo padece y la Diabetes una enfermedad que rompe paradigmas, no solo aparece en personas mayores, sino en niños y jóvenes y no necesariamente adictos a los dulces, estas tres enfermedades crónico-degenerativas a nivel mundial ocupan los primeros lugares como causa de muerte, y sin distinción de razas, cultura, estatus económico. Obviamente los más afectados siempre serán los niveles económicos bajos ya que el acceso que puedan tener a los tratamientos es difícil por los costos que conllevan la enfermedad, y no solo hablar de los medicamentos, sino los traslados, hospedaje, manutención etc., por ello que para algunas personas sea más fácil pensar en un autoabandono, que luchar para sanar.

También hemos de aclarar que si bien han fracasado algunos trabajos de intervención o no han tenido los resultados esperados, aun teniendo la infraestructura adecuada, no solo depende de la Institución de salud, sino del tipo de población, hay comunidades en las que teniendo todos los elementos para adquirir los conocimientos proporcionados en la prevención primaria, no asisten o hacen uso de ésta; la cultura e ignorancia, son factores y/o males que

también dañan este aumento de las enfermedades. Ya que es conocido que un nivel y calidad de vida altos, refiriéndonos a los aspectos materiales, sí establecen una disposición de buena en la salud.

Respecto de las funciones y actividades realizadas en los programas de intervención considero que como objetivo general deben de buscar a manera de triunfo la salud de las personas y potenciar los niveles en la calidad de vida. Atendiendo y promoviendo el bienestar en determinados factores empleados para la salud.

Ya que de las diversas reacciones que se presentan al escuchar que se padece una enfermedad crónica degenerativa y el poco o nulo conocimiento que se tenga de ésta, como ya se ha mencionado también influye la respuesta que emitamos ante tal situación. Escuchar que se presentó el cáncer, que hay que tener cuidados por una propensión a ser hipertensos o que los excesos en la comida lo han llevado a manifestar diabetes, son frases que día a día se dan en los consultorios médicos pero que no todos aquellos que los escuchan son conscientes de las palabras que han recibido la incertidumbre, el miedo, la ignorancia, la desesperanza, son sensaciones que poco sabemos manejar y ante las que la fatalidad acompaña, llevándonos a un estado de desconcierto y una inútil resignación. Desconocer los alcances de la medicina para establecer una calidad de vida óptima, aun sigue siendo para los tratamientos médicos un obstáculo que los pacientes presentan y que hacen de la adherencia terapéutica un fracaso.

Focalizar los recursos humanos y económicos, dentro de las nuevas propuestas de trabajo, seguirá siendo un continuo favorecedor en la batalla contra las enfermedades, como profesionales de la salud, dar seguimiento a la preparación y preocupación por la vida, será el estímulo para el desarrollo y aplicación de estos programas, trabajos e investigaciones, así como la organización, seguimiento, búsqueda y detección de las áreas a tratar.

## BIBLIOGRAFIA

Aresca L. (2004). Psicooncología: diferentes miradas. Buenos Aires : Lugar.

Baider L. Cary L. (Eds.). Kaplan A. (Cooper). (2000). Cancer and the family. New York: Wiley.

Bayes, R. (1996). Psicología oncológica (2a Ed.). Barcelona: Martínez.

Brannon L. Fiest J. (2000). Health psychology: an introduction to behavior and health. (4ª ed.). Wadsworth: Belmont.

Buceta J. Bueno A. Mas B. (Eds.). (2001). Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykinson.

Buceta J. Bueno A. Mas B. (Eds.). (2000). Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid. Dykinson.

Carballido J. (2003), Calidad de vida en pacientes crónicos y adherencia terapéutica: un estudio exploratorio. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Casullo M. (1996). Evaluación psicológica en el campo de la salud. Barcelona: Paídos.

Compas E. (2003). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill Interamericana.

D'Zurrilla T. Goldfried M. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of abnormal psychology. 78.

Flores A. (2004). Adherencia terapéutica en pacientes oncológico pediátricos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Guyton, A. (1981). Textbook of medical Physiology. Filadelfia: Saunders.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17075602.pdf> Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. Revista Española de la Salud. 28..

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/sinave/> Kuri P. Vargas M. López Z. Rizo P. (2005). Sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria de diabetes tipo 2

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/sinave/> (2005). Registro Histopatológico de neoplasias malignas

<http://www.psicologiadelasalud.cl/prontus/pcomputarizadas/site/pags/20050401142624.html> Martín M. Arquímedes L. Factores psicológicos asociados al cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas.

[http://www.renal.org.ar/revista/Vol24/3/24\\_3\\_99.htm](http://www.renal.org.ar/revista/Vol24/3/24_3_99.htm) Martorelli A. Mustaca A. Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos

[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html) (2006). Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.

<http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw05/es/index.html> Cara a cara con las enfermedades crónicas

Kilo C. Williamson J. (1991). Controle su Diabetes. México: Noriega Limusa.

López F. (2003). Epidemiología: enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. México, D. F.: Manual Moderno.

Morales J. José H. Haiko N. (2004). Enfermedades crónicas de etiología infecciosa. México: Manual Moderno.

Musicante R. (2005). Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?. Serie Comentarios Psicoanalíticos Vol.2, Argentina : Brujas.

Papalia D. Wendkos O. Feldman R. (2001). Desarrollo Humano. (8a. Ed.) Colombia: McGraw-Hill.

Peña A. (2004). Presencia del patrón de conducta tipo A en el desenlace del infarto prematuro al miocardio. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Pichardo C. (2004). Diabetes: una oportunidad a la vida intervención psicológica para cambiar creencias relacionadas con la diabetes. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rodríguez O. (2002). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Sánchez M. (2003). Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Secretaria de Salud Pública. (2002). Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública de México. 44, 266-279.

Sullivan D. Everstine L. (1983). Personas en crisis. (1ª. Reimpresión). México: Pax México, 2004.

Torres M. (2004). Educación para la salud y el control del paciente con hipertensión arterial. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Turner R. Cull C. Frighi V. Holman R. (2000). Control de la Glucemia con dieta, sulfonilurea, metformina e insulina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. The Journal of the American Medical Association. 8, 180-187.