



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS  
TRABAJADORES DE UNA INSTITUCIÓN PARAESTATAL DE  
JALISCO

T E S I S

QUE POR OPTAR AL GRADO DE MAESTRA  
EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL  
P R E S E N T A :  
CARLOTA EUGENIA TELLO VACA

Directora: Dra. Rosa Martha Meda Lara.

Comité Tutorial: Dra. Patricia Andrade Palos.

Mtro. Sergio Meneses Ortega.

Dra. Susan Pick Steiner.

Dr. Rolando Díaz Loving.



® Facultad  
de Psicología

México, D.F.

2005.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*Gracias a Dios*

*Gracias a Humberto, Alejandra, Beto, Cristy y Pablo,  
porque representan el amor y son mi motivo.*

*Gracias a Rosa Martha y a Rubén, por su  
incondicional asesoría y apoyo.*

*Agradezco especialmente a Paty, Rolando, Susan,  
Sergio y Clelia, por su confianza y por ser la guía en la  
elaboración de este trabajo.*

*A la memoria de Héctor, por creer en mí para realizar  
esta tesis.*

*Finalmente gracias a todos los participantes, los  
trabajadores que me permitieron acceder a sus formas de vida  
y que hicieron posible esta investigación.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo reconocional.

NOMBRE: Carlota E. Tallo Vega

FECHA: 10 - nov - 95

FIRMA: [Firma manuscrita]

Cuando soñamos, parece que vivimos,  
cuando vivimos, parece que soñamos.  
Y así, confundiendo los sueños con  
la vida y la vida con los sueños  
sin sentir, nos apagamos.

Elías Nandino

*"La salud se coloca como el debe hereditario. Nos creemos con derecho a la salud, por el simple hecho de nacer. La salud se nos da aparentemente sin esfuerzo personal. Por ello, aceptamos fácilmente que instancias externas a nosotros se encarguen de garantizarnos no solo las condiciones de salud, sino la salud misma. Pretendemos que el control externo asuma el papel que le correspondería a nuestra propia responsabilidad. Y el dilema entre causalidad externa y causalidad interna en la etiología de nuestra salud suele resolverse a favor de la primera. Como consecuencia se genera una actitud de dependencia y de privilegio de las posibilidades de acción de nuestros responsables institucionales" (Barriga Jimenez, 1992).*

## *INDICE*

1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1 ANTECEDENTES.....	6
2.2 CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD.....	12
a) APORTACIÓN DE LA PSICOLOGÍA A LA SALUD.....	22
2.3 MODELOS DE SALUD-ENFERMEDAD.....	24
2.4 FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.....	27
a) LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD.....	30
b) EL ESTILO DE VIDA Y SU IMPACTO EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.....	36
c) PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO.....	41
d) LA CONCEPTUALIZACION DE “BIENESTAR”.....	45
e) LA EVALUACIÓN DE LOS EVENTOS COTIDIANOS Y LA SALUD.....	59
f) ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO.....	62
g) LA DEPRESIÓN, ESTADO DE ÁNIMO DISFUNCIONAL.....	87
h) FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LA POBLACIÓN.....	93
2.5 LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.....	98
a) DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	100

b) LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN MEXICO.....	103
c) APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	105
2.6 CARACTERISTICAS SOCIALES Y DE SALUD EN LA POBLACIÓN DEL ESTADO DE JALISCO.....	115
2.7 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MEDIANTE LA ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA (HEALTH AND DAILY LIVING FORM, HDL).....	120
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	123
4. OBJETIVOS.....	127
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	128
6. RESULTADOS.....	130
7. DISCUSIÓN.....	174
8. CONCLUSIONES.....	193
9. RECOMENDACIONES.....	199
10. BIBLIOGRAFÍA.....	202
11. ANEXOS.....	223

## 1. RESUMEN.

Se ha reconocido que el estilo de vida, la percepción de bienestar, la personalidad, los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento, el estrés y el apoyo social tienen una relación directa e indirecta con el proceso de salud-enfermedad, factores que han sido abordados y estudiados desde diferentes perspectivas (Levi y Anderson, 1980; Everly, 1989; Palacios 1998; Blonna, 1996; Grau, 1998; Rodríguez y Rojas, 1998; Santos, 1998; Mayo, 1999; Celis, 2002). Se requieren estudios que aborden grupos específicos, vulnerables, como es el caso de trabajadores de instituciones públicas, para identificar los factores psicosociales de riesgo a la salud, que impactan en su vida cotidiana y por ende en la salud. (Urbina y Rodríguez, 1993; Ortiz, 1996; Meda, 1998). En este estudio se pretende identificar y describir la relación entre las variables sociodemográficas, psicosociales y de afrontamiento al estrés con la auto percepción de salud integral de los trabajadores de una institución paraestatal, mediante un estudio epidemiológico, exploratorio y transversal. **Material y Método:** Se aplicó la encuesta de Salud y Vida Cotidiana (Moos, 1982; Ayala, 1988) a 237 trabajadores de una Institución Paraestatal del Estado de Jalisco, con un rango de edad comprendido entre los 18 a 60 años, siendo la muestra de acuerdo al género 78.5% mujeres y 21.5% hombres. **Resultados:** Se pudieron identificar y se describen los estilos de vida, los estilos de afrontamiento, los estados emocionales, el autoconcepto, el apoyo social, las enfermedades y la sintomatología más frecuente experimentada en los últimos doce meses. Se encontró que de los indicadores psicosociales explorados, la **depresión** es la variable que correlacionó más alto con la condición de morbilidad (síntomas físicos, enfermedades e ingesta de medicamentos); mientras que el afrontamiento, el apoyo social y el autoconcepto no correlacionaron de manera significativa con la condición de morbilidad. **Conclusiones:** En esta muestra poblacional, el humor depresivo y la depresión explican en mayor grado (47.5%) la condición de morbilidad, causando malestar emocional, físico y social.



## **2. INTRODUCCIÓN.**

### **2.1 ANTECEDENTES.**

El estado de salud-enfermedad de las personas es un proceso dinámico, donde los aspectos psicológicos, sociales, culturales y biológicos se encuentran interrelacionados como partes indivisibles de un mismo sistema, cualquier fenómeno que ocurra en una de sus partes afectará a las demás (Everly, 1989; Stone, 1991; Ortiz, 1996; Santacreu, 1997).

En la actualidad, el crecimiento de las grandes ciudades y el complejo estilo de vida de los seres humanos, han generado problemáticas fisiopatológicas que rebasan la atención médica que puede ofrecer el Sector Salud de este país (Hernández-Meléndez, Palomera, Santos, 2003).

Durante el siglo XX, se hizo frente como nunca antes a las enfermedades infecciosas; por un lado, con el desarrollo de la tecnología se descubrieron antibióticos cada vez más efectivos contra los microorganismos patógenos; de manera paralela, las grandes campañas de vacunación obtuvieron los resultados esperados al inmunizar y proteger a las personas de diversas enfermedades, sobre todo a los infantes. La mortalidad infantil disminuyó y la expectativa de vida aumentó dramáticamente después de los 50s. La época moderna que siguió a esta década trajo consigo una serie de padecimientos relacionados con la conducta, con la respuesta al estrés, y con la mala adaptación de los organismos a la prisa de la vida actual (Arauz, 1994; Lazarus, 2000; Matarazzo; 1984).

En la década de los sesentas, inicia el crecimiento demográfico, el país contaba con 35 millones de habitantes. El Sector Salud, instala los primeros programas agresivos contra la difteria, viruela, fiebre tifoidea y sarampión. Algunas campañas fueron sumamente exitosas, por ejemplo la disminución de las diarreas gracias al agua potable, la erradicación del cólera, la viruela, la fiebre amarilla y el tifo, en los primeros años de la década de los 70s.

En 1980 se inicia el registro Nacional de Cáncer y se actualizan los programas de las enfermedades crónico-degenerativas; en 1983 se reportaron los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; hasta 1986 se inició el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (incluyendo el VIH/SIDA), con participación de todas las Entidades Federativas.

A partir de 1991, se crean las tres campañas anuales de vacunación donde se aprovecha el espacio para dar educación en salud a la población en general. Asimismo se inició la producción de investigación en el área. Pero la salud de la población mexicana presenta nuevos retos, con problemas más difíciles y complejos, pues aún sin haber erradicado las enfermedades infecciosas, se tiene un incremento dramático de enfermedades crónico-degenerativas y otros problemas de etiología viral como el VIH-SIDA, que tiene relación con el comportamiento sexual y el componente cultural del machismo, dando lugar a la transición epidemiológica (Tapia Conyer, 2002).

Como ejemplo de la transición epidemiológica, entre las diez principales causas de mortalidad de la población general en México se encuentran: las enfermedades del corazón, las neoplasias, la diabetes, infecciones respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), violencia y agresiones. En cuanto a morbilidad, las

principales son las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de las vías urinarias, úlceras y amibiasis (INEGI, 2000).

En términos generales, los padecimientos en México que poseen predisponentes biológicos se encuentran entre el 25 al 28%; entre el 28 y el 35% son resultado del medio ambiente y del estilo de vida; finalmente entre el 28 y 35% tiene influencia directa el estilo de vida (Chávez, 1996). Ante esta contundencia de datos se considera la presencia de entidades nosológicas con etiología microbiana y con etiología de estilos de vida, pero aún en las enfermedades generadas por agentes biológicos, éstas también tienen relación con el estilo de vida, ejemplo de ello es la desnutrición, la insalubridad y la pobreza.

En otros términos, el perfil epidemiológico se encuentra en pleno cambio ya que se ha logrado el control de algunas enfermedades infecciosas y carenciales, pero aún siguen siendo un problema (estados mórbidos característicos de los pueblos en desarrollo) en todos los grupos etáreos, pero de mayor magnitud en las edades extremas de la vida; por otro lado las enfermedades cardiovasculares y crónico-degenerativas, la violencia, los accidentes y traumatismos (padecimientos comunes de los pueblos desarrollados) se han incrementado de manera alarmante. (Rodríguez y Rojas 1998; Sánchez Sosa, 1998; Grau, 1998).

En la compleja integridad que caracteriza a los seres humanos tienen relación tanto los subsistemas biológicos y psicológicos como el ecosistema que, en términos generales incluye familia, amigos, diversos factores sociales como el aumento de la violencia, el uso de drogas, centros de salud de calidad y la posibilidad de servicios básicos, espacios para practicar deportes y la contaminación ambiental; la presencia, la falta de calidad o la ausencia de estos factores pueden ayudar a tener poblaciones

más saludables o a deteriorar la salud y aumentar la incidencia de enfermedad (Lazarus y Folkman, 1984; Restrepo y Malaga, 2001; Aburto, 2001).

El enmarcado de la Psicología de la Salud, toma en cuenta esos factores y además asevera que se pueden desarrollar modelos de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación, con el fin de mejorar las condiciones de vida y salud de las comunidades. La Psicología de la Salud se ha desarrollado intensamente en varias partes del mundo, reconociéndose como una disciplina de actualidad, ante los nuevos retos en salud (Matarazo, 1984; Santacreu, 1997; Rodríguez, 1998; Palacios, 1998).

La salud versus enfermedad es un estado de los individuos controlado por diversos factores, factores internos que tienen que ver con la propia historia y construcción del sujeto y factores externos que interactúan con la propia historia individual; las creencias de un pueblo acerca de la salud y la enfermedad son un elemento que no se puede pasar por alto porque afecta en gran manera a las comunidades. Retomando la teoría de Luria (1982) respecto a la propuesta de *cuadro interno y cuadro externo de la enfermedad*, el concepto de cuadro interno se refiere a todo aquello que experimenta y vivencia el sujeto, toda la masa de sensaciones mórbidas, su auto observación, sus sensaciones, las creencias sobre las causas de las enfermedades, lo que representa acudir al médico; todo el mundo interno que consiste en combinaciones complejas de las representaciones de sus sensaciones, afectos, conflictos, vivencias psíquicas, positivas y negativas. Mientras que el cuadro externo es todo aquello que el profesional puede obtener de manera objetiva sobre la persona y su estado de salud.

De tal manera que la vulnerabilidad de las personas para enfermar dependerá no solo de la genética heredada de sus ancestros, sino del intercambio con el medio ambiente durante la propia vida, de su estilo de vida (Celis, 2002).

La salud ha sido una meta perseguida en la historia de la humanidad. A través del tiempo los seres humanos han propuesto y experimentado una gran cantidad de métodos, formas de vida, alimentos, conductas, recetas, hierbas, promesas, modos de ser, modos de descansar y modos de trabajar, supuestos ritos y creencias (Schott, 1993/2003).

La salud es un proceso, es un continuo durante la vida, no se puede estar totalmente sano ni totalmente enfermo; en todo caso, se puede estar asintomático; sin que se manifieste una condición médica; de la misma manera en ocasiones hay sintomatología que no corresponde necesariamente al diagnóstico médico (Celis, 2002; Birk, 1973; Stone, 1990).

Estar saludable no es aleatorio, es el conjunto de posibilidades de bienestar del individuo en una situación dada, en una cultura, en una región geográfica y en una parte de la historia; también difiere para hombres y mujeres, para niños, adultos o ancianos; para personas solitarias o para familias; para gente que vive en las grandes ciudades o para gente que vive en áreas rurales. Ya que la situación vital está conformada por el género, la edad, la clase social, la etnia, la educación, el tipo de familia y su interacción, todos estos factores pueden tener un impacto en la salud (Hernández, 2002, Morales Calatayud, 1995).

La salud también es un derecho, la salud como capital humano es vital frente a la opresión de la pobreza en los países en desarrollo. Hay que resignificarla como una prioridad accesible al pueblo, desde la democracia y la transformación social; por lo

tanto, la salud es también un asunto de justicia social, ya que las grandes carencias que experimentan algunos, no les permite acceder a servicios básicos de salud y a veces cuando llegan por fin, es demasiado tarde (Lagarde, 1997).

Otro de los problemas que se enfrentan en países en vías de desarrollo como México, son las serias dificultades económicas, con más de cien millones de habitantes, el gasto en salud alcanza apenas el 2.7 % del PIB, 16.0% del gasto público Nacional (Secretaría de Salud, 2001). Mientras que en otros países latinoamericanos como Argentina es del 9 %, en Perú es del 3.13% y en promedio 6.24% para la región sudamericana. En esta precaria situación, se deben buscar nuevas formas de promoción de la salud y prevención de enfermedades para no invertir demasiado en tratamientos, con la pérdida de días laborables, el sufrimiento de la familia y las repercusiones económicas en el propio gasto familiar, como se hace actualmente. (Rodríguez y Rojas, 1998, Durán, 1998).

## 2.2 CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD

En la antigüedad no había dificultad para tener una idea clara de lo que era salud, pues se hablaba latín, y la sola palabra *salus* ya les daba idea de su significado. En la actualidad, debemos retroceder a la etimología para alcanzar lo que era evidente para ellos: *Salus* y *salvatio*, muy iguales en latín (considérese que la U y la V, cuyos sonidos y grafía ahora distinguimos, eran una sola letra para los clásicos), ambas significan estar en condiciones de poder superar un obstáculo, con otras palabras poseer la capacidad para enfrentarse satisfactoriamente a los retos de la vida.

De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas: salud y salvación, de tal manera que el término castellano salvarse incluye el significado original. Otro tanto sucede en el idioma inglés, donde tenemos los términos *health*, salud y *holy*, santo, palabras cuyo significado también es el de superar una dificultad, y se aplica tanto a problemas naturales (*por ejemplo, salvarse de un peligro*), como a las sobrenaturales (“...*que Dios te acompañe...*”) la salvación de los peligros que la vida presente supone para la vida del alma. Sin embargo, el término salud no se entiende en la actualidad ligado al significado de superar una dificultad. De ahí la gran variedad de definiciones, a veces profundamente discordantes, otras veces más o menos de acuerdo en algunos puntos, y casi siempre eclécticas, que se limitan a agrupar las opiniones más en boga sobre la cuestión. Si se recupera el significado original y genuino del término salud, como el de superar una dificultad, se obtiene una definición en toda regla: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente estar, como cualquier organismo, vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue

mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis, característico de los seres vivos, proceso activo que se realiza contra las dificultades que presenta el medio ambiente (Choza, 1988).

De esta definición se desprende que sólo un organismo sano está en condiciones de superar las dificultades y desafíos propios de la vida; mientras que el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que le pueden llevar a fracaso en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir a la muerte, tras la cual el organismo se confunde progresivamente con el ambiente, el ser material y sus diversos componentes orgánicos se disuelven en el medio externo.

Celis (2002) asevera que el concepto de “salud” ha existido y ha sido entendido de maneras distintas a través de más de 4 000 años; sin embargo los especialistas en el área no han sido capaces de crear una definición que de manera aceptable incorpore lo que realmente se quiere comunicar con el concepto, obviamente que vaya más allá de “ausencia de enfermedad”...

La salud ha pasado por una serie de acepciones a lo largo de la historia, algunos de estos significados, sobre todo de occidente, se han heredado a la cultura actual, a continuación se presenta la siguiente tabla de las Definiciones de Salud correspondientes a diversas culturas, con el objeto de ejemplificar la diversidad de definiciones a través de la historia.



Cultura	Periodo temporal	Definición de Salud
Prehistórica	10 000 a. C.	Es puesta en peligro por espíritus procedentes del exterior que se introducen en el cuerpo
Babilonios y Asirios	1 800 a 700 a.C.	Es puesta en peligro por los dioses que envían las enfermedades como castigo.
Antiguos Hebreos	1000 a 300 a.C.	Es un regalo de Dios, si bien la enfermedad es castigo divino.
Griegos	500 a.C.	Es una unidad holística de cuerpo y espíritu.
Antigua China	1 100 a 200 a.C.	Es un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza.
Galeno en la Antigua Roma	130 a 200 a.C.	Es la ausencia de elementos patógenos, como puede ser el aire en mal estado, o los fluidos corporales espurios, que causan enfermedades.
Primeros Cristianos	300 a 600 d.C.	No es tan importante como la enfermedad, que constituye un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios
Descartes en Francia	1596-1650	Es una condición del cuerpo mecánico que está separado de la mente.
Virchow en Alemania	1850	Es puesta en peligro por organismos microscópicos que invaden las células produciendo enfermedades.
Freud en Viena	Finales del Siglo XIX	Está influida por las emociones y la mente
Organización Mundial de la Salud.	1946	Es un completo estado de bienestar, físico mental y social y no sólo ausencia de enfermedad.

(Brannon, 2001).

Las culturas antiguas consideraban al individuo íntegramente, en contraposición con la medicina moderna que "cura órganos y síntomas" y "cura mentes", por separado, en el enmarcado cartesiano de la salud.

La idea de interrelación entre lo "mental" y lo "corporal" ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. **Hipócrates** 460 años antes de Nuestra era, con

su teoría al respecto, explicaba al hombre y su conducta dando cuenta de la enfermedad y la salud a través del concepto de los humores corporales, que en su propuesta eran los responsables de los distintos temperamentos, y enseñó sobre la vida sana como fuente de riqueza (Schott, 1993/2003).

**Galeno**, el famoso médico griego fue el primero que hizo mención de los factores para conservar la salud desde un punto de vista integral de ser humano, pues consideraba que la “*libertad de pasión e independencia económica*” eran base de la salud, mencionaba “*no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa*” (Sigerist, 1941). Los sacerdotes de Esculapio, médico griego, hacían soñar a los pacientes lo que querían que mejorara de su salud (García Badaracco, 2002).

Durante la época cristiana y hasta el S XII, se exaltó el espíritu como elemento de salud, se castigaba al cuerpo para controlar las pasiones -los pecados de la carne- se aceptaron más las ideas de Galeno que de Hipócrates, pues éste creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo. Después del S XII, las ideas y propuestas de algunos médicos árabes y judíos conversos influenciaron las ideas para la preservación de la salud, como se observa en el tratado “Régimen Sanitatis Salernitatum” presentado en verso como manual de medicina doméstica.

**Maimónides**, médico judío, escribió “Libro del Consejo”, que exalta la importancia del carácter. En el capítulo “Sobre las causas y naturaleza de la enfermedad” hace énfasis sobre la relación de la salud mental y física (Restrepo y Málaga, 2001).

Durante el siglo XVI, **René Descartes** influye en el entendimiento de las enfermedades con la teoría de que la mente y el cuerpo eran dos entidades diferentes

y separadas. Es en este período que se desata la gran epidemia de “peste negra”, causa por la cual muere un tercio de la población de Europa. La epidemia se vive como castigo al pecado, se buscan culpables: judíos, leprosos, extranjeros. Pero es importante recordar que el estado sanitario de las ciudades era deplorable, la peste se transmitió por medio de pulgas y ratas y los Consejos Municipales, que eran los encargados de controlar las epidemias, lo único que atinaron a hacer y aconsejar fue que se encerraran tras las murallas de las ciudades y no permitieran el acceso a extranjeros. Durante este período los enfermos mentales eran confinados a asilos infrahumanos donde se les mantenía encadenados, inmovilizados con grilletes aduciendo posesiones demoníacas en ellos (Duby, 1995).

Hacia mediados del siglo XVIII, **Pomme** (1735-1812) cuidó y curó a una mujer histérica, haciéndola tomar “baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos”. Cuando terminó esta cura, Pomme observó“... porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado desprenderse con ligeros dolores, saliendo diariamente con la orina.” lo mismo refirió con los intestinos: “...los intestinos se despojaron de la túnica interna, la que vimos salir por el recto...” la enfermedad había desaparecido habiéndose arrojado por los diferentes orificios del cuerpo, también por medio del vómito y la expectoración (Schott, 1993/2003).

**Pinel** (1745-1826), en un hospital francés, proporcionó atención sanitaria a los enfermos mentales con el argumento de que no eran sujetos poseídos por los demonios, sino enfermos. Durante el Siglo XVIII, es importante mencionar que se promueve la salud del pueblo como responsabilidad del Estado, en este movimiento sobresale **Johan Peter Frank**, médico alemán que “trató pacientes, organizó

hospitales, enseñó el arte de la medicina, e instruyó a monarcas para el cuidado de la salud de los súbditos”. Escribió una obra de seis volúmenes: *System einer vollstándigen medicinischen Polizey* (Sistemas de una Política de la Medicina Integral) en esta obra se enfatizan las causas sociales de la enfermedad (Restrepo y Málaga 2001).

Cien años más tarde, en 1822, **Bayle**, describía membranas blanquecinas en el encéfalo, en el estudio post mortem de un paciente que había sufrido meningitis crónica, con esto trataba de explicar el origen de la invalidez del paciente, se le recuerda en la historia de la medicina por dejar registros sobre la relación entre los síntomas físicos y psíquicos, interpretándolos a ambos como manifestaciones de enfermedad fundamentadas en un único proceso patológico-anatómico; una vez más los galenos tratando de demostrar señales objetivas del origen de los padecimientos (Schott, 1993/2003).

Desde la tradición médica del siglo XVIII, la enfermedad se presenta al observador de acuerdo a signos y síntomas, el síntoma es la forma bajo la cual se hace visible la enfermedad, más allá de los síntomas no hay patología toda enfermedad es un fenómeno en sí misma, “...entendemos por fenómeno todo cambio notable del cuerpo sano, o enfermo; de ahí la división en los que pertenecen a la salud y los que designan la enfermedad: estos últimos se confunden fácilmente con los síntomas o apariencias sensibles de la enfermedad...” El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, la enfermedad del cuerpo, las tensiones, el mundo sordo de las entrañas, son discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico (Foucault, 1989).

Pero es hasta el siglo XIX, cuando se inicia la investigación sobre la posibilidad de la relación entre los factores psicológicos y orgánicos. En este período se relaciona la filosofía con la salud, se proponen legislaciones sanitarias, surgen los conceptos de medicina social, son muchos los médicos y filósofos ilustres que aportan a estas ideas, entre ellos en Inglaterra Edwin **Chadwick** con su “Informe de las Condiciones Sanitarias de la Clase Trabajadora”. **Engels** describió una gran cantidad de enfermedades y sus causas y efectos, llevó a cabo un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social. **Virchow**, mencionaba abiertamente que la causa de las enfermedades y epidemias eran las condiciones de vida inadecuadas de los pobres. William H. **Duncan** dirigió un movimiento de mejora de los estándares de vida, considerándolo como el precursor de las ciudades sanas (Restrepo y Málaga, 2001).

En el Siglo XX, Surge el psicoanálisis y **Freud** afirma que la salud está claramente influida por las emociones y la mente. La Psicología clínica se involucra en los determinantes de salud. A la ciencia del comportamiento siempre le ha interesado estudiar y analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud, e influyó de manera decisiva el surgimiento de la medicina psicosomática, la psicología médica, la medicina conductual, que fueron teorías precursoras de lo que se conoce ahora como Psicología de la Salud, cuando todavía no se había acuñado el término (Flórez- Alarcón, 1997).

En la década de los 40s surge la Sociología Médica que trata sobre los aspectos sociales de los procesos de salud-enfermedad, y se desarrolla la psicofisiología experimental, que serán una de las herramientas para la propuesta del campo de estudio de la Psicología de la Salud. Se retoma la integridad de los individuos, ya no

se ve a la persona como un cuerpo físico aislado de su mente (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000).

De 1930 a 1960, la medicina psicosomática basada en la perspectiva psicoanalítica, dio origen a estudios escasamente científicos, poco sistemáticos y con una pobre capacidad predictiva, basados principalmente en las aportaciones de Freud, con la hipótesis de que en ausencia de causas biológicas la enfermedad era reflejo de causas inconscientes. El énfasis de estudio fue el papel que juegan los mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales, en la génesis de las enfermedades, se le reconoce a esta teoría haber sugerido las bases para la inclusión de variables diferentes a las orgánicas con el fin de realizar una aproximación más integral del análisis del proceso salud-enfermedad. Se inició la relación de algunos trastornos con la presencia de conflictos de la personalidad del sujeto, por ejemplo la hipertensión arterial, evento nosológico estudiado en la actualidad por la Psicología de la Salud (Florez-Alarcón, 1997). La medicina en ese tiempo era predominantemente biológica y hacía a un lado otros factores determinantes o explicativos del proceso de salud-enfermedad (Ortiz, 1996).

En la década de los sesentas en México, se constituye el sector de Salud Mental, centrando su atención en el estudio de las condiciones existenciales de las personas diagnosticadas desde la psicopatología, se cuestionó el sufrimiento mental como “enfermedad” y se facilitó la intervención de otras disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología, a fin de comprender y abordar la problemática en medicina mental. De manera multidisciplinaria este nuevo modelo intentó estudiar las perturbaciones mentales del sujeto en el conjunto de sus relaciones familiares y

sociales, de manera que se conciba al individuo como un todo en relaciones con su ambiente (Pérez y Torres, 1999).

Por otro lado el concepto de salud empieza a cambiar desde una concepción estática, en la que se consideraban determinantes de la salud y la enfermedad, la carga genética y los agentes biológicos nocivos; hacia un proceso dinámico donde existen una gran cantidad de factores interdependientes y multicausales que generan el fenómeno de la salud. Dicho de otra manera, si se observa el concepto de salud-enfermedad como un continuo, en un extremo se encuentra la enfermedad y en el otro la salud, se podría ubicar a cualquier ser humano en algún punto de esa línea dependiendo de la funcionalidad y capacidad de adaptación del mismo (Ader, Cohen y Felten, 1991; Blonna, 1996).

Por lo tanto, para estudiar el proceso de salud-enfermedad así como el impacto de las políticas sociales para la protección de la salud y el bienestar, el abordaje deberá ser desde diferentes disciplinas incluso desde la economía y la administración, de manera que la relación entre las leyes biológicas y las leyes sociales permitan un modelo diferente para la promoción, fomento a la salud y prevención de enfermedades.

En países de primer mundo el papel del psicólogo está plenamente reconocido como fundamental dentro de los sistemas de salud; mientras que en México este reconocimiento es todavía incipiente, no se cuenta con apoyo de las autoridades de salud para que psicólogos colaboren en un trabajo comunitario y preventivo más efectivo, con el objeto de acercarse al proceso salud-enfermedad desde la interdisciplinariedad. Se sugiere que se adopten algunos de los modelos en prevención que están ofreciendo los expertos de la conducta, así como los esfuerzos

y aportes logrados en el tratamiento de padecimientos crónicos y las alternativas en el tratamiento del dolor. Se citan a continuación algunas referencias en materia de salud-enfermedad:

\*Una persona que padece cefalea y migraña tiene una inversión económica en promedio de 6 705 pesos al año, en tabletas para la migraña, lo cual representa más de 700 dólares. Esto sin contar la disminución en la productividad de su trabajo (Palacios, 1996).

\*10% de la población mundial padece dolor de cabeza. La gran mayoría de las cefaleas y la migraña, son producto del estrés, fatiga o estilos de vida que favorecen el padecimiento (Moskowitz, 1993).

\*40% de las incapacidades son por lumbalgias, la mayoría de ellas sin componentes orgánicos demostrables (Palacios, 1996).

Stone (1990) afirma que las definiciones de salud tienden a caer en dos categorías: las que consideran a la salud como “*un estado ideal del organismo, en el cual la enfermedad y el daño son sólo variaciones...*” Este tipo de definiciones fallan al tratar de describir que es “un estado ideal”; por otro lado están las definiciones que tienden a evitar emitir juicios sobre estados *saludables o insalubres*, considerando el término salud como representativo de la opción por una dirección *positiva* en el mundo, esto se traduce en el sentido de tener acciones dirigidas hacia la buena salud que puede resultar contraproducente si no se toman en cuenta los costos globales de lo que significa *mejor salud* para el individuo en términos económicos, de tiempo, compromiso, esfuerzo y valor para sí mismo. Si se reflexiona sobre este tópico, se sugiere que hay innumerables aspectos en los que un organismo puede ser cambiado



de dirección a un mejor o peor estado de salud, y ese estado de salud podría ser la suma de los diferentes status de los individuos en el gran abanico de aspectos que lo conforman, esto forma una dimensión a un nivel elevado y profundo, difícil de conceptualizar.

Blonna (1996) afirma que el estado de salud se refiere al bienestar y está integrado por el macro-ambiente y el micro-ambiente el que a su vez comprende: el factor emocional, intelectual, físico, social, espiritual y la dimensión ecológica de la salud. Y se encuentra en estrecha interrelación con el macro-ambiente que es el espacio en torno al individuo, como la familia, amigos, trabajo, recreación, lugar donde vive, ausencia o presencia de contaminación, entre otros.

En un estudio financiado por la Fundación MacArthur en 1998, se identificaron al menos cinco elementos para determinar el estado de salud, para el estudio de las Determinantes y Consecuentes de la Promoción para la Salud: 1) El sentimiento subjetivo de bienestar; 2) La capacidad para un alto nivel de productividad social; 3) La obtención de buenos valores en las mediciones de funcionamiento corporal; 4) Poca necesidad de asistencia de los servicios de salud; 5) Habilidad para afrontar el estrés, los procesos infecciosos y el daño físico con poca pérdida en los primeros cuatro apartados (Celis, 2002).

#### **a) La aportación de la Psicología a la salud**

En el enmarcado de la Psicología de la Salud, la salud es considerada como un recurso cardinal en la vida personal y soporte para el adecuado desarrollo de sus capacidades; es decir la salud es el bienestar físico y el gusto por las actividades necesarias para

vivir -bienestar psicológico- sin embargo, la salud no es sólo bienestar. Más bien, el bienestar es en cierta medida una parte de la salud, es decir, es uno de los medios necesarios para seguir viviendo (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000).

Re (2004) afirmó que una persona está sana cuando puede realizar sus actividades humanas cotidianas: ir al trabajo, cuidar del hogar o de los hijos, leer, reír y disfrutar de la vida. Pero, en el ser humano, estar sano no es una mera yuxtaposición de la consideración de salud propia del animal y de la más típicamente humana, pues las actividades propiamente humanas no pueden ser llevadas a cabo sin un adecuado funcionamiento físico, psicológico y social.

Una condición de salud es una alteración o característica propia del estado de salud-enfermedad de un individuo, el cual puede producir angustia, interferir con sus actividades diarias o ponerle en contacto con los servicios de salud; la condición de salud puede ser una enfermedad, un síndrome, un trastorno, trauma ó lesión o reflejar otros estados fisiológicos relacionados, tales como el envejecimiento, problemas relacionados con la maternidad, la respuesta orgánica al estrés, las alteraciones emocionales, las anomalías congénitas o la predisposición genética.

Finalmente, cabe mencionar que en el acta de inauguración en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la definición de “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad...” Aunque aceptado en nuestros días, no deja de ser un postulado idealista y limitado a la vez (De la Fuente, 1996).

### **2.3 MODELOS DE SALUD-ENFERMEDAD.**

En este capítulo se hace una breve descripción de los modelos más utilizados para entender el proceso de salud enfermedad.

En la historia de la medicina, a través de los años, las ciencias médico-biológicas y sus diferentes disciplinas tomaron la responsabilidad en exclusiva de la intervención en las enfermedades y padecimientos físicos de las personas. Con apoyo de la clínica y los paraclínicos se trataba de descubrir la causa del mal, cuando no se lograba asumir cual era el agente causal, desgraciadamente se decía que el paciente sufría de los “nervios” consideración que llevaba implícito que la persona sufría de sus facultades mentales. En la actualidad, en la medicina institucional se diagnostican y tratan órganos enfermos, signos y síntomas; no personas que tienen estilos de vida propios, que están inmersas en un ambiente, en muchas ocasiones no se atiende de manera integral al sujeto, ni se llevan a cabo programas de prevención primaria desde un punto de vista bio-psico-social y cultural (Pérez y Torres, 1999). Están presentes serias dificultades en torno a la conceptualización de salud para concebir al ser humano desde un modelo integral de persona.

Ante la dificultad encontrada de conceptualizar la salud, Stone (1990) sugiere que no hay acuerdos contundentes sobre el concepto salud y la manera de medirla, es diferente el estudio de la salud de los pueblos dependiendo desde que perspectiva se realiza; de tal manera que se definen diferentes modelos teórico-metodológicos de Salud-Enfermedad, como se describen algunos de ellos a continuación:

El Modelo Biomédico, influenciado por el dualismo cartesiano, se basó en el estudio y descubrimiento de los agentes causales (microorganismos y susceptibilidad fisiológica del cuerpo) y restó importancia a los elementos psicológicos, culturales

y sociales del entorno de las personas. Fleck en 1935 (Fleck, 1979) señala que este modelo adoptó la versión del modelo *demonológico* en que el cuerpo puede ser poseído por agentes extraños a él, imagina al organismo como una fortaleza que se defiende de los embates de agentes nocivos externos. Durante generaciones se concibió al binomio salud-enfermedad desde el punto de vista de "un germen", "una enfermedad", "un tratamiento". Conceptos que se hicieron patentes con los escritos de los estudios y la propuesta de Luis Pasteur en 1861 (Schott, 1993/2003).

Las enfermedades se producían como resultado del contacto con agua u alimentos contaminados o por la interacción y el contagio de otras personas enfermas. De acuerdo a estas teorías, las personas tenían una responsabilidad muy limitada para adquirir un padecimiento, durante el proceso de la enfermedad y/o en la curación de la misma (Bekler, 2003). La medicina y especialidades centran su atención en la enfermedad y los tratamientos, no en la prevención de la patología (Ader, Cohen y Felten, 1991).

El Modelo Biopsicosocial, además de reconocer los factores biológicos y médicos, argumenta la necesidad de incluir los factores psicosociales a través del estudio de los estilos de vida, considera al organismo como "una totalidad y un sistema cuyas partes se encuentran en interacción dinámica, donde la alteración de uno de los elementos, altera el resto" (Engel, 1977; De la Fuente, 1992; Meda, 1998).

El Modelo Sociocultural, es el modelo que responsabiliza a las prácticas socioculturales de las condiciones de vida y de salud, de acuerdo con las creencias y estilos de vida de una comunidad. Este modelo toma en cuenta la pobreza por la carencia de servicios básicos, el acceso a servicios de salud, las posibilidades de practicar deportes, el acceso a la educación; y por otro lado cuando no se tienen

problemas económicos se encuentran factores como el estrés de las grandes ciudades, la preparación industrializada de alimentos, la contaminación generada por las industrias y los desechos cibernéticos. Por el nivel de generalidad de este modelo se ha configurado una imagen ambigua de la salud, en donde se concibe al individuo preso de la enfermedad –inevitablemente en uno u otro sentido- fatalmente propiciado por el medio (Ribes, 1990; Meda, 1998).

El Modelo de la Medicina Social aportó el conocimiento de que el proceso salud-enfermedad es esencialmente socio-histórico y colectivo, más que biológico-individual. Bermann (1983) refirió que el bienestar del pueblo y la política están relacionadas con el sistema de salud de cualquier país, de tal manera que la salud se convierte en un arma política poderosa, considera al hombre como una praxis, en relación dialéctica con el mundo, en una acción transformadora, impulsada por las necesidades individuales y colectivas, transformando estructuras. Se opone a la separación de los aspectos físicos y mentales, integra la prevención y curación y se proponen desde la interdisciplina, y por último se estudia desde la familia y la comunidad, desde un enfoque más racional para una solución adecuada y expedita de los problemas de salud. La salud es vista como un proceso socio-biológico integrado y dinámico, unidad que surge al aparecer el hombre como ser social y político, de tal manera que si un sujeto está activo y “funcionando” no es sinónimo de que está sano, como tampoco una persona que se encuentra con un trastorno fisiológico activo o en una condición especial de salud/enfermedad no posea los recursos en su organismo y en su vida para luchar hacia un mejor estado de salud (Meda, 1998).

## 2.4 MARCO TEÓRICO. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERVIENEN CON EL PROCESO DE SALUD – ENFERMEDAD.

Como ya se explicó anteriormente la enfermedad y la salud convergen en un proceso mediado por factores externos a las personas y por factores internos tanto biológicos como psicológicos y sociales. Blonna (1996) explica este modelo desde la premisa de bienestar y salud como sinónimos y afirma que el bienestar se puede explicar a través de los siguientes factores o dimensiones: intelectual, emocional, físico-biológico, social, espiritual y medioambiental (micro y macro ambiente).

De acuerdo a este esquema:

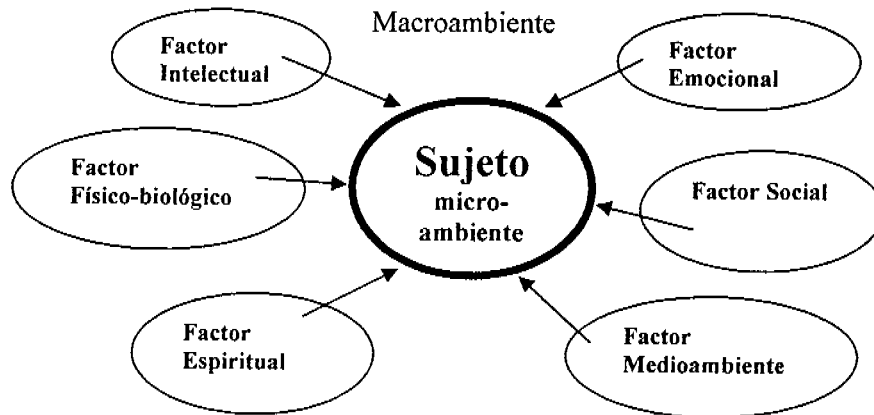


Figura 1

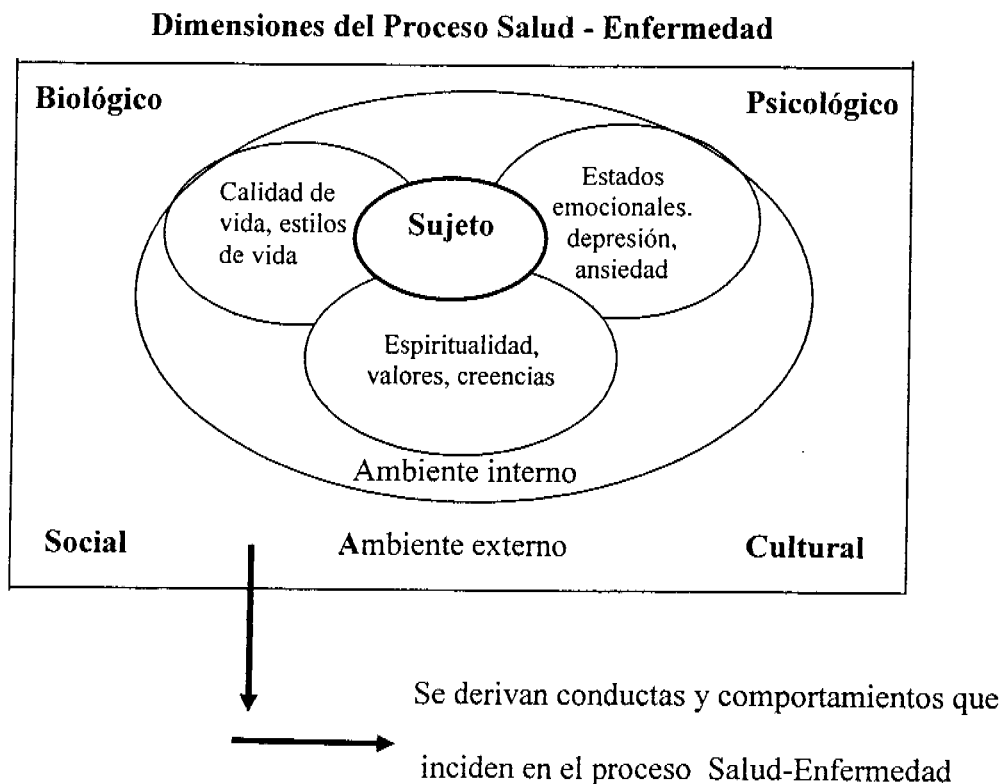
(Blonna, 1996)

Blonna (1996) propone que el sujeto se conforma a partir de seis factores que interactúan en su desarrollo, explicando a la persona como un ser en movimiento y relación constante con los factores que son: intelectual, emocional, social, medioambiental, espiritual, físico biológico y desde el micro y macroambiente.

Por lo tanto el bienestar o salud y el malestar o enfermedad siendo un proceso dinámico y vital, dependerá de la construcción psicológica propia, de la integridad físico-biológica y del entorno social- cultural del sujeto. En un sentido más amplio se puede afirmar que este proceso estará permeado por las creencias, valores,

conductas, personalidad, modos de afrontamiento, percepción y susceptibilidad al estrés, estados emocionales, estilo de vida, cultura y apoyo social y no sólo por la virulencia del agente y la susceptibilidad biológica del sujeto.

El autor presenta un esquema que implica estos elementos en un continuo de retroalimentación en el mismo proceso de vida del sujeto, desde cuatro dimensiones en la vida cotidiana del sujeto, como un modelo integral alusivo al proceso de salud-enfermedad:



**En este cuadro se ejemplifica el modelo de los factores psicosociales que influyen en el proceso Salud-Enfermedad (Blonna, 1996).**

**Figura 2**

Las dimensiones que el autor propone se encuentran en dos ambientes, el interno donde se hallan el estilo de vida, las creencias, los estados emocionales, la

espiritualidad, los modos de afrontamiento al estrés y por supuesto las características biológicas; por otro lado el sujeto no se encuentra en el vacío sino en una sociedad donde existen unas creencias culturales más un ambiente biológico y psicológico que influyen e interactúan constantemente con el sujeto en el propio dinamismo de la vida humana (Blonna, 1996).

La propuesta de Moos (1984) y Ayala (1988) en la aproximación al proceso salud-enfermedad es que los factores psicosociales como el afrontamiento evitativo, la depresión, el humor depresivo, la percepción de estrés, el apoyo social y los factores sociodemográficos impactan la salud de los sujetos generando una baja calidad de vida y disminuyendo su bienestar y se esquematiza de la siguiente manera:

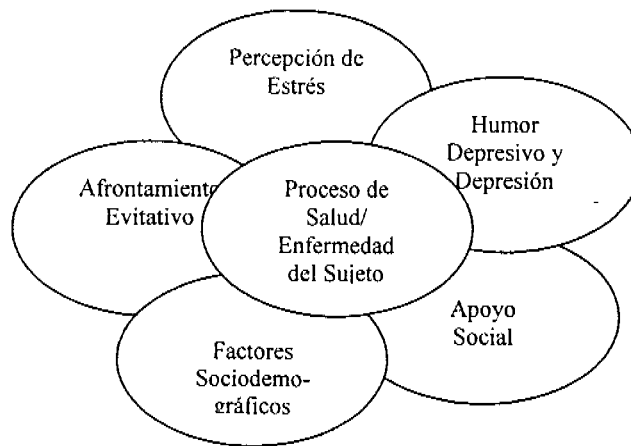


Figura 3

En los siguientes apartados se explicará cómo estos elementos de análisis son entendidos y estudiados en el abordaje de los factores psicosociales que afectan el proceso de salud enfermedad de los individuos.

#### a) LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD.

El término de calidad de vida es una de los elementos que interactúan con el fenómeno de la salud-enfermedad. La frase calidad de vida empieza a utilizarse en



los setentas, a partir de los informes de los países en desarrollo posterior a los estudios de nivel de vida. La calidad de vida está relacionada con condiciones de vida, siendo la parte económica una vía, no el fin para lograrlo. La calidad de vida tiene que ver con la educación de la población en términos generales; con el acceso a servicios; con la percepción de salud; con el medio ambiente; con las relaciones sociales que se van desarrollando a lo largo de la vida; con las relaciones dentro de la familia; la recreación y la utilización del tiempo libre (Restrepo y Málaga, 2001).

El concepto de calidad de vida, no ha sido definido debidamente a pesar de que existen diversas investigaciones al respecto, comprende una serie de significados de acuerdo a la cultura donde se explore y de acuerdo a la metodología que sea utilizada, pero en general de alguna manera se relaciona la calidad de vida con felicidad, afecto emociones positivas y bienestar (Palomar, 1994).

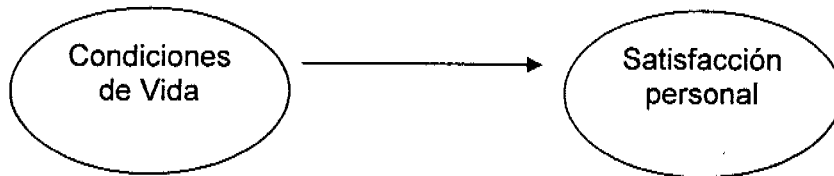
A continuación se presentan algunas aproximaciones en la definición del concepto: Levi y Anderson (1980) afirman que un alto nivel de vida objetivo puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción o bienestar individual, pero no necesariamente, pues sobre el nivel de vida mínimo el determinante de la calidad de vida individual es el "ajuste" entre las características de la situación de vida, las necesidades, las expectativas y las capacidades del sujeto, tal como el mismo las percibe, influido por su medio social. Por lo tanto analizar la calidad de vida, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos y la percepción que tienen de ella.

Michalos (1986) afirma que la calidad de vida o satisfacción es una función de la discrepancia entre expectativas y logros. La evaluación de calidad de vida debe

tomar en cuenta lo que se es, lo que se hace, lo que se tiene, lo que se quiere y lo que se cree, además de las relaciones interpersonales e interacción social.

Otro grupo de investigadores de la Calidad de Vida afirman que históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios. En 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. A continuación se muestra el esquema:

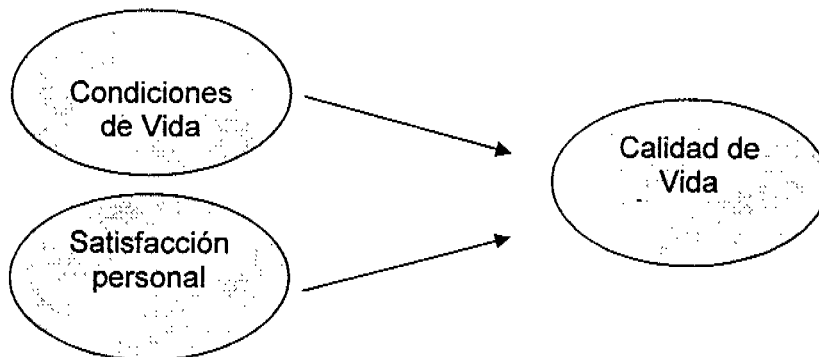
## CONCEPTUALIZACIONES DE CALIDAD DE VIDA



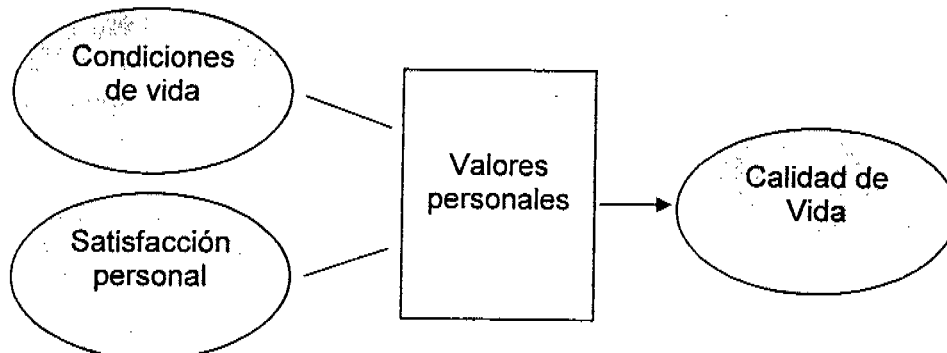
Calidad de Vida, en cuanto a condiciones de Vida



Calidad de Vida como Satisfacción con la Vida



Calidad de Vida definida como la combinación de las Condiciones de Vida y la Satisfacción



Calidad de Vida definida como la combinación de las Condiciones de Vida y la Satisfacción en función de una escala de importancia, valor personal

Figura 4. Conceptualizaciones de Calidad de Vida  
(Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995)

El concepto de Calidad de Vida según Levi y Anderson (1980); puede explicarse desde dos formas:

Desde el Objetivo, éste es el punto de vista social: La calidad de vida hace referencia al bienestar integral del individuo, incluyendo indicadores, objetivos de vida y el bienestar de acuerdo a las condiciones sociales que se viven como educación, empleo, vivienda, servicios básicos, nutrición y relaciones interpersonales. Kliksberg (1999) añade a este concepto la percepción de apoyo social.

Subjetivo, son indicadores basados en la percepción y evaluación de las personas acerca de su circunstancia, este concepto necesita necesariamente indagar como se sienten las personas acerca de su vida.

Esta última definición es acorde al planteamiento de Calidad de Vida y su influencia en la salud por lo que desde este punto de vista, la Calidad de Vida se concibe como la relación entre las consecuencias de la enfermedad y las debidas al tratamiento (que son diferentes en los sujetos, pues interactúan distintos elementos), y las experiencias subjetivas (síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social) que están relacionadas con la salud y la enfermedad (Restrepo y Málaga, 2001).

Integrar la satisfacción armónica de las necesidades humanas en el proceso de desarrollo de las personas, significa oportunidades para vivir ese desarrollo, que genera personas sanas, creativas, autodependientes y participativas para un orden social solidario, de tal manera que el desarrollo humano y el crecimiento económico sean un proceso asociado al incremento de salud, educación y bienestar de los individuos y de las sociedades. La salud en el desarrollo implica: "...reducir las

desigualdades ante las oportunidades de una vida saludable, reducir el impacto de la crisis, conformar programas integrales de bienestar social, mejorar las condiciones de vida y salud de las mayorías y transformar los sistemas de salud haciendo énfasis en la promoción, prevención y control de daños y riesgos, así como una mayor participación ciudadana organizada..." (OMS, 1992).

Acerca de la percepción del propio estado de salud, toda la medicina, la tecnología y las super-especialidades, no son suficientes, en el sentido de que no aseguran que las personas tengan acceso a tratamiento adecuado en las primeras fases de su padecimiento, tampoco ha apoyado a las personas en el desarrollo de las habilidades necesarias o el conocimiento para darse cuenta cuando necesitan ayuda. La mayoría de las personas, no piensa en salud, sino hasta que han perdido su estado de "bienestar", más aún, las creencias y actitudes de las personas, dificultan los programas de los profesionales del área, para cumplir con su tarea de promoción de la salud (Baron, 1990).

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud, debe tener algunas bases normativas, para que funcione como un estándar, en la evaluación de las intervenciones de los profesionales de la salud, pero hay pocas investigaciones en población latina, por lo que se requiere plantear líneas de investigación en este rubro (Durán-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas –Escudero y Martínez-Salgado, 2004).

Educar en salud, es educar en toma de decisiones acerca de las conductas y las consecuencias de las mismas en la propia calidad de vida. El concepto calidad de vida ha sido estudiado y definido por muchos autores, y ha entrado en la terminología de la medicina y la salud como un nuevo paradigma que contempla no sólo la supervivencia sino la importancia del bienestar de las personas.

Definido por Font en 1988: "*La Calidad de Vida es la valoración subjetiva que el sujeto hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su salud*". Entre los factores más importantes en la definición y auto percepción de síntomas, se encuentran las diferencias individuales en la atención a nuestro propio cuerpo y algunos factores situacionales que influyen en esta percepción, mas la falta de datos normativos para los mexicanos (Durán-Arenas, et al., 2004).

En la medida que se tengan más distractores alrededor, menos se percibirán las señales del cuerpo. Los factores psicológicos, cognoscitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales influyen de manera importante, tanto en el proceso como en la prevención de enfermedades como el cáncer, por ejemplo. Y entre más negativo sea el estado de ánimo de las personas en el momento de la entrevista, más sintomatología reportarán (Rodríguez Marín, 1995).

Definitivamente hay algunos síntomas que difícilmente pueden ser detectados por las personas, pero si éstas tuvieran la costumbre de ir a su chequeo médico cada determinado tiempo, podrían detectar de manera oportuna cualquier problema de salud en fases tempranas y tener acceso a tratamiento eficaz y económico en todos sentidos; además las personas muestran interés en comentar y actuar sobre sus estilos de vida, pero el médico muchas veces no se los permite (Skinner, 1994). El estado de salud de una población es el resultado de una permanente y compleja interrelación de factores biológicos, sociales y psicológicos, no es posible estudiarlo de manera reduccionista. Para estudiar la calidad de vida de las personas y las comunidades, se deberá involucrar el concepto de estilo de vida; el estilo de vida es más objetivo, hay reportes de las variables que se incluyen en los diferentes modelos teóricos utilizados, a continuación se hacen algunas referencias.

## **b) EL ESTILO DE VIDA Y SU IMPACTO EN EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.**

La teoría biomédica presenta un paradigma que no puede ofrecer respuesta cuando en Estados Unidos, durante los años 60s la mayoría de enfermedades que fueron primeras causas de mortalidad en los norteamericanos no estuvieron relacionadas con la naturaleza microbiana. Otros agentes patógenos emergen, y el concepto de enfermedad empieza a explicarse desde un origen multifactorial, no solo tomando en cuenta la teoría de los gérmenes, ésta propone que la virulencia de un germen interactúa con la susceptibilidad del huésped. Asimismo el concepto de salud empieza a cambiar y se describe como bienestar en todas las esferas de la vida, no solo ausencia de enfermedad (Soberon, Valdés y Caso, 1989).

Una década después se hace evidente que la conducta se relaciona con la salud, así como con el estilo de vida, concepto que *implica la manera como la gente piensa, siente y actúa, esto va más allá del conocimiento individual que se tenga sobre lo patógeno y lo saludable, refleja valores y tradiciones, así como las transformaciones a través de la educación recibida. Es el conjunto de hábitos, costumbres y consumos insertos en la vida cotidiana, que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, dependiendo del grupo sociocultural, se transmiten de generación en generación y son susceptibles de ser cambiados por intervenciones planeadas, por medio de la educación y la comunicación social* (Mejía, 1998). Otros autores mencionan la conducción de la propia vida en lo cotidiano e incluyen factores como la ocupación, los distractores y las vacaciones, la dieta, vida sedentaria o la práctica del ejercicio físico y el modo como se percibe el mundo). Estos elementos pasan a ser factores

determinantes en el proceso de salud-enfermedad de los individuos (Everly, 1989; Palacios, 1998; Grau, 1998).

En 1987, Hetzel y McMichael, publicaron un estudio realizado en Australia, donde a través de la encuesta aplicada, se definieron los patrones de conducta responsables de los problemas de salud en su país. Los sujetos estudiados contestaron que seguramente eran el abuso de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas, una dieta inadecuada, el tabaquismo, el sedentarismo, etc. Lo cual muestra que la población tiene ideas claras de lo que modifica su salud. Sin embargo, cuando se les preguntó si habían hecho algunos cambios de conductas que consideraran más adecuados para preservar su salud, sus respuestas fueron: no, porque no es realmente importante, porque no vale la pena, por falta de apoyo social, porque no tengo tiempo..., lo cual muestra que realmente no se tienen interiorizados los conceptos de salud, no existe una conciencia clara de lo que significa el autocuidado ni la prevención. Será necesario entonces para la Psicología de la Salud, no sólo descubrir las conductas que deterioran la salud de los individuos, sino también identificar las técnicas más apropiadas, que aseguren que en alguna medida se podrán reducir o eliminar las conductas que afectan negativamente la salud y la calidad de vida de una comunidad. De tal manera que las personas sean más conscientes de que la responsabilidad de su salud, les pertenece, enfatizar el auto cuidado de la salud.

Los paradigmas médicos existentes cambian, con el fin de dar respuestas más integrales a los problemas de salud y se propone a nivel internacional el modelo bio-psico-social con ventajas sobre el tradicional modelo biomédico, en 1997 en la carta de Ottawa los miembros de la Organización Mundial de la Salud, adquieren el



compromiso: *Salud Para Todos en el año 2000* (Werner, Pelicioni y Chiattono, 2001).

Algunas de las ventajas del nuevo paradigma es el enfatizar que cada nivel de prevención tiene su propia importancia así como disminuir el dualismo mente – cuerpo al subrayar la importancia que tiene el medio ambiente, las percepciones de las personas y la cultura de cada región. Se reconoce que cualquier cambio en el equilibrio repercute en los demás niveles, como lo señala la teoría de los sistemas. Por ejemplo una persona padece un tipo de Cáncer, hay un problema fisiopatológico, pero la persona también podría estar deprimida, ansiosa, preocupada; así mismo, su familia estará afectada por diversos miedos y tal vez se integren más los miembros de ésta o se desintegren. A nivel social, surgen preguntas como: ¿el estado tiene los recursos para apoyar a esta persona y su familia?, ¿qué cantidad de dinero público se utilizará para tal fin?, ¿cuáles serán los apoyos reales?, ¿cómo influye desde lo micro: esta familia, en el resto del entramado social?

Las líneas que propone el modelo bio-psico-social son menos reduccionistas que el modelo biomédico tradicional, para entender y explicar el proceso de salud enfermedad, donde se consideran importantes el área social y psicológica de los individuos, estas áreas son enfatizadas en los trabajos de Engel (1977); Stone (1990); Matarazzo (1980); Becoña, Oblitas y Vázquez (2000), quienes plantean y proponen una serie de metas para intervenir desde la psicología a la mejor comprensión de los elementos causales tanto de la conservación de la salud como de la intervención y aplicación de los tratamientos durante la pérdida de la misma.

La utilización del concepto de estilos de vida es orientada por la metodología epidemiológica al estudiar la transición de enfermedades infecciosas a las crónico-

degenerativas, de tal manera que al explicar la causalidad de las enfermedades, el estilo de vida de las personas permite hacer referencias significativas a la ocurrencia de ciertos padecimientos en la actualidad (Goldbaum, 1997). En este sentido se concluye que el estilo de vida es la medición subjetiva de las dimensiones biopsicosociales desde el aspecto cognitivo, afectivo y conductual, la cual depende del tipo de competencias desarrolladas por el sujeto a través de su historia de vida.

El estilo de vida es un factor determinante para la salud, según lo menciona desde 1984, el U.S. Centers for Disease Control. Esto se puede identificar al conocer que las diez principales causas de muerte en los Estados Unidos: cardiopatías, cáncer, accidentes, infarto, homicidio, suicidio, cirrosis, infecciones respiratorias agudas (IRAs) y diabetes, son padecimientos en los cuales se estima que el estilo de vida contribuye en más del 50%.

Estas enfermedades están ligadas al estilo de vida sedentario, al abuso del alcohol, al tabaquismo y al consumo de una alimentación descuidada. Enfermedades y muerte con el gasto social que esto significa, cuyo eje importante es la conducta.

En 1993, McGinnis & Foege, estimaron que más de un millón de muertes en Estados Unidos estaban provocadas por causas evitables. El tabaco era el responsable de unas 400 000 muertes o, lo que es lo mismo, 19% del total anual. Asimismo la dieta y la inactividad física eran responsables de unas 300 000 (14%) y el alcohol, las armas de fuego, los comportamientos de carácter sexual, los vehículos de motor y las drogas ilícitas habían provocado aproximadamente 200 000 muertes (9%), al año (Branon y Feist, 2000).

Cabe añadir que las enfermedades infecciosas como el VIH, también se han incrementado debido a patrones conductuales. Por supuesto en estas estadísticas influye de manera importante la edad, como se muestra en el siguiente cuadro:

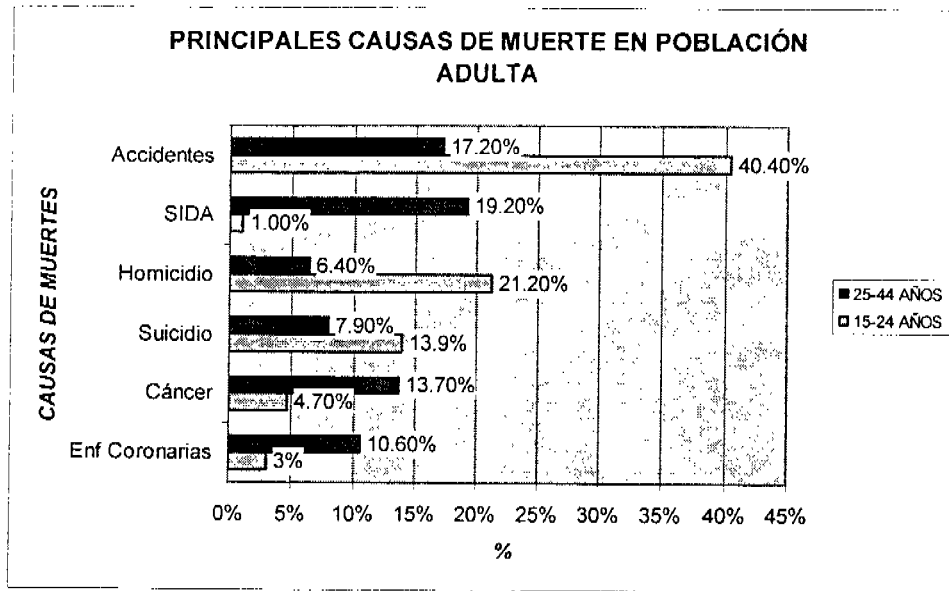


Figura 5

Principales causas de muerte entre la población adulta, comparando el grupo de edad de 15 a 24 años con el de 25 a 44 años, en 1995 y en Estados Unidos. Datos procedentes del “Informe de Estadísticas de mortalidad, 1995” por R.N. Anderson, K.D. Kochanek y S.L. Murphy, 1997 Monthly Vital Statistics Report, 45 (11), suplemento 2, Tabla 7 (Branon y Feist, 2000).

### **c) PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES Y MUJERES.**

A continuación se presentan algunos cuadros estadísticos de las principales causas de muerte y enfermedad en México, en general, por género y en adultos, donde se observa el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas; así como la presencia de una gran cantidad de enfermedades infecto-contagiosas, a manera de ejemplificar las condiciones de salud del país y la transición epidemiológica.

En el cuadro 1, se muestran las principales causas de mortalidad en México, por género, se observa que en las mujeres, las tres primeras causas de muerte son la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebro vasculares y sus complicaciones; mientras que en los hombres, las tres primeras causas son enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y cirrosis, además en los totales se observan más muertes en hombres que en mujeres, la principal diferencia se observa en las muertes de los hombres por cirrosis (siendo la principal causa de cirrosis el consumo de alcohol). En ambos casos, las causas se encuentran más relacionadas a los estilos de vida de las personas que a factores exclusivamente biológicos.

Cuadro 1

## Principales Causas de Muerte en México por Género (SSA, 2001)

Principales causas de mortalidad en mujeres, 2001		Principales causas de mortalidad en hombres, 2001	
	Defunciones		Defunciones
Total	196 058	Total	244 606
1ª Diabetes	27 528	Enfermedades cardiovasculares	25 011
2ª Enfermedades cardiovasculares	20 391	Diabetes	22 305
3ª Enfermedad Cerebrovascular	13 691	Cirrosis	19 649
4ª Afecciones en el periodo neonatal	7 690	Enfermedad Cerebrovascular	11 956
5ª Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	6 861	Accidentes en vehículos de motor	10 697
6ª Cirrosis	6 042	Afecciones en el periodo neonatal	10 452
7ª Infecciones respiratorias agudas y crónicas	6 011	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	9 079
8ª Hipertensión Arterial	5 952	Violencia (homicidios)	8 885
9ª Enfermedades de Riñón	5 064	Infecciones respiratorias	7 079
10ª Tumor maligno de cuello de útero.	4 501	Enfermedades de Riñón	5 407
11ª Desnutrición Calórico Proteica	4 399	Tumores malignos de Bronquios y pulmón	4 400
12ª Tumor maligno de mama	3 574	Hipertensión Arterial	4 218

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Conapo, 2002, proyecciones de la población de México 2000-2050.

En el cuadro 2, se observa el incremento de los porcentajes de las enfermedades crónico-degenerativas, en una comparación de tres años. Con excepción de accidentes, enfermedades de neonatos, influenza, neumonía y homicidios.

Cuadro 2

Porcentaje Comparativo de Defunciones 1999- 2002, en población total, por Género

Causa \ Año	1999			2002		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
1.Enfermedades del corazón	12.5%	14.4%	11.1%	16.2%	17.8%	14.9%
2.Tumores malignos	9.7%	11.9%	8.1%	12.7%	14.7%	11.2%
3.Diabetes Mellitus	6.1%	8.0%	4.7%	11.9%	14.6%	9.9%
4.Accidentes	9.3%	4.9%	12.7%	7.8%	4.2%	10.6%
5.Enfermedad del Hígado	4.2%	NA	5.9%	6.2%	3.5%	8.3%
6.Enfermedad Cerebrovascular	4.7%	5.8%	3.8%	5.8%	6.9%	4.9%
7.Afecciones de los neonatos	5.5%	5.2%	5.6%	4.0%	3.8%	4.2%
8.EPOC	NA	NA	NA	2.6%	2.6%	2.6%
9.Influenza, neumonía	5.3%	5.6%	5.0%	2.5%	2.7%	2.4%
10.Agresiones (homicidios)	3.4%	?	5.4%	2.2%	?	3.4%
Demás causas	34.1%	33.0%	32.8%	28.1%	26.9%	27.6%

INEGI. Estadísticas Generales de Mortalidad en México, consultado el 11 de Noviembre de 2004. (? y NA = se desconocen los datos).

En el cuadro 3 se presenta el análisis porcentual comparativo a tres años, de las principales causas de muerte en adultos mayores de 30 años, donde se observa una vez más el incremento de algunos padecimientos ligados a la conducta y los estilos

de vida. Los tumores malignos, la diabetes y las enfermedades del corazón padecimientos ligados al tabaquismo, al consumo de alimentos procesados y al sedentarismo; mientras que el alcoholismo, la desnutrición y las infecciones se asocian a la pobreza (Menéndez, 1988 y 1990, Di Pardo, 1996). En esta tabla aparece dentro de las primeras 10 causas de muerte el virus de inmunodeficiencia humana, otra de las enfermedades ligadas a la conducta, el VIH-Sida, se ha convertido en una pandemia y en prevención se ha logrado poco, por la relación estrecha de la enfermedad con la sexualidad que sigue siendo tema tabú en el país.

Cuadro 3

Porcentaje de Mortalidad en Adultos Mayores de 30 años, Principales Causas/Género

Causa \ Año	1999			2002		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Tumores malignos	14.3%	23.3%	11.1%	16.3%	25.8%	14.9%
Diabetes Mellitus	8.7%	12.3%	6.7%	15.0%	19.4%	12.3%
Enfermedad del Hígado	10.7%	5.4%	13.8%	12.6%	6.6%	16.4%
Enfermedades del corazón	11.9%	13%	12.5%	12.5%	12.3%	12.6%
Accidentes	12.1%	5.5%	16%	9.6%	4.2%	12.9%
Enfermedad Cerebrovascular	4.0%	5.5%	3.2%	4.1%	5.1%	3.4%
Agresiones (homicidios)	5.7%	NA	8.4%	3.5%	NA	5.1%
Virus de Inmunodeficiencia Humana	NA	NA	NA	2.2%	NA	3.1%
Insuficiencia renal	NA	5.6%	NA	1.9%	2.2%	1.7%
Influenza y Neumonía	1.9%	2%	NA	NA	1.1%	NA
Demás causas	26.1%	25.7%	25.1%	20.9%	21.5%	19.7%

Principales enfermedades causas de muerte en la población mexicana adulta de más de 30 años de edad, (INEGI, página visitada 11 de noviembre de 2004).

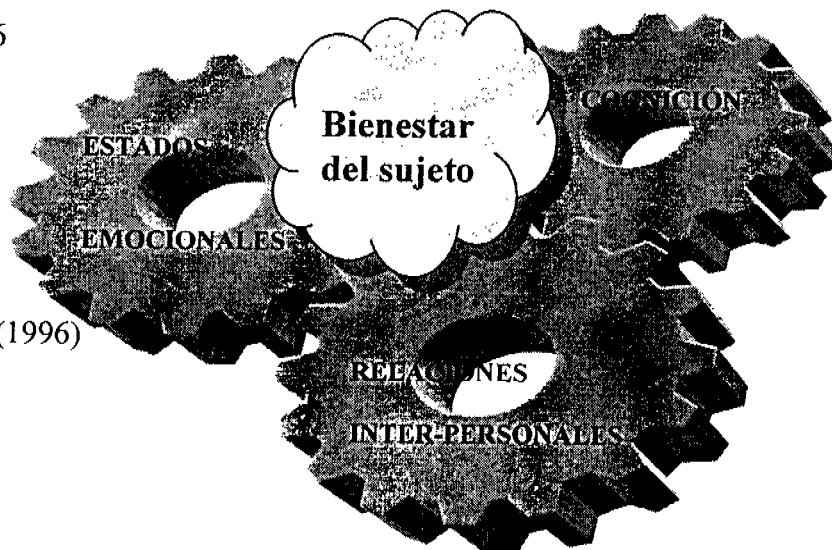
#### d) LA CONCEPTUALIZACION DE “BIENESTAR”.

Si se considera el concepto de salud de la OMS, como el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad; necesariamente surge el tema de la pobreza, el bienestar escasea en poblaciones con alta marginalidad.

Asimismo, el bienestar ha sido estudiado desde un modelo concluyente sobre las variables sociodemográficas, si los sujetos tienen los servicios públicos necesarios, entonces tendrán bienestar; no es así, pues para referir bienestar están involucrados procesos psicológicos como la percepción, la satisfacción, el afecto positivo, el apoyo social, entre otros.

Casullo (2001) menciona que una persona tiene bienestar si experimenta satisfacción con su vida, si es más frecuente su estado de ánimo positivo y sólo de manera ocasional experimenta emociones poco placenteras como tristeza o ira, dicho de otra manera considera que el bienestar es un constructo triárquico. Por un lado se incluyen los estados emocionales; por otro lado el componente cognitivo y las relaciones interpersonales. Entendido el componente cognitivo como el verdadero sentimiento expresado de “bienestar”, a partir de la evaluación del sujeto o como resultado del procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les está yendo en la vida.

Figura 6



Blonna (1996)



Como un engranaje donde los estados emocionales (afectos positivos más que negativos), el componente cognitivo de autopercepción del sujeto y las relaciones interpersonales de su medio ambiente en un dinamismo funcional generan el estado de bienestar. Esta postura teórica está orientada a hacer visibles los aspectos que generan salud (Ryff y Keyes, 1995). Diversas investigaciones han resaltado que los individuos más felices sufren menos malestar, se adaptan mejor a los cambios y tienen un mayor dominio de su entorno y poseen mejores habilidades sociales para vincularse con las personas de su entorno (Argyle, 1987; Casullo, 2001). Otro elemento importante a considerar es que la satisfacción y bienestar no son fijos e inmutables, es un constructo más o menos estable a corto plazo, pero no a largo plazo, los individuos evalúan su situación individual y social continuamente; no es consistente en las distintas situaciones, las personas no experimentan el mismo bienestar en mejores o peores condiciones; el bienestar no es una variable interna sino que interactúa de manera importante con las variables ambientales, sociales. (Veenhoven, 1991). En otro estudio comparando diferentes países (Diener y Diener, 1995) encontraron que el individualismo correlacionaba positivamente con la satisfacción con el grupo de amigos, siendo este predictor menos importante en países colectivistas. Además contrariamente a hipótesis previas, el colectivismo de algunas naciones no está asociado con el grado de satisfacción, en esta investigación en treinta países, el resultado fue que en promedio los individuos encuestados estaban satisfechos con su vida, con ellos mismos y con las áreas vitales de familia y amigos. Desde el punto de vista social, el bienestar tiene referentes como la alta densidad poblacional, aislamiento y desorganización social, los ámbitos más urbanizados tienen consecuencias negativas para las relaciones sociales y la salud.

En pequeñas ciudades al ser ámbitos poblacionales más estables la población registra menos cambios, se incrementan las relaciones sociales y tanto el bienestar como la calidad de vida aumentan (Casullo, 2001). Vivir en grandes ciudades se relaciona a la presencia de personas extrañas en el vecindario, lo que provoca una disminución de la percepción de control y un menor nivel de bienestar.

Además de que el bienestar está identificado con emociones y afectos positivos, también se encuentra basado en la personalidad, por lo que el bienestar está correlacionado negativamente con el neuroticismo (Casullo, 2001). Para esta autora el bienestar se encuentra compuesto por seis dimensiones:

1. La apreciación positiva de sí mismo.
2. La capacidad para manejar de forma efectiva el entorno y la propia vida.
3. Calidad en las relaciones interpersonales.
4. La creencia de que la vida tiene un propósito y significado.
5. El sentimiento de que cada uno va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida, así como la aceptación del paso de los años.
6. El sentido de autodeterminación.

La orientación salugénica se encuentra basada en los estudios de Antonovsky (1987), referidos a la coherencia, definida ésta como una orientación global de que una persona cuenta con los recursos suficientes para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos que lo movilizan positivamente hacia la vida. Un sujeto con alto nivel de sentido de coherencia experimenta menos emociones negativas como depresión y ansiedad y tiene estrategias de afrontamiento más eficientes.

Para poder acercarse a la problemática de salud de nuestro país, se debe tomar en cuenta la situación social, la pobreza y la marginación en que viven una gran

cantidad de familias. México es uno de los países más desiguales del planeta, según cifras del Banco Mundial, el 20% de los más pobres tienen ingresos inferiores incluso a muchos países africanos, y el 20% con mayores ingresos manejan más del 52% de los ingresos totales (Klikberg, 1999).

El estrés producido por el factor económico, resulta ser un padecimiento de experiencia en lo individual, aunque forma parte del complejo entramado social, de manera significativa se incorpora en las personas como “falta de control sobre el propio destino”. De manera significativa esta falta de control genera insatisfacción, desesperanza y malestar individual y social (Figuroa y Vázquez, 1996).

El comprender y disminuir la pobreza de opciones y oportunidades es más conveniente que sólo la disminución de la pobreza de ingreso según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002) pues pobreza además de la parte económica significa pocas o nulas oportunidades para el desarrollo de las personas, como el vivir disfrutando de condiciones de vida con satisfacción, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y por los demás.

La vida de las mujeres se ha transformado en México en los últimos 30 años, con claridad se observa el cambio estructural de las familias debido a la inserción de éstas a la vida laboral del país. Desde la emergencia social de éstas, como un fenómeno presente en México, se genera un cambio en la mentalidad y las expectativas de vida de las mexicanas, las cuales hoy aspiran a participar de la vida política, económica y laboral y no sólo ser madres y esposas.

Dichos cambios están relacionados con la búsqueda de una redefinición tanto de los roles masculinos y femeninos como de las relaciones de autoridad y decisión en el interior del hogar. El promedio de edad en que hoy se casan las mujeres es de 21.2

años, y no sólo se dedican al trabajo doméstico, sino que son proveedoras, lo cual tiene un impacto cuyos efectos trascienden a lo privado y son propulsores de cambios macro sociales (Gómez de León, 1998).

Actualmente, las mujeres conforman el 43% de la fuerza laboral en el sector de servicios, el 23% en el comercio, el 20% en la industria. De la Población económicamente activa por cada 3 personas, la división por género es de dos hombres por una mujer; si se compara que en 1950 era de cincuenta hombres por una mujer; se aprecia fácilmente el ingreso de las mujeres al grupo laboral del país.

En Jalisco incorporados a la vida laboral están 1 583 901 hombres por 801 685 mujeres, un 50%; los hombres trabajan en promedio 56 horas y las mujeres 68 horas a la semana, porque en su mayoría las mujeres, viven con doble jornada, la doméstica y la laboral. En Jalisco, la incorporación de las mujeres a la vida laboral aumentó un 58% en la última década según datos de INEGI, 2000. Los hogares con jefatura femenina en Jalisco alcanzan el 20%, según la encuesta.

De tal manera que se están gestando condiciones diferentes en la vida de las familias; por ejemplo, en ningún país del mundo en solamente treinta años se bajó la tasa de natalidad, como en nuestro país: en 1965 el promedio era de más de 7 hijos por mujer, en el 2000 es de 2.3 hijos; en los primeros 20 años de campañas de planificación familiar la tasa bajó de 7 a 4. Este dato es de vital importancia puesto que las mujeres empezaron a decidir sobre su cuerpo, a tener acceso y aceptar los métodos anticonceptivos. La repercusión social y económica es que ahora las mujeres han reducido drásticamente el número de años que se dedican al cuidado de los hijos en etapas tempranas del desarrollo, el promedio en años en 1976 era de 18.1; en 1995 fue de 12.8 (Gómez de León, 1998), La mayor prevalencia en el uso

de métodos anticonceptivos, 78%, es en mujeres entre los 35 a 39 años (López, 1998).

En este sentido es interesante analizar que las parejas contraen matrimonio a mayor edad, y ha aumentado el promedio de años de escolaridad en las mujeres en México, en 1970 el porcentaje de mujeres entre 25 a 34 años de edad que llegaba a terminar la preparatoria era de 4%, para 1995 aumento a 31%. Este fenómeno, que está haciendo a las mujeres más visibles en el ámbito público se debe, según los autores a la entrada masiva de éstas al mercado laboral, al aumento en la escolaridad y a los movimientos de género (Gómez de León, 1998).

En la familia es donde se gestan en primera instancia los procesos de construcción de identidades y relaciones de género, según Goldbaum (1997). Por lo tanto los cambios sociales de incorporación de la mujer a la vida pública tienen gran repercusión en la vida familiar; así como de las familias hacia los fenómenos sociales; consecuentemente, está cambiando el sistema de valores, actualmente existe más resistencia a la aceptación de las normas establecidas en la familia patriarcal tradicional.

Algunos autores afirman que las mujeres que cuentan con ingresos propios han logrado establecer condiciones más igualitarias en el hogar y mayor ayuda de los miembros de la casa en las tareas domésticas (González de la Rocha, 1986), pero otros autores demuestran que no necesariamente el trabajo remunerado de las mujeres les brinda habilidades para negociar relaciones más igualitarias en los hogares, porque incluso hay control masculino sobre esos ingresos. Estas mujeres viven situaciones de violencia e inequidad agravada por el desempleo masculino en México que alcanzó niveles muy altos en 1995 (González de la Rocha, 1986).

En cuanto al porcentaje de familias de jefatura femenina, en 1994, en México, era el 17.3%, con predominancia en hogares urbanos de las grandes ciudades, en este estudio se demostró que los hogares de jefatura femenina no son los más pobres, igual en cuanto a pobreza se encuentran hogares donde los ingresos, siendo escasos, son sólo a partir del hombre. Y en algunos otros estudios (Chant, 1998), algunas mujeres por iniciativa propia deciden encabezar la familia, demostrando que no necesariamente “viven peor” que las familias de jefatura masculina, resultando una de las razones la limitada importancia funcional del hombre dentro de la unidad doméstica, cuando los varones ganan salarios muy bajos no pueden desempeñar el papel tradicional de proveedores, pero tampoco saben o quieren apoyar el trabajo doméstico, por lo que se frustran y se deprimen, se vuelve violentos o se alejan de la familia.

Sin embargo, según las estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, señala que seis de cada diez pobres que habitan en estas regiones son mujeres (CEPAL, 2003). La combinación de ingresos en los hogares donde tanto el hombre como la mujer aportan puede ser una mejor manera de luchar contra la pobreza.

La familia monogámica ha sido necesaria para el desarrollo del capitalismo, al dejar a la mujer encargada del ámbito privado-doméstico, mientras que al hombre le corresponde el ámbito público de trabajo remunerado “fuera” del ámbito familiar. La mujer se convierte en productora de cultura, de valores y en un acuerdo social implícito, acepta ser dominada por un hombre que consigue el ingreso para subsistir. La sociedad capitalista crea los dos sexos-géneros: el masculino y el femenino que asigna los roles a las personas desde su nacimiento (Szasz, 1997). La sociedad

impone un modelo de sexualidad femenina donde el **deber ser** es el mito de la mujer “casta y honesta”, que desconoce su cuerpo y su deseo, este hecho repercute directamente en la salud de las mujeres.

La salud femenina tiene determinantes diferentes de la salud de la población en general, nos remite a lo que es propio de ser mujer. En la dimensión biológica la mujer se distingue del hombre por su trascendental papel en la reproducción, sólo las mujeres experimentan los trastornos propios de la ovulación, menstruación, sufren abortos, llevan a cuestas las perturbaciones del climaterio, padecen las complicaciones de embarazos, partos y puerperios. La salud de las mujeres es específica en casi todas las etapas de la vida. Aún así las situaciones más difíciles para las mujeres no son en el plano biológico y médico; sino en el plano social, México, país de inequidades, tiene una estructura social donde las mujeres no han dejado de ser seres humanos de segunda. Muchas de las enfermedades y muertes de las mujeres en países en desarrollo no ocurrirían si hubiera mejores condiciones de calidad de vida, autonomía femenina y atención temprana de sus problemas de salud. La concepción de la salud de la mujer a partir del modelo médico-biológico se basa en la función reproductiva. Los procesos de salud, enfermedad y muerte son procesos sociales, determinados por procesos biológicos y psicológicos que causan deterioro de las capacidades físicas y mentales y pueden originar desgaste y envejecimiento prematuros, en las mujeres en nuestra sociedad al no haber una cultura de la salud femenina (Ravelo, 1995, Figueroa, 1996). La salud mental de las mujeres, concebida en términos del modelo tradicional médico, presenta serias limitaciones ya que ha sido definida por profesionales de la salud varones, además de criterios sexistas por la clase en el poder, por lo que si la salud de las mujeres en

términos generales presenta dificultades, éstas son más profundas en términos de salud mental. Los sistemas diagnósticos que se utilizan como el DSM IV, el CIE 10, tienen importantes limitaciones pues lleva al reduccionismo en el manejo sistémico de los desórdenes mentales y no hacen referencia a las disfunciones generadas o por el entorno social, el género y la cultura (Medina Mora, Salgado, Lara, Ramos y Mariño, 1995).

Villaseñor (2004) afirma que la salud de las mujeres se encuentra permeada por distintos aspectos culturales y sociales como la inequidad de género, la educación, la pobreza, la accesibilidad a los servicios de salud, la sustentabilidad y el medio ambiente y las políticas públicas en salud. La salud individual y colectiva es un proceso dinámico, resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que se presentan y distribuyen de manera heterogénea. Las mujeres son más vulnerables, demandan mayor número de servicios de salud y por ello pareciera que es mayor su morbilidad. En conclusión Villaseñor (2004) afirma que para las mujeres mexicanas la equidad o inequidad social, así como el ejercicio pleno o violentado de sus derechos humanos se asocia con la morbi-mortalidad por causas evitables, en ocasiones incluso representa la diferencia entre sobrevivir o morir.

La problemática en salud mental adquiere significancia de acuerdo a los siguientes datos: entre el 30 al 51% de las consultas de primer nivel de atención se atribuyen a problemas psicosociales y psiquiátricos, como la **depresión** o la referencia a la angustia y “**nervios**”. De la Fuente (1992) estima que el 1% de la población tiene alguna patología mental severa y 10% ha tenido o llegará a tenerla alguna vez en la vida. Según Medina Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez y Villatoro (1992) en



población urbana se ha encontrado un 12.9% de sintomatología depresiva severa. Acerca de si las mujeres padecen más problemas de salud mental que los hombres, lo que se sabe es que acuden más al profesional de la salud, de 5 a 2 en relación con los varones. En las mujeres se ha encontrado mayor frecuencia de depresión y ansiedad y en los hombres desórdenes de la personalidad de carácter antisocial y mayor abuso de sustancias adictivas. La encuesta nacional de salud reporta 17% de mujeres con sintomatología depresiva, en comparación de 8.5% en hombres; las ideas suicidas son más frecuentes en las mujeres, mientras que los suicidios consumados son tres veces más frecuentes en los hombres (Lara y Salgado, 1993).

Es más aceptado socialmente tener “nervios”, que decir con libertad “tengo miedo”, con la insinuación de que no es el propio sujeto, sino el sistema nervioso el que responde mal; de la misma manera, estar triste es socialmente aceptado (Díaz-Guerrero, 1984). Vale la pena que los profesionales de la salud, estén entrenados en tomar en cuenta los significados de las personas al definir estos síntomas abstractos y difusos, más que por autores que definen los procesos mentales de maneras complejas y rebuscadas, que en el afán de diagnosticar, etiquetan a las personas.

Las neurosis son más frecuentes en las mujeres y en los hombres es más frecuente encontrar trastornos mentales severos. En términos generales los significados para cada uno de los sexos es diferente ante la misma patología mental, por ejemplo ante la depresión, los hombres refieren desesperanza, culpa y fracaso personal y las mujeres tristeza, soledad incapacidad y dependencia (Newmann, 1986).

Según Szasz (1995) la definición de lo femenino como “ser para los otros” y del cuerpo de la mujer como el cuerpo “para los otros”, tiene importantes repercusiones en el autocuidado de la salud y el bienestar femeninos, además una demanda

psicológica que la hace construirse insegura de sus ideas, deseos y opiniones, debe estar siempre conectada con los otros, definiendo su vida en función de la vida de un hombre.

La vida de las mujeres se funda para las relaciones de pareja, es parte de la identidad femenina así como la maternidad, el uso de anticonceptivos y métodos de protección contra VIH e ITS, constituyen en el inconsciente de las mujeres un prejuicio de desvalorización, pues piensan que puede ser signo de liberalidad sexual, además de que las decisiones anticonceptivas puedan generar en las parejas disgusto, rechazo o violencia. Respecto a la sexualidad el tema sigue orientado solo en cuanto a relaciones sexuales y continúa dentro de un discurso sexista y biologista, sin educar para que las mujeres conozcan y tengan control sobre su cuerpo. Castañeda (1996); Ravelo (1995) y Pick (2002), señalan en diferentes estudios, que un valor en el sexo femenino es negar el conocimiento de la sexualidad, deseos, placer, cuerpo y métodos anticonceptivos, mientras que los varones deben afirmar experiencia en el este plano.

Una gran cantidad de sintomatología de los problemas mentales sobre todo de las mujeres resulta del impacto de los valores en la cultura patriarcal que se reflejan en estilos de vida que “enferman”. Pues en esta sociedad las mujeres no sólo son consideradas como personas de segunda categoría; sino que son consideradas como incompletas, sumisas y sometidas a la discriminación y opresión por los varones. En nuestra cultura la sexualidad ofrece identidad: “la divorciada”, “la dejada”, “la viuda”, “la querida”, etc., pareciera que los demás asumen el derecho de juzgarlas de acuerdo a si las mujeres tienen pareja o no.

Existe una carga cultural en México relacionada a que el ser mujer sea definirse por desear siempre y sobre todo la maternidad. La infertilidad tiene por consecuencia el abandono, la desvalorización y la violencia contra las mujeres. En el área rural de México las mujeres que no se embarazan después de unos meses de convivir con la pareja son llamadas “machorras”, “jorras”, “mula”, “estéril”, las sospechas de infertilidad siempre son sobre la mujer (Zolla y Mellado, 1995).

Los hijos son producto de la pareja, sin embargo, la crianza parece exclusiva de las mujeres, los riesgos de sufrir accidentes aumentan en las trabajadoras, mujeres que son amas de casa y madres, por el agotamiento al desarrollar una doble jornada laboral.

En las familias en México, aunque la mujer es la autoridad doméstica en materia de salud, sus propias enfermedades ocupan un lugar secundario en las prioridades familiares. Existen desventajas genéricas en cuanto al acceso a mejor calidad y cantidad de alimento para las mujeres y los varones, las niñas y las mujeres están en desventaja en el ámbito de nutrición y atención a la salud (Zolla y Mellado, 1995).

Debido a la situación social de las mujeres, éstas ocultan más a menudo las infecciones de transmisión sexual, la violencia que sufren por parte de sus parejas, y el sufrimiento físico por padecimientos “propios” de mujeres.

Las diferencias de género implicadas en el proceso de salud de las mujeres, se relacionan con la calidad de vida, la disponibilidad de los servicios de salud, la seguridad social, la educación y la significación ideológica y cultural de la sexualidad, la maternidad y los procesos de salud-enfermedad-muerte; cada sexo muere de distinta manera, por causas y condiciones distintas, hay una serie de interrogantes aún sobre los modos de vivir y morir de cada género, pero es un hecho

que si las mujeres viven más años que los hombres no es porque tengan mejor calidad de vida, en general ellas enferman y utilizan más servicios de salud (Ramírez, Uribe y Gutiérrez de la Torre, 1995) al parecer un elemento protector es el establecimiento de vínculos sociales y afectivos.

En 1991, González Forteza, estudió un grupo de mujeres embarazadas en el Instituto Nacional de Perinatología, a partir de la aplicación de una escala de eventos de vida y respuestas de afrontamiento al estrés, encontrando que para algunas mujeres el embarazo es un estado de bienestar psicológico; mientras que para otras se acompaña de tensión y ansiedad, por lo que existe una relación entre el estrés emocional y las complicaciones gineco-obstétricas (González Forteza, 1997).

La situación de pobreza y desempleo en México es un determinante fundamental para el bienestar de las familias y los individuos, la crisis de 1994 ha dado por resultado un aumento en la desintegración familiar, la violencia dentro y fuera de la familia, las tensiones, la depresión y la desesperanza aprendida, estos fenómenos sociales imponen en los seres humanos tensión y ansiedad más rápidamente de lo que el organismo es capaz de adaptarse a las exigencias del medio (López, 1998).

La tensión crónica, implica estilos de vida que incluyen acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento malsanas o fallidas, cogniciones anómalas y dificultad o fracaso adaptativo. Si se generan estrategias de afrontamiento que resulten o que produzcan la sensación de que se va tomando control de la situación, entonces la sobre-función del organismo disminuirá tendiendo a la homeostasis y aumentarán las conductas adaptativas como signos saludables (Valdés, 1985).

Se tiende a considerar que la pobreza es siempre problema de ingresos, pero la pobreza es un fenómeno mucho más complejo, es un fenómeno de desarrollo insuficiente. Una persona o una familia son consideradas más que pobres cuando además de no contar con los recursos económicos para cubrir el nivel básico de subsistencia, carece de capacidades y oportunidades de desarrollo. La pobreza se manifiesta por escasos ingresos, insalubridad, desnutrición, mayor vulnerabilidad a las enfermedades, y el círculo continúa, puesto que estos factores inciden negativamente en las oportunidades de salir adelante (Vélez, 1994; Szasz, 1997; Palomar, 1998).

De acuerdo con Levy (1992), los pobres extremos son las personas que no tienen un nivel de nutrición suficiente, presentan desempeño físico y mental deficiente, sin oportunidades para acceder al mercado laboral ni actividades intelectuales como la educación, generalmente los pobres extremos nacen y mueren en la misma situación. En México en los años 90s carecer de educación o no tener acceso a energía eléctrica pueden considerarse condiciones de pobreza moderada, aunque el concepto de pobreza moderna tiene un mayor componente subjetivo ¿cuándo se deja de ser pobre? los aspectos culturales de la región y los aspectos económicos están vinculados y la pobreza vinculada estrechamente con la utopía de la salud.

### **e) LA EVALUACIÓN DE LOS EVENTOS COTIDIANOS Y LA SALUD**

En el estudio de los estilos de vida, la calidad de vida, la percepción de bienestar y su influencia en la salud, se utilizó el estudio de los eventos cotidianos de las personas para operacionalizar los factores nocivos del ambiente, donde se les pedía a las personas que contestaran una serie de escalas para describir los efectos de las experiencias diarias en su salud, estas escalas estaban integradas a algunos cuestionarios sobre eventos estresantes, condiciones de salud y estrategias de afrontamiento. De tal manera que después de las evaluaciones y análisis pertinentes de los datos se podría dar cuenta de la funcionalidad de las personas y del conjunto de recursos psicológicos del individuo para enfrentarse a diferentes eventos cotidianos (Palomar, 1994).

Los acontecimientos vitales se han definido como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste de un individuo (Sandín y Chorot, 1987; Buela-Casal y Carrobles, 1996).

Los autores han propuesto para el estudio de acontecimientos de vida diferentes escalas con el fin de evaluar el estrés psicosocial. De aquí que algunos autores propusieran el estudio de acontecimientos vitales o enfoque psicosocial del estrés (Buela-Casal y Carrobles, 1996). Los autores afirmaban que para que se produzca el estrés deberá existir un estímulo externo social que lo desencadene, con el desequilibrio homeostático que dispara la respuesta de estrés dependiendo del evento y de la interpretación subjetiva o significado psicológico o cognitivo del sujeto (Buela y Carrobles 1996; Brown, 1993; Caballo y Simón, 2000).

Algunos ejemplos de estas escalas son:

“Escala de experiencias recientes” de Holms y Rahe, (1967). La versión más actualizada consta de 42 acontecimientos vitales. Los sujetos estudiados deberán señalar el número de veces que ocurrió el evento en sus vidas durante los últimos doce meses. Utilizada para investigar la relación entre el estrés y trastornos de salud.

“Entrevista para sucesos vitales recientes” (Paykel, Prusoff y Uhlenhuth 1971; Paykel, 1983) consta de 61 o 64 reactivos basados en gran medida en la escala anterior. Organizada en diez áreas de estudio: trabajo, educación finanzas, salud, pérdida, migración, noviazgo, sistema legal, familia, relaciones matrimoniales y relaciones sociales.

“Escala de experiencias vitales”, escala de 57 reactivos, (Sarason, Johnson y Siegel, 1978), el sujeto señalará los eventos ocurridos en el último año mencionando si el impacto fue positivo o negativo.

“Entrevista sobre problemas y sucesos vitales” (Brown y Harris, 1978; Brown, 1989) Consta de 40 tipos de sucesos, es poco utilizada por su complejidad.

“Escala de acontecimientos productores de estrés” Propuesta por Caballo, (1994) a partir de Holms y Rahe (1967). Incluye situaciones del Eje IV del DSM-IV y otros reactivos generados en un grupo de sujetos universitarios mencionados como altamente estresantes (Caballo y Cardeña, 1997). Esta integrada por 52 reactivos a los que se contesta en una escala de 1 a 10, dependiendo del estrés percibido por el sujeto (Caballo, 1996).

“La Escala de Salud y Vida Cotidiana” (1985) propuesto por Moos, R.H., Cronkite, R.C. Billings, A.G. y Finney, J.W. adaptado y validado en México por los doctores Ayala, H. Aduna, Vázquez y Lozano. Es un instrumento que consta de 61 reactivos y permite obtener una serie de índices relacionados con la salud, el funcionamiento

social, los estresores generados por eventos cotidianos ocurridos en el último año y las estrategias de afrontamiento (Moos, 1984).

Las escalas anteriores con excepción de la última, sugieren la importancia de la evaluación de los eventos cotidianos que comúnmente llevan a las personas a cambios bruscos en sus vidas y que generan estrés y alteran el bienestar. La última de las escalas mencionadas, reúne una serie de sub-escalas adicionales para evaluar sintomatología física, funcionamiento social, depresión, adicciones (alcohol y tabaco), relaciones familiares y hábitat. Por lo que parece ser la más completa para establecer una descripción más precisa de los factores que afectan la salud y el bienestar de personas que viven en una zona urbana de gran densidad como Guadalajara. Las reacciones emocionales como el estrés, ansiedad, tensión, neurosis, son algunos de los términos que se utilizan para denotar algunos de los aspectos negativos de la vida moderna, se conoce que en algunas ocasiones el estrés es tan grave que conduce a la enfermedad o la muerte; como también puede ser positivo y creativo, en pequeñas dosis en la vida diaria, pues, es por sí mismo una motivación que impulsa a los seres humanos hacia el desarrollo.

La ansiedad, el estrés, el miedo, la ira, la hostilidad, la tristeza o la depresión, presentan correlatos fisiológicos como resultado de complejos mecanismos de baja influencia del sistema nervioso central, que afectan las glándulas, los órganos, los tejidos, el sistema inmune, el funcionamiento general del organismo. Cada vez son más las investigaciones que muestran la relación entre factores emocionales y el impacto sobre el proceso salud/enfermedad de las personas.



## f) ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO.

El estrés ha sido descrito desde cuatro definiciones distintas, desde la más simple a la más compleja. Primera: el estrés es un estímulo, como algo que desde afuera demanda o presiona. Segunda: el estrés es una respuesta, se define el estrés a través de la respuesta del organismo ante el estímulo, por ejemplo un dolor de cabeza. Tercera: El estrés es un acuerdo, un intercambio entre los estímulos, la percepción y la respuesta generada. Por ejemplo: "...el estrés produce tensión muscular cuando pienso que debo dar un discurso frente un gran grupo de personas..." La cuarta definición concluye que el estrés es un fenómeno holístico, se describe el estrés como una parte de un todo, esa parte es individual, física, social, espiritual, emocional, intelectual, bienestar en el medio ambiente, por ejemplo estrés significa también sentirse feliz al tratar de controlar la propia vida. Esta definición toma en cuenta los estilos de vida y las circunstancias más allá de los eventos que puedan disparar una respuesta de estrés. Cada una de estas definiciones es verdadera, *el estrés es un estímulo, es una respuesta y es un fenómeno holístico, dependiendo de la percepción el estrés es una interacción entre el estímulo y la respuesta.* Añadiendo por supuesto que es necesario tomar en cuenta el nivel de bienestar ambiental percibido por el sujeto (Blonna, 1996).

La definición del estrés reconoce la importancia de la percepción de la evaluación cognitiva del estrés potencial. La percepción de estos estresores potenciales está influenciada por la historia personal del sujeto, su estilo de vida y los recursos o habilidades de afrontamiento con que cuenta el sujeto.

El estrés considerado como la respuesta emocional a los eventos cotidianos ha cobrado significativa importancia por sus implicaciones en la salud. La Psicología de la Salud coincide en que la conducta emocional está acompañada por una serie de cambios fisiológicos que ocurren en los individuos, aunque moderados por la percepción y habilidades de los sujetos (Celis, 2002).

La realidad y la vida cotidiana originan los cambios emocionales y los sentimientos de los sujetos, quienes reaccionan ante las circunstancias de acuerdo a sus creencias, personalidad, influencia del grupo social etc., la alegría, la ira, el miedo, la evitación son distintos tipos de vivencias emocionales y de actitudes subjetivas hacia la realidad (Olvera, 1996).

Se sabe que las manifestaciones físicas del estrés son variadas e individuales, donde la predisposición biológica ciertamente juega un papel en el proceso, además el impacto del estrés en los pacientes también depende de la habilidad de afrontamiento percibida por el propio sujeto (Valdés, 1985).

Tomando en cuenta la fisiología, los modelos para entender el estrés como causa de pérdida de la homeostasis corporal, la referencia al estrés se hace a partir de una respuesta fisiológica que implica una sobreactivación biológica, acelerando las funciones del sistema adrenérgico (Cannon, 1932; Everly 1989; Palacios 1998), a la vez se afirma que tiene sus raíces en alguna parte de la escala evolutiva cuando los organismos se tenían que enfrentar ante alguna amenaza proveniente del ambiente y para sobrevivir tenían que combatir o huir; ante esta situación cada organismo inició su adaptación al medio ambiente y sus amenazas; modificando algunas de sus conductas, incluyendo las fisiológicas, en su proceso de adaptación (Everly, 1989; Sandín, 1996; Celis, 2002).

Con el paso del tiempo y el desarrollo de habilidades del ser humano, la respuesta primaria fisiológica de estrés comenzó a dejar de ser necesaria. Sin embargo, dicha respuesta se conservó a través de la evolución del hombre, principalmente en el llamado sistema nervioso reptiliano (límbico). Sólo que en la actualidad, con los problemas propios de las personas que habitan en las grandes ciudades, se activa la respuesta al estrés, por problemas que los seres humanos perciben como elementos que afectan su integridad tanto física como moral, cultural, psicológica o social (Everly, 1989).

Al percibir una señal amenazante cualquiera, se inician procesos automáticos corporales, encaminados a instrumentar una reacción de "lucha, huida o paralización" (Charney y Heninger, 1985).

La definición de estresor, confiere la cualidad de eventos amenazantes, o la idea de circunstancias nocivas, pero para que se le califique como estresor, dependerá de la percepción del sujeto, que responde ante el estímulo con una respuesta fisiológica y psicológica llamada tensión. Cuando un individuo sufre de estrés, quiere decir que éste es excesivo y demanda un esfuerzo mayor del organismo al hacer frente a la amenaza (Selye, 1974; Sandín 1996). El estrés es uno de los factores que con mayor frecuencia, se ha encontrado involucrado en un gran número de trastornos clínicos. Diferentes investigaciones demuestran que las estrategias que son utilizadas por las personas para enfrentar el estrés afectan su bienestar (Moos, 1982).

Para la Organización Mundial de la Salud (1992), los estresores son estímulos que provocan un desequilibrio en la homeostasis del organismo de la persona; los clasifica en físicos: por ejemplo la exposición a cambios bruscos de temperatura, a la polución o cualquier tipo de contaminación; los biológicos que pueden ser

microorganismos patógenos, dolor, heridas, una intervención quirúrgica; y los psicosociales como la presión en el trabajo, el divorcio, la muerte de un ser querido, cambio de casa, etc., los estresores causarán diferentes respuestas, en función de: el grado en que son percibidos como amenazas o retos y la vulnerabilidad de los sujetos que se traduce en el modo de enfrentamiento o resistencia (Meda-Lara, 1998).

Se proponen las primeras versiones del estrés, por Cannon desde 1932 relacionando el concepto con la salud, desde entonces se afirmó que el organismo es un sistema que mantiene el equilibrio interno u homeostasis mediante mecanismos de regulación y retroalimentación (Blonna, 1996), del mismo modo que el termostato mantiene constante la temperatura del agua al recibir la información del termómetro que la registra, este modelo implica estabilidad, imposibilidad de transformación y supone que el hombre es independiente de su medio ambiente, de su desarrollo y de su trascendencia.

Por lo tanto el estrés se entendió como *reacción de alarma*, explicada a través de la actividad simpático-adrenal, proponiendo una relación de causa efecto entre la pérdida de la homeostasis y la aparición de la enfermedad, el estrés así conceptualizado se entendió como sobrecarga desequilibrante de las funciones internas (Selye, 1974).

Selye introduce el término estrés en 1926 (Everly, 1989) y unos años más tarde, explicó en detalle cuáles son los ejes biológicos que sirven de base para que ocurra la transformación del organismo. Presentando la propuesta que llamó Síndrome de Adaptación general en 1956, el cual se compone de la siguiente secuencia: fase de alarma, resistencia, agotamiento y muerte. La reacción de alarma es la reacción del organismo cuando se encuentra expuesto a diversos estímulos a los que no se ha

adaptado previamente, esta primera etapa tiene dos fases: la fase de choque que constituye la reacción inicial al agente amenazante fisiológicamente se experimenta por taquicardia, pérdida de tono muscular y disminución de la temperatura, inicia la descarga de adrenalina, ACTH, corticoides; la fase de contrachoque es una reacción de rebote, caracterizada como una fase de defensa donde hay incremento de corticoides, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, algunas enfermedades asociadas a estrés agudo se generan a partir de estas fases. La fase de resistencia está caracterizada por la adaptación del organismo al estresor, hay desaparición de los síntomas, se presenta una resistencia aumentada al agente nocivo y una menor resistencia a otros estímulos. Se dice que en esta etapa se presenta una reacción anabólica comparándola con la fase de alarma que presenta una reacción catabólica. La tercera etapa de agotamiento, está determinada por la pérdida de la adaptación adquirida, esta fase llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado, reaparecen los síntomas de la reacción de alarma y si continúa el estresor, el organismo puede llegar a la muerte. El síndrome general de adaptación se explica si el organismo es capaz de sobreponerse o no a la adversidad. En 1956, Selye describe dos tipos de estrés, uno positivo al que llama "eustrés" y otro negativo o "distrés". En este sentido es elemental distinguir el estrés adaptativo del crónico, cuando la conducta adaptativa sobrepasa el grado óptimo de activación se convierte en disfuncional y el individuo empezará a experimentar alguna sintomatología, si el estrés continúa la persona enfermará.

La teoría de Selye ha sido retomada por diferentes autores al tratar de explicar el estrés y la aparición de síntomas y/o enfermedad, como se esquematiza en el siguiente diagrama:

## Relación entre estrés psicosocial y enfermedad (Rahe y Arthur, 1978)

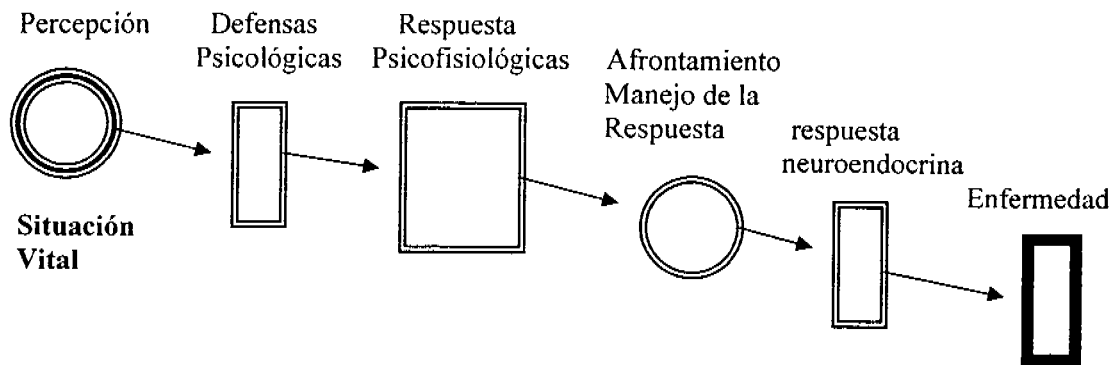


Figura 7

En la apreciación cognitiva del estrés potencial a través de la valoración primaria y secundaria, cada paso es igual de importante en la percepción de amenaza y ocurre simultáneamente, pero seguidos de una revaloración que involucra el mirar nuevamente el estrés potencial con nueva información presente (recuperada de la valoración cognitiva primaria y secundaria) (Lazarus y Folkman, 1984). Este modelo incluye una relación entre la valoración cognitiva primaria y la secundaria en un contexto específico, cada vez que el estresor se presenta de nuevo, la percepción es diferente, primero porque el contexto es diferente y segundo porque ya se tiene la experiencia de haber vivido la situación de amenaza. Se presentan los modelos de reconocimiento de estrés, de Lazarus y Folkman (1984).

## Valoración cognitiva del estrés

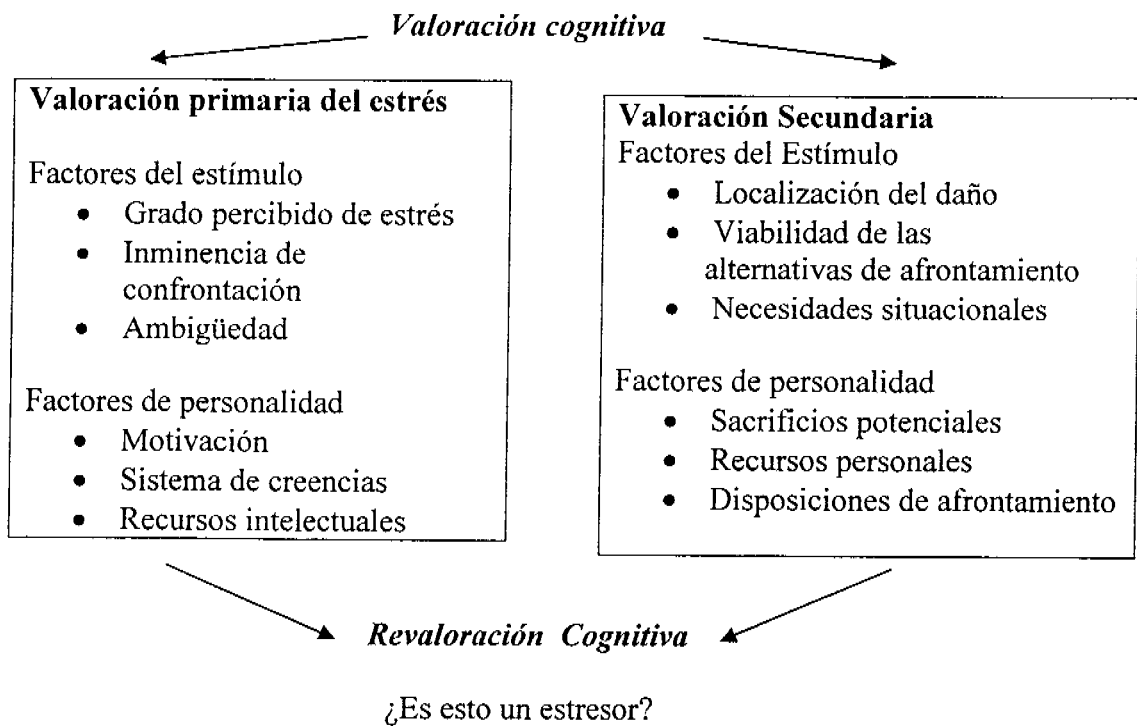
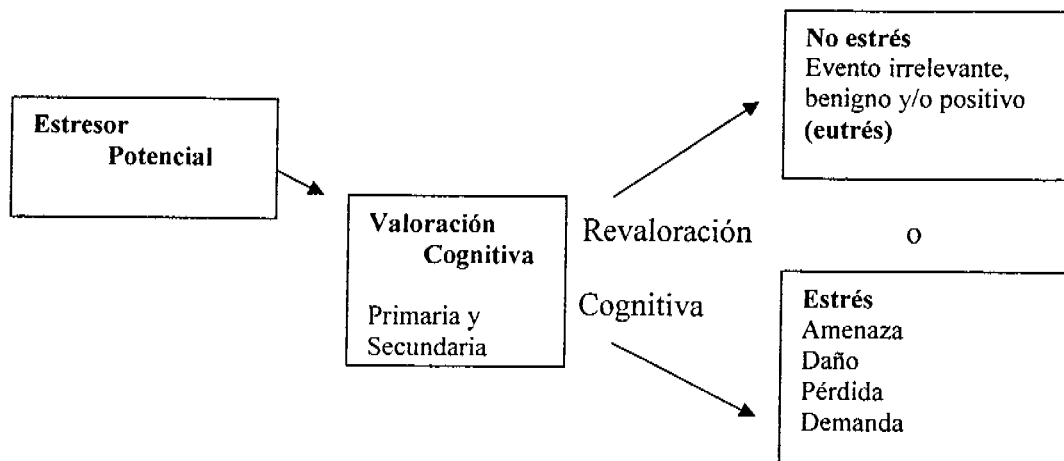


Figura 8



Modelo de Valoración del Estrés Lazarus y Folkman (1984).

Figura 9

Posteriormente, en trabajos más recientes Lazarus (2000) explica como la distancia y el tiempo afectan las habilidades y respuestas de afrontamiento, tanto experiencias pasadas como eventos afrontados generan nuevas estrategias de afrontamiento y por supuesto estas experiencias cambian la percepción de los nuevos estresores. En resumen Lazarus propone que los eventos acontecidos con anterioridad reducen la percepción de estrés de los eventos presentes o futuros.

El estrés está constituido por diversos estímulos internos y externos, éstos pueden ser: estresores ambientales, estos estresores provienen del entorno inmediato, se incluyen: la vivienda, la contaminación, el medio urbano donde se vive, el sitio de trabajo. Los estresores psicosociales son agentes que provienen del medio social y pueden ser por ejemplo el funcionamiento social, las redes de apoyo social, la cultura, la economía de una región, la satisfacción o no en el trabajo, la comunicación. Los estresores vitales son situaciones que se presentan en la cotidianidad, como la infancia, la adolescencia, la adultez, los hijos, el matrimonio, la separación, la muerte. Por último los estresores psicológicos que provienen de la estructura mental y de pensamiento del sujeto, de su propio proyecto de vida y de su historia. En el estrés psicológico hay un elemento esencial, el sujeto evalúa el significado personal del estrés y responde de acuerdo a sus recursos.

El estrés es una de las principales causas de los problemas de salud, más de la cuarta parte de la población mundial sufre alguna enfermedad o sintomatología relacionada con el estrés (Palacios, 1998).

Los sucesos vitales son percibidos por el sujeto como amenazantes o no (evaluación cognitiva), en seguida se ponen en juego los mecanismos de defensa, los que



determinarán la respuesta psicofisiológica, para mostrar la respuesta de afrontamiento (ejercicio, evitación, cognitiva, pedir ayuda, resolutiva, etc.) si la respuesta de afrontamiento fue ineficaz, o el estresor continúa siendo amenazante la respuesta neuroendócrina persiste y se originarán signos y síntomas: enfermedad.

Los mecanismos fisiológicos del estrés crónico implicados en el daño a la salud resultan de un sobre-funcionamiento del organismo, por ejemplo del sistema nervioso autónomo, del sistema neuroendocrino y finalmente un debilitamiento del sistema inmunitario, a este mecanismo se le ha llamado alteración psicofisiológica causando alguna alteración funcional, aumentando la probabilidad de que se presente o se exacerben algunos trastornos físicos, entre la constelación de signos y síntomas que se presentan se encuentran: pérdida de apetito, hipertensión arterial esencial, enfermedad coronaria, taquicardias, arritmias, asma bronquial, disnea, síndrome de hiperventilación, dermatitis atípica, alopecia areata, dolor crónico y cefaleas, lumbalgias, contracturas musculares, bruxismo, insomnio, trastornos sexuales como eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia, impotencia y otras (Everly, 1989; Palacios 1998).

El estrés pasa a ser entendido como factor que induce una respuesta, conociendo sus manifestaciones pero inespecífica por los eventos que la provocan, ya que cualquier estímulo puede generarla. Entonces el estrés se entendía como la respuesta de adaptación pasiva del sujeto ante eventos que pudieran provocar dicha respuesta.

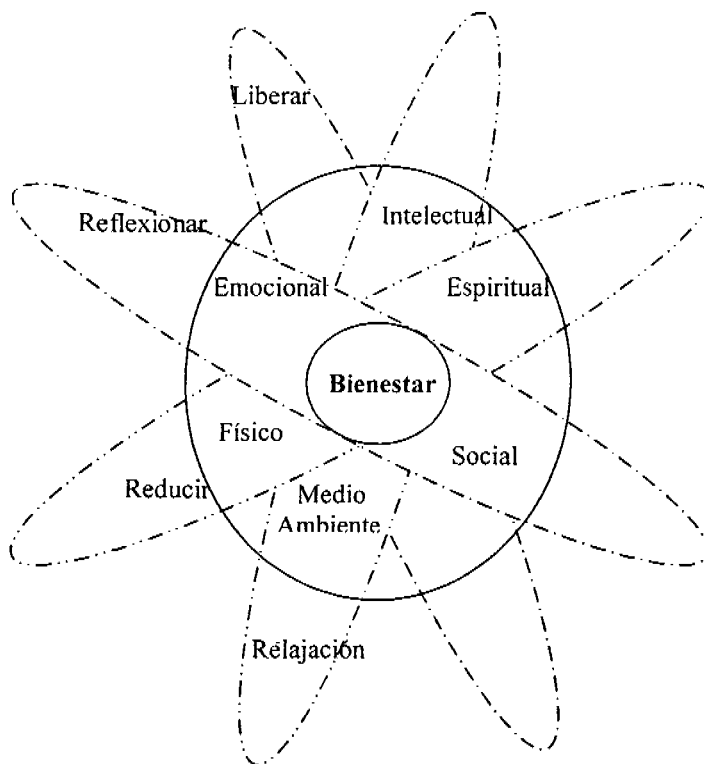
En esta teoría quedaba por resolver cual era el agente responsable de la activación hipotalámica que desencadena las respuestas hormonales. Mason (1968) desarrolla la teoría neuro-endócrina del estrés, con base en las teorías de la emoción. Posteriormente Selye (1974) atribuye a las endorfinas la respuesta adaptativa, pero

sin desenlazar las teorías a la biología de las emociones. En 1984, Lazarus y Folkman con base en todo lo anterior explican que los organismos perciben de manera diferente, los acontecimientos de acuerdo a su naturaleza, por lo que se sienten amenazados de manera desigual, estas diferencias pueden ser generadas por experiencias previas, pero también de acuerdo al repertorio de habilidades que hallan ganado a través de esas experiencias.

Por lo tanto el estrés tiene lugar cuando una estimulación resulta cognitivamente amenazadora e incrementa la activación del organismo con mayor rapidez, comparándola con el tiempo que la persona necesita para utilizar los recursos que tenga para adaptarse al evento. Cuando se asevera que un individuo sufre por el estrés, quiere decir que éste es excesivo y que el organismo carece de recursos efectivos para sobreponerse a las demandas generadas (Selye, 1974; Sandín, 1996). Blonna (1996) afirma que las estrategias utilizadas en los eventos cotidianos, pueden ser desde cuatro perspectivas o niveles: el primero es *pensar dos veces o reflexionar*, si el evento o circunstancia vital es amenazante o no, se enfoca en cambiar la primera percepción; el siguiente nivel es llamado *reducir* y se refiere a que cognitivamente podemos hacer una reducción de la cantidad de estrés en nosotros mismos; el siguiente nivel es llamado *relajación*, este nivel se enfoca en que la persona aprenda como adquirir la capacidad de relajar su cuerpo, para que el estrés no signifique un daño potencial; finalmente el cuarto nivel es *relevar o eliminar* el estrés potencial y afrontar de la manera más saludable. Al ver de manera holística el estilo de vida, se pueden aprender un repertorio de estrategias de afrontamiento que servirán de base y ofrecerán mayor nivel de bienestar, más

energía, claridad cognitiva acerca de los estímulos como posibles estresores, mejor apoyo social, paz espiritual y todo ello contribuirá a tener más resistencia al estrés.

A continuación se esquematiza esta propuesta:



Modelo de Enfermedad y Afrontamiento integrados en seis Dimensiones de Salud con Niveles Específicos de Estrategias de Afrontamiento (Blonna, 1996).

Figura 10

En este trabajo se parte del modelo de Blonna (1996) interactivo en el que se incluyen las diversas dimensiones micro y macroambientales del individuo, de acuerdo a la figura 10.

El autor recomienda en la propuesta de este modelo, que se elabore el propósito de ser más proactivo que reactivo ante el estrés. Cada persona es diferente en cuanto a las técnicas que utiliza para abatir el estrés, una estrategia puede resultar excelente

para manejar el estrés en un evento dado, y no ser tan útil en otra ocasión. Pero lo importante es que el individuo se hace más capaz en el manejo y afrontamiento del estrés en la medida que genera las habilidades y las aplique en las situaciones cotidianas.

Acerca del concepto adaptación, gradualmente fue transformándose en el término: estrategias de afrontamiento. Los organismos se adaptan a las exigencias del medio a través del área psicofisiológica, neuroendocrina, psiconeuroinmunológica y conductual. Probablemente la menos estudiada ha sido la conducta como modelo adaptativo, ya que se ha estudiado más desde la investigación experimental con modelos animales (Valdés, 1985) llegando a demostrar los efectos de la conducta sobre los organismos y la relevancia que reviste en la generación de modelos preventivos de higiene y salud (Weiss, 1982).

Para entender los mecanismos fisiológicos de mediación, de cómo el desacuerdo cognitivo-afectivo puede generar enfermedad o disfunción, Sandín (1996) propone siete etapas que se citan a continuación: *las demandas psicosociales*, que son todos aquellos agentes externos que causan la respuesta de estrés, incluidos los agentes ambientales por ejemplo de las grandes ciudades; en segundo término, *la evaluación cognitiva*, depende de como valora el individuo la demanda a la que se enfrenta, si se produce la respuesta fisiológica al estrés dependerá de los recursos personales para superarla, la tercera etapa tiene que ver con *la respuesta de estrés propiamente dicha*, incluye las respuestas fisiológicas y emocionales, incluyendo componentes cognitivos y motores; la etapa siguiente es la de *estrategias de afrontamiento* que se refiere a los elementos conductuales y cognitivos que el paciente pone en juego para hacer frente a la demanda concreta y restablecer el equilibrio en el estado emocional

alterado por el estrés, estas cuatro fases interaccionan de manera dinámica de tal modo que a veces resulta difícil separar una respuesta de afrontamiento de los componentes de la respuesta de estrés; la quinta etapa, las *variables disposicionales*, la disposición personal, que depende de cómo se encuentra el sujeto en el momento del evento, variables que pueden influir en las cuatro etapas anteriores. La etapa siguiente es el *apoyo social*, que tiene el efecto de amortiguar el efecto de las demandas y se sabe que tiene una relación con la salud. La séptima etapa es sobre el *estado de salud*, este estado de salud tanto fisiológico como psicológico será el resultado del funcionamiento de las fases anteriores.

El concepto afrontamiento ha sido utilizado para denotar la manera en que las personas elaboran y responden al estrés, facilitando la toma de decisiones y/o la acción directa; así como, un esfuerzo para reducir las condiciones ambientales de daño, cambio o amenaza (Lazarus y Folkman, 1984). Desde el modelo animal se propone definir el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del medio, disminuyendo el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Una de las definiciones más aceptadas de afrontamiento, es la que propone el mismo Lazarus quien lo define como aquellos esfuerzos cognitivos, fisiológicos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Dentro del concepto de estrés psicosocial, el afrontamiento puede ser definido como las tácticas cognitivas designadas a atenuar la respuesta de estrés ante las demandas del medio ambiente.

El planteamiento de Lazarus tiene tres orientaciones principales:

1. El afrontamiento está planteado como un proceso, en lugar de plantearlo como característica.
2. Implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordamiento de los recursos del individuo.
3. El problema de confundir al afrontamiento con el resultado obtenido, queda solventado al definirlo como los esfuerzos para manejar las demandas.

Asimismo, ante la diversidad de significados, el concepto de afrontamiento se refiere a las actitudes y esfuerzos de los individuos ante demandas cotidianas, que son percibidas como amenazas y que con frecuencia superan los recursos personales (Lazarus y Folkman, 1984; Sánchez Sosa, 1998).

Moos (1984) describe tres estrategias generales de estilos de afrontamiento: *Afrontamiento Cognitivo-activo*. Se refiere a entender y elaborar la propia evaluación del evento estresante.

*Afrontamiento Conductual-activo*. Intentos conductuales directos y abiertos para tratar directamente con el problema y sus efectos.

*Afrontamiento de evitación*. Intento de evitar confrontar activamente el problema o reducir indirectamente la tensión emocional por medio de conductas que con frecuencia son dañinas para el sujeto (comer más, beber alcohol, fumar, etc.).

De acuerdo al enfoque de las estrategias de afrontamiento del sujeto, el autor propone cinco direcciones:

- a) *Análisis lógico* (afrontamiento cognitivo-activo) define y analiza la situación antes de actuar.

- b) *Búsqueda de información* (afrentamiento cognitivo-activo) reunir más elementos que puedan ayudar a la solución del problema o la situación.
- c) *Resolución de problemas* (afrentamiento conductual-activo) formular planes de acción, negociar, discutir.
- d) *Regulación afectiva* (afrentamiento conductual -activo y evitación) tratar de ver el lado positivo de la situación, se dice a sí mismo que las cosas podrían estar peor, que el problema está fuera de sus posibilidades o alejarse de la situación y ocuparse en algo más para evadir el problema.
- e) Por último *descarga emocional* (afrentamiento de evitación) se desquita con otros a su alrededor, puede optar por ingerir alcohol, fumar, abusar de sustancias adictivas, comer compulsivamente (Moos, 1984).

Folkman (1984) propone entender el afrontamiento desde tres (realidades) dominios:

- a) La evaluación del sujeto acerca de lo que percibe que está sucediendo y lo que realmente está sucediendo.
- b) La apreciación que tiene el sujeto acerca de las opciones de afrontamiento y que opciones están accesibles en la realidad.
- c) Adecuar tanto las opciones de afrontamiento como los recursos existentes; ya que si un sujeto está permanentemente estresado y tenso es difícil que perciba la realidad con claridad. Para complementar esta teoría, se propone un cuarto dominio: d) el mantenimiento de un estado alerta y despierto ante el medio ambiente.

Weinberger, Schwartz y Davidson (1979) proponen cuatro tipos de afrontamiento al estrés: *repressor*, *no-defensivo/no-ansioso*, *no-defensivo/ansioso*, *defensividad ansiosa*. Los tipos *repressor* y *defensividad ansiosa*, muestran altas puntuaciones en *defensividad social*, el *repressor* cognitivamente reprime la respuesta ansiosa, aunque presenta tasas elevadas de respuestas fisiológicas; el tipo de *defensividad ansiosa*

reporta altos niveles de ansiedad y muestra baja respuesta psicofisiológica, ambos estudiados en laboratorio. En los tipos no-defensivos existe una correlación entre las respuestas fisiológicas con el informe de ansiedad.

Una aproximación más reciente es formulada por Kohlmann (1993) con base en los supuestos anteriores y propone los siguientes patrones de afrontamiento:

1. *Modo vigilante rígido.* Y lo explica describiendo a las personas que tiene una respuesta de estrés ante la incertidumbre de una situación de amenaza; personas con alta vigilancia y baja evitación.
2. *Modo evitador rígido.* Son personas con baja vigilancia y alta evitación. Presentan respuestas al estrés por las señales anticipatorios de amenaza y no le confieren importancia a las características del estresor.
3. *Modo flexible.* Uso flexible de estrategias relacionadas con la situación. Personas con baja vigilancia y baja evitación. Han desarrollado tolerancia ante la incertidumbre y ante la posible activación emocional.
4. *Modo inconsistente.* Afrontamiento ineficaz. Este tipo de afrontamiento lo presentan aquellas personas con alta vigilancia y alta evitación (personas que presentan altos niveles de ansiedad). Se presenta una conducta de afrontamiento inestable debido a que, cuando el sujeto se aleja del evento que produce estrés, se refuerza y aumenta por la incertidumbre, esto incrementa la respuesta al estrés, generándose un círculo vicioso.

En este contexto se describe al estrés como una transacción entre los individuos y su medio ambiente; en éste, la variable crítica es la percepción que se tiene de los eventos y los recursos de que se dispone para afrontarlos. Se considera el



afrontamiento como un proceso en términos de etapas. Desde este punto de vista, el planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: el primero de ellos hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace; en el segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, esto analizado dentro de un contexto específico; el tercer aspecto se refiere al hecho de que el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo debe contar con estrategias defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema. Todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

Lazarus y Folkman (1984) clasifican al afrontamiento con base en dos estilos: El primero se dirige a regular las emociones que provoca el estrés y lo denomina "*afrontamiento centrado en la emoción*", éste se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptarlo, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etc., utiliza respuestas tales como la evitación mediante el uso de la distracción, la fantasía o la negación. Estos procesos conducen por sí mismos a una interpretación de auto decepción o de distorsión de la realidad.

El segundo estilo de afrontamiento según estos autores, busca manejar los problemas que provoca el estrés y le llama "*afrontamiento centrado en el problema*", Consiste en esfuerzos dirigidos a eliminar el estresor mediante conductas tales como el reunir información, planear acciones, y realizar conductas instrumentales. Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste. Generalmente están dirigidas a la definición de los problemas, a

la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y beneficio y a la toma de decisiones y su aplicación.

Lazarus y Folkman han demostrado que ambas formas de afrontamiento son usadas en la mayoría de los encuentros estresantes y que la proporción en que se usa cada una varía de acuerdo a la evaluación que se realice del encuentro (Folkman, 1984). También consideran que en general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más posibilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones dañinas, amenazantes o desafiantes del entorno, como la desesperanza aprendida. Por otra parte, las formas de afrontamiento dirigidas al problema aparecen más probablemente cuando tales condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Asimismo, estos autores clasifican las formas de afrontamiento como internas: físicas, psicológicas e instrumentales y externas: sociales y materiales.

Las estrategias básicas de afrontamiento son una aproximación al estudio de las formas estables que las personas suelen presentar, se origina de indagar como es que responden las personas usualmente al estrés, de tal manera que las estrategias de afrontamiento se entienden como los esfuerzos conscientes para manejar el estrés. Para clasificar las estrategias de afrontamiento una de las aproximaciones fue la de Endler y Parker, desarrollaron un cuestionario de evaluación del afrontamiento *Multidimensional Coping Inventory* (MCI), bajo el criterio de consistencia interna. Mediante análisis factorial aislaron tres dimensiones, las cuales fueron denominadas: afrontamiento orientado hacia la tarea, la emoción y la evitación; la escala tarea correlacionó positivamente con la dimensión de Lazarus focalizado en el problema; la estrategia de evitación y emoción se asociaron positivamente a la dimensión

focalizada en la emoción de Lazarus. Y el contar con apoyo social correlacionó positivamente con las tres sub-escalas. Sandín (1996) propone una cuarta dimensión que es la afectiva, y plantea que en cuanto menos involucrado sentimentalmente esté el sujeto con el evento, el afrontamiento será más efectivo. Asimismo sugiere que las estrategias orientadas a la tarea- problema son adaptativas; mientras que la emocional y la de evitación son desadaptativas.

La propuesta de Moos, Cronkite, Billings y Finney (1984) está planteada sobre dos dimensiones diferentes: el método y la focalización. Descrito anteriormente, por ejemplo el método puede ser *activo-cognitivo* (redefinir el evento), *activo-conductual* (acciones para modificar la situación) y *evitación* (negar o poner distancia).

A partir de esta línea, Feuerstein y cols. (1986) ordenaron las diferentes categorías como se muestra a continuación:

Clasificación de las respuestas de afrontamiento según método, focalización y dimensiones cognitivo *versus* conductual

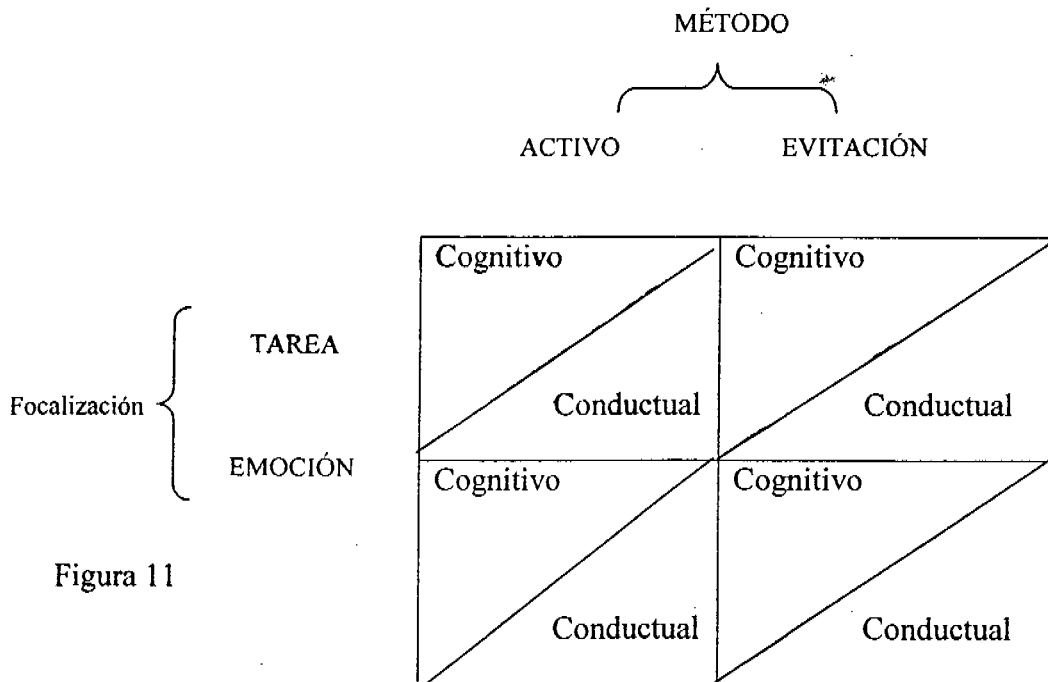


Figura 11

De acuerdo a la figura 11, las estrategias de afrontamiento al estrés pueden clasificarse conforme al método, la focalización y las dimensiones cognitivo *versus* conductual (Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1986).

En cuanto a las dimensiones del afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) proponen:

*Confrontación*: Conducta basada en acciones directas hacia la situación, con el objeto de resolverla. Pero respondiendo de frente el evento.

*Distanciamiento*: Tratar de olvidarse del problema, no tomar en serio la situación, negar y comportarse como si nada hubiera ocurrido.

*Autocontrol*: Tratar de resolver el problema por sí mismo, sin precipitarse, aparentando ecuanimidad, muchas veces sin buscar ayuda.

*Búsqueda de apoyo social*: Hablar con alguien del problema, un amigo, un consejero, un familiar, etc.

*Aceptación de la responsabilidad*: reconocerse causante del problema, responsable del evento y enfrentar las posibles soluciones.

*Escape-evitación*: Ingerir alguna sustancia adictiva como alcohol o drogas, evitar estar con la gente, esperar que ocurra un milagro.

*Planificación de la solución de problemas*: Establecer un plan estructurado de acción, seguir el plan, conductas encaminadas para que las cosas mejoren.

*Reevaluación positiva*: La experiencia fue de aprendizaje, sirvió, hubo un crecimiento como persona, ante la experiencia se piensa que no volverá a pasar.

Por otro lado, de manera más exhaustiva: Los factores determinantes del afrontamiento:

1. *factores internos*: control psicológico como moderador del estrés que puede ser cognitivo o conductual y la autoeficacia. Características de la personalidad como el optimismo, el autoconcepto, la hostilidad, el sentido del humor.
2. *factores externos*: Apoyo social de tipo estimativo, informativo, instrumental, o de acompañamiento. De redes sociales y de contenido o función del apoyo. Reconocer la relación entre apoyo social y salud (Aniorte, 2003).

En la literatura se encuentra una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional. Este grupo identifica tres tipos de afrontamiento: Afrontamiento activo-cognitivo (intentos de manejar las percepciones acerca del problema); afrontamiento activo-conductual (intentos de manejar directamente el problema) y evitación (evitación del problema).

En esta línea, Moos y Billings (1982) detallan la siguiente categorización de las respuestas de afrontamiento:

Atendiendo al método de afrontamiento. *Afrontamiento Activo-Cognitivo*:

- Rezar para recibir ayuda y fuerza.
- Prepararse para lo peor.
- Tratar de ver el lado positivo de la situación.
- Considerar varias alternativas para resolver los problemas.
- Aprovechar las experiencias pasadas.
- Analizar los problemas uno por uno.

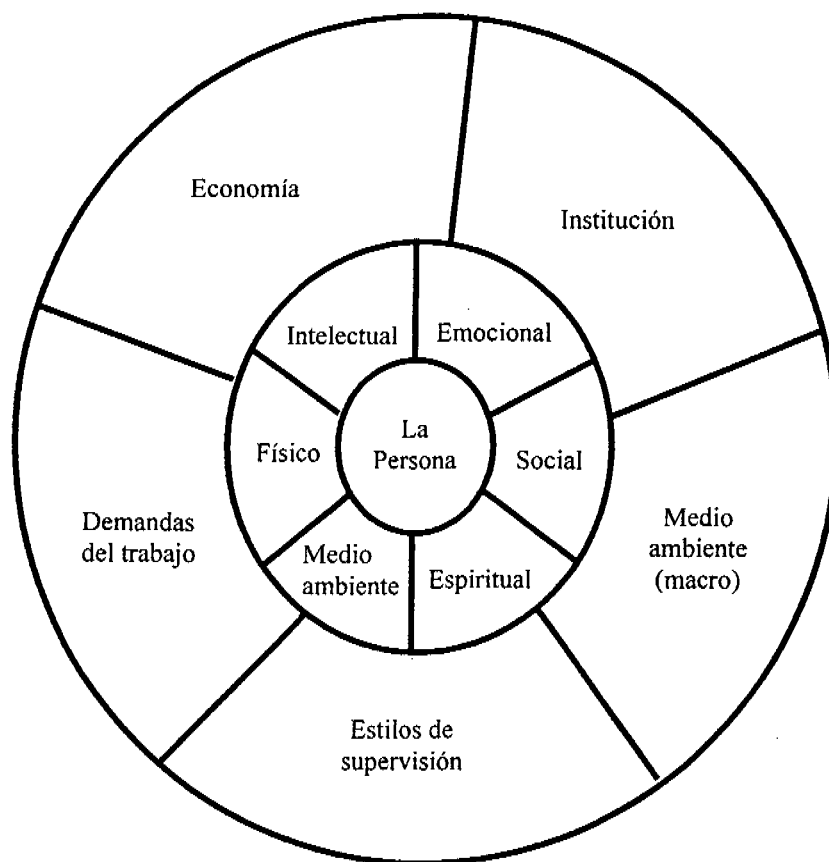
- Ser objetivo.
- Revisar la situación en la mente para tratar de entenderla.
- Decirse cosas a sí mismo para sentirse mejor.
- Prometerse a sí mismo que la próxima vez las cosas serán diferentes

Por tanto la conducta de afrontamiento es definido como: los esfuerzos entre las acciones y las cogniciones mentales para manejar (como experto, tolerándolo, reduciéndolo, minimizándolo, anulándolo) el medio ambiente con las demandas internas y los conflictos presentes a través de los recursos personales. El afrontamiento puede ocurrir antes de la confrontación estresante, en este caso es llamado afrontamiento anticipatorio, o bien como una reacción a un estrés pasado o presente (Everly 1989).

Las estrategias de afrontamiento pueden resultar menos adaptativas o maladaptativas en las acciones (Everly 1989). Las estrategias de afrontamiento adaptativas reducen el estrés a mediano y largo plazo, mientras que las estrategias maladaptativas tratan de reducir el estrés a corto plazo pero muchas veces lesionan la salud a largo plazo (consumo de alcohol, abuso de drogas, aumento en la ingesta de alimentos, fumar cigarrillos etc.)

Las personas en las labores cotidianas, empleados o gerentes tienen diferentes estímulos que pueden ser percibidos o no como estresores, los principales estímulos son generados desde el exterior en la parte económica, las demandas de la institución, del trabajo individual, del macro ambiente y los estilos de supervisión,

el sujeto posee o no una serie de habilidades que lo pueden proteger o apoyar sus estrategias de afrontamiento, éstas son su integridad físico-biológica, el apoyo social percibido y las interacciones sociales, la parte espiritual, el elemento cognitivo intelectual, el factor emocional y el micro-ambiente, como lo muestra la figura 12:



Fuentes de estrés para el trabajador, (Blonna, 1996).

Figura 12

La conducta y sus efectos en los seres humanos de acuerdo a estos modelos están determinados por las cogniciones, historia de vida y creencias de la persona, por lo que la conceptualización del estrés es un proceso dependiente de los significados del sujeto (Lazarus, 2000).

Se sabe también que, si la respuesta de estrés ahora entendida como el conjunto de reacciones fisiológicas del organismo ante estímulos que se perciben nocivos ya sea del interior o del exterior del individuo, se mantiene de manera prolongada y se aumenta por amenazas recibidas cotidianamente, se inicia un desgaste en algunos órganos del sistema del hombre, éstos se traducen en padecimientos que afectarán el órgano blanco del individuo (el órgano blanco es el órgano que más labilidad presenta ante las tensiones en un sujeto). Por ejemplo dolor de cabeza, de espalda, hipertensión arterial esencial, propensión a acumulación de colesterol, fallas en la integridad inmunológica, problemas en el dormir, depresión, ansiedad y algunos otros trastornos de personalidad emocionales y afectivos (Toledo, 1994).

Con el estudio del estrés y sus complicaciones e implicaciones en salud, iniciado por Hans Selye en 1936 (Lazarus y Folkman, 1984) continuado de manera interdisciplinaria por muchos otros estudiosos de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, se reconoce que estos padecimientos no son producto de la imaginación del sujeto, son realmente trastornos en la fisiología de los individuos, si no se reestablece la función de un órgano y el estrés continúa, el sujeto enfermará y tal vez se complique tanto que pueda morir.

Los acontecimientos vitales se definen como “eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo” (Sandín y Chorot, 1987). Estos autores refieren que el potencial de estrés de los eventos cotidianos dependerá



del grado de cambio que exijan a la persona. Sin embargo al existir un abanico inmenso de posibilidades de reacción por parte de los individuos los autores no se ponen de acuerdo. Por ejemplo, el matrimonio suele representar un gran cambio para ambos miembros de la pareja, pero no a todas las parejas les significa un gran estresor, así mismo algunas de ellas tendrán repercusiones en su salud y otras no. Al interior de la pareja, dependiendo de la historia personal y la significación del matrimonio a un miembro de la pareja le afectará más que a otro en términos de salud.

Existen una importante variedad de escalas para medir el estrés de los eventos cotidianos, y los autores han tratado de comparar que eventos afectan en que áreas de la salud de las personas. Ante estas situaciones pudiera ocurrir cualquier trastorno psicopatológico como ansiedad, depresión, o esquizofrenia.

Caballo y Simón (2000) mencionan que se han encontrado sujetos con sintomatología depresiva que reportan más eventos cotidianos estresantes, a comparación de sujetos con trastornos de ansiedad. De igual manera, al comparar la depresión por sexo, refieren que las mujeres aún desde la adolescencia tienden a desarrollar mayor riesgo de síntomas depresivos que los varones, a consideración de los autores se refiere que son más vulnerables que los chicos y tienen una mayor cantidad de acontecimientos vitales indeseables. Sin embargo, Waelde, Silvern y Hodges (1994) en un estudio en estudiantes universitarios, encontraron que hay una mayor relación de acontecimientos vitales estresantes y depresión en las chicas adolescentes que en los varones, pero las relaciones de logro y suicidio son mayores en los chicos.

### g) LA DEPRESIÓN, ESTADO DE ÁNIMO DISFUNCIONAL.

Hipócrates (S. IV a.C.) emplea el término “melancolía” para describir los estados de abatimiento, inhibición y tristeza; a partir de estos conceptos Aristóteles describe a estos individuos como sensibles e inteligentes. Para Hipócrates la razón de la melancolía era por desequilibrio en la “*bilis negra*”, el término proviene del griego *melaina chole (bilis negra)*. La palabra depresión se comienza a usar hasta el S. XIX y a partir del S. XX se utiliza como término diagnóstico, (Jackson, 1985; citado en Vázquez y Sanz 1995). La locura maniaco-depresiva tiene su antecedente en Areteo de Capadocia (S. II d.C.) quien en base a los conceptos de Hipócrates, describe casos de agitación maniaca e inhibición, estados que se alternan en una misma persona. Leonhard en 1957, separa los trastornos afectivos en “bipolar y “monopolar, con esta propuesta separa el término general de maniaco-depresivo.

Los conceptos para referirse a la entidad clínica, nosológica de la depresión han venido evolucionando hasta los que se encuentran actualmente en el DSM IV, de APA, 1994. El DSM IV clasifica los trastornos afectivos con base en tres *episodios*: depresivo mayor, maniaco e hipomaniaco. Se distinguen los trastornos depresivos de los bipolares I y II, por la presencia o no de episodios maniacos.

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar más frecuentes en los individuos, en todas las culturas y a través de la historia de la humanidad. La depresión es el diagnóstico clínico utilizado con mayor frecuencia (Vázquez y Sanz, 1995).

La depresión clínica se concibe como un síndrome, no es solamente el sentimiento de tristeza o abatimiento. La línea entre la respuesta depresiva “normal” y la “patológica” es difusa, los estados depresivos varían en un continuo de gravedad

(Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Vázquez y Sanz, 1995), de tal manera que la tristeza que se siente en la vida cotidiana por pérdidas o por algún evento negativo sería esencialmente similar, a diferencia de los pacientes que requieren de ayuda profesional (Kendell, 1976). Los defensores de esta postura proponen que tanto las depresiones sub clínicas como las clínicas comparten síntomas y factores etiológicos, aunque para la decisión de buscar ayuda intervienen otros elementos como son el sexo, el factor económicos, la educación y la accesibilidad del servicio en el medio.

Respecto a la epidemiología, la depresión representa el 90% de los trastornos afectivos, inicia aproximadamente a los 35 años de edad, en cuanto a sexo se presenta más en el sexo femenino: 2/1 mujeres y hombres; prevalencia en mujeres 7 a 8%, en hombres 2 a 4 %; incidencia tasa de 175 (por cien mil habitantes) al año; en mujeres con una tasa de hasta 250, mientras en hombres se presenta una tasa 100. Este trastorno en sus distintos patrones de manifestación afectará entre 50 a 75 millones de estadounidenses (McCullough, 2003).

El cuadro clínico del paciente deprimido puede estar marcado con episodios temporales o puede ser un estado de síntomas permanente, casi continuo. En algunos casos es leve y en otros el cuadro es muy severo con alto riesgo al suicidio. El síndrome depresivo se estudia desde cinco núcleos (Vázquez, 1998) éstos son: síntomas anímicos, la tristeza está presente en todos los pacientes deprimidos, siendo la queja principal en la mitad de ellos; síntomas motivacionales o conductuales, estado de inhibición, apatía, indiferencia, anhedonia, en su forma más grave existe un retardo psicomotor que puede llegar a estupor depresivo, síntomas cognitivos, la memoria, la atención y la capacidad de concentración están afectadas, la valoración

de sí mismo está perturbada, el contenido y fluidez del pensamiento también se encuentra alterado; síntomas físicos, por ejemplo los problemas de sueño como insomnio, despertares frecuentes, somnolencia diurna y fatiga, otros síntomas son la pérdida de apetito, disminución de actividad y de la libido, además de molestias difusas, dolores inespecíficos, por lo que la mayoría de estos pacientes son revisados por primera vez por médicos generales, familiares o internistas; por último, los síntomas unipersonales, representados por el deterioro de las relaciones sociales, se reduce significativamente el interés por la gente (Beck, 1976).

Las teorías psicológicas para explicar la depresión son:

- 1) Teorías Cognitivas, principalmente Beck (1976) cuya premisa es que en los trastornos depresivos existe una distorsión del procesamiento de la información, estos individuos valoran excesivamente la pérdida o el evento negativo, dejándose abatir por éste.
- 2) Teorías Cognitivo-sociales, la teoría de la indefensión aprendida, en experimentos con animales se descubrió que éstos desarrollaban un patrón de conductas y cambios neuroquímicos similares a los encontrados en pacientes deprimidos (Seligman, 1975). El autor explica que estas conductas se desarrollan cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar la situación aversiva en la que se encuentra, en los seres humanos se puede presentar por una historia de fracasos en el manejo de situaciones y por una historia de vida donde no se haya permitido al sujeto aprender las complejas aptitudes para controlar el ambiente. Esta teoría fue reformulada por Seligman, Teasdale y Abramson en 1978 (Vázquez, 2000), de

acuerdo a factores internos y externos del sujeto para poder controlar su medio ambiente. Finalmente se propone la teoría de la desesperanza en 1989 por Abramson y Metalsky y Alloy, quienes postulan la depresión por desesperanza, cuyos síntomas son: inicio retardado de respuestas voluntarias, tristeza, suicidio, falta de energía, apatía, retardo psicomotor, trastornos del sueño, dificultad de concentración, cogniciones negativas, disminución de la autoestima y dependencia.

- 3) Teorías Cognitivo-conductuales, a partir de las teorías anteriores Rehm (1977) elaboró una teoría de la depresión basada en el aprendizaje social, la autora propone un modelo que incluye un déficit de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) que interactúa con la ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) desencadenando un episodio depresivo. Lewinsohn, Hoberman, Teri, Hautzinger (1985) tratan de completar esta teoría e incluyen enfoques cognitivos y de la psicología social y explica que la depresión se genera a partir de factores ambientales, el episodio depresivo inicia con la aparición de un suceso estresor, éste rompe con los patrones adaptativos del sujeto, dando por resultado una reacción emocional negativa, que estará relacionada con la depresión en la medida que se conduce a un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones de la persona con su medio y sus relaciones, se desencadena un estado elevado de autoconciencia que sumado a las emociones negativas conducen al sujeto a disminuir el

concepto de sí mismo, en este nivel se generan cambios conductuales, emocionales y cognitivos que juegan un papel de mantener y exacerbar el síndrome depresivo.

Lewinsohn et al. (1985) enumeran los siguientes factores de predisposición: ser mujer, tener entre 20 y 40 años, tener una historia previa de depresión, haber desarrollado pocas habilidades de afrontamiento, tener una elevada sensibilidad a los eventos aversivos, ser pobre, alta tendencia a la autoconciencia, baja autoestima, dependencia interpersonal e hijos pequeños. También proponen los siguientes factores protectores: auto percibirse con alta competencia social, experimentar con frecuencia sucesos positivos, tener amigos cercanos en quien confiar.

Los pacientes con depresión crónica comparten algunas características, se puede notar que hay sentimientos de desdicha y desamparo, comportamiento sumiso y derrotado, temor para establecer relaciones interpersonales y convicción de derrota ante su problema psíquico. La definición de Depresión se puede concretar como la sensación general de desamparo que es resultado de la percepción personal de incapacidad para controlar la propia vida (Lara, 1996; McCullough, 2003).

Los adultos con depresión crónica se encuentran entre quienes utilizan más los servicios de atención a la salud, estos pacientes suelen tener una salud más deficiente tanto en el padecimiento de distintas enfermedades como un alto índice de signos y síntomas vagos que causan un detrimento en su calidad de vida y un círculo vicioso alimentado por la depresión.

La etiología de la depresión puede ser por disfunción cerebral de las aminas biogénicas; pero también se han encontrado datos para pensar que si se manipulan las variables sociales se pueden inducir cambios cerebrales. Ambos factores de riesgo se deberán estudiar como elementos de interacción recíproca, porque la sensación de desamparo y retraimiento no sólo se presentan cuando hay disfunción de los neurotransmisores sino también cuando hay disfunción psicosocial.

Se afirma que la vinculación psicológica-biológica como parte integral del sujeto se pone en evidencia por la respuesta del sistema nervioso autónomo cuando las demandas psicosociales se convierten en amenaza y provocan la respuesta de estrés con el fracaso de la persona para resolver la situación (McCullough, 2003).

Resumiendo, la depresión es un trastorno bio-psico-ambiental que involucra actividad psicológica y biológica, por lo que el modelo bio-psico-social del que se ha venido hablando a lo largo de esta revisión es el indicado para tratar de entender este padecimiento.

Respecto a la depresión cabe mencionar que los sujetos afrontan de diferentes maneras los eventos cotidianos estresantes y algunos padecerán depresión después de la muerte de un familiar cercano, pero otros sin pérdidas de este tipo o sin relación con eventos estresantes clínicamente estarán deprimidos. Es una variable que deberá estar analizada de acuerdo a otras características del individuo.

## **h) FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LA POBLACIÓN**

El apoyo social, que tiene su fuente en las redes sociales, se considera clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de estrés, transición o crisis. Es uno de los aspectos funcionales de las redes sociales, esencialmente cualitativo, e involucra variables relacionadas con las funciones básicas que las redes cumplen para sus miembros, en ayuda y ajuste a las demandas de su ambiente. La manera de afrontamiento ante los eventos cotidianos y el apoyo social que perciben las personas son dos elementos que afectarán en gran medida la salud de las personas.

Funciones básicas de las redes sociales:

- \*Orientación, a través de esta función, la red guía a sus miembros para obtener los recursos necesarios para enfrentar las situaciones que les resulten conflictivas.

- \*Entrega directa de servicios a sus integrantes. Según los acuerdos pactados con anterioridad.

Apoyo social: esta función es considerada como la más importante para los individuos que componen una red social; hace referencia al intercambio recíproco entre un proveedor y un receptor, estando o no este último en situación de estrés o ante un conflicto (Didier, 1985)

Aún cuando su uso práctico es antiguo en los grupos de autoayuda en la intervención comunitaria, el tema del apoyo social y las redes de apoyo es probablemente el que



emerge con más fuerza en los noventa dentro del área conceptual de la Psicología Comunitaria.

El concepto de apoyo social surgió al revisar la literatura de los años setenta que parecía evidenciar una asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas como desintegración social, movilidad geográfica o estatus matrimonial. Derivó de modelos de salud epidemiológica y pública acerca de la enfermedad, que luego fueron aplicados al fenómeno psicológico y social. Estos modelos eran conocidos como de causa multifactorial, en los cuales la etiología estaba en función de múltiples factores interactuantes; desde la vulnerabilidad física hasta la propia historia individual, la adaptación a eventos cotidianos y la experiencia previa. A lo largo del ciclo vital, las personas se agrupan y desarrollan relaciones interpersonales que las influyen y al mismo tiempo tienden a influenciar a otros, cuando comparten estilos de vida, creencias e intereses comunes (Sandin y Chorot, 1987).

El apoyo social incluye algunos elementos primarios:

- a) Dirección: según el apoyo sea ofrecido o recibido, o en ambas orientaciones.
- b) Disposición: disponibilidad en cantidad y calidad y utilización del recurso.
- c) Descripción-evaluación: que tan conocidos son estos apoyos, son evaluados por la comunidad como apoyo social.
- d) Contenido: la naturaleza del apoyo puede ser emocional, instrumental, informativa, valorativa.
- e) Redes sociales: que constituyen la fuente del apoyo, como la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los profesionales.

Los efectos directos sobre la salud se definen de acuerdo a la función del apoyo ante el estrés psicosocial, existe la hipótesis (Krause, 1987) de que el apoyo social puede

ser independiente del estrés ; o bien, puede ser moderador del estrés, de manera que los dos elementos explican o predicen el estado de salud.

Se concluye que el carecer de apoyo social o tenerlo pero no utilizarlo es un riesgo para la salud; por ejemplo, la posibilidad de padecer depresión es menor en casados con buena relación marital, que en solteros. Asimismo, la red social generada en lo cotidiano proporciona al sujeto un marco de referencia que regula actitudes y conductas, provee de límites y de oportunidades, al interior de los grupos, es una variable protectora (Valdés, 1985).

En el estudio del fenómeno salud-enfermedad, se detectó que un elemento común que afecta negativamente la salud era la ausencia de lazos o apoyos sociales adecuados o la ruptura de las redes o vínculos sociales previamente existentes, como sucede en las grandes ciudades. Por ejemplo, en la Ciudad de México donde se prevé que para la segunda mitad del S XXI habitarán más de 35 millones de habitantes. Un ejemplo de cómo perciben la metrópoli es: al observar los dibujos de estudiantes sobre su entorno durante diez años, se evidenció cómo disminuye la presencia del medio ambiente natural y aumenta la presencia de automóviles y personas. Un ambiente donde la densidad o el hacinamiento se incrementan, no favorece nada la salud, y además las redes sociales se deterioran, generando un círculo vicioso (Gómez de León, 1998; Gutiérrez, Gómez, Jackson y Manjarrés, 2000).

Por otro lado, se ha observado en estudios de conductas adictivas en adolescentes que las características afectivas de los padres protegen al adolescente, Andrade (2000) menciona que si el adolescente percibe apoyo en el ambiente familiar, donde los progenitores teniendo una buena relación entre ellos, favorecen la comunicación

y la aceptación, resultan ser un factor preventivo de conductas problemáticas, incluido el abuso de sustancias adictivas, alcohol y tabaco.

El apoyo social se refiere a algo personal, cuyo componente más subjetivo es denominado "apoyo social percibido", en tanto que las "redes de apoyo" son de índole socio-estructural, con un componente objetivo que como tal, admite análisis a un nivel social, diferente aunque complementario en la propia percepción.

El apoyo social, y su contrapartida socio-estructural las redes de apoyo, pueden servir de vínculo entre los esfuerzos de investigación y de acción práctica de sociólogos, psicólogos sociales, psicólogos comunitarios y médicos sociales, constituyendo además una importante plataforma integradora para enriquecer la base conceptual de la salud mental y la psicología comunitaria, con los aportes de otras ramas de la psicología como la psicología de la personalidad, la psicología evolutiva y la psicología cognitiva.

Los seres humanos somos seres sociales y la vida social es parte fundamental en la constitución del bienestar psicológico o felicidad de los individuos; sin embargo no se nos instruye en desarrollar habilidades sociales, y a menudo nos encontramos con que los individuos presentan alguna problemática de esta índole que afectan su bienestar y su salud (Caballo, 1996).

El apoyo social ha sido definido por diferentes autores, como la ayuda que se brinda a otras personas, ayuda emocional que ofrecen las personas y grupos sociales del entorno al individuo (Peniche, 2000). Existe una importante relación entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico (Asili y Julián, 1998).

Por otro lado, la habilidad social se considera como el conjunto de conductas expresadas por un sujeto, en términos de sentimientos, actitudes, opiniones o deseos

de manera adecuada a la situación, con respeto hacia la opinión y conducta de los demás, además con frecuencia resuelve los problemas inmediatos y minimiza la posibilidad de problemas futuros (Caballo, 1996).

La habilidad social resultará de vital importancia para admitir y consentir el apoyo social. La percepción de apoyo social es un elemento protector de los eventos estresantes cotidianos, diferenciando éste claramente de la presión social que de hecho es un estresor indiscutible.

Cuando el individuo percibe afecto, diálogo y sintonía, cuando se le anima a expresar sus ideas y sentimientos, o incluso se le brinda ayuda material; el sujeto percibe la calidad en sus relaciones sociales y se incrementa su sensación de bienestar. De manera inversa, cuanto mayor es la percepción de soledad, más frecuentes serán sus quejas somáticas y con mayor probabilidad experimentará malestar psicológico (Valdés, 1985).

## 2.5 LA PSICOLOGIA DE LA SALUD.

Un cuadro físico-biológico de enfermedad, es un factor determinante en la vida de toda persona. La mayoría de los pacientes aprenden a convivir con la enfermedad y superarla, pero existen aquellas personas que sufren consecuencias psicológicas severas. ¿Qué factores influyen para que algunos pacientes se afecten y otros no? ¿Cómo se recuperan los afectados? La clásica perspectiva psicosomática sugiere que los factores de personalidad y el estado emocional pueden afectar las funciones corporales, el estado de salud y el curso de la enfermedad física. Enfermedades como la diabetes, úlcera péptica, artritis reumatoide, cáncer y otras, tienen un curso y evolución más severa en los pacientes que están en proceso de divorcio, muerte de familiares cercanos, cambio de trabajo (Florez-Alarcón, 1997; Toledo, 1994; Grau, 1998). Estos estudios hacen más énfasis en los factores de estrés personal y del medio ambiente, que en los rasgos típicos de la personalidad. Se considera la psicoterapia como apoyo en el proceso de mejoría, ayudando al individuo a desarrollar habilidades para afrontar de una manera más sana el estrés diario y propio de la enfermedad.

Todos los factores personales (internos) y ambientales (externos) están involucrados íntimamente en todas las etapas de la enfermedad. Puesto que cada individuo tiene la necesidad de lograr un equilibrio fisiológico y social para su pleno desarrollo, cuando este equilibrio no se alcanza, las personas viven con temores, sentimientos negativos, culpas, estados depresivos. Existen reportes e investigaciones que indican cómo las condiciones de vida y las prácticas socioculturales pueden ser responsables de alteraciones de la salud biológica. Independientemente del nivel económico, ya que en la pobreza las condiciones insalubres propician enfermedades; en la riqueza el

exceso en la alimentación, el estrés urbano, la carga de trabajo, las demandas sociales son generadores de patología.

Uno de los mecanismos mediadores de la salud a nivel cerebral es el sistema inmunológico, un gran número de experimentos con animales y observaciones en personas, muestran que el estrés emocional puede deprimir la función de varios componentes del sistema inmunológico y que la habilidad de ejercer control sobre el estresor puede reducir significativamente tales efectos de depresión del sistema de defensa (Ader, Cohen, y Felten, 1991). Parte de estos estados depresivos son mediados por los corticoesteroides, cabe mencionar que en los individuos en los que por alguna razón han sido extirpadas las glándulas adrenales, se comprueba la existencia de otros mecanismos involucrados, de hecho existen receptores de neurotransmisores en células del sistema inmunológico. Por lo descrito, los estresores han demostrado tener la capacidad de producir un decremento a la resistencia a infecciones experimentales y a tumores implantados en animales, así como están relacionados con la probabilidad de incremento de enfermedades en los seres humanos. Sin embargo, falta más investigación que proporcione datos acerca de cómo mejorar o incrementar la respuesta del sistema inmunológico, mediante algunas acciones de entrenamiento cognitivo-conductuales, a pacientes propensos a enfermarse.

En la actualidad, nuevas exigencias de la población han generado nuevas prácticas, la corriente vigente considera que los problemas de salud están multideterminados y que en los tres niveles de prevención (Leavell y Clark, 1953) se debe trabajar multidisciplinariamente. Los profesionales de la salud, como los médicos en todas sus disciplinas, el fármaco-biólogo, el personal de enfermería y los psicólogos,

deberán trabajar desde las diferentes disciplinas de manera integrada, con la meta de mejorar la salud de la población. El término multidisciplinariedad se refiere a la posibilidad de encontrar mayor número de estrategias de abordaje y soluciones ante un problema de salud, mediante la propuesta de un proyecto coordinado, generado por los profesionales de la salud y los profesionales del comportamiento, con el objeto de ofrecer una estrategia de abordaje suficientemente adecuada para la problemática de la población de nuestro país, para la cultura mexicana.

La Psicología de la salud es una alternativa ante la necesidad de ofrecer atención integral basada en el modelo biológico, psicológico y social que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas en general, no sólo de los enfermos. Asimismo la Psicología de la Salud tiene entre sus supuestos teóricos: educar y habilitar a la población para transformarlos en sujetos autónomos y responsables de su propia salud y/o enfermedad.

#### a) Desarrollo histórico de la Psicología de la Salud.

Como antecedente de la propuesta de Psicología de la Salud, dentro de la disciplina comportamental, en 1977 se realizó en la Universidad de Yale la Conferencia sobre Medicina Comportamental (Yale Conference on Behavioral Medicine), éste término fue propuesto por Lee Birk (1973) como subtítulo del texto presentado: Biofeedback: Behavioral Medicine; en este evento se reunieron importantes especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la Medicina Comportamental, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Las principales aportaciones a la Medicina Comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback (desde la base de la psicofisiología), así como la aplicación de los principios esenciales de la teoría conductual a la intervención de algunas enfermedades crónicas (Kennerly, 2002).

Se inicia la publicación del Journal of Behavioral Medicine y Biofeedback and Self-Regulation, revistas científicas que divulgaron una gran cantidad de estudios sobre modificación de conducta y tratamientos exitosos sobre patología física, como hipertensión arterial, dolor crónico, asma, bruxismo, de rehabilitación neuromuscular y de cáncer (Toledo, 1994; Flórez- Alarcón, 2004). Es así como surge el nuevo campo de la Psicología de la Salud, en su desarrollo empezó a aportar no sólo en el tratamiento sino también en la promoción de conductas más saludables y en la prevención en un sentido más amplio, desde los procesos básicos de aprendizaje.

Otro de los términos previos al concepto de Psicología de la Salud acuñado por Matarazzo (1982), se utilizó el término "Salud Comportamental" cuyo significado es *"el campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud que fortalezca la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento de la ciencia conductual y biomédica, para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas"* (Becoña, 2000).

En 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) a través de la División 38, constituye a la Psicología de la Salud, como *"...una organización científica, educativa y profesional para aquellos psicólogos que estén interesados en*



*determinadas áreas situadas en todo aquello que conecta a la medicina y a la psicología” (Matarazzo, 1994; Brannon, 2001).*

La principal aportación de la Psicología Clínica y la Medicina Conductual al campo de la Salud, como corrientes previas al concepto de Psicología de la Salud, han posibilitado crear modelos de prevención y de intervención novedosos y prometedores para ofrecer a las comunidades educación para la salud, metodologías para cambiar conductas y hábitos de vida nocivos por un estilo de vida más saludable que provea a corto plazo de una mejor calidad de vida de las personas. Estos conceptos se reflejan en la propuesta de la Psicología de la Salud, puntualizada a continuación:

La Psicología de la Salud está definida como *"El conjunto de contribuciones educacionales, científicas y asistenciales de los profesionales involucrados en la salud y el comportamiento, con el objeto de promocionar y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad, identificar concienzudamente la etiología, los correlatos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y por último el análisis y propuestas de mejora del sistema de cuidado y de protección de la salud, en el nivel individual y comunitario"* (Matarazzo, 1982). Esta definición se le atribuye a Matarazzo, sin embargo Flórez-Alarcón (1997), afirma que desde la década de los 70s, ya existía una sociedad de Psicología de la Salud en Cuba. Como es señalado por la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud ALAPSA: *"para ser fieles con la historia, La Psicología de la Salud, nació en Latinoamérica, a finales de la década de los 60s, con el desarrollo de los servicios de Psicología en una extensa red institucional de salud..."*

En 1982 inicia la publicación de Health Psychology, con el objeto de publicar los hallazgos científicos del área.

La Psicología de la Salud tiene una de las bases en la teoría cognitivo conductual y asume que estos dos elementos deberán estar reconocidos y aceptados para poder llevar a cabo la modificación de hábitos de salud, ya que las personas responden con ciertas conductas ante el aprendizaje humano que está controlado por procesos cognitivos, aunque se sabe que las emociones, las actitudes, la percepción y la voluntad del sujeto están involucradas en el proceso (Toledo, 1994; Hernández, 2002).

b) La Psicología de la Salud en México.

La Psicología de la Salud en México, se inició en los 70s, como resultado de los estudios en Medicina Conductual y la aportación de una técnica: la retroalimentación biológica o “biofeedback” que en el vecino país del norte estaba teniendo importante crecimiento, principalmente con las aportaciones de Basmajian, Matarazzo, Weiss, y Serman, entre otros (Matarazzo, 1980).

En la facultad de Psicología de la UNAM, varios investigadores del comportamiento, vanguardistas, atentos a las necesidades de salud de la población del País, iniciaron estudios y líneas de investigación principalmente atendiendo enfermedades crónico degenerativas, intentando mejorar la calidad de vida de diabéticos y personas con dolor crónico, intervenciones en pacientes hipertensos, desarrollaron programas de prevención de infarto, así como modificación de conducta para disminuir y erradicar adicciones, principalmente apoyados en la psicofisiología, el biofeedback y la terapia cognitivo-conductual (Palacios, 1990).

De tal manera que, según afirman Rodríguez y Rojas (1998), la Psicología de la Salud se fue desarrollando y empezó a ofrecer propuestas de prevención en los tres niveles, una de las propuestas fue el diseño de un programa de postgrado con residencia (similar en prestaciones y obligaciones a los programas para médicos residentes) de Atención Integral a la Salud, lo que fue un logro importante pues se acreditó desde el Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud y Facultad de Psicología de la UNAM. Posteriormente, pero sin la oportunidad de residencia se inician programas en Veracruz, Jalisco, Sinaloa y Sonora.

Rodríguez y Rojas (1998) refieren que en el país se cuenta con alrededor de dos mil psicólogos que trabajan en servicios de salud, ubicados principalmente en tres escenarios: Instituciones de enseñanza superior, en docencia e investigación; centros asistenciales, clínicas, e institutos de salud en los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación; y práctica privada enfocada a atención individual y trabajo con pequeños grupos.

La Psicología de la salud se basa en elaborar programas de promoción, prevención, diagnóstico, intervención, rehabilitación, tratamiento y evaluación en todos los niveles (Oblitas, 2000). Este modelo reconoce la importancia de la interdisciplinariedad, de tal manera que asume la integridad del sujeto sin excluir el componente fisiológico, los procesos psicológicos y el elemento social de las personas.

Los determinantes de las conductas de salud son los factores personales como la percepción de los síntomas por el propio sujeto, los factores emocionales y los cognitivos que tienen que ver con la personalidad del sujeto, su historia de vida, y los factores sociales que tiene que ver con variables socio-demográficas, los valores de

la cultura, la influencia de los grupos y el acceso a los sistemas de salud. (Díaz-Guerrero, 1984).

c) Aplicación de la Psicología de la Salud.

Santacreu (1997) afirma que a pesar de las definiciones de la Psicología de la Salud (Matarzo, 1980; Stone, 1991; Rodríguez Marín, 1995), los principales aspectos de la disciplina no están suficientemente definidos. Uno de los objetivos principales de la Psicología de la Salud es la intervención preventiva. La prevención señala dos conceptos previos: la acción anticipada y el evitar el daño. En el lenguaje cotidiano cuando se dice que un sujeto es “prevenido”, se habla de un sujeto que conoce el curso de los acontecimientos y prevé lo que puede pasar. En el caso de la acción anticipada, la acepción es informar a la brevedad de medidas generales para conservar el bienestar, a esta acción en salud se le conoce como *prevención primaria*; la actividad que se realiza para evitar un daño específico se llama *prevención secundaria*, por ejemplo las campañas de vacunación; cuando se ha provocado un daño, se propondrán acciones para diagnosticar de manera precisa y limitar el daño, en esta parte es la intervención o tratamiento se incluye la prevención de recaídas. La prevención terciaria, concierne a la rehabilitación a la vez de prevención de recaídas o complicaciones mayores.

Ante esta confusión, Santacreu (1997) propone el continuo prevención-tratamiento y afirma que: *lo que define la actuación preventiva es comunicar del daño o enfermedad en los sujetos, antes que éste aparezca*, de tal manera que los supuestos en prevención primaria serían el informar a la población de manera oportuna, fácil de entender y evidente, para la toma de decisiones (Rodríguez Marín, 1995; Santacreu 1997). La prevención secundaria es definida desde esta postura, como una actuación

compleja que implica recursos, intervención y evaluación con resultados claros y objetivos. La prevención terciaria y cuaternaria se consideran como intervenciones de tratamiento en el control de determinadas enfermedades para evitar la recaída y lograr la curación o prolongar el bienestar.

Otra de las complicaciones es todo lo que implica la salud versus enfermedad. Un individuo enfermo es el que manifiesta inadecuación o déficit de adaptación y demanda ayuda. Asimismo ecosistema social o ambiental enfermo, es aquel que produce personas enfermas y que en ocasiones provoca conflictos sociales y violencia, para tratar de evitar mayor daño y que las personas no enfermen o conserven su bienestar es necesario actuar desde la multidisciplinariedad; por ejemplo la pandemia del Sida, los problemas sociales por segregación o pobreza, el consumo y tráfico de drogas, los accidentes en vehículos automotores. En cualquiera de los dos casos donde se sitúe la generación del problema, el resultado será individuos con sintomatología perceptible a nivel biológico, psicológico y/o social. Ahora bien, tradicionalmente la intervención (médica y/o psicológica) a nivel individual se encuentra alejada de la intervención al ecosistema (Santacreu, 1991).

La Psicología de la Salud en su propuesta, cree conveniente que se aborde al individuo y su problemática pero que no se deje de lado el ecosistema del sujeto y por supuesto desde una perspectiva de intervención preventiva.

Por lo tanto, si la Psicología considera su objeto de estudio como *el comportamiento de un individuo en la interacción con su entorno*. El comportamiento de un individuo puede ser calificado de saludable en función de su capacidad adaptativa. El objeto de estudio de la Psicología de la Salud *es el comportamiento de los individuos, en su interacción con el medio en relación a su condición de salubridad* (Santacreu,

1991). Desde la perspectiva psicológica se puede intervenir para cambiar el comportamiento con el fin de mejorar la salud, desarrollando competencias y habilidades en los sujetos (a nivel individual y grupal). Definitivamente se señala que la intervención preventiva tendrá más éxito con acciones sobre toda la dimensión individuo-ecosistema (Frojan y Santacreu, 1993). En síntesis desde la propuesta de Santacreu (1997), la Psicología de la Salud promoverá un comportamiento saludable desde la premisa de "*cambiar el ecosistema desde el cambio comportamental de cada individuo*" (incluyendo una gran cantidad de individuos y en distintos niveles del ecosistema).

De acuerdo a la definición de Matarazzo (1980, 1987), la Psicología de la Salud se refiere a la aplicación de la Psicología al campo sanitario, se incluye la propuesta de Santacreu (1997), se asume que el campo de actuación es *la salud de los individuos, si están enfermos ayudarles a sanar; si están sanos ayudarles para que se mantengan en tal estado.*

Las importantes aportaciones de la Psicología a la Salud quedan manifestadas en las recomendaciones recientes de la OMS, en las que al aceptar que las principales causas de enfermedad y muerte prematura (tabaquismo-cáncer; respuestas desadaptativas al estrés, personalidad tipo A y coronariopatías, conductas evasivas-drogadicción, conducta sexual promiscua y sin protección y machismo-SIDA, violencia y accidentes), son resultado del estilo de vida, podrían ser reducidas en gran medida si la gente cambiara sus comportamientos y hábitos cotidianos. Por lo tanto, la Psicología debe estar dentro del englobado actual de profesionistas de la Salud, aplicando sus conocidas y experimentadas técnicas para poder obtener logros

importantes en materia de Salud (Buena-Casal, Caballo, 1990, Grau 1998, Santos, 1998).

Las enfermedades relacionadas con la conducta, los estilos de vida y las características socio-culturales, conforman un alto porcentaje de todos los problemas de salud y tienen una relación directa con la educación, el medio-ambiente y una cultura saludable (Palacios, 1998).

La problemática de salud de las poblaciones en desarrollo, indiscutiblemente tiene un factor determinante en la pobreza y la desnutrición y el rezago cultural, por ejemplo: el mal uso del suelo generando contaminación ambiental y daño ecológico; el ejercicio de la sexualidad con múltiples parejas y sin protección, pues la educación sexual sigue siendo tabú, con la consecuencia de embarazos a edades cada vez más tempranas, aumento de enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida; los malos hábitos en la alimentación que ocasionan obesidad, anorexia y bulimia; conductas dañinas que inician en la niñez y adolescencia como alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas ilegales, que deterioran las sociedades y economías de por sí dañadas de estas poblaciones.

Un factor a considerar es que en este proceso se invierte muy poco en promoción de la salud, la mayor parte del presupuesto correspondiente a salud de los estados se emplea en atender las enfermedades, no en prevenirlas ni fomentar la educación y una cultura saludable (Weiss, 1982, Rodríguez y Rojas, 1998). Nuestro país es muestra de lo mencionado anteriormente, las personas no se sienten responsables de propiciar y mantener su salud, y las creencias populares indican que cuando la salud se pierde, la responsabilidad de recuperarla recae en el médico (Hernández, 2002).

La Psicología de la Salud desde su origen se encuentra en consonancia con los tratados internacionales sobre desarrollo y salud. En la Conferencia Mundial de Salud de Alma-Ata (1979) con la participación de 134 países, donde se ratificó la definición previa de 1948, cuyo postulado es que la “salud es el bienestar bio-psico-social del individuo y no sólo ausencia de enfermedad o dolencia”. En consecuencia en 1986 en la Conferencia de Ottawa se definió la Promoción de la Salud como: *“el proceso de capacitación de la comunidad para actuar por el mejoramiento de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de dicho proceso”*. A continuación se declaraba: *“Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades... además de controlar los factores determinantes de su salud hacia la equidad”*. De tal manera que las personas tienen una responsabilidad inherente en el cuidado de la salud y el bienestar individual y social (Werner, Pelicioni, Chiattonne, 2001).

Por otro lado, al observar la definición de la OMS (1948), es notable la libertad con la que se pretende abarcar todos los sectores de la vida humana, no sólo se compromete en la salud biológica sino en la psicológica, llegando a la afirmación de que el bienestar social también significa salud. Esta afirmación será después utilizada en las definiciones de estilo de vida y calidad de vida, conceptos que evolucionaron con el fin de tener mecanismos que expliquen el bienestar humano.

Resulta imprescindible reconocer los principales temas que los países proponen para la promoción de la salud, donde los psicólogos, sobre todo los formados en el ámbito de la salud y la Psicología como disciplina tienen determinantes aportaciones para que estas metas puedan lograrse. A continuación se citan los puntos de la “Síntesis



de los principales tópicos que se desarrollarán para promover la salud, propuestos a partir de las principales conferencias mundiales de salud” (Barrios y Ferreira, 1999; Werner, 2001).

- Desarrollo de habilidades personales.
- Estimular el diálogo entre saberes distintos.
- Crear condiciones para que las personas tomen conciencia y se capaciten para reconocer y expresar sus necesidades de salud.
- Crear condiciones para que puedan analizar críticamente su realidad e identificar factores determinantes de sus condiciones de salud.
- Crear oportunidades para que las personas conquisten la autonomía necesaria para la toma de decisiones que afectan sus vidas.
- Estimular la participación en los procesos que interfieren y modifican los determinantes de salud
- Capacitar a las personas para que conquisten el control sobre su salud y condición de vida.
- Proveer instrumentos para la búsqueda de alternativas para la solución de problemas y transformación de la vida cotidiana.
- Intensificar los soportes sociales y reforzar la acción comunitaria.
- Estimular y movilizar a la población para asumir su compromiso social y a los gestores para desarrollar la voluntad política, redefiniendo papeles y responsabilidades.
- Buscar el perfeccionamiento de los profesionales de la salud con el fin de rediseñar los servicios de salud.

- **Controlar** y mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito colectivo/comunitario.

Otra de las propuestas donde signaron la mayoría de los países de la OMS fue la Conferencia Mundial de Salud en México (2000), donde las propuestas fueron:

*“Lucha por más equidad; mejoramientos sociales y económicos para una avance en la condición de salud; comportamiento socialmente responsable; ampliación de la capacidad e infraestructura de las comunidades para la promoción de salud y preparación de los recursos humanos para que actúen de acuerdo a este nuevo enfoque” Finalmente se afirmó en esta declaración “Reconocemos que la promoción de la salud y del desarrollo es deber y responsabilidad central de los gobiernos, y todos los sectores de la sociedad deben compartirla” (Werner, 2001).*

Al revisar las propuestas anteriores se puede afirmar que la Psicología de la Salud puede ser una herramienta con grandes aportaciones a los programas de mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida que se pretenden, sólo hay que añadir que la formación de los psicólogos en esta línea sea una prioridad para las universidades y que esta formación atienda a necesidades reales, tomando en cuenta las diferencias culturales detectadas en el entorno de trabajo de dichos profesionales, como señalaba Ribes (1998) en una conferencia dictada en el ITESO, no hay un México, hay muchos Méxicos dentro del país haciendo mención al abanico cultural que se encuentra en nuestro territorio.

Las contribuciones de la Psicología de la Salud tienen como eje el desarrollo de las personas, el mejoramiento de la calidad de vida, la educación en salud y la promoción de conductas saludables, formar y responsabilizar a la ciudadanía para que tanto en lo individual como a nivel comunitario se sientan comprometidos de su

nivel de salud, considerando que el binomio salud-enfermedad es un proceso multifactorial.

Al aumentar la expectativa de vida en los países en desarrollo, se enfrenta la problemática de la atención al anciano. No se ha desarrollado de la misma manera la infraestructura, los servicios de salud ni el personal adecuado para entender y atender a esta población que según las proyecciones más recientes, crecerá en un porcentaje que sobrepasará fácilmente a los programas de atención. Este cambio demográfico representa un enorme reto para los profesionales de la salud, la propuesta es que Psicólogos de la Salud de manera interdisciplinaria se responsabilicen de esta problemática.

Como señala Alberto (1998) *“Cada vez más muerte será causada por enfermedades crónicas o degenerativas, esta perspectiva intensifica la necesidad de realizar trabajos vinculados al control del dolor, disminución del miedo y la ansiedad ante la muerte y principalmente, a la reflexión sobre los conceptos de muerte ignominiosa y degradante y de muerte digna...donde el psicólogo de la salud busca su inserción”*.

Para el grupo de edad con más de 65 años, la OMS (1998) estima que en 2025 existirán ochocientos millones de personas en el mundo que pertenecerán a este rango. En esas proyecciones, se considera que Brasil será uno de los cinco países del mundo con el más alto número de habitantes con más de 65 años, y los números más recientes indican que tenemos cerca de 14.000.000 habitantes con más de 60 años, lo que representa un crecimiento de más del 100% en tres décadas (IBGE, 2000).

Los aportes de la Psicología de la Salud están fuertemente asociados a las cuestiones vinculadas al mejoramiento de la Calidad de Vida, en todos los grupos etáreos, a los cambios de valores y comportamientos y a la formación hacia la ciudadanía, en que

la importancia y responsabilidad de inserción del "Adulto Productivo" en los movimientos vinculados a la promoción de salud se muestran como condición '*si ne qua non*' para la real implementación de las propuestas presentadas en las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud.

La promoción, la educación de la salud, la prevención efectiva y el restablecimiento de la salud, son una prioridad en materia de mejorar el bienestar de la población, esta meta se puede lograr sólo a través de una visión "integral" en la atención al hombre enfermo o en riesgo de enfermar (Grau, 1998).

Para generar propuestas de programas de salud a cualquier nivel, es necesario contemplar al sujeto dentro de un contexto cultural, con una dinámica familiar que posee sus propias características, con un estilo de vida personal y actitudes ante la enfermedad por su propia historia de vida. La Psicología de la salud contempla al individuo dentro de todos estos elementos, además de estudiar las respuestas de afrontamiento al estrés y algunas otras variables, dentro del proceso individual.

Por otro lado, las condiciones socioculturales, el estilo de vida de las personas son responsables en gran medida de la salud. No solamente en cuanto a ingresos económicos, sino a aspectos mucho más sutiles como los valores, las actitudes, las costumbres aprendidas en algunas comunidades, o las habilidades para resolver los asuntos cotidianos, el proceso de cambio y de adaptación del individuo como parte integral de un núcleo social, sea la familia o la misma comunidad. Entonces se consideran estos factores (condicionantes médico-biológicos y socio-culturales), como recíprocos e interdependientes. Citando textualmente a Ribes (1990):

*"El medio sociocultural, sin considerar la dimensión individual de la práctica de todo sistema de relaciones sociales, constituiría una abstracción puramente*

*poblacional. Son los individuos como representación práctica de los elementos constitutivos de los sistemas de relación social, los que permiten concebir esta influencia de las variables macroscópicas del ambiente sobre el funcionamiento del organismo biológico".*

Resulta muy importante la formación de profesionales del comportamiento capacitados como psicólogos de la salud para investigar, proponer al sector, planear estrategias, realizar estudios y propuestas; revisando el número de profesionales científicos en salud o ingenieros en investigación experimental y desarrollo en algunas partes del mundo, encontramos que en Alemania son veintisiete, en Japón cincuenta, en Israel cuarenta y ocho, en Estados Unidos ochenta y tres y en México dos por cada 100 000 habitantes (Palacios, 1994; Rodríguez y Rojas, 1998).

## **2.6 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO.**

DIAGNOSTICO DE ENTORNO: Población: 6, 322,002, mujeres 51.4 y hombres 48.6%. La mayor cantidad de población se encuentra entre los 25 a los 49 años 1, 942,000 personas. 1, 053,019 mujeres y 929,469 hombres. 60% de los jaliscienses se ubican en la Zona Metropolitana de Guadalajara.

La esperanza de vida al nacimiento, es de 75.7 años; para los hombres 74.2 y para las mujeres 78.6 años.

Los hogares con jefatura femenina 20.8% de 1 441,069 hogares.

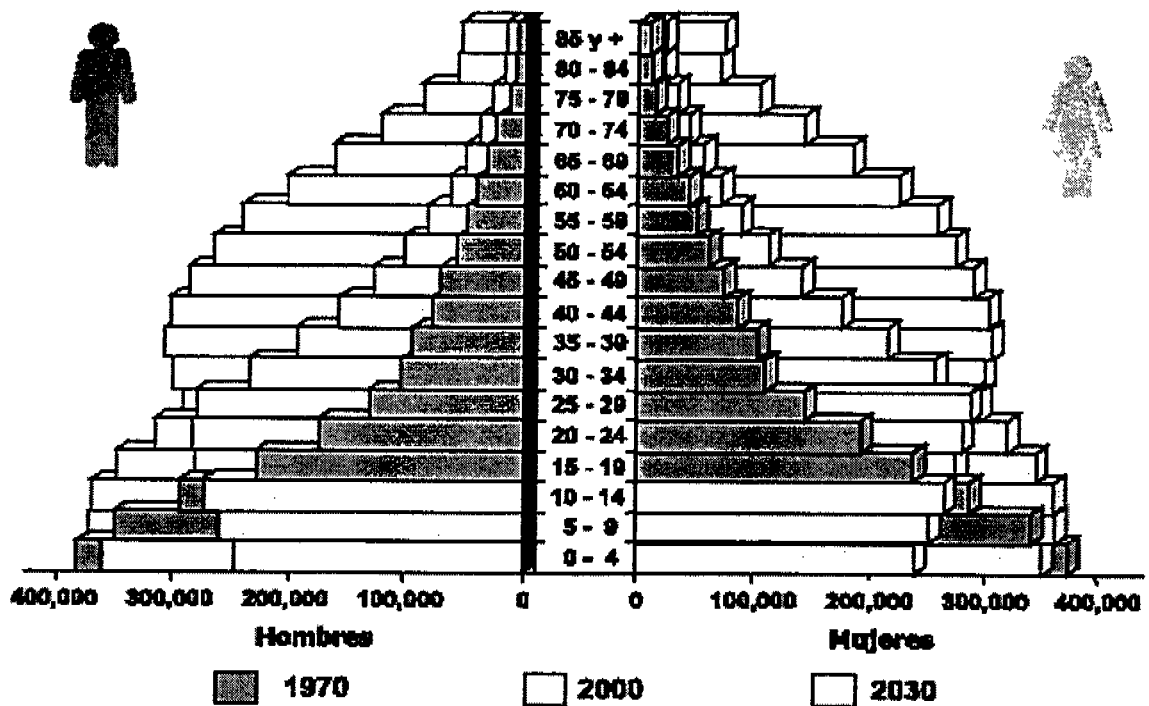
Sobre-mortalidad masculina se tiene el 119.1.

La población derechohabiente es de solamente: 59.8%. Cobertura de seguridad social institucional: IMSS, ISSSTE, Marina y PEMEX, SSJ (INEGI, 2000).

Más del 35% de la población en Jalisco se encuentra en situación de pobreza, lo que significa que más de un millón ochocientas mil personas viven en estado de necesidad y desamparo social. Jalisco se encuentra en nivel bajo de marginación con un índice de .760, con una población analfabeta de 6.5%, el porcentaje de población que vive sin drenaje, ni servicio de agua potable asciende a 4.93% y 6.78% respectivamente. El 40.93% se encuentra percibiendo un ingreso de hasta 2 salarios mínimos. 71.93% es población urbana y 28.07% rural.

El 60% de los habitantes son población vulnerable, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, menores de cinco años de edad, ancianos y personas con discapacidad. Más de 39, 259 jaliscienses son indígenas, con niveles de desnutrición mayor de 35%.

## Pirámide de Población 1970, 2000 y 2030



**Fuentes:**  
IX censo de 1970, XII censo 2000 y proyección CONAPO 2030. Jalisco, Méx.

### Reforma del Sistema Estatal de Salud

Se encuentran en el estado de Jalisco trece Jurisdicciones sanitarias, cuyo objetivo principal es establecer redes de contacto con todos los habitantes de la entidad, para proporcionar servicios de salud en los tres niveles de prevención.

El presupuesto ejercido en Salud (ejemplo de 1994) del 100% del presupuesto estatal en programas preventivos solamente se utilizó el 7%. El presupuesto aprobado en materia de salud para 2004 fue de 111 millones 43 864 pesos, desgraciadamente no se obtuvo información del porcentaje que se ejerció en prevención.

Las principales causas de mortalidad general son:

Enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, Diabetes, Enfermedades cerebrovasculares, EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y afecciones

perinatales. Las principales causas de morbilidad son infecciones respiratorias agudas, enfermedad infecciosa intestinal, infecciones de vías urinarias, úlceras y gastritis, accidentes, enfermedades del corazón e hipertensión (SUIVE, 2002). Se puede observar en el cuadro 4.

Cuadro 4

Principales Causas de Morbilidad General en Jalisco, 2002.

Orden	Causas	Total de casos	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	2.001.264	63.83%
2	Enfermedad Infecciosa Intestinal	404.172	12.89%
3	Infecciones de vías urinarias	201.845	6.44%
4	Úlceras, Gastritis y duodenitis	101,143	3.23%
5	Accidentes	97.050	3.10%
6	Enf. Cardiaca	42.785	1.36%
	Hipertensión	32.795	1.05%
	Total:	75.580	2.41%
7	Otitis media aguda	56.669	1.81%
8	Infecciones de transmisión sexual	36.402	1.16%
9	Parásitos intestinales	35.955	1.15%
10	Asma	31.443	1.00%
11	Neumonías	24.768	0.79%
12	Diabetes Mellitus	23.646	0.75%

En el cuadro 5 se presenta la estadística más reciente, en el estado de Jalisco por causas de enfermedad, en adultos de 20 a 49 años y por género; se observa que las infecciones siguen siendo las primeras causas de enfermedad en la Entidad; mientras que las enfermedades crónicas y degenerativas se encuentran presentes y en ascenso. Se observa que en la mayoría de las enfermedades de acuerdo al género, se



encuentran en mayor incidencia en mujeres, excepto accidentes, otitis e infecciones respiratorias.

Cuadro 5

Casos nuevos de enfermedad, de notificación obligatoria para la Vigilancia Epidemiológica, de 20 a 49 años, por género, hasta la semana 46 de 2004.

Orden	Causas	Femeninos	Masculinos	Total de casos
1	Infecciones respiratorias	76, 189	109, 783	311, 972
2	Infecciones Intestinales	52, 914	35, 799	88, 713
3	Infección de vías urinarias	67,227	17,890	85, 117
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	32, 071	17, 531	49, 602
5	Accidentes	6, 875	9, 253	16, 128
6	Hipertensión arterial	8, 515	4, 859	13, 374
7	Otitis media aguda	4,451	8, 218	12, 669
8	Candidiasis urogenital	11,314	681	11, 995
9	Amibiasis	5, 853	4, 520	10, 373
10	Diabetes Mellitus	5, 391	3, 594	8, 995
11	Asma	5, 366	1, 964	7,330
12	Virus del papiloma humano	3, 528	88	3,616
13	Violencia Intrafamiliar	1, 456	830	2, 289
14	Displasia cervical y Ca-Cu	5, 185	0	5, 185
15	Enf. Cerebrovascular e isquémica del corazón	726	726	1, 452

(Dirección General de Planeación, departamento de Estadística de la Secretaría de Salud Jalisco, 2003 y 2004).

El Presidente de la República Mexicana, dio a conocer en 2001, como inicio del Programa Nacional de Salud, 2001-2006:

*"El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, establece que la salud está ligada al destino de la Nación y que no puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos. Plantea como objetivos principales para cumplir con el compromiso con la salud: elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades; garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios; ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, y fortalecer el sistema de salud"*

El programa Nacional de Salud señala los objetivos, estrategias y acciones del sector para, además de mejorar la esperanza y la calidad de vida, consolidar un sistema de salud equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, participativo y vinculado al desarrollo, y estará en constante evaluación". El Presidente de la República anterior en su discurso de inicio de gestión, en 1995, señalaba:

*"La Salud es indispensable para el pleno desenvolvimiento de las capacidades humanas, para el trabajo, la educación y la cultura; reformaremos el sistema de salud para que se incorpore a más población y garantice un paquete básico de servicios para todos los mexicanos, utilizando como ejes la nutrición, la prevención de las enfermedades y la salud reproductiva"*

En México, el discurso es uno y en la realidad los presupuestos son pobres, no se asigna mayor recurso a la prevención, tampoco a la investigación y propuestas de modelos más integrales de salud.

## **2.7 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MEDIANTE LA ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA (HEALTH AND DAILY LIVING FORM, HDL)**

La escala de HDL (Health and daily living form): Salud física y vida cotidiana es un procedimiento estructurado que puede administrarse tanto en forma de entrevista como de cuestionario. El instrumento incluye preguntas en las que se detectan factores sociodemográficos, así como también una gran variedad de conjuntos de indicadores a investigar: el funcionamiento social y de la salud física, los eventos estresantes y su resistencia, así como las respuestas de afrontamiento y los recursos sociales.

Los índices que mide esta escala son: índice relacionado con el funcionamiento de salud física, índice de humor depresivo y depresión, índice del funcionamiento de los recursos sociales, índice de funcionamiento y ambiente familiar, índice de los eventos cotidianos, índices de afrontamiento, indicadores para la salud y el funcionamiento de los niños. A pesar de que algunos de los indicadores resultaron de la adaptación de los estudios de otros investigadores; sin embargo, los autores de esta escala han desarrollado otros indicadores recientes, los cuales han demostrado ser de utilidad para el estudio de la adaptación psicosocial, entre poblaciones médicas, psiquiátricas y comunitarias.

La primera versión del HDL (Forma A), se desarrolló a partir de un estudio longitudinal de los pacientes que acudían a la consulta externa para pacientes alcohólicos y sus familias. La encuesta se utilizó también para evaluar el estrés y las distintas formas de afrontamiento en parejas de una comunidad, a la vez que se utilizó en pacientes que habían padecido infarto al miocardio, en este estudio se

analizó la importancia de los factores sociales y de adaptación en el proceso de rehabilitación.

La segunda versión del HDL, (Forma B), se desarrolló a partir de la forma inicial. Se utilizó en un estudio longitudinal durante tratamiento de consulta externa para pacientes deprimidos y sus familias, 424 personas deprimidas. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: a) Tener diagnóstico de depresión (Criterio de Investigación Diagnóstica Spitzer, Endicott y Robins, 1978). b) Descartar alteraciones neurológicas o metabólicas que pudiesen ocasionar los síntomas depresivos. c) Ausencia de síntomas maníacos y abuso excesivo de alcohol en los últimos 6 meses. d) Tener más de 18 años de edad.

A la vez se seleccionó el grupo control con 424 adultos de una comunidad para llevar a cabo la comparación. Para la obtención de la muestra se siguió un procedimiento poco convencional. Se llevó a cabo un censo con el supuesto de que las personas pertenecientes a las mismas zonas residenciales serían similares, debido a que el censo por zonas generalmente está integrado por familias afines sociodemográficamente. Cada sujeto de esta muestra control se seleccionó en el área (12 cuadras) donde vivía cada persona de la muestra experimental, si en esta sección se encontraba una zona comercial, se repetía hasta que el área correspondiera a una zona residencial. 184 esposas del grupo control contestaron también el HDL, para completar la muestra. (Billings, Cronkite, Moos, 1983; Mitchell, Cronkite y Moos, 1985)

La validación y confiabilidad del Instrumento. La confiabilidad se realizó obteniendo el Alpha de Cronbach en la mayoría de las escalas, como se muestra adelante. La validez se realizó haciendo correlaciones con otros instrumentos como la escala de

depresión con el inventario de depresión de Beck ( $r = .88$ ). Otras escalas se correlacionaron a sí mismas, algunas se validaron de manera empírica después de las intervenciones y algunas más están validadas en otros reportes de trabajo con poblaciones diferentes.

Los autores revisaron las aplicaciones del marco conceptual, los indicadores de la teoría psicosocial, así como su uso en la investigación sobre depresión (Billings y Moos, 1982 - 1985).

El manual del HDL contiene información psicométrica y normativa de los indicadores que constituyen la forma revisada (Forma B). En el anexo 2 se presentan los cuadros donde se observan las medias, desviaciones estándar y consistencias internas (alpha de Cronbach) de las principales escalas.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, el perfil epidemiológico de México se encuentra en transición, por un lado, registra un incremento de padecimientos propios de los países desarrollados, como los estados emocionales disfuncionales, enfermedades cardiovasculares, padecimientos psico-fisiológicos, adicciones y enfermedades crónico-degenerativas; por otro lado, no se ha logrado la erradicación de las enfermedades carenciales e infecciosas propias de los países en desarrollo (Ortiz-Viveros, 1996; Rodríguez y Rojas 1998; Sánchez Sosa, 1998).

Uno de los factores que inciden en la transición epidemiológica es el incremento de la expectativa de vida, a mayor edad mayor riesgo de ciertos tipos de cáncer y enfermedades crónico-degenerativas; sin embargo, los factores más relacionados con los problemas de la salud son los afines con los estilos de vida y comportamientos patógenos, como afirmó Medina-Mora (2000) en México cerca del 50% de los días de trabajo perdidos reportados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría corresponden a problemas de salud derivados de la conducta.

La Organización Mundial de la Salud, define el concepto de salud como "...*el completo bienestar físico, mental y social...*", ante este referente se han acumulado evidencias que demuestran que cuando hay mala adaptación o alteraciones en la esfera psicológica, pueden aparecer síntomas físicos; asimismo cuando se presentan padecimientos físico-biológicos, la persona experimenta ansiedad, miedo, depresión o cualquier otra manifestación de alteración en la esfera psicológica; de tal manera, que los recursos personales que haya desarrollado serán significativos como factores protectores para evitar o disminuir tanto la problemática física como psicológica. Por lo tanto, se reconoce a la salud como un proceso dinámico, producto de una

multiplicidad de factores, incluidos no sólo los genéticos y biológicos sino la presencia de estrés adaptativo y las maneras de afrontarlo, las condiciones sociales, las relaciones interpersonales, el medio ambiente y el estilo de vida incluido el factor laboral; y se consideran elementos de estudio indispensables para obtener el perfil de salud de una población.

En la búsqueda de soluciones y apoyos para lograr un mejoramiento de la calidad de vida, la Psicología tiene contribuciones específicas mediante la creación e instrumentación de programas sustentados en áreas como el aprendizaje, la motivación, el estudio de los trastornos psicosomáticos y de personalidad, modelos de tratamiento psicológicos, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, entrenamiento en la evaluación de la propia percepción de salud, bienestar y calidad de vida, la evaluación y modificación de los estilos de vida, entre otros (Ayala, 2001).

Dado lo anterior, se recomienda desarrollar y difundir modelos que propicien la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la intervención para el mantenimiento del bienestar físico, psicológico y social de la población y así, mejorar su calidad de vida (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Gobierno Federal).

Algunos autores proponen una comprensión del funcionamiento y bienestar de la persona, elaborando un perfil de las áreas: psicológica, emocional, de autopercepción, funcionamiento y apoyo social, interacción familiar, percepción de morbilidad, medio ambiente, características del desempeño laboral, estrategias de afrontamiento al estrés, ingesta de medicamentos e incapacidades y aspectos sociodemográficos (Moos, 1984; Ayala, 1992).

En este estudio es considerada principalmente la teoría del Bienestar de Blonna que define la salud-enfermedad como un proceso, como un continuo en el que en un extremo se encuentra la enfermedad y en el otro la salud, en ese continuo se podría ubicar a cualquier ser humano en algún punto de esa línea dependiendo de la funcionalidad y capacidad de adaptación del mismo. Este proceso contempla un modelo múltiple permeado por seis dimensiones de la persona, estas son: la dimensión emocional, intelectual, física, espiritual, social y medio-ambiental, que se traducen en la percepción de bienestar (Blonna, 1996).

A partir de este modelo, en esta investigación se pretende identificar las variables psicológicas, físicas y sociales relacionadas con la autopercepción del estado de salud o del estado mórbido de sujetos laboralmente activos en una institución pública estatal.

Ante la falta de datos epidemiológicos de grupos institucionales de trabajadores jaliscienses, se realizó el estudio en un grupo de empleados de una institución estatal que atiende a población vulnerable. No se encontraron datos recientes de un estudio similar sujeto- interés; de tal manera que las aportaciones de esta tesis podrán contribuir al conocimiento de indicadores de morbilidad y vulnerabilidad a la salud integral, en la región. La población estudiada refiere percibir ingresos muy reducidos, lo que refleja el problema económico de la región y la manera como esta variable repercute en la salud.

El propósito será describir las relaciones entre la salud física y mental de la población estudiada y las variables psicosociales como los eventos percibidos como estresores cotidianos, las percepciones, los significados, la capacidad o no de



adaptación de los individuos, la presencia de síntomas depresivos, el soporte familiar y social, factores que pueden tener un impacto sobre el proceso de salud-enfermedad de las personas; estos factores pueden ser protectores o facilitadores en la aparición de signos, síntomas, síndromes nosológicos o alguna enfermedad, por lo que para obtener el perfil de salud de esta población se proponen las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué relación existe entre el estado de salud y las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizan los trabajadores de la institución?

¿Cuál es la relación entre las variables psicosociales y el estado de salud de los sujetos y cuáles de ellas resultan determinantes en el estado de salud?

¿De las variables psicosociales, cuáles son las que resultan tener un mayor impacto en el estado de salud de los sujetos estudiados?

#### **4. OBJETIVOS.**

Objetivo General:

Identificar y describir la relación entre las variables sociodemográficas, psicosociales y de afrontamiento al estrés con la auto percepción de salud integral de los trabajadores de una institución paraestatal, mediante un estudio epidemiológico, exploratorio y transversal.

Objetivos particulares:

1. Describir las variables sociodemográficas de la población estudiada.
2. Conocer el estado de salud integral de los individuos estudiados.
3. Relacionar las variables de salud – enfermedad con las estrategias de afrontamiento al estrés utilizadas por los sujetos.
4. Relacionar las variables sociales y de afrontamiento al estrés con el estado de salud de los sujetos.
5. Proponer un modelo que explique la relación entre las variables sociodemográficas, las variables psicosociales y los estilos de afrontamiento con respecto al estado de salud de los sujetos.

Definición de variables:

- a) Variables sociodemográficas: variables atributivas de edad, género, escolaridad, religión y ocupación.
- b) Variables dependientes: las variables dependientes que se encontraron en el estudio son: sintomatología, condición de salud física (enfermedades) y uso de medicamentos.
- c) Variables independientes: Estas variables son parte de la historia de los sujetos, en este estudio se reconocieron como variables independientes no controladas: la depresión, el humor depresivo, el autoconcepto, las visitas al médico, el afrontamiento y el apoyo social.

## 5. MATERIAL Y METODO

a) **Tipo de estudio:** Descriptivo, exploratorio, transversal, factorial y correlacional.

b) **Sujetos:** Empleados de DIF Jalisco, con un rango de edad comprendido entre los 18 y 60 años, de ambos sexos, muestra no probabilística. Las edades son las representativas dentro de la institución, se procura no hacer exclusión genérica basada en los objetivos del estudio.

Criterios de inclusión: universo de sujetos voluntarios con representación de todas las áreas por censo. Se cuidó la globalidad de la muestra en cuanto nivel operativo y administrativo.

Criterios de no inclusión: mandos superiores (directivos), este criterio es por la rotación y densidad de trabajo.

Criterios de exclusión: sujetos que no acepten contestar el cuestionario y/o sujetos que lo contesten de manera parcial, el criterio de exclusión es por respetar la decisión de los sujetos de no contestar o abandonar el cuestionario sin completarlo.

c) **Escenario:** Este estudio se llevó a cabo en el DIF Jalisco por la posibilidad de acceso a la muestra, que involucró el permiso de los directivos y la disposición de los encuestados.

d) **Instrumento:** Escala de Salud y Vida diaria (HDL). De Moos Rudolph. (1982). Anexo 1 y 2. Esta escala fue traducida y adaptada a población mexicana por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano en 1988 (Aduna, 1998). El instrumento se construyó y validó con el propósito de identificar los elementos cotidianos y su influencia en la salud. Se compone de 61 reactivos, de tipo escala nominal y ordinal. La escala permite obtener una serie de índices relacionados con la salud y el

funcionamiento social, los estresores de vida y las estrategias de afrontamiento. Proporciona un esquema general del contexto actual de la vida del individuo. El instrumento cumple con los requisitos mínimos de validez y confiabilidad para ser utilizado en esta población. Aduna (1998) afirma que el instrumento ha sido aplicado por Medina (1997); Cardenas (1995); Aduna y Ayala (1989); Aduna (1990); Aduna, Coffin y villa (1990); Aduna y Ayala (1989, 1991); Aduna, Lozano y Ayala (1988, 1990). La escala HDL, incluye preguntas para conocer datos socio-demográficos, y conjuntos de indicadores para identificar el funcionamiento social, los eventos estresantes, las respuestas de afrontamiento y los recursos sociales.

**e) Procedimiento:** Se citó a los sujetos que cumplieran con los requisitos de inclusión a una sesión general en el auditorio de la institución, en donde se les comunicó el objetivo del estudio, indicando que las respuestas son confidenciales, y se hizo énfasis en que la participación es voluntaria. A las personas que decidieron participar se les dio un cuestionario y una hoja de respuestas y se indicó que cuando terminaran el llenado de la hoja de respuestas, la introdujeran en una caja cerrada localizada en la mesa del frente, para asegurar la confidencialidad.

**f) Procesamiento Estadístico.** Se capturaron las respuestas en una base de datos en Excel y se hizo el análisis de la información obtenida con apoyo del programa estadístico computacional SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 11.5, para Windows.

Se llevaron a cabo los siguientes análisis: medidas de tendencia central, de variabilidad, análisis de consistencia interna, análisis factoriales, correlaciones y regresiones.

## 6. RESULTADOS

### I. ANÁLISIS GENERALES DE LA POBLACIÓN

La muestra estuvo conformada por 237 personas, 51 hombres (21.5%) y 186 mujeres (78.5%). La edad mínima de los trabajadores fue de 17 y la mayor de 59 años, siendo la media de 31.6 años. La edad en los hombres estuvo comprendida entre 18 a 54 años con una media de 32.4; y la edad de las mujeres entre 17 a 59 con una media de 31.5 años.

La muestra se concentró en tres grupos etáreos: En el grupo 1, de 17 a 25 años se encontró el 26.6% (n=63); en el grupo 2, concentró los sujetos de 26 a 40 años, siendo el 62.8% (n=149) y el grupo 3, de 41 a 59 años, donde se encontró el 10.6% (n=25).

En la Tabla 1 se presenta el análisis porcentual de las variables sociodemográficas.

Respecto a la variable de Escolaridad, el 40.9% (n=97) de los sujetos encuestados tenían estudios hasta profesional; el 33.3% (n=79) había estudiado hasta bachillerato o carrera técnica; sin embargo, el 17.8% (n=42) de la muestra sólo había cursado primaria y secundaria.

En cuanto a la Religión que practicaban, el 89% (n=211) afirmaron ser católicos, seguido por los que afirmaban no profesar ninguna religión, 4.2% (n=10).

La Región de Origen: el 66% (n=158) de los sujetos refirieron ser originarios de la ciudad de Guadalajara.

En relación al Estado Civil el 51.1% (n=121) eran solteros; el 45.1% (n=107) refirieron estar casados o vivir con pareja en unión libre, mientras el resto 3.8% (n=9) describieron estar separados o divorciados.

**Tabla 1**  
**Análisis Porcentual de las variables sociodemográficas de los Trabajadores**

<i>Escolaridad</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secundaria</i>	<i>Bachillerato o carrera técnica</i>	<i>Profesional</i>	<i>Postgrado</i>
Frecuencia Porcentaje	n=17 (7.2%)	n=25 (10.6%)	n=79 (33.3%)	n=97 (40.9%)	n=7 (3.0%)
<i>Religión</i>	<i>Católicos</i>	<i>Judíos</i>	<i>Protestantes</i>	<i>Otra</i>	<i>Ninguna</i>
Frecuencia Porcentaje	n=211 (89.0%)	n=0	n=2 (0.8%)	n=6 (2.5%)	n=10 (4.2%)
<i>Región de origen</i>	<i>Del norte</i>	<i>Del sur</i>	<i>De Guadalajara</i>	<i>De otro lugar</i>	
Frecuencia Porcentaje	n=17 (7.2%)	n=38 (16.0%)	n=158 (66.7%)	n=24 (10.1%)	
<i>Estado Civil</i>	<i>Soltero</i>	<i>Casado o en unión libre</i>	<i>Separado</i>	<i>Viudo</i>	<i>Divorciado</i>
Frecuencia Porcentaje	n=121 (51.1%)	n=107 (45.1%)	n=6 (2.5%)	n=0	n=3 (1.3%)

En la tabla 2 se presenta el análisis porcentual de las variables laborales, el mayor porcentaje 42.6% (n=101) fue de las personas que trabajaban tiempo completo; las personas de la muestra que no trabajan 11.0% (n=26) eran estudiantes, prestadores de servicio social o practicantes. El 94.5% (n=224) de las personas encuestadas no ha cambiado de trabajo en el último año. La ocupación de la muestra fue clasificada en cuatro grupos, que se describen a continuación:

a) Administrativos, 26.1% (n=62) que incluían burócratas, empleados, secretarías, auxiliares de contabilidad.

b) Operativos, 35.4% (n=84) se refiere a técnicos, asesores de cómputo, enfermeras, laboratoristas, asesores regionales, orientadores familiares, almacenistas, personal de seguridad, cocineras y choferes.

c) Profesionistas, 27.4% (n=65) que incluía médicos generales, médicos especialistas, nutriólogas, odontólogos, psicólogas y trabajadoras sociales.

d) Estudiantes, 11% (n=26) eran estudiantes en servicio social de licenciatura y apoyaban las labores operativas de la institución.

Finalmente se analizaron los aspectos socio-económicos donde se encontró que el porcentaje mayor de los trabajadores: 70% (n=166) percibía entre uno y dos salarios mínimos, mientras que en relación al ingreso familiar, la mitad de los empleados: 50.2% (n=119) percibían entre uno y tres salarios mínimos mensuales.

Del total de la muestra el 20.7% (n=49) de las personas no contestaron la pregunta sobre el ingreso familiar.

**Tabla 2**  
**Análisis porcentual de las variables laborales**

<i>Trabajo Actual</i>	<i>Medio tiempo</i>	<i>Tiempo completo</i>	<i>Más de tiempo completo</i>	<i>Estudiantes (servicio social)</i>	
Frecuencia Porcentaje	n=76 (32.1%)	n=101 (42.6%)	n=32 (13.5%)	n=26 (11.0%)	
<i>Ingreso Personal</i>	<i>No tiene ingreso (estudiantes)</i>	<i>De uno a dos salarios mínimos</i>	<i>De tres a cuatro salarios mínimos</i>	<i>De cinco a seis salarios mínimos</i>	<i>Más de seis salarios mínimos</i>
Frecuencia Porcentaje	n=13 (5.5%)	n=166 (70.0%)	n=29 (12.2%)	n=3 (1.3%)	n=6 (2.5%)
<i>Ingreso Familiar</i>	<i>No contestaron</i>	<i>De uno a tres salarios mínimos</i>	<i>De cuatro a seis salarios mínimos</i>	<i>De siete a nueve salarios mínimos</i>	<i>Más de diez salarios mínimos</i>
Frecuencia Porcentaje	n=49 (20.7%)	n=119 (50.2%)	n=43 (18.1%)	n=17 (7.2%)	n=9 (3.8%)

## II. COEFICIENTES DE FIABILIDAD INTERNA DE LOS INDICADORES RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD.

La escala de Salud y Vida Cotidiana, formato para adultos del HDL (Health Daily Living form), incluye un conjunto de 8 indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud e indicadores que evalúan el consumo de cigarrillos y alcohol y los problemas ocasionados por estas adicciones. El primer conjunto de estos indicadores, son escalas que evalúan los síntomas y las enfermedades presentados en el último año, las variables relacionadas con el estado de ánimo como son: la escala de humor depresivo y la escala de depresión, el auto concepto, el consumo de medicamentos, el apoyo social, los estilos de afrontamiento y los signos y síntomas que presentan los hijos de los sujetos encuestados.

Se presenta la tabla donde se observan el análisis de fiabilidad (Alpha) de las variables que se utilizaron en este estudio.

En la tabla 3 se observa que los más altos índices de fiabilidad se encontraron en las variables de **estilos de afrontamiento y síntomas de los hijos** con .99; **depresión** con un alpha de .93; **auto concepto** con .84; la variable **síntomas físicos** con un alpha de .80; **humor depresivo** con .70. **Condiciones médicas, consumo de medicamentos y apoyo social** con calificaciones alpha más bajas entre .51 y .54.



**Tabla 3**  
**Medias, Desviación Estándar y Coeficiente de Fiabilidad de las variables de la**  
**Escala de Salud y Vida Cotidiana**

Indicadores	Medias	Desviación Estándar	Alpha de Cronbach
Condiciones médicas (enfermedades)	.45	.90	.50
Síntomas físicos	3,22	2,85	.80
Humor depresivo	10,75	1,50	.70
Autoconcepto	26,63	9,75	.84
Consumo de medicamentos	1,61	1,48	.54
Red de apoyo social	16,78	1,30	.54
Depresión	21,94	4,94	.93
Estilos de afrontamiento	73,97	32,43	.97
Síntomas de los hijos	15,15	15,98	.99

### III. ANALISIS DESCRIPTIVOS DE LOS INDICADORES DE SALUD ENFERMEDAD REPORTADOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES:

En la Tabla 4 se presenta el análisis porcentual de los padecimientos ocurridos en los últimos doce meses; los porcentajes de ocurrencia son muy bajos, ya que la población se auto percibe saludable en cuanto a padecer enfermedades concretas. Sin embargo, los más altos fueron **presión arterial alta** en un 7.6% (n=18); **dolor de espalda** en 7.2% (n=17); **úlceras** 6.3% (n=15) y **bronquitis** en 5.1% (n=12).

**Tabla 4**  
**Análisis porcentual de los padecimientos reportados en el último año**

<i>Enfermedad</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Presión alta	n=18, (7.6%)	n=19 92.4%
Problemas de espalda	n=17, (7.2%)	n=220 92.8%
Úlceras	n=15, (6.3%)	n=222 93.3%
Bronquitis	n=12, (5.1%)	n=225 94.9%
Problemas de riñón	n=9, (3.8%)	n=228 96.2%
Artritis o reumatismo	n=9, (3.8%)	n=228 96.2%
Problemas del corazón	n=8, (3.3%)	n=229 96.7%
Anemia	n=5 (2.1%)	n=232 97.9%
Asma	n=5 (2.1%)	n=232 97.9%
Diabetes	n=4, (1.7%)	n=233 98.3%
Cáncer	n=3 (1.3%)	n=234 98.7%
Problemas del Hígado	n=1 (0.4%)	n=236 99.6%
Embolia	n=1, (0.4%)	n=236, 99.6%
Tuberculosis	n=0	n=327 100%

En la tabla 5 se presenta el análisis porcentual de la variable **síntomas físicos** que refirieron los sujetos, el mayor porcentaje fue padecer “nervios” en **55.3% (n=131)**; seguido por dolor de cabeza en **52% (n=123)**; acidez estomacal **32% (n=76)**; inquietud **30.8% (n=73)**; el síntoma debilidad **28.3% (n=67)** y estreñimiento lo padecían el **27.4% (n=65)** de la muestra.

**Tabla 5**  
**Análisis porcentual de los síntomas reportados en el último año**

<i>Síntoma reportado</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Nervios	n = 131 (55.3 %)	n = 106 (44.7%)
Dolor de cabeza	n = 123 (51.9%)	n = 114 (48.1%)
Acidez estomacal	n = 76 (32.1 %)	n = 161 (67.9%)
Inquietud	n = 73 (30.8 %)	n = 114 (69.2%)
Debilidad	n = 67 (28.3 %)	n = 170 (71.7%)
Estreñimiento	n = 65 (27.4 %)	n = 172 (72.6%)
Insomnio	n = 56, (23.6 %)	n = 181 (76.4%)
Taquicardia	n = 40 (16.9 %)	n = 191 (83.1%)
Calor	n = 38 (16.0 %)	n = 199 (84.0%)
Manos temblorosas	n = 36 (15.2 %)	n = 201 (84.8%)
Poco apetito	n = 31 (13.1 %)	n = 206 (86.9%)
Escalofríos	n = 28 (11.8 %)	n = 209 (88.2%)

En la tabla 6 se presenta el análisis porcentual de las **variables de enfermedad**, donde se encontró que el **64.6% (n=150)** de la muestra visitó al médico en los últimos doce meses y de éstas el **51% (n=124)** acudieron de una a cinco veces; el **10.9% (n=26)** de seis a diez veces, con una media de 3.44.

Respecto a hospitalizaciones en el último año, el **10.5% (n=25)** de la muestra estuvieron hospitalizados en una ocasión, con una media de 1.89.

En el último año, refirieron haber solicitado incapacidad el **28.3% (n=67)** de la muestra y de ellos el **19% (n=45)** estuvieron de uno a cinco días incapacitados; mientras que sólo el **9.1% (n=26)** estuvieron incapacitados de seis a diez días, con una media de 1.72.

**Tabla 6**  
**Análisis de las variables de enfermedad (visitas al médico, hospitalizaciones e incapacidades en el último año)**

<i>Variables de enfermedad</i>	<i>Total de personas que contestaron afirmativamente</i>	<i>De 1 a 5</i>	<i>De 6 a 10</i>	<i>Medias</i>
<b>Visitas al médico</b>	n=150 64.6%	n=124 51.7%	n=26 10.9%	M=3.44
<b>Hospitalizaciones</b>	n=25 10.5%	n=25 10.5%		M=1.89
<b>Días de incapacidad</b>	n= 67 28.3%	n=45 19.0%	n=26 9.1%	M=1.72

En la tabla 7 se presenta el análisis porcentual donde se muestra que los porcentajes más altos de **uso de medicamentos** se concentra en aspirinas y antibióticos en un **36.3% (n=86)**; seguido por ingesta de vitaminas en un **23.2% (n=55)** y el uso de pastillas para el dolor en un **18.6% (n=44)**.

**Tabla 7**  
**Análisis porcentual del consumo de medicamentos en el último año**

<i>MEDICAMENTO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Antibióticos	n=86 36.3%	n=151 63.7%
Aspirinas	n=86 36.3%	n=151 63.7%
Vitaminas	n=55 23.2%	n=182 76.8%
Pastillas para el dolor	n=44 18.6%	n=193 81.4%
Medicamentos para la digestión	n=38 16.0%	n=199 84.0%
Laxantes	n=28 11.8%	n=209 88.2%
Pastillas para alergias	n=22 9.3%	n=215 92.4%
Pastillas para dormir	n=18 7.6%	n=219 90.7%
Pastillas para dieta	n=10 4.2	n=226 95.8%
Tranquilizantes	n=11 4.6%	n=226 97.4%
Antidepresivos	n= 6 2.5%	n=231 97.5%
Anfetaminas	n= 3 1.3%	n=234 98.7%

Posteriormente se realizó un análisis de Chi cuadrado para conocer las diferencias por género, tanto en el auto-reporte de síntomas físicos como en el consumo de medicamentos.

En la tabla 8 se observa que en el análisis de  $X^2$  la variable de **dolor de cabeza** con  $X^2 = 4.187$  presentó diferencia significativa de  $p < .029$  y la variable estreñimiento con una  $X^2 = 6.128$  presentó una diferencia significativa de  $p < .008$ , ambas variables predominan en mujeres con porcentajes de ocurrencia de 55.4% (n=103) y 31.2% (n=58) respectivamente.

**Tabla 8**  
**Análisis porcentual de los síntomas reportados en el total de la muestra y por género en el último año**

<i>Síntoma reportado</i>	<i>Total</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		$\chi^2$
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	
<b>Nervios</b>	<b>n=131</b> <b>(55.3 %)</b>	<b>N=106</b> <b>(44.7%)</b>	<b>n=28</b> <b>(54.9%)</b>	<b>n=23</b> <b>(45.1%)</b>	<b>n=103</b> <b>(55.4%)</b>	<b>n=83</b> <b>(44.6%)</b>	$\chi^2=.004$ $p=.538$
<b>Dolor de cabeza</b>	<b>n=123</b> <b>(51.9%)</b>	<b>n=114</b> <b>(48.1%)</b>	<b>n=20</b> <b>(39.2%)</b>	<b>n=31</b> <b>(60.8%)</b>	<b>n=103</b> <b>(55.4%)</b>	<b>n=83</b> <b>(44.6%)</b>	$\chi^2=4.187$ $p=.029$
<b>Acidez estomacal</b>	<b>n=76</b> <b>(32.1 %)</b>	<b>n=161</b> <b>(67.9%)</b>	<b>n=16</b> <b>(31.4 %)</b>	<b>n=35</b> <b>(68.6%)</b>	<b>n=60</b> <b>(32.3%)</b>	<b>n=126</b> <b>(67.7%)</b>	$\chi^2=.014$ $p=.524$
<b>Inquietud</b>	<b>n=73</b> <b>(30.8 %)</b>	<b>n=114</b> <b>(69.2%)</b>	<b>n=19</b> <b>(37.3 %)</b>	<b>n=32</b> <b>(62.7%)</b>	<b>n=54</b> <b>(29.0 %)</b>	<b>n=132</b> <b>(71%)</b>	$\chi^2=1.270$ $p=.169$
<b>Debilidad</b>	<b>n=67</b> <b>(28.3 %)</b>	<b>n=170</b> <b>(71.7%)</b>	<b>n=14</b> <b>(27.5 %)</b>	<b>n=37</b> <b>(72.5%)</b>	<b>n=53</b> <b>(28.5 %)</b>	<b>n=53</b> <b>(28.5%)</b>	$\chi^2=.021$ $p=.517$
<b>Estreñimiento</b>	<b>n=65</b> <b>(27.4 %)</b>	<b>n=172</b> <b>(72.6%)</b>	<b>n=7</b> <b>(13.7 %)</b>	<b>n=44</b> <b>(86.3%)</b>	<b>n=58</b> <b>(31.2%)</b>	<b>n=128</b> <b>(68.8%)</b>	$\chi^2=6.128$ $p=.008$
<b>Insomnio</b>	<b>n=56</b> <b>(23.6 %)</b>	<b>n=181</b> <b>(76.4%)</b>	<b>n=10</b> <b>(19.6 %)</b>	<b>n=41</b> <b>(80.4%)</b>	<b>n=46,</b> <b>(24.7 %)</b>	<b>n=140</b> <b>(75.3%)</b>	$\chi^2=.582$ $P=.287$
<b>Taquicardia</b>	<b>n=40</b> <b>(16.9 %)</b>	<b>n=191</b> <b>(83.1%)</b>	<b>n=8</b> <b>(15.7 %)</b>	<b>n=43</b> <b>(84.3%)</b>	<b>n=32</b> <b>(17.2 %)</b>	<b>n=154</b> <b>(82.8%)</b>	$\chi^2=.066$ $p=.493$
<b>Calor</b>	<b>n=38</b> <b>(16 %)</b>	<b>n=199</b> <b>(84%)</b>	<b>n=9</b> <b>(17.6%)</b>	<b>n=42</b> <b>(82.4%)</b>	<b>n=29</b> <b>(15.6%)</b>	<b>n=157</b> <b>(84.4%)</b>	$\chi^2=.126$ $p=.434$
<b>Manos temblorosas</b>	<b>n=36</b> <b>(15.2 %)</b>	<b>n=201</b> <b>(84.8%)</b>	<b>n=7</b> <b>(13.7 %)</b>	<b>n=44</b> <b>(86.3%)</b>	<b>n=29</b> <b>(15.6 %)</b>	<b>n=157</b> <b>(84.4%)</b>	$\chi^2=.108$ $p=.469$
<b>Poco apetito</b>	<b>n=31</b> <b>(13.1 %)</b>	<b>n=206</b> <b>(86.9%)</b>	<b>n=8</b> <b>(15.7%)</b>	<b>n=43</b> <b>(84.3%)</b>	<b>n=23</b> <b>(12.4 %)</b>	<b>n=163</b> <b>(87.6%)</b>	$\chi^2=.388$ $p=.339$
<b>Escalofríos</b>	<b>n=28,</b> <b>(11.8 %)</b>	<b>n=209</b> <b>(88.2%)</b>	<b>n=7</b> <b>(13.7 %)</b>	<b>n=44</b> <b>(86.3%)</b>	<b>n=21</b> <b>(11.3 %)</b>	<b>n=165</b> <b>(88.7%)</b>	$\chi^2=.228$ $p=.395$

En la tabla 9 se observa que los porcentajes de consumo de medicamentos más altos se concentran en aspirinas y antibióticos en un **36.3% (n=86)**; seguido de ingesta de vitaminas en un **23.2% (n=55)** y el uso de pastillas para el dolor en un **18.6% (n=44)**.

En el análisis de Chi cuadrado se puede observar que la variable consumo de medicamentos para el dolor con  $X^2 = 6.914$  presentó una diferencia significativa de  $p < .005$ ); la variable consumo de laxantes con  $X^2 = 3.886$  presentó diferencia significativa de  $p < .033$ ); asimismo la variable consumo de vitaminas con  $X^2 = 3.739$  con una diferencia significativa de  $p < .043$ . El consumo de estos medicamentos predominó en mujeres.

**Tabla 9**  
**Análisis porcentual del consumo de medicamentos en el último año**  
**en el total de la muestra y por género**

<i>MEDICAMENTO</i>	<i>Total</i>		<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>X<sup>2</sup></i> <i>Significancia</i>
	<i>si</i>	<i>no</i>			
Antibióticos	n=86 36.3%	n=151 63.7%	n=24 47.1%	n=62 72.1%	$X^2=.021$ p= .533
Aspirinas	n=86 36.3%	n=151 63.7%	n=18 35.3%	n=68 36.6%	$X^2=.028$ p= .503
Vitaminas	n=55 23.2%	n=182 76.8%	n=17 33.3%	n=38 20.4%	$X^2=3.73$ p= .043
Pastillas para el dolor	n=44 18.6%	n=193 81.4%	n=3 5.9%	n=41 22.2%	$X^2=6.91$ p= .005
Medicamentos para la digestión	n=38 16.0%	n=199 84.0%	n=6 11.8%	n=32 17.2%	$X^2=.880$ p= .240
Laxantes	n=28 11.8%	n=209 88.2%	n=2 3.9%	n=26 14.4%	$X^2=3.88$ p= .033
Pastillas para alergias	n=22 9.3%	n=215 92.4%	n=5 9.8%	n=17 9.1%	$X^2=.021$ p= .533
Pastillas para dormir	n=18 7.6%	n=219 90.7%	n=3 5.9%	n=15 8.1%	$X^2=.272$ p= .431
Pastillas para dieta	n=10 4.2%	n=226 95.8%	n=0	n=10 5.4%	$X^2=2.80$ p= .080
Tranquilizantes	n=11 4.6%	n=226 97.4%	n=2 3.9%	n=9 4.8%	$X^2=.066$ p= .566
Antidepresivos	n= 6 2.5%	n=231 97.5%	n=0	n=6 3.2%	$X^2=1.62$ p= .230
Anfetaminas	n= 3 1.3%	n=234 98.7%	n=1 2%	n=2 1.1%	$X^2=.251$ p= .518

#### IV. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.

En la Tabla 10 se presenta el análisis porcentual de las variables de humor depresivo que indican que el 35.9 % (n=85) de la muestra vive con mucha preocupación cotidiana; seguido por el síntoma de sentirse enfermo por las preocupaciones en un 25.7 % (n=61) y el 22.4% (n=53) que se ha preguntado si existe algo que valga la pena. En el análisis de  $X^2$  por género ninguna variable fue significativa, aunque se puede observar diferencia en las frecuencias y porcentajes de las variables, por ejemplo: ¿Ha tenido preocupaciones que le hacen sentir enfermo? y en la variable ¿Se ha preguntado si existe algo que vale la pena? ambas predominan en mujeres.

**Tabla 10**  
**Análisis Porcentual de las variables de Humor depresivo durante el último año en población total y por género**

<i>Indicadores</i>	<i>Frecuencia y Porcentaje</i> <i>N=237</i>		<i>Mujeres</i> <i>N=186</i> <i>78.5%</i>		<i>Hombres</i> <i>N=51</i> <i>21.5%</i>		<i>X<sup>2</sup></i> <i>Significancia</i>
	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>no</i>	
Ha sentido mucha, demasiada preocupación	n=85 (35.9 %)	n=152 (64.1 %)	n=67 (36%)	n=170 (64%)	n=18 (35.2%)	n=219 (64.8%)	$X^2 = .009$ p= .531
Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo	n=61 (25.7 %)	n=176 (74.2 %)	n=51 (27.4%)	n=186 (72.6%)	n=10 (19.6%)	n=227 (80.4)	$X^2 = 1.278$ p=.172
Se ha preguntado ¿existe algo que vale la pena?	n=53 (22.4 %)	n=184 (77.6%)	n=39 (20.9%)	n=198 (79.1%)	n=14 (27.4%)	n=223 (72.6%)	$X^2 = .969$ p= .211
Ha sentido que su memoria no está del todo bien	n=37 (15.6 %)	n=200 (84.4 %)	n=29 (15.5%)	n=208 (84.5%)	n=8 (15.7%)	n=229 (84.3%)	$X^2 = .000$ p= .569
Ha sentido que nada le sale bien	n=31 (13.0 %)	n=206 (87.0 %)	n=23 (12.3%)	n=214 (87.6%)	n=7 (13.7%)	n=230 (86.3%)	$X^2 = .067$ p= .478
Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad	n=30 (12.7 %)	n=207 (87.3 %)	n=25 (13.4%)	n=212 (86.6%)	n=5 (9.8%)	n=232 (90.2%)	$X^2 = .479$ p= .335



En la tabla 11 se presenta el análisis porcentual de la variable síntomas depresivos presentados durante los últimos doce meses. Se encontró que si se suma el porcentaje de “medio” y “alto”, el síntoma depresión percibida es de **37.6% (n=90)**; seguida de aparición de llanto en un **26.8% (n=64)**; percibir inquietud el **26.5% (n=63)**; el tener pensamientos negativos de manera frecuente en un **22.1% (n=53)**; la dificultad para dormir se presentó en un **20% (n=48)**; el síntoma percibido como disminución de la energía en un **19.2% (n=46)**; asimismo, el tener necesidad de que le tranquilicen se presentó en un **17.6% (n=42)** y el sentirse enfermo en un **16.7% (n=40)**.

En la última columna se observa un índice de medias que consistió en calcular el valor promedio de los puntajes ordinales de los sujetos. Este es considerado como un índice de que tan fuerte es un indicador comparado con otro, el mayor valor de Media fue de 1.6 (rango de 1-3) en el reactivo de **auto percepción de depresión, tristeza y melancolía** y el menor de 1.1, en el reactivo de auto percepción de lástima por sí mismo.

En cuanto a las diferencias por género, se encontró diferencia significativa en el síntoma de **poco apetito o pérdida de peso**, con porcentajes de 21.6% en hombres a comparación de 37% en las mujeres con una  $X^2$  de 4.047 y  $p < .01$

En el **síntoma de lentitud** se observó diferencia con un porcentaje de 27.5% en hombres y 16% en mujeres con una  $X^2$  de 3.394 y  $p < .05$

El **síntoma de llanto** se encontró con porcentajes de 35% en los hombres en contraste con 55.4% en las mujeres con una  $X^2$  de 6.460 y  $p < .01$

**Tabla 11**  
**Análisis porcentual de la variable Síntomas de Depresión en los últimos doce meses**

<i>Síntoma percibido</i>	<i>BAJO (nunca o rara vez) 1</i>	<i>MEDIO (ocasionalmente) 2</i>	<i>ALTO (Siempre) 3</i>	<i>Medio + Alto</i>	<i>Medias Rango 1-3</i>
Depresión, tristeza o melancolía	n=149 62.3%	n=82 34.3%	n=8 3.3%	n=90 37.6%	M=1.6
Llanto	n=175 73.2%	n=58 24.3%	n=6 2.5%	n=64 26.8%	M=1.5
Inquietud	n=176 74.2%	n=52 21.9%	n=11 4.6%	n=63 26.5%	M=1.5
Pensamientos negativos frecuentes	n=186 77.8%	n=35 14.6%	n=18 7.5%	n=53 22.1%	M=1.4
Problemas para dormir	n=191 79.9%	n=40 16.7%	n=8 3.3%	n=48 20.0%	M=1.4
Pérdida de energía	n=193 80.8%	n=39 16.3%	n=7 2.9%	n=46 19.2%	M=1.4
Necesidad de que lo tranquilicen	n=197 82.4%	n=37 15.5%	n=5 2.1%	n=42 17.6%	M=1.3
Sentirse enfermo	n=199 83.3%	n=35 14.6%	n=5 2.1%	n=40 16.7%	M=1.3
Incomodidad	n=201 84.1%	n=37 15.5%	n=1 0.4%	n=38 15.9%	M=1.4
Pérdida de interés o placer	n=205 85.8%	n=29 12.1%	n=5 2.1%	n=34 14.2%	M=1.3
Poco apetito o pérdida de peso	n=205 85.8%	n=30 12.5	n=4 1.7	n=34 14.2%	M=1.3
Sentimientos pesimistas	n=210 87.9%	n=24 10.0%	n=5 2.1%	n=29 12.1%	M=1.4
Culpa	n=215 90.0%	n=21 8.8%	n=3 1.3%	n=24 10.1%	M=1.1
Lentitud	n=226 94.6%	n=11 4.6%	n=2 0.8%	n=13 5.4%	M=1.1
Ideas suicidas	n=227 95.0%	n=10 4.2%	n=2 .8%	n=12 5.0%	M=1.1
Lástima por sí mismo	n=228 95.4%	n=10 4.2%	n=1 0.4%	n=11 4.6%	M=1.1

## V. ADICCIONES (FUMAR CIGARRILLOS Y BEBER ALCOHOL)

En relación a la pregunta de fumar cigarrillos, el **80.2 %** (n = 190) de los sujetos refirió no fumar; mientras que el **19.8 %** (n = 47) de la población contestó que sí. De la muestra de fumadores, 8 personas, (17.4%) refirieron fumar más que el año pasado; 20 personas, (42.5 %) dijeron fumar lo mismo que el año pasado y por último 18 personas, (38.3 %) informaron que fuman menos. En la tabla 12 se presenta el análisis porcentual de la variable consumo de cigarrillos, presentando como el 100% (n=47) personas que reportaron fumar cotidianamente, de éstas el 63% (n=30) reportaron consumir de uno a cinco cigarrillos diariamente; así como el 27.6% (n=13) reportaron consumir de seis a diez cigarrillos por día, por último de diez a más de veinte cigarrillos fue reportado por el 8% (n=4) del total de fumadores.

**Tabla 12**  
**Análisis porcentual de la frecuencia de consumo diario de cigarrillos (Fumadores)**

<i>Número de cigarrillos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje de los que reportan ser fumadores</i>	<i>Porcentaje de fumadores del total de la muestra</i>
<b>De uno a cinco</b>	n=30	63.8 %	12.6 %
<b>De seis a diez</b>	n=13	27.6 %	5.4 %
<b>De diez a veinte</b>	n=2	4.2 %	0.8 %
<b>Más de veinte</b>	n=2	4.2 %	0.8 %

En relación a la pregunta acerca del consumo de bebidas alcohólicas, el 27% (n=65) contestó afirmativamente; mientras que el 72.6% (n=172) negó beber alcohol. En la tabla 13 se presenta el análisis porcentual de la variable consumo de alcohol donde se observó que la bebida más consumida por los sujetos fue cerveza en un 21.9% (n=52) con una frecuencia de una a cinco veces por mes; seguido por mezcal o tequila en un 8% (n=19) con una frecuencia de una a cinco veces por mes.

**Tabla 13**  
**Análisis porcentual del tipo de bebida alcohólica que consumió el último mes**

<i>Tipo de bebida</i>	<i>Nunca</i>	<i>Una vez</i>	<i>Dos o tres veces</i>	<i>Cuatro o cinco veces</i>	<i>Total</i>
<b>Cerveza</b>	n=7 3%	n=33 13.9%	n=17 7.2%	n=2 0.8%	n=52 21.9%
<b>Mezcal o tequila</b>	n=13 5.5%	n=9 3.8%	n=8 3.4%	n=2 0.8%	n=19 8.0%
<b>Vino de mesa</b>	n=16 6.8%	n=9 3.8%	n=3 1.3%	n=0	n=12 5.1%
<b>Brandy o ron</b>	n=19 8.0%	n=10 4.2%	n=1 0.4%	n=0	n=30 4.6%

En la tabla 14 se presenta el análisis porcentual de la variable cantidad de bebida alcohólica consumida en el último mes, donde se observa que la bebida que más reportaron haber consumido es cerveza, entre uno a dos vasos por mes en un 7.6% (n=18); es notorio que aunque en un porcentaje mínimo, el 1.7% (n=4) de las personas toman más de 3 litros de cerveza por mes. Ante la variable de haber tenido dificultades por beber demasiado en el último año, sólo dos personas de la muestra contestaron afirmativamente, refiriendo que tuvieron problemas con su salud.

**Tabla 14**  
**Análisis porcentual de la cantidad de bebida alcohólica de consumo en el último mes**

<i>Tipo de bebida</i>	<i>Cantidad de bebida en el último mes</i>				
<b>Cerveza</b>	<b>Un vaso</b>	<b>1-2 vasos</b>	<b>Un litro</b>	<b>Dos litros</b>	<b>Más de 3 litros</b>
<b>N=50 21.1%</b>	n=16 6.8%	n= 8 7.6%	n=6 2.5 %	n=6 2.5 %	n=4 1.7%
<b>Vino de mesa</b>	<b>un vaso</b>	<b>2-3 botellas</b>	<b>4-8 botellas</b>	<b>9-12 botellas</b>	<b>15 botellas</b>
<b>N=14 5.9%</b>	n=11 4.6%	n=3 1.3%	N=0	N=0	n=0
<b>Brandy, ron o tequila</b>	<b>Una copa</b>	<b>1-3 copas</b>	<b>½ litro</b>	<b>un litro</b>	<b>1 ½ litros</b>
<b>N=29 11.4%</b>	n=8 3.4%	n=14 5.9%	n=5 2.1%	n=0	N=0

## VI. AUTOCONCEPTO Y REDES DE APOYO

En la tabla 15 se presenta el análisis porcentual de la variable autoconcepto donde se observa que en un porcentaje importante 65% (n=154) los sujetos se reportaron **introversos**; además, el 57% (n=136) se percibieron **no exitosos**; indicaron **infelicidad** un 38% (n=91); mientras que el 37% (n=88) se reportaron **intolerantes**; **sin ambiciones** el 75% (n=178); **inquietos** el 48.5% (n=115) y **poco confiados** el 65% (n=155); sin embargo, el 58% (n=138) se reportaron como **activos**; el 50% (n=119) se auto percibieron **felices**; **seguros de sí mismos** el 45.1% (n=107); **extrovertidos** el 22.4% (n=53); **ambiciosos** el 11% (n=26) y **agresivos** el 3% (n=7).

**Tabla 15**  
**Análisis Porcentual de la Escala de Autoconcepto**

<i>Auto-descripción</i>	<i>Describe nada o muy poco</i>	<i>Describe algunas veces</i>	<i>Describe exactamente</i>
<b>Activo</b>	n=82 34.6%	n=17 7.2.7%	n=138 58.2%
<b>Accesible, Tolerante</b>	n=88 37.1%	n=23 9.7%	n=126 53.2%
<b>Feliz</b>	n=91 38.4%	n=27 11.4%	n=119 50.2%
<b>Seguro de sí mismo</b>	n=97 40.9%	n=33 13.9%	n=107 45.1%
<b>Calmado</b>	n=115 48.5%	n=37 15.6%	n=85 35.9%
<b>Exitoso</b>	n=136 57.4%	n=32 13.5%	n=69 29.1%
<b>Confiado</b>	n=155 65.4%	n=24 10.1%	n=58 24.5%
<b>Extrovertido</b>	n=154 65%	n=30 12.7%	n=53 22.4%
<b>Ambicioso</b>	n=178 75.1%	n=33 13.9%	n=26 11%
<b>Dominante</b>	n=187 78.9%	n=25 10.5%	n=25 10.5%
<b>Agresivo</b>	n=218 92%	n=12 5.1%	n=7 3%

En la tabla 16 se presenta el análisis porcentual de la variable redes de apoyo, éstas se reportaron integradas principalmente por los amigos en un **50.2%** (n=119);

seguido de los médicos en un **21.5%** (n=51); los sacerdotes, consejeros espirituales o pastores en un **15.2%** (n=36) y los jefes en un **11.8%** (n=28).

**Tabla 16**  
**Análisis Porcentual de la Variable Redes de Apoyo en los últimos doce meses**

<i>REDES DE APOYO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Amigos	n=119 50.2%	n=118 49.8%
Médico	n=51 21.5%	n=186 78.5%
Sacerdote, Consejero Espiritual o Pastor	n=36 15.2%	n=201 84.8%
Su jefe	n=28 11.8%	n=209 88.2%
Psiquiatra o Psicólogo	n=22 9.3%	n=215 90.7%
Consejero Familiar o matrimonial	n=16 6.8%	n=221 93.2%
Abogado	n=9 3.8%	n=228 96.2%
Grupo de Auto-ayuda	n=5 2.1%	n=232 97.9%
Policía	n=3 1.3%	n=234 98.7%

## VII. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

En la tabla 17 se presenta el análisis porcentual y el índice de medias correspondientes de los estilos de afrontamiento donde se puede observar que las medias más altas fueron para los reactivos de: **trató de ver el lado bueno de la situación** (M=2.1); **se dijo cosas para sentirse mejor, supo lo que había que hacer** (M=2.0); **pensó sobre la situación para entenderla** (M=1.9); se propuso que la próxima vez **las cosas serían diferentes**, trató de saber más, trató de ver las cosas objetivamente, **consideró varias alternativas** (M=1.8); seguida de hablar con el cónyuge, rezar, formular un plan de acción, se guió por experiencias pasadas, tomar

las cosas como venían e intentar no precipitarse (M=1.7) y así sucesivamente hasta el reactivo se desquitó con otros (M=1.1) en una escala de 1 a 3.

**Tabla 17**  
**Análisis porcentual y medias de los estilos de afrontamiento utilizados**

<i>Variables de afrontamiento</i>	<i>Nunca 1</i>	<i>Ocasionalmente 2</i>	<i>Siempre 3</i>	<i>Medias Rango1-3</i>
Trató de ver el lado bueno	n=93 39.2%	N=34 14.3%	n=107 45.1%	M=2.1
Se dijo cosas para sentirse mejor	n=139 58.6%	n=31 13.1%	n=64 27%	M=2.0
Supo lo que había que hacer	n=104 43.9%	n=33 13.9%	n=97 40.9%	M=2.0
Pensó sobre la situación	n=109 46%	n=24 10.1%	n=101 42.6%	M=1.9
Se propuso que la próxima vez sería diferente	n=116 48.9%	n=38 16%	n=80 33.8%	M=1.8
Trató de saber más	n=113 47.7%	n=43 18.1%	n=78 32.9%	M=1.8
Trató de ver las cosas objetivamente	n=108 45.6%	n=34 14.3%	n=92 38.8%	M=1.8
Consideró varias alternativas	n=112 47.3%	n=50 21.1%	n=71 30%	M=1.8
Habló con su cónyuge o parientes	n=126 53.2%	n=34 14.3%	n=71 30.0%	M=1.7
Rezó	n=132 55.7%	n=37 15.6%	n=65 27.4%	M=1.7
Formuló un plan de acción	n=126 53.2%	n=41 17.3%	n=65 27.4%	M=1.7
Se guió por sus experiencias pasadas	n=130 54.9%	n=46 19.4%	n=57 24.1%	M=1.7
Tomó las cosas como venían	n=125 52.7%	n=41 17.3%	n=68 28.7%	M=1.7
Intentó no precipitarse	n=136 57.4%	n=32 13.5%	n=66 27.8%	M=1.7
Se ocupó de otras cosas	n=138 52.1%	n=51 21.5%	n=44 18.6%	M=1.6
Negoció para rescatar algo positivo de la situación	n=154 65%	n=36 15.2%	n=43 18.1%	M=1.6
Habló con un amigo	n=131 55.3%	n=60 25.3%	n=43 18%	M=1.6
Se preparó para lo peor	n=144 60.8%	n=48 20.3%	n=42 17.7%	M=1.5

No se preocupó	n=144 60.8%	n=48 20.3%	n=41 17.3%	M=1.5
No expresó sentimientos	n=146 61.6%	n=57 24.1%	n=31 13.1%	M= 1.5
Lo aceptó, no podía hacer nada	n=157 66.2%	n=36 15.2%	n=41 17.3%	M=1.5
Intentó reducir la tensión	n=140 59.1%	n=35 14.8%	n=54 22.8%	M=1.5
Se olvidó del problema	n=159 67.1%	n=54 22.8%	n=21 8.9%	M=1.4
Buscó ayuda con personas o grupos	n=172 72.6%	n=35 14.8%	n=43 18.1%	M=1.4
Habló con profesional	n=176 74.3%	n=31 21.9%	n=27 11.4%	M=1.3
Trató de permanecer insensible	n=177 74.7%	n=38 16%	n=19 8%	M=1.3
Se negó a creer lo sucedido	n=192 81%	n=33 13.9%	n=9 3.8%	M=1.2
Evitó estar con la gente	n=189 80%	n=32 13.5%	n=97 40.9%	M=1.2
Se desquitó con otros	n=205 86.5%	n=26 11.0%	n=3 1.3%	M=1.1

## VIII. CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS DE DEPRESIÓN Y LA SINTOMATOLOGÍA.

En la tabla 18 se presentan los resultados de un análisis de correlación entre los síntomas físicos y síntomas de humor depresivo. Se encontró que **debilidad** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con el sentimiento de no poder comenzar ninguna actividad ( $r = .309$ ); con sentir demasiada preocupación ( $r = .281$ ); con preocupación que le hace sentir enfermo ( $r = .320$ ) y con dificultades en la memoria ( $r = .263$ ).

El **aumento de calor en el cuerpo** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con el sentimiento de no poder empezar ninguna actividad ( $r = .241$ ), sentir demasiada preocupación y con dificultades de memoria ( $r = .219$ ).



El síntoma físico reportado como **taquicardia** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con demasiada preocupación ( $r = .243$ ), con preocupación que le hace sentir enfermo ( $r = .311$ ) y con el sentimiento de nada le sale bien ( $r = .229$ ).

Tener **poco apetito** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con preocupaciones que le hacen sentir enfermo ( $r = .224$ ).

El síntoma reportado como "**nervios**" correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con el sentir demasiada preocupación ( $r = .377$ ), con preocupación que le hace sentir enfermo ( $r = .351$ ) y con el sentimiento de nada le sale bien ( $r = .257$ ).

**Inquietud** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con el sentir demasiada preocupación ( $r = .289$ ), con preocupación que le hace sentir enfermo ( $r = .266$ ) con el sentimiento de nada le sale bien ( $r = .259$ ) y con preguntarse si hay algo que valga la pena ( $r = .228$ ).

**Acidez estomacal** se correlacionó ( $p < .01$ ) con demasiada preocupación ( $r = .251$ ).

La percepción de **escalofríos**, se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con sentir demasiada preocupación ( $r = .262$ ) y con preocupaciones que le hacen sentir enfermo ( $r = .254$ ).

Tener las **manos temblorosas** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con sentir demasiada preocupación ( $r = .217$ ) y con preocupaciones que le hacen sentir enfermo ( $r = .301$ ) y con el sentimiento de nada sale bien ( $r = .254$ ).

El **dolor de cabeza** correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con sentir demasiada preocupación ( $r = .345$ ) y con preocupaciones que le hacen sentir enfermo ( $r = .396$ ) y con problemas de memoria ( $r = .265$ ).

Padecer **estreñimiento** correlacionó ( $p < .01$ ) con preocupaciones que le hacen sentir enfermo ( $r = .217$ ) y problemas con la memoria ( $r = .225$ ).

**Insomnio** correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tener demasiada preocupación ( $r = .295$ ); con tener preocupación que le hace sentir enfermo ( $r = .353$ ) y con problemas de memoria ( $r = .246$ ).

**Tabla 18**  
Análisis de Correlación entre Humor Depresivo y Sintomatología Física

<i>Humor depresivo</i> <i>Síntomas</i>	<i>No pude empezar ninguna actividad</i>	<i>Demasiada preocupación</i>	<i>Preocupación que le hace sentir enfermo</i>	<i>Memoria no del todo bien</i>	<i>Nada le sale bien</i>	<i>¿Existe algo que vale la pena?</i>
<b>Debilidad</b>	$r = .309$ $p = .000$	$r = .281$ $p = .000$	$r = .320$ $p = .000$	$r = .263$ $p = .000$	$r = .207$ $p = .001$	$r = .156$ $p = .015$
<b>Calor</b>	.241 .000	.219 .001	.161 .012	.219 .001	.143 .026	.150 .019
<b>Taquicardia</b>	.132 .040	.243 .000	.311 .000	.205 .001	.229 .000	.109 NS
<b>Poco apetito</b>	.152 .018	.101 NS	.224 .000	.175 .006	.188 .003	.032 NS
<b>Nervios</b>	.210 .001	.377 .000	.351 .000	.218 .001	.257 .000	.135 .036
<b>Inquietud</b>	.183 .004	.289 .000	.266 .000	.212 .001	.259 .000	.228 .000
<b>Acidez estomacal</b>	.092 NS	.251 .000	.192 .003	.102 .113	.145 .024	.043 NS
<b>Escalofríos</b>	.210 .001	.262 .000	.254 .000	.199 .002	.135 .036	.116 NS
<b>Manos temblorosas</b>	.189 .003	.217 .001	.301 .000	.202 .001	.254 .000	.166 .010
<b>Dolor de cabeza</b>	.209 .001	.345 .000	.396 .000	.265 .000	.185 .004	.189 .003
<b>Estreñimiento</b>	.189 .003	.169 .008	.217 .001	.225 .000	.162 .011	.101 NS
<b>Insomnio</b>	.174 .007	.295 .000	.353 .000	.246 .000	.174 .007	.106 NS

\* Las cifras en el cuadro representan el coeficiente de pearson y su correspondiente significancia.

En la tabla 19 se presentan los resultados de un análisis de correlación entre las variables de síntomas depresivos y los síntomas físicos, donde se puede observar que la percepción de **debilidad** correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .242$ ), con poco apetito ( $r = .280$ ), con problemas para dormir ( $r = .242$ ), con

pérdida de energía ( $r = .363$ ), con inquietud ( $r = .238$ ), con pérdida de interés o placer ( $r = .254$ ), con sentimientos pesimistas ( $r = .202$ ), con necesidad de ser tranquilizado ( $r = .201$ ) y con sentirse enfermo ( $r = .178$ ). **Debilidad** correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con la percepción de lentitud ( $r = .175$ ), con culpa ( $r = .178$ ), con llanto ( $r = .174$ ) y con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .157$ ).

Sentir **calor en todo el cuerpo** correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .225$ ), con problemas para dormir ( $r = .290$ ), con inquietud ( $r = .231$ ) y con llanto ( $r = .233$ ); asimismo correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con pérdida de energía ( $r = .168$ ), con la pérdida de interés o placer ( $r = .171$ ) y con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .155$ ).

La percepción de **taquicardia** correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con poco apetito ( $r = .242$ ), con problemas para dormir ( $r = .217$ ), con pérdida de energía ( $r = .226$ ) con inquietud ( $r = .316$ ), con llanto ( $r = .288$ ) y con sentirse enfermo ( $r = .199$ ); asimismo **taquicardia** correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con la percepción de tristeza ( $r = .183$ ), sentimientos pesimistas ( $r = .150$ ) y con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .191$ ).

**Poco apetito** correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .230$ ), con el sentir una disminución del apetito (como síntoma depresivo) ( $r = .332$ ), con problemas para dormir ( $r = .330$ ), con pérdida de energía ( $r = .204$ ), con inquietud ( $r = .316$ ), con pérdida de interés o placer ( $r = .266$ ); se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ), con necesidad de que lo tranquilicen ( $r = .153$ ) y con sentir lástima por sí mismo ( $r = .167$ ).

**Nervios** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .315$ ), con el sentir una disminución del apetito ( $r = .178$ ), con problemas para dormir ( $r = .279$ ), con pérdida de energía ( $r = .215$ ), con inquietud ( $r = .325$ ), con pérdida de interés o placer ( $r = .211$ ), con llanto ( $r = .280$ ), sentimientos pesimistas ( $r = .239$ ), con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .254$ ), con necesidad de que lo tranquilicen ( $r = .297$ ) y con sentir lástima por sí mismo ( $r = .197$ ) y con sentirse enfermo ( $r = .254$ ); se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ), con lentitud ( $r = .170$ ).

La percepción de **inquietud** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .198$ ), con problemas para dormir ( $r = .279$ ), con pérdida de energía ( $r = .208$ ), con inquietud ( $r = .349$ ), con llanto ( $r = .195$ ), con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .243$ ), con necesidad de ser tranquilizado ( $r = .225$ ) y con sentirse enfermo ( $r = .265$ ); se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con poco apetito ( $r = .178$ ) y con pérdida de interés o placer ( $r = .178$ ).

El síntoma de **indigestión** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con problemas para dormir ( $r = .370$ ), con inquietud ( $r = .242$ ), con pérdida de interés o placer ( $r = .221$ ), con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .254$ ) y con sentirse enfermo ( $r = .255$ ); asimismo se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con poco apetito ( $r = .182$ ), con sentimientos pesimistas ( $r = .177$ ), con pérdida de energía ( $r = .184$ ), con ideas suicidas ( $r = .178$ ) y llanto ( $r = .165$ ).

La percepción de **escalofríos** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con problemas para dormir ( $r = .224$ ), con pensamientos negativos frecuentes ( $r = .195$ ) y sentirse enfermo ( $r = .244$ ); se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con pérdida de interés o placer ( $r = .168$ ).

La sensación de **manos temblorosas**, se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con poco apetito ( $r = .202$ ) con problemas para dormir ( $r = .194$ ), con pérdida de energía ( $r = .190$ ), con inquietud ( $r = .273$ ), con culpa ( $r = .214$ ); se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con llanto ( $r = .173$ ), con sentimientos pesimistas ( $r = .174$ ), con sentirse enfermo ( $r = .184$ ).

El síntoma **cefalea** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .226$ ), con el sentir una disminución del apetito ( $r = .152$ ), con pérdida de energía ( $r = .217$ ), con pérdida de interés o placer ( $r = .212$ ); asimismo se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ), con problemas para dormir ( $r = .190$ ), con inquietud ( $r = .168$ ) y sentimientos pesimistas ( $r = .165$ ).

El padecer **estreñimiento** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .197$ ), con problemas para dormir ( $r = .207$ ), con pérdida de interés o placer ( $r = .212$ ); asimismo se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con inquietud ( $r = .170$ ),

El **insomnio** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con tristeza ( $r = .197$ ) problemas para dormir ( $r = .352$ ) y con culpa ( $r = .219$ ); asimismo se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con pérdida de energía ( $r = .187$ ) y con necesidad de que le tranquilicen ( $r = .164$ ).

**Tabla 19**  
**Análisis de Correlación entre Síntomas Físicos y Síntomas Depresivos**

<i>Síntomas Físicos</i> \ <i>Síntomas Depresivos</i>	<i>Debilidad</i>	<i>Calor en todo el cuerpo</i>	<i>Taquicardia</i>	<i>Poco apetito</i>	<i>Nervios</i>	<i>Inquietud</i>	<i>Indigestión</i>	<i>Escalofríos</i>	<i>Manos temblorosas</i>	<i>Cefalea</i>	<i>Estreñimiento</i>	<i>Insomnio</i>
Tristeza	.242 .001	.225 .002	.183 .017	.230 .001	.315 .000	.198 .008	.112 NS	.132 NS	.090 NS	.226 .002	.197 .009	.197 .008
Poco apetito	.280 .000	.058 NS	.272 .000	.332 .000	.234 .001	.178 .021	.182 .017	.052 NS	.202 .007	.152 .002	.116 NS	.151 NS
Problemas p' dormir	.242 .001	.290 .000	.217 .003	.330 .000	.310 .000	.279 .000	.370 .008	.224 .002	.194 .010	.190 .012	.207 .005	.352 .000
Pérdida de energía	.363 .000	.168 .031	.226 .002	.204 .006	.215 .003	.208 .005	.184 .016	.056 NS	.190 .012	.217 .003	.113 NS	.187 .013
Inquietud	.238 .001	.231 .001	.316 .000	.184 .016	.325 .000	.349 .000	.242 .001	.152 .061	.273 .000	.168 .032	.170 .030	.076 NS
Lentitud	.175 .024	.124 NS	.055 NS	.095 NS	.170 .029	.120 NS	.114 NS	.107 NS	.047 NS	.113 NS	.059 NS	.118 NS
Pérdida de interés o placer	.254 .000	.171 .029	.144 NS	.266 .000	.211 .004	.178 .021	.221 .002	.168 .032	.134 NS	.212 .004	.210 .004	.106 NS
Culpa	.178 .020	.088 NS	.045 NS	.110 NS	.145 NS	.057 NS	.148 NS	.128 NS	.214 .003	.087 NS	.087 NS	.219 .003
Ideas suicidas	.045 NS	.115 NS	.046 NS	.053 NS	.026 NS	.015 NS	.178 .021	.084 NS	.048 NS	.009 NS	.058 NS	.100 NS
Llanto	.174 .025	.233 .001	.288 .000	.099 NS	.280 .000	.195 .009	.165 .036	.163 .039	.173 .026	.126 NS	.101 NS	.038 NS
Sentimientos pesimistas	.202 .006	.076 NS	.150 .066	.126 NS	.239 .001	.024 NS	.177 .022	.048 NS	.174 .025	.165 .036	.108 NS	.109 NS
Pensamientos negativos frecuentes	.157 .050	.155 NS	.191 .011	.094 NS	.254 .000	.243 .001	.212 .004	.195 .009	.091 NS	.091 NS	.072 NS	.049 NS
Incomodidad	.130 NS	.148 NS	.066 NS	.083 NS	.119 NS	.154 NS	.047 NS	.137 NS	.056 NS	.073 NS	.047 NS	.102 NS
Necesidad de que lo tranquilicen	.201 .007	.093 NS	.132 NS	.153 .059	.297 .000	.225 .002	.110 NS	.108 NS	.086 NS	.105 NS	.118 NS	.164 .038
Lástima por sí mismo	.068 NS	.084 NS	.079 NS	.167 .034	.197 .008	.097 NS	.132 NS	.080 NS	.090 NS	.068 NS	.053 NS	.088 NS
Sentirse enfermo	.178 .000	.102 NS	.199 .008	.132 NS	.254 .000	.265 .000	.255 .000	.244 .001	.184 .026	.136 NS	.109 NS	.139 NS

\* Las cifras en el cuadro representan el coeficiente de pearson y su correspondiente significancia.

En la tabla 20 se presenta un análisis de correlación donde se observó que el síntoma **taquicardia** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **demasiada preocupación** ( $r = .243$ ) y con **preocupaciones que le hacen sentir enfermo** ( $r = .311$ ).

**Nervios** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **demasiada preocupación** ( $r = .377$ ) y con **preocupaciones que le hacen sentir enfermo** ( $r = .351$ ) y con preguntarse si existe algo que valga la pena ( $r = .235$ ).

**Indigestión** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **demasiada preocupación** ( $r = .251$ ) y con **preocupaciones que le hacen sentir enfermo** ( $r = .192$ ).

**Cefalea** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **demasiada preocupación** ( $r = .345$ ) y con **preocupaciones que le hacen sentir enfermo** ( $r = .396$ ) y con preguntarse si existe algo que valga la pena ( $r = .189$ ).

**Insomnio** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **demasiada preocupación** ( $r = .295$ ) y con **preocupaciones que le hacen sentir enfermo** ( $r = .353$ ).

**Tabla 20**  
**Análisis de Correlación entre los Síntomas Físicos más frecuentes y los Síntomas de Humor Depresivo más frecuentes.**

<i>Síntomas físicos</i> <i>Humor Depresivo</i>	<i>Taquicardia</i>	<i>Nervios</i>	<i>Indigestión</i>	<i>Cefalea</i>	<i>Insomnio</i>
<b>Demasiada preocupación</b>	.243 .000	.377 .000	.251 .000	.345 .000	.295 .000
<b>Preocupaciones que le hacen sentir enfermo</b>	.311 .000	.351 .000	.192 .003	.396 .000	.353 .000
<b>Se pregunta si existe algo que vale la pena</b>	.109 NS	.235 .006	.043 NS	.189 .003	.106 NS

\* Las cifras en el cuadro representan el coeficiente de pearson y su correspondiente significancia.

La tabla 21 presenta un análisis de correlación donde se observa que:

**Taquicardia** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **problemas para dormir** ( $r = .217$ ) y con **pérdida de energía** ( $r = .226$ ), con **llanto** ( $r = .288$ ) y con **sentirse enfermo**; asimismo se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con **tristeza** ( $r = .183$ ) y con **pensamientos negativos frecuentes** ( $r = .191$ )

**Nervios** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **tristeza** ( $r = .315$ ) y con **problemas para dormir** ( $r = .310$ ), con **pérdida de energía** ( $r = .215$ ), con **llanto** ( $r = .280$ ), con **pensamientos negativos frecuentes** ( $r = .254$ ), con **necesidad de que le tranquilicen** ( $r = .297$ ) y con **sentirse enfermo** ( $r = .254$ ).

**Indigestión** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **problemas para dormir** ( $r = .197$ ), con **pensamientos negativos frecuentes** ( $r = .212$ ) y **sentirse enfermo** ( $r = .255$ ) y se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con **pérdida de energía** ( $r = .184$ ), con **llanto** ( $r = .165$ ).

**Cefalea** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **tristeza** ( $r = .226$ ) y con **pérdida de energía** ( $r = .217$ ) y ( $p < .05$ ) con **problemas para dormir** ( $r = .190$ ).

**Insomnio** se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con **tristeza** ( $r = .197$ ) y con **problemas para dormir** ( $r = .352$ ); asimismo se correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con **pérdida de energía** ( $r = .187$ ) y con **necesidad de que le tranquilicen** ( $r = .164$ ).



**Tabla 21**  
**Análisis de correlación entre los síntomas físicos más frecuentes y los síntomas de depresión más frecuentes.**

<i>Síntomas físicos</i> <i>Síntomas de depresión</i>	<i>Taquicardia</i>	<i>Nervios</i>	<i>Indigestión</i>	<i>Cefalea</i>	<i>Insomnio</i>
Depresión, Tristeza	.183 .017	.315 .000	.112 NS	.226 .002	.197 .008
Problemas Para dormir	.217 .003	.310 .000	.197 .008	.190 .012	.352 .000
Pérdida de energía	.226 .002	.215 .003	.184 .016	.217 .003	.187 .013
Llanto	.288 .000	.280 .000	.165 .036	.126 NS	.038 NS
Pensamientos negativos frecuentes	.191 .011	.254 .000	.212 .004	.091 NS	.049 NS
Necesidad de que le tranquilicen	.132 NS	.297 .000	.110 NS	.105 NS	.164 .038
Sentirse enfermo	.199 .008	.254 .000	.255 .000	.136 NS	.139 NS

\*Las cifras en el cuadro representan el coeficiente de pearson y su correspondiente significancia.

## IX. ANALISIS FACTORIAL DE LAS VARIABLES DEL HDL (HEALTH AND DAILY LIVING FORM).

Se realizaron análisis factoriales para conocer los factores de las escalas que se relacionaron con la variable compuesta de salud (Condición de morbilidad). Con la opción de análisis Varimax para todas las escalas, y en todos los casos la prueba de esfericidad de Bartlett resultó adecuada ( $> .6$ ) y significativa con una  $p < .01$ .

### A. Afrontamiento

En la tabla 22 se observa que en el análisis factorial de la variable de **afrontamiento**, resultan tres factores: *resolutivo*, *búsqueda de apoyo social* y *evitativo*.

El factor de **afrontamiento resolutivo** o de solución de problemas, es un estilo de afrontamiento que depende de enfocar u objetivar el problema, tratando de entenderlo mejor, comparándolo con experiencias pasadas, además de tener pensamientos positivos acerca de la resolución de la dificultad.

El factor de **afrontamiento de búsqueda de apoyo social** o búsqueda de ayuda, está integrado por los reactivos que se refieren a conseguir opiniones de personas expertas en la materia del problema (hablar con profesionistas), además de consultar con amigos o con personas que hubieran pasado por experiencias similares. En este mismo factor, aunque con una carga factorial más pequeña se incluyó el reactivo de desquitarse con otros, que corresponde más al factor de evitación, de acuerdo a Moos (1986), que señala que en el factor de *descarga emocional* (correspondiente al afrontamiento de evitación) se desquita con otros a su alrededor, puede optar por ingerir alcohol, fumar, abusar de sustancias adictivas y/o comer compulsivamente.

El último factor, integrado por los dos reactivos de *-se negó a creer en lo sucedido-* y *-trató de permanecer insensible-* con peso de más de 0.75, corresponde de manera significativa al constructo de **afrontamiento de evitación**.

**Tabla 22**  
**Análisis factorial de los estilos de afrontamiento**

<i>Variables de la escala de afrontamiento</i>		<i>Cargas factoriales</i>		
<i>Número de reactivo</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1 Resolutivo</i>	<i>Factor 2 Búsqueda de apoyo social.</i>	<i>Factor 3 Evitativo</i>
35 16	Trató de ver las cosas objetivamente	.861		
35 17	Pensó sobre la situación para entenderla mejor	.858		
35 9	Trató de ver el lado bueno de la situación	.825		
35 12	Consideró varias alternativas para manejar el problema	.824		
35 21	Supo lo que había que hacer	.820		
35 15	Tomó las cosas como venían paso a paso.	.805		
35 19	Intentó no precipitarse actuando impulsivamente	.792		
35 13	Se guió por sus experiencias pasadas	.775		
35 18	Se dijo cosas para ayudarse a sentirse mejor	.735		
35 11	Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo	.726		
35 23	Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes.	.681		
35 1	Trató de saber más de la situación	.661		
35 7	No se preocupó, pensó que todo saldría bien.	.641		
35 29	Intentó reducir la tensión	.544		
35 4	Habló con un profesionalista		.755	
35 27	Buscó ayuda con personas que hubieran tenido experiencias similares.		.621	
35 3	Habló con un amigo acerca del problema		.566	
35 8	Se desquitó con otros cuando se sentía enojado o deprimido		.550	
35 24	Se negó a creer lo que sucedió			.827
35 26	Trató de permanecer insensible			.786

## B. Análisis factorial de humor depresivo

En la tabla 23, se observa el análisis factorial (previa conversión a variables dummy) de la variable de **humor depresivo** que resultó en un solo factor. Que se caracteriza porque los seis reactivos que componen la escala, se correlacionan fuertemente entre sí, lo que quiere decir que es un solo constructo o escala para evaluar el humor depresivo.

**Tabla 23**  
**Análisis factorial de la escala humor depresivo**

<i>Variables</i>		<i>Cargas factoriales</i>
<i>Número de reactivo</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1 Depresión 1</i>
18 A	No puede empezar ninguna actividad	.625
18 B	Demasiada preocupación	.655
18 C	Preocupaciones que le hacen sentir enfermo	.746
18 D	Su memoria no está del todo bien	.658
18 E	Ha sentido que nada le sale bien	.618
18 F	¿Existe algo que vale la pena?	.484

## C. Análisis Factorial de Depresión.

En la tabla 24 se presenta el análisis factorial de la **variable de depresión**, donde se obtuvieron dos factores: al primero se le nombra **depresión** y al segundo **distimia** por la característica de la desvalorización o bajo concepto. Los constructos representados por estos dos factores son similares a las conceptualizaciones diagnósticas del DSM-4. De acuerdo con este manual el trastorno depresivo (296.2x) consiste en presentar cinco o más de los siguientes síntomas: sentimientos de depresión o tristeza, pérdida de interés o capacidad para el placer, pérdida de peso o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, lentitud psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, intento de

suicidio, incluso plan específico para suicidarse. Asimismo, el trastorno distímico (300.4), se caracteriza por presentar los siguientes síntomas: Pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

**Tabla 24**  
**Análisis factorial de Depresión**

<i>Variables</i>		<i>Cargas factoriales</i>	
<i>Número de reactivo</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1 Depresión</i>	<i>Factor 2 Distimia (bajo autoconcepto)</i>
33 A	Sentimientos de depresión o tristeza	.780	
33 K	Llanto	.726	
33 E	Inquietud	.690	
33 M	Pensamientos sobre cosas negativas	.662	
33 D	Pérdida de energía	.661	
33 L	Sentimientos negativos	.652	
33 N	Incomodidad	.651	
33 Q	Síntomas físicos o enfermedad	.628	
33 O	Necesidad de que le tranquilicen / apoyen	.572	
33 C	Problemas para dormir	.479	
33 H	Culpa		.789
33 P	Lástima por sí mismo		.776
33 J	Pensamiento de muerte o suicidio		.731
33 F	Lentitud		.644
33 G	Pérdida de interés o placer		.492
33 B	Poco apetito		.470

(Bartlett = .919  $p < .000$ )

#### **D. Análisis Factorial de la Variable Auto-percepción.**

En la tabla 25 se presenta el análisis factorial de las variables de auto percepción, donde se observa que resultaron dos factores definidos: el primero **factor positivo** y el **segundo triunfador**. Ambos factores fueron nombrados de acuerdo a las creencias o significados culturales del entorno.

Díaz Guerrero en 1982, postuló que los mexicanos tienen dos tipos de autoconcepto; fuertes, agresivos: autoritarismo y supremacía del varón; sumisión,

autosacrificio y abnegación de la mujer; Moos (1982), el autoconcepto negativo de sí mismo se relaciona con la percepción de una salud deficiente, mientras que el ser activo, feliz, tranquilo, seguro de sí se relaciona con mejor salud. Para (Hofstede, 1999), la masculinidad aparece asociada a valores como el éxito, el dinero y las posesiones; para la feminidad son importantes la preocupación por y el afecto hacia los demás, la calidad de vida y la salud de su familia y su entorno. De tal manera que según los factores que se obtuvieron el **Triunfador**, caracterizado por auto percibirse agresivo, dominante, ambicioso y extrovertido sería según los autores mencionados un autoconcepto masculino, no necesariamente saludable; mientras que un autoconcepto “femenino” tiene (mínima) relación con el factor **Positivo**.

**Tabla 25**  
**Análisis factorial de la escala de auto percepción (autoconcepto)**

<i>Variables</i>		<i>Cargas factoriales</i>	
<b>Número de reactivo</b>	<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1 Positivo</i>	<i>Factor 2 Triunfador</i>
27 I	Feliz	.750	
27 D	Calmado	.719	
27 H	Activo	.712	
27 G	Accessible, tolerante	.705	
27 K	Exitoso	.671	
27 C	Seguro de sí mismo	.558	
27 E	Confiado	.554	
27 A	Agresivo		.703
27 F	Dominante		.681
27 B	Ambicioso		.603
27 J	Extrovertido		.521

Bartlett .850  $p < .000$

### **E. Análisis Factorial de la variable de síntomas físicos.**

En la tabla 26 se presenta el resultado del análisis factorial de la variable de **síntomas físicos**, donde se observan como resultado dos factores, al primero se le llamó **nerviosismo** y al segundo **reactividad**. El síntoma nervios fue el síntoma más frecuente encontrado en este estudio y además correlacionó con inquietud e insomnio por lo que al primer factor de esta escala se le denominó nerviosismo. La taquicardia, el temblor de las manos, el estreñimiento y la cefalea son producto de la respuesta al estrés, por lo que el segundo factor fue llamado reactividad. De acuerdo con la propuesta de Eysenk (1967), donde presenta las características de personalidad en tres variables dicotómicas diferentes, siendo la primera *estabilidad emocional* que caracteriza a personas estables, tranquilas, inalterables versus *neuroticismo* con características de presencia de insomnio, cambios de humor, excitabilidad, debilidad, intranquilidad y dependencia de otros. La segunda variable es *extroversión* versus *introversión*, la primera está determinada por sociabilidad, actividad, gusto por la vida, alegría, impulsividad, con tendencia al cambio; mientras que la *introversión* caracteriza a personas reservadas que permiten ser condicionadas, tienen miedos, ansiedad, son discretas y presentan reacciones de evitación, introspectivas, retraídas, distantes y previsoras, disfrutan del trabajo de manera solitaria, presentan dificultades para trabajar en equipo. La tercera variable es *Psicotisismo* versus *Auto-Control*, *psicotisismo* se caracteriza por poca empatía, hostilidad y agresividad aún con las personas amadas y cercanas; las personas en el extremo contrario en esta dicotomía son autoajustables, adaptables a los cambios, sinceras. Este autor sugiere que las diferencias individuales en cuanto a la personalidad se deben a la naturaleza de la actividad nerviosa y esta diferencia es un

reflejo de la calidad y condiciones del sistema nervioso de cada persona (Eysenck, 1990); plantea que la extroversión es un continuo entre extroversión e introversión y el neuroticismo es un continuo entre neuroticismo y estabilidad. Estas dimensiones permiten esencialmente una descripción del comportamiento de las personas. El autor propuso que la dimensión extroversión-introversión involucra el sistema reticular activador mientras que neuroticismo-estabilidad se asocia con el hipotálamo. La excitación crítica derivada de los estímulos externos, por ejemplo, condiciones de la competencia, es más alta en los introvertidos que en los extrovertidos. De acuerdo con ello el extrovertido se caracteriza por poseer mecanismo inhibitorios fuertes en su sistema nervioso. El extrovertido se encuentra bajo en excitación y alto en inhibición, y los introvertidos son los opuestos. Por tanto para Eysenck, (1990), el sistema nervioso autónomo está relacionado con la emocionabilidad. El neuroticismo señala la hiperreacción emocional general y la predisposición a la depresión neurótica y procesos de ansiedad bajo los efectos del estrés. Mientras que la ausencia de neuroticismo se expresa en individuos perseverantes, con fuerza de voluntad, confianza, estabilidad emocional, iniciativa y organización estable de la personalidad, de ahí se deriva que en este estudio los factores encontrados estén nominados como nerviosismo y reactividad.



**Tabla 26**  
**Análisis Factorial de la Escala de Síntomas Físicos (Auto percepción de Salud)**

<i>Variables</i>		<i>Cargas factoriales</i>	
<i>Número de reactivo</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1 Nerviosismo</i>	<i>Factor 2 Reactividad</i>
17 F	Se ha sentido inquieto	.707	
17 B	Ha sentido calor en todo el cuerpo	.665	
17 E	Se ha sentido nervioso	.625	
17 A	Ha sentido debilidad	.603	
17 L	Ha sufrido insomnio	.584	
17 H	Ha sentido escalofríos	.548	
17 K	Ha tenido estreñimiento		.746
17 I	Ha tenido manos temblorosas		.704
17 J	Ha tenido dolor de cabeza		.652
17 C	Ha sentido que el corazón le late fuertemente		.466

Prueba de Bartlett = .843 p < .000

#### **F. Análisis Factorial de la variable Consumo de Medicamentos.**

En la tabla 27 se presenta el análisis factorial de las variables de **consumo de medicamentos**, donde se observa que se generaron cuatro factores que fueron llamados: **medicamentos para el autocontrol**, **para mejorar la digestión**, **para alergias** y **para sentirse mejor**, respectivamente. El factor de uso de **medicamentos para autocontrol** se integra con el consumo de tranquilizantes, pastillas para dormir y antidepresivos. En el factor de mejorar la digestión se integraron: el consumo de **medicamentos para mejorar la digestión**, los laxantes y las pastillas para dolor (el consumo de analgésicos, es frecuente en nuestro medio para aliviar el dolor de estómago). El factor de **medicamentos para alergias** está integrado por el consumo de antibióticos (es frecuente en nuestro medio el consumo de antibióticos para la llamada “gripa”, que muchas veces es sólo proceso alérgico), pastillas para alergias y

aspirinas. Finalmente el factor de buscar sentirse mejor, se refiere al consumo de anfetaminas (para tener energía y estar despierto) y las vitaminas, que las personas asocian con la recuperación de energía, es de los medicamentos más recomendados entre las personas no profesionales de la salud.

**Tabla 27**  
**Análisis factorial de la escala de uso de medicamentos**

<i>Número de reactivo</i>	<i>Reactivo</i>	<i>1 medicina de autocontrol</i>	<i>2 mejorar la digestión</i>	<i>3 para alergias</i>	<i>4 sentirse mejor</i>
31 K	Tranquilizantes	.775			
31 I	Pastillas para dormir	.746			
31 D	Antidepresivos	.720			
31 J	Medicamentos para la digestión		.727		
31 G	Laxantes		.660		
31 H	Pastillas para el dolor		.490		
31 C	Antibióticos			.736	
31 A	Pastillas para alergias			.553	
31 E	Aspirinas			.538	
31 L	Vitaminas				.699
31 B	Anfetaminas				.496

Prueba de Bartlett = .628  $p < .000$

## X. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE LAS VARIABLES DE SALUD Y VARIABLES PSICOSOCIALES POR GÉNERO.

Se realizó una comparación de frecuencias por género con el análisis de Chi cuadrada de la variable **hospitalizaciones** y se encontró que el 13.4% de las mujeres se han hospitalizado en el último año, mientras que los hombres no han tenido ninguna hospitalización. El valor de Chi cuadrada fue de 7.66, resultó significativa con ( $p < .01$ ).

En la tabla 28 se presenta un análisis de comparación de medias (prueba t) de las variables de salud y las variables psicosociales por género, resultando significativa ( $p < .05$ ) la variable de **afrentamiento evitativo** ( $t = -2,144$ ).

Posteriormente, se generó una medida variable que resumiera la salud física de la muestra, la cual se obtuvo sumando el número de enfermedades que los sujetos refirieron haber padecido, más el número de síntomas que percibieron en el último año, más el número de medicamentos que refirieron haber consumido; siendo 0 si la persona se encontraba muy saludable, aumentando el valor de la variable en la medida que aumentara el número de síntomas y enfermedades padecidas y aumentara el consumo frecuente de medicamentos; esta variable osciló entre 0 y 21, con una mediana de 4 y una media de 5.24 y con una desviación estándar de 4.25, esta medida variable fue considerada la variable dependiente y se le nombró “**condición de morbilidad**”.

**Tabla 28**  
**Análisis de comparación de medias por sexo de las variables de salud y las variables psicosociales**

<i>Variable</i>	<i>Media</i>		<i>Desviación estándar</i>		<i>T</i>	<i>Significancia</i>
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>		
Salud física (Rango 0-6)	.29	.49	.642	.960	-1,407	NS
Autoconcepto de salud (Rango 0-12)	3.00	3.28	2.96	2.83	-.631	NS
Humor Depresivo (Rango 0-6)	1.27	1.21	1.35	1.41	-.178	NS
Auto concepto positivo (Rango 7-35)	20.78	19.19	7.29	7.77	1.312	NS
Auto concepto triunfador (Rango 4-16)	7.35	7.03	3.43	3.15	.630	NS
Días de incapacidad (Rango 0-90)	7.27	14.84	8.82	31.04	-.798	NS
Visitas al médico (Rango 0-21)	2.96	3.56	2.93	3.38	-.894	NS
Consumo de medicamentos (Rango 0-7)	1.58	1.61	1.50	1.48	-.139	NS
Condición de salud física (Rango 0-21)	4.70	5.40	3.80	4.36	-1.023	NS
Factor de Depresión (Rango 1-10)	5.62	5.29	3.69	3.51	.590	NS
Afrontamiento resolutivo (Rango 14-64)	32.67	35.43	16.03	17.62	-.817	NS
Afrontamiento búsqueda de apoyo social (Rango 4-17)	6.84	7.48	3.08	3.20	-1,286	NS
Afrontamiento evitativo (Rango 2-10)	2.86	3.47	1.24	1.92	-2,144	.033
Apoyo social (Rango 1-9)	6.84	7.48	3.08	3.20	-1,277	NS

## XI. CORRELACION ENTRE LA VARIABLE DEPENDIENTE

### “CONDICIÓN DE MORBILIDAD” Y LAS VARIABLES PSICOSOCIALES.

Se describe a continuación la correlación entre la variable “condición de morbilidad” y las demás variables psicosociales del instrumento de medición que se utilizó.

En la tabla 29 se presenta el análisis de correlación entre la variable “condición de morbilidad” y los factores de las variables psicosociales. Se encontró que “la condición de morbilidad” se correlacionó positivamente ( $p < .01$ ) con factor de humor depresivo ( $r = .600$ ), factor de depresión ( $r = .434$ ), con la variable de apoyo social ( $r = .422$ ), con factor de afrontamiento evitativo ( $r = .194$ ) y negativamente con incapacidades ( $r = -.251$ ).

Y correlacionó positivamente ( $p < .05$ ) con ingreso familiar ( $r = .166$ ), con factor de auto percepción triunfador ( $r = .162$ ), con factor de distimia ( $r = .152$ ) y con hospitalizaciones ( $r = -.136$ ).

Por lo que se puede afirmar que existe una relación positiva de auto percibir malestar físico (mala salud) con la presencia de humor depresivo, depresión, con el estilo de afrontamiento de evitación de las dificultades cotidianas; de la misma manera al correlacionar negativamente la salud con la variable de incapacidades se infiere a que quienes se incapacitan más, no son los que han perdido su salud; en otras palabras, aunque parece contradictorio, quienes tienen menos incapacidades se auto perciben con peor salud.

Respecto a la correlación con una significancia  $p < .05$ , se puede afirmar que a mayor ingreso familiar, tener el factor de auto percepción triunfador, estar presente el factor distimia se genera peor estado de salud física; la variable hospitalizaciones

correlacionó negativamente, por lo que se infiere que quien tiene peor estado de salud no necesariamente es quien se hospitaliza, en esta última condición es necesario aclarar que las hospitalizaciones fueron sólo de mujeres y no se exploró la razón de la hospitalización, ésta puede haber sido por causas relacionadas a la maternidad lo que no significa enfermedad o detrimento de la salud.

**Tabla 29**  
**Análisis de correlación entre la variable condición salud física y las variables psicosociales**

<i>Variables Psicosociales</i>	<i>Correlación y Significancia de condición de morbilidad</i>	<i>Relación con las variables psicosociales y morbilidad de los sujetos</i>
Edad	r= -.114 p = NS	
Sexo	r= .067 p = NS	
Ingreso personal	r= .034 p = NS	
Ingreso familiar	r= .166 p= .023	<b>Ingreso (variable económica)</b>
Factor de humor depresivo	r= .600 p= .000	<b>Humor depresivo (variable psicológica)</b>
Factor de auto percepción positivo	r= .040 p = NS	
Factor de auto percepción Triunfador	r= .162 p= .013	
Hospitalizaciones	r= -.136 p = .037	
Incapacidades	r= -.251 p = .000	<b>Incapacidades (variable de salud-enf)</b>
Factor de depresión	r= .434 p= .000	<b>Depresión (variable psicológica)</b>
Factor de distimia	r= .152 p= .020	
Factor de afrontamiento resolutivo	r= .052 p = NS	
Factor de afrontamiento busca consejo (apoyo social)	r= .047 p = NS	
Factor de afrontamiento evitativo	r= .194 p= .004	
Apoyo Social	r= .024 p= NS	<b>Apoyo Social (variable social)</b>

## XII. ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES Y DE SALUD.

Se realizó un análisis de regresión lineal con cada una de las variables que conformaron la variable compuesta de Condición de Morbilidad.

En la regresión lineal paso a paso de la variable dependiente de **uso de medicamentos** y los factores y variables psicosociales como variables independientes, se encontró como primer factor que explica la variable dependiente, el **humor depresivo** ( $R^2 = .163$ ) y como segundo factor la **depresión**, con una significancia de  $p < .01$ , aumentando la  $R^2 = .215$

En el análisis de regresión lineal de la variable dependiente de **salud física** (enfermedades padecidas en el último año), y las variables independientes ya mencionadas se encontró una  $R^2 = .199$  con el factor **humor depresivo**, aumentando a  $R^2 = .253$  con el factor **incapacidades**. Ambos factores significativos ( $p < .01$ ).

Por último, en el análisis de regresión lineal de la variable dependiente **autoconcepto de salud** (percepción de síntomas) y las variables y factores psicosociales, la primera variable predictora fue **depresión** con  $R^2 = .423$ , aumentando a  $R^2 = .475$  con el factor de **autopercepción triunfador**. Ambos factores significativos ( $p < .01$ ) De tal manera que se confirma que la depresión es una variable presente en el proceso de enfermedad de los sujetos.

En la tabla 30 se presenta el análisis de regresión múltiple de la variable dependiente condición de morbilidad, que es la que se desea predecir en función de las variables independientes edad, sexo, ingreso personal y familiar, factor de humor depresivo, factor de depresión, factor de distimia, factor de afrontamiento resolutivo, de solicita

consejo y evitativo, hospitalizaciones, días de incapacidad, visitas al médico, apoyo social. Se realizó el procedimiento de análisis de regresión, paso a paso, hacia adelante que consiste en ir formando el modelo incorporando en cada paso a la variable independiente que resulte significativa, lleva a que es significativo ( $p < .01$ ) el **factor de Humor Depresivo, como predictor importante de la salud**, en segundo término el **factor de Depresión** y en tercero complementando el modelo, el **número de Incapacidades**. El modelo con estas tres variables predictoras ofrece una  $R^2 = 0.479$ , lo que significa que la varianza de “**la condición de morbilidad**” se explica en un **47.9%** en función de estas variables.

**Tabla 30**  
**Análisis de regresión de Condición de Salud Física en función de edad, sexo, ingreso, factores de depresión, factores de auto percepción, hospitalizaciones, incapacidades y factores de afrontamiento**

**Resumen del modelo**

<i>Modelo</i>	<i>Variables</i>	<i>R</i>	<i>R cuadrado</i>	<i>Cambio en R cuadrado</i>	<i>Cambio de F</i>	<i>Sig. del cambio en F</i>
1	Humor depresivo	.614	.377	.377	109,743	.000
2	Factor de depresión	.664	.441	.063	20,422	.000
3	Incapacidades	.689	.475	.034	11,601	.001



## 7. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio epidemiológico, para conocer el estado de salud y sus condicionantes, en una muestra de los trabajadores de una institución paraestatal de Jalisco.

La institución provee de servicios a familias con baja condición socioeconómica y dirige programas de apoyo en alimentación, educación familiar, promoción de desarrollo humano, disminución de la violencia intrafamiliar, programa de desarrollo del adolescente, programas generales para mejorar la salud que incluye la capacitación de amas de casa en trabajo conjunto con la Secretaría de Salud, entre otras.

Después de analizar los resultados encontrados en los índices de salud y los eventos de vida de los trabajadores que se incluyen en este estudio, se observa que el mayor porcentaje de los empleados de la muestra se encuentran en un rango de edad entre los 26 y 40 años, lo que es coherente con la situación de la fuerza productiva laboral en México de acuerdo a la pirámide poblacional en la que se encuentran los adolescentes y jóvenes en la parte más ancha (INEGI, 2000).

En relación con la variable género, la mayoría de los empleados son mujeres y representan el 78% de la muestra, hecho que corresponde a los datos mencionados de la fuerza laboral femenina en Jalisco, donde un alto porcentaje de las mujeres que se emplean fuera del ámbito doméstico laboran en el sector de servicios; estas mujeres son además madres de familia y amas de casa, por lo que son mujeres con “doble jornada” laboral. En el estado de Jalisco, como en el resto del país las mujeres han ingresado a la fuerza laboral productiva en las últimas décadas, en 1950 la

proporción de mujeres que trabajaba de manera remunerada en relación a los varones era de 1:50; en 2002, la relación era de 1:3 (COEPO, 2002).

El 90% de las personas refieren ser creyentes de la religión católica; de igual manera en México la estadística muestra que el 90% de la población profesa la religión católica.

En relación a la región de origen, el 66.7% de la muestra estudiada refiere ser de Guadalajara, este dato coincide con la referencia de que el 75% de la población en nuestro país se encuentra concentrada en las grandes manchas urbanas, como son la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey (INEGI, 2000).

La escolaridad de las personas encuestadas fue hasta secundaria en una quinta parte de la muestra, bachillerato o técnicos en la tercera parte de la muestra y profesional en poco más del 40.9%; lo que contrasta con los datos de que sólo el 10.9% de la población en México tienen más de 12 años de estudios, pero la circunstancia de ser trabajadores del gobierno, obliga a tener licenciatura en muchas de las áreas de atención. Contrastado con el dato de que sólo el 22% de los jóvenes tienen oportunidad de ingresar a la educación superior, el promedio de escolaridad es de 7.8 años de estudio (INEGI, 2000). El índice de educación en Jalisco en el año 2000 es de .9265 (PNUD, 2000).

En relación con la vida en pareja, en México las mujeres se unen en pareja a los 21 años en promedio (Gómez de León, 1998). En el año 2000 había 34.8 millones de parejas casadas en el país (ITAM, 2004); mientras que en la población encuestada para este estudio, cuya media fue de 31.6 años, menos de la mitad eran casados o vivían en pareja; por lo que se presume que esta población se une a la pareja a mayor edad.

El ingreso salarial individual de la mayoría de las personas de la muestra era de uno a dos salarios mínimos, y solamente un porcentaje minúsculo reportó un ingreso de más de 6 salarios mínimos, por lo que se deduce que los salarios en este tipo de instituciones son muy bajos, aún los ofrecidos a los profesionistas. El equivalente a un salario mínimo en ese tiempo era de 40 pesos diarios en promedio. El 95% de las personas no habían cambiado de trabajo en el último año por lo que se puede decir que son trabajadores estables, o están esperando una mejor oportunidad de condición laboral.

En relación a las condiciones de salud o enfermedades padecidas en los últimos doce meses, las respuestas afirmativas en general fueron muy bajas, por ejemplo, menos del 10% de las personas refirieron tener presión alta; problemas de espalda con dolor crónico; úlcera péptica y bronquitis frecuente; sin embargo, al aplicarse la escala de síntomas reportados en el último año, más de la mitad de la población, reportó padecer “nervios” de manera frecuente, sin diferencia significativa por género; es notorio que el porcentaje encontrado en esta población es alto, comparado con estudios previos, como los de Salgado de Snyder y cols. (2000), que reportan haber encontrado el síntoma “nervios” sólo en el 15.5% en población de ambos sexos y 20.8% en mujeres, estudio hecho en población rural mexicana. Otro estudio citado por Bear (2003), explica que el síntoma “nervios” en población latina es referido en relación al **estrés cotidiano continuo**, siendo un referente de malestar en las cuatro muestras de población estudiada (mexicano, México-americanos, puertorriqueño y guatemalteco).

Debido a la prevalencia encontrada, se realizó una correlación para conocer la relación de “nervios” con los demás síntomas reportados, encontrándose correlación

significativa con debilidad, con taquicardia, con inquietud, con dolor de cabeza y con insomnio. Estos síntomas también se registraron con altos porcentajes de ocurrencia, lo que lleva a poder inferir que el bienestar de este grupo, aunque no presentó entidades nosológicas concretas, se encontró deficiente.

La descripción de la autopercepción de los síntomas, además de “nervios”, se encontraron con altos porcentajes en presencia de dolor de cabeza, “debilidad”, inquietud, acidez estomacal y estreñimiento. El dolor de cabeza es un dato similar en cuanto a prevalencia y género al reportado por Davidoff, (1995), quien refiere una cantidad considerable de estudios en Occidente en diferentes tipos de población y la prevalencia de dolor de cabeza es muy extendida; incluso, uno de los reportes (Rasmussen, 1991; Davidoff, 1995) indica que sólo el 4% de la población estudiada en varios países, no había tenido nunca dolor de cabeza; en general reporta que la prevalencia en hombres es de más del 40% y en el género femenino más del 50%, siendo descrita más severa por las mujeres, inhabilitándolas de manera periódica para realizar sus labores cotidianas, en relación a la edad en que se presenta con más frecuencia, el mismo autor refiere que es entre los 21 y 54 años. Además, el **dolor de cabeza** es uno de los síntomas que a menudo se encuentra relacionado con factores psicológicos que juegan un papel crucial en la aparición y desarrollo del padecimiento; por ejemplo, el dolor de cabeza se encuentra relacionado con la respuesta a los eventos estresantes que rebasan los recursos personales y hacen recurrentes los episodios de dolor (Toledo, 1994; Davidoff, 1995; Palacios, 1998)

El dolor de cabeza ocurre también cuando hay una fuerte demanda social, incluso aumento de salario, sobre todo si esto significa más trabajo y/o mayor responsabilidad; de tal manera que la percepción de impotencia para responder a las

demandas cotidianas, las dificultades y conflictos en las relaciones de pareja, la educación y cuidado de los hijos, las tareas domésticas y las labores del trabajo remunerado son el detonante para que mujeres con doble jornada puedan tener mayor prevalencia de dolor de cabeza y “nervios”.

De acuerdo a los síntomas reportados en la escala de auto percepción de **salud física** por la muestra estudiada, cabe hacer notar, que hubo diferencias significativas por género de los síntomas estreñimiento y dolor de cabeza, siendo de mayor prevalencia en la población femenina. En este grupo de mujeres trabajadoras se encontró que de los síntomas que más refieren, el dolor de cabeza se presentó en un 55.4% versus 39% de prevalencia en los hombres; en relación al estreñimiento la diferencia estuvo en el porcentaje de prevalencia reportado por las mujeres de 31.2% versus 13.7% en los hombres. **Por lo que se puede inferir que estas mujeres sufren un deterioro de la calidad de vida y una disminución de su bienestar.** El mayor porcentaje de mujeres que sufre cefalea y estreñimiento queda confirmado al observar el reporte del consumo de medicamentos, ya que al analizar las diferencias por género se puede observar que resulta significativo el consumo de pastillas para dolor y el consumo de laxantes y vitaminas. La prevalencia de dolor de cabeza corresponde de la misma manera a lo encontrado por otros investigadores (Celis, 1997; Moskowitz, 1993), como uno de los padecimientos más frecuentes relacionado con el estrés y el estilo de vida. El estreñimiento ha estado asociado con mayor frecuencia a las mujeres y a las personas de más de 65 años de edad, algunos investigadores aseguran que en más del 70% de los casos de este padecimiento, se reportan por las mujeres, las principales causas son el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, colon espástico (motilidad lenta), afección agravada por la respuesta poca adaptativa al

estrés. Entre las alternativas de tratamiento, las más exitosas tienen que ver con la terapia psicológica orientada a reducir el problema mediante técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, hipnosis, antidepresivos y mejorando los hábitos relacionados con la alimentación y defecación. Cabe mencionar que la literatura menciona con mayor frecuencia los tratamientos en grupos de mujeres que de hombres, por la mayor ocurrencia en ellas (Talley, Owen, Óbice, Patterson, 1996; Heitkemper, Jarret, Cain, 2002).

Por lo tanto, las mujeres siendo las principales cuidadoras de la salud dentro de sus hogares, cuidan de los enfermos, de los ancianos, de los niños, realizan el trabajo doméstico, pero rara vez cuidan de sí mismas, han desarrollado pocas habilidades para buscar su crecimiento personal, “se sienten mal, cuando se sienten bien”, tienen bajo nivel académico, además de los niveles de depresión encontrados tan altos (los cuales se mencionarán más adelante) se puede sugerir que enferman más que los hombres.

No se encontró en este estudio diferencia significativa en relación con el sexo genérico en las enfermedades presentadas en el último año de los sujetos encuestados, con excepción de úlceras pépticas, dolencia presente sólo en el género femenino, en comparación de ningún caso reportado por hombres; así mismo se observa una mayor frecuencia de lumbalgia y sintomatología relacionada con la artritis, presión alta, problemas renales y diabetes, entidades nosológicas referidas sólo por las mujeres.

Por otro lado, la sensación subjetiva de debilidad, se encuentra relacionada con inquietud y nervios, la persona refiere sentir debilidad, pero no muestra ninguna disminución medible o concreta de fuerza muscular, por lo que se sugiere que es

otro de los síntomas propios de la cultura regional. La debilidad como término médico se asocia a enfermedad crónica o infecciosa, pero lejos de presentar estas entidades nosológicas las personas refieren debilidad como sinónimo de cansancio o fatiga. Incluso se encuentra clasificada en el CIE 10 (R53, debilidad crónica).

En cuanto al síntoma referido de acidez estomacal o dispepsia, se encuentra en la literatura asociado a eventos estresantes con mayor frecuencia cuando el sujeto padece algún trastorno digestivo o disfagia, aunque en la última década se le ha asociado a una infección concreta del estómago producida por una bacteria (*helicobacter pylori*) presente en más del 80% de los pacientes con dispepsia y se está dejando de lado que prioritariamente sea producido por el estrés (Peterson, 1991; Goodwind, 1993). Otro de los factores precipitantes es la ingesta de alcohol y fumar cigarrillos, pero en esta muestra no se encontró ni gran cantidad de personas que fumen o beban alcohol, ni tampoco abuso en el consumo de éstos; pero se puede observar que en esta población la acidez estomacal resultó ser un síntoma con mayor prevalencia que en la población en general, sin embargo no es posible afirmar algunas asociaciones, puesto que las referencias de la sintomatología son auto percepciones de los sujetos y no diagnósticos médicos.

Por otro lado, el sistema de salud deja conocer solamente los datos de incidencia y prevalencia de un padecimiento, la estadística con las tasas de morbilidad y mortalidad son la única manera de dar cuenta de la salud física de las poblaciones; cuando existen muchos factores de la vida cotidiana y del medio ambiente que también influyen de manera crítica, elementos de estudio necesarios para la construcción de una visión social integral de la enfermedad y la muerte, como

producto de un proceso histórico (que tiene que ver con las creencias y significados de la enfermedad), así como de la organización y relaciones sociales. Como ejemplo se cita la siguiente valoración estadística:

*“Es indudable que la salud de los mexicanos ha mejorado considerablemente en los últimos años. La esperanza de vida al nacimiento rebasa ya los 72 años, en tanto que la mortalidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había hace 25 años”* (Poder Ejecutivo Federal, 1996:1).

En el caso de dispepsia o acidez estomacal, gastritis y úlcera péptica los reportes estadísticos de morbilidad fluctúan entre 8 a 54 % en la población adulta, con un mayor índice en los varones. Olden y Drossman (2000) reportan que algunas disfunciones psicológicas y psiquiátricas como son los trastornos de ansiedad, depresión, estrés crónico y hostilidad presentan una asociación con la dispepsia, en este reporte un 7.3% de los pacientes refieren que los síntomas de molestia abdominal interfieren bastante en sus actividades de la vida diaria y en un 4.8% interfieren ocasionalmente, pero es obvio que faltan estudios que apoyen una visión integral de este padecimiento, sus causas, relaciones y significados, además de la respuesta a tratamientos donde se sumen los esfuerzos médicos y psicológicos.

Por otro lado, en el análisis porcentual de las visitas al médico, hospitalizaciones e incapacidades reportadas en el último año, un alto porcentaje de las personas estudiadas refieren haber visitado al médico al menos una vez, más de la mitad de la muestra visitó al médico de una a cinco veces; mientras que un porcentaje mínimo, de seis a diez veces; en relación a las visitas al médico por género, la media de los hombres es 2.96 y de las mujeres es 3.56 (en un rango de 1 a 10), este dato puede



reflejar mayor cuidado de sí mismas en relación a los hombres, pero en realidad no se puede asegurar, ni existe diferencia significativa.

En cuanto a días de incapacidad, la quinta parte de la muestra se incapacitó de uno a cinco días, mientras que un porcentaje mínimo se incapacitó de seis a diez días. En base a los estudios de correlación que se llevaron a cabo es evidente que no por acudir más veces al médico se está más enfermo; sino que en general, la responsabilidad sobre la propia salud es limitada, se asocia el número de días de incapacidad y hospitalizaciones que correlacionaron negativamente con la auto percepción en salud; dicho de otro modo, quien refirió tener menos síntomas físicos y tomar menos medicamentos se incapacita más, se podría pensar que en esta población los sujetos aprovechan la posibilidad de incapacidad cuando hay dolencias menores y no crónicas, mientras que los sujetos que tienen dolencias crónicas se adaptan a su proceso patológico y continúan con sus actividades laborales.

En cuanto a las hospitalizaciones, fueron referidas sólo por las mujeres, de éstas, el 13.4% refiere haberse hospitalizado al menos una vez en el último año, si se toma en cuenta este elemento y además el que la mayoría de la muestra son mujeres en edad reproductiva, se puede inferir que la causa de la hospitalización se deba a factores relacionados con la maternidad. A este respecto la cultura en México por un lado es una cultura mortificante, *"me duele, pero me aguanto"* o dejó todas las decisiones y responsabilidad de la propia salud en manos del médico, ya que *"el doctor es el que sabe"* (Hernández, 2002).

Otra de las variables reportada en este estudio fue la ingesta de medicamentos, no se cuestionó si eran producto de la automedicación o de recomendación médica. Los porcentajes más altos se concentraron en aspirinas y antibióticos, su consumo fue

reportado por más de la tercera parte de los sujetos, en seguida en un alto porcentaje fue el consumo de vitaminas y el uso de pastillas para el dolor; con estos datos se puede inferir el deterioro del bienestar de las personas, ya que el consumo de vitaminas se asocia a buscar “el sentirse mejor”; mientras que el consumo de aspirinas, otros medicamentos para dolor y antibióticos se asocian a alguno de los síntomas reportados con mayores índices como el dolor de cabeza, debilidad e inquietud.

Para conocer la prevalencia de la depresión de los sujetos estudiados, se aplicaron dos escalas: la escala de humor depresivo, donde se observa una gran prevalencia de los síntomas de la variable: un alto porcentaje de la población encuestada vive con mucha preocupación de manera cotidiana y más de la cuarta parte de ellos afirma que las preocupaciones les hacen sentir enfermos.

En la segunda escala de depresión, escala ordinal de respuestas bajo, medio y alto, las medias fluctuaron entre 1.1 a 1.6. Se sumaron las frecuencias y los porcentajes de ocasionalmente y alto y se encontró que casi en el 40% de los sujetos se auto percibe con depresión cotidiana; así como, más de la cuarta parte de las personas refirieron el síntoma de llanto fácil y el síntoma de inquietud, problemas para dormir y pensamientos negativos frecuentes. Estos resultados refieren que la muestra estudiada reportó índices de sintomatología depresiva, por lo que la depresión es una variable importante a estudiar en estas personas. Estos datos se relacionan con los encontrados con Howland (1993), tanto en porcentajes, como en el dato de que los adultos con síntomas de depresión son quienes utilizan más los servicios de salud; asimismo, Wells, Burnam, Rogers, Hays y Camp (1992), encontraron que los pacientes tanto con distimia como con antecedentes de depresión presentaban

puntuaciones de salud más deficientes, menor nivel de energía (debilidad) mayor índice de dolor corporal y funcionamiento más deteriorado que en la población general. Estos autores encontraron también que hay pocas diferencias en la sintomatología física reportada por los pacientes con trastornos depresivos crónicos en comparación con un grupo que presentaba depresión mayor aguda. En el presente estudio se encontró una relación significativa de la variable depresión con los síntomas: debilidad, inquietud y “nervios”.

Cabe mencionar que en el análisis no se encontró diferencia significativa por género; sin embargo, los porcentajes de ocurrencia son muy altos, y en dos de las seis preguntas: ¿Ha tenido preocupaciones que le hacen sentir enfermo? y Se ha preguntado ¿Existe algo que vale la pena? se observa un mayor porcentaje de ocurrencia en mujeres. Se encontró también que ante la pregunta por la pérdida de apetito y llanto fácil en esta muestra existe diferencia significativa con mayor incidencia en el género femenino; aunque se puede inferir que las mujeres pueden expresar con mayor facilidad que los hombres tanto el llanto como la tristeza, por aprendizajes culturales.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y se estima que afecta a más del 25% de personas en Norteamérica (McCullough, 2003). La depresión tiene mayor prevalencia en el mundo occidental y para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacitación y muerte, tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud. En México para 2020 se estima que será la tercera causa de morbilidad, después de enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Actualmente, sólo para el

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) representa un costo de más de 30 millones de dólares (García-Peña, 2003). Entre los síntomas que caracterizan a la depresión están el estado de ánimo decaído, pérdida de interés o placer por las cosas que antes se disfrutaban, cambios en el apetito, modificaciones en los patrones de sueño, debilidad, inquietud, dificultades para concentrarse, y pensamientos fatalistas o incluso suicidas.

En este estudio se realizaron correlaciones con los síntomas físicos más frecuentes y los síntomas de humor depresivo, los resultados indican que existe una correlación positiva del síntoma *tener demasiada preocupación y preocupaciones que le hacen sentir enfermo con los síntomas físicos de taquicardia, nervios, indigestión, cefalea e insomnio*. El preguntarse si *¿existe algo que vale la pena?* correlacionó con *cefalea y nervios*. De tal manera que una vez más se demuestra la relación entre síntomas depresivos y malestar físico.

El síntoma de la preocupación -parte de la escala de humor depresivo- ha sido definida como pensamientos e imágenes cargados de afecto negativo, relativamente incontrolables. Puede ubicarse también como estrategia de afrontamiento evitativo. En el DSM IV se define como estado de ánimo enfocado hacia el futuro, dispuesto para intentar enfrentar los acontecimientos negativos posteriores, donde interviene una sensación de poco control, centrando la atención sobre los estímulos negativos de la amenaza. Las personas con preocupaciones frecuentes son expertos en descubrir y pensar de manera repetitiva posibles problemas, pero son incapaces de tratar de resolver la contingencia o de ofrecer respuestas creativas de posibles soluciones, son fatalistas (Dugas y Ladouceur, 1997).

El 70% de los pacientes con algún trastorno mental con frecuencia tienen padecimientos físicos secundarios como cefalea, insomnio, dolores difusos y fatiga. La ansiedad, es un síntoma que se encuentra en más del 80% de las personas que sufren depresión. Nadie es inmune a padecer depresión, pero hay diferencias de género, las mujeres presentan una mayor prevalencia, dos veces mayor de episodios depresivos en comparación con los hombres. Se calcula que a lo largo de su vida, entre un 5-12% de los hombres y entre un 10-25% de las mujeres sufrirán, al menos, algún tipo de trastorno depresivo.

De los datos de depresión más frecuentes y los síntomas físicos observados en este estudio, en una correlación se encontró que el síntoma *depresión o tristeza* correlacionó positivamente con *nervios, cefalea e insomnio*; asimismo *problemas en el dormir* correlacionó con *taquicardia, nervios, cefalea e insomnio*; el síntoma depresivo de *llanto* correlacionó con *taquicardia y nervios*. *Pensamientos negativos o fatalistas* con *nervios e indigestión* y por último *sentirse enfermo* con *taquicardia, nervios e indigestión*. De tal manera que se observa una relación importante con los datos encontrados en la literatura.

El estigma y el desconocimiento asociado a las enfermedades mentales continúa vigente entre la población general e incluso entre los propios profesionales de la salud. Sólo 1/3 de las personas aquejadas de problemas emocionales buscan ayuda especializada. El 29% de los pacientes aquejados de depresión 'reconocen' que transcurrieron más de 10 años hasta que fueron diagnosticados correctamente. El 60% de los individuos fueron diagnosticados de forma errónea antes de recibir un adecuado diagnóstico y tratamiento. (Belloch, Sandín y Ramos, 1996).

Respecto a la variable de respuestas de afrontamiento, propuesta en este estudio como uno de los factores que intervienen en el continuo de salud- enfermedad, a manera de mediadores o factores disposicionales que probabilizarán la aparición de un síntoma, o de una condición nosológica determinada. Al analizar los datos referentes a esta variable, se encontró que la mayor frecuencia de respuestas de afrontamiento a los problemas cotidianos, fue para las respuestas positivas de resolución de problemas como por ejemplo: *trató de ver el lado bueno de la situación, se dijo cosas para sentirse mejor, supo lo que había que hacer, pensó y trató de saber más sobre la situación, consideró varias alternativas de solución, entre otras.*

La escala de afrontamiento de 29 reactivos se clasificó de acuerdo al análisis factorial, en tres constructos: el estilo Resolutivo de afrontamiento, que tiene que ver con encontrar soluciones creativas, ver el lado bueno de los acontecimientos, decirse cosas para sentirse mejor, conocer de antemano lo que hay que hacer en determinada circunstancia etc., El segundo factor fue el de búsqueda de Apoyo Social que tiene como característica, la búsqueda de ayuda con especialistas en el tema, o buscar ayuda de personas que ya hubieran pasado por esa experiencia, hablar con un amigo cercano, con parientes o con el cónyuge. El tercer constructo fue el Evitativo, éste estuvo determinado por el negarse a creer lo sucedido, aislarse y tratar de permanecer insensible.

En la correlación de los tres factores de afrontamiento con la condición de morbilidad (i.e. síntomas, condición nosológica y consumo de medicamentos, variable dependiente que se explica mas adelante) de los sujetos estudiados, se observó que sólo el afrontamiento de evitación se correlacionó de manera

significativa, se sugiere que quienes evitan enfrentarse a los problemas cotidianos enferman más, la evitación es un predictor del deterioro de la salud. Moos (1982) señala que puede existir una relación entre vulnerabilidad biológica y respuesta de afrontamiento; por ello, no es sorprendente que los datos muestren la falta de relación entre la condición de morbilidad y los estilos de afrontamiento, pues si existiera este vínculo involucraría una relación de causa-efecto, cuando las respuestas de afrontamiento parecen implicar funciones mediadoras o disposicionales.

Como ya se mencionó el factor respuesta de afrontamiento de evitación fue el único que se correlacionó de manera significativa con la condición de morbilidad, aunque la correlación fue muy baja; este factor tuvo mayor prevalencia en el género femenino. Debido a que los datos mostraron que las mujeres se enferman más que los hombres, la relación respuesta de afrontamiento de evitación-condición de morbilidad sugiere que este tipo de afrontamiento es un factor disposicional relevante en el proceso de enfermedad, pues parece indicar la existencia de una mayor cantidad de conductas de riesgo.

Los estilos de afrontamiento ante los eventos cotidianos, han sido descritos ampliamente en la literatura (Moos, 1984; Everly, 1989; Lazarus y Folkman, 1984); generalmente al explicar el afrontamiento se hace referencia a los elementos conductuales y cognitivos que el sujeto pone en juego para hacer frente a la demanda concreta y restablecer el equilibrio en el estado emocional alterado por el estrés. Las personas responden a un estresor que consideran amenazante a través de un estilo o respuesta de afrontamiento que puede ser funcional o disfuncional, en el sentido de adaptación y recuperación de la homeostasis; Moos (1982) sugiere la existencia de

tres formas de respuesta de afrontamiento, a saber: a) de resolución del problema estresante, b) de búsqueda de apoyo social o c) de evitación. Dichos estilos se diferencian por las actividades realizadas por los sujetos, independientemente del efecto que sobre el proceso salud-enfermedad tengan.

Al tratar de explicar la relación entre los estilos de afrontamiento utilizados por las personas ante los eventos cotidianos en relación a la salud, se encontró una enorme cantidad de investigaciones referidas a este campo, que refieren el estrés como un disparador de conductas que al tratar de ser adaptativas, a menudo se convierten en conductas enfermógenas, el cómo las personas responden a los eventos estresantes o demandas para las que no se poseen recursos es el elemento clave para entender el afrontamiento.

Se realizaron los análisis factoriales de las escalas psicosociales del HDL, específicamente de afrontamiento (referida con anterioridad), de humor depresivo, de depresión, de auto percepción (auto concepto), de síntomas físicos y de consumo de medicamentos.

Para poder probar el modelo conceptual se generó como factor dependiente la variable que se llamó “**condición de morbilidad**”, que se constituyó al incorporar los resultados de la escala de condiciones médicas (enfermedades), auto percepción de sintomatología y consumo de medicamentos.

La variable dependiente se correlacionó con edad, sexo, ingreso, factor de humor depresivo, factor de auto concepto positivo, factor de auto concepto triunfador, hospitalizaciones, incapacidades, factor de depresión, factor de distimia, factor de afrontamiento resolutivo, factor de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, factor de afrontamiento evitativo y apoyo social. En el análisis se observa



correlación positiva significativa de la *variable dependiente* con el factor de *humor depresivo, con depresión, afrontamiento evitativo y apoyo social*, por lo que se sugiere que estas variables serán los temas de intervención para mejorar y conservar los estados de salud y el bienestar.

La depresión sigue siendo uno de los aspectos predictores más importantes de salud, se observa una vez más que posee una fuerte relación con la salud o enfermedad física de las personas. De la misma manera se observa correlación significativa con *ingreso*, con el factor de *autoconcepto triunfador* y con *distimia* aunque los índices de correlación son más bajos, con la variable *hospitalizaciones* se observó correlación negativa.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal (paso por paso), de la variable dependiente con las variables psicosociales antes mencionadas (variables independientes), resultando un modelo Predictivo de Salud, donde las variables *factor de humor depresivo, factor de depresión e incapacidades* significativamente integran una  $R^2$  de .475.

De tal manera, que las variables psicológicas como la depresión y el humor depresivo intervienen en el estado mórbido de los individuos, más que ninguna otra de las variables psicosociales que se incluyeron en este estudio. Al comparar estos resultados con los encontrados en la literatura, se infiere que la depresión será uno de los factores que afectará seriamente el bienestar de las personas en un futuro cercano, dentro de un cuadro mórbido donde la línea entre el malestar físico y el psicológico se desvanece.

La depresión representa el 90% de los trastornos afectivos, inicia aproximadamente a los 35 años de edad, en cuanto a sexo se presenta más en el sexo femenino: 2/1 mujeres y hombres; prevalencia en mujeres 7 a 8%, en hombres 2 a 4 %; incidencia tasa de 175; en mujeres con una tasa de hasta 250, mientras en hombres se presenta una tasa 100 (por cien mil habitantes al año). Este trastorno en sus distintos patrones de manifestación afectará entre 50 a 75 millones de estadounidenses (McCullough, 2003). Otros autores afirman que la depresión es de los padecimientos actuales que pueden pasar inadvertidos por el médico, aunque se tiene la información que la depresión es un trastorno muy frecuente, se calcula que en la población general su prevalencia es del 5% al 18%; en el ámbito clínico, el estimado en cuanto a la incidencia de la depresión es de 10% a 30%, es un síndrome con un grupo de síntomas que están presentes a veces de manera clara y en ocasiones muy confusos hasta para un profesional de la salud mental, la depresión agobia a los sistemas de salud y es costoso para los pacientes y para el estado (Weissman, 1986; Hernández Meléndez, Palomera y de Santos, 2003).

Se considera que la depresión produce una falta adecuada de respuesta inmunológica, Hernández Meledendez, et al. (2003) reporta que los pacientes con sintomatología depresiva y además alguna enfermedad crónica tienen más recaídas y presentan dificultad para su rehabilitación.

La línea entre la respuesta depresiva “normal” y la “patológica” es difusa, los estados depresivos varían en un continuo de gravedad (Beck, 1983; Vázquez y Sanz, 1995), de tal manera que la tristeza que se siente en la vida cotidiana por pérdidas o por algún evento negativo sería esencialmente similar, a diferencia de los pacientes que requieren de ayuda profesional. Los defensores de esta postura proponen que tanto

las depresiones sub-clínicas como las clínicas comparten síntomas y factores etiológicos, aunque para la decisión de buscar ayuda intervienen otros elementos como son el sexo, el factor económico, la educación y la accesibilidad del servicio en el medio. Sin embargo, tanto la depresión como los “nervios” son dos entidades nosológicas muy frecuentes en nuestro medio y además son precursoras de malestar subjetivo, ingesta de medicamentos y diferentes estados mórbidos.

## 8. CONCLUSIONES:

De acuerdo a los objetivos planteados se presentó un perfil de salud de la muestra, donde se observa una mayor incidencia de la sintomatología comparativamente con los reportes poblacionales de salud.

A continuación se presentan los objetivos planteados en relación a los resultados.

En función del objetivo del primer objetivo acerca de describir las variables sociodemográficas de la muestra, se describieron las variables sociodemográficas de los sujetos estudiados, encontrándose que el promedio de edad fue de 31.6 años. El 80% de la muestra estuvo conformada por el género femenino; la escolaridad de más del 40% de los sujetos fue de estudios profesionales y respecto a la religión la mayoría eran católicos. Casi el 70% originarios de Guadalajara. Y en cuanto al estado civil la mitad se encontraban casados o viviendo en pareja y la mitad solteros. Respecto al objetivo número 2, referente a reportar el estado de salud de los sujetos estudiados, la encuesta reporta que la población se percibe saludable en cuanto a padecer enfermedades específicas; los porcentajes de incidencia fueron muy bajos en general; sin embargo, cuando se cuestionó acerca de síntomas padecidos en el último año, los resultados fueron más altos en comparación con lo descrito en la literatura. Los porcentajes más altos fueron nervios, dolor de cabeza, acidez estomacal, inquietud y debilidad. De la misma manera, otro de los índices utilizados para reportar el estado de salud fueron los medicamentos consumidos por esta población, los porcentajes más altos de uso de medicamentos fueron la ingesta de aspirinas y antibióticos; seguido por el consumo de vitaminas y el uso de pastillas para el dolor. Para completar la condición de salud-enfermedad se preguntó acerca de las visitas al médico y las hospitalizaciones cuyo reporte fue que más de la mitad de la población

encuestada visitó al médico en los últimos doce meses de una a cinco veces. Al revisar los datos presentados se observa que los niveles de la condición salud-enfermedad son más altos que los reportados por el sector salud. La media de la condición de morbilidad fue de 5.24 (en un rango de 1 a 21), con una desviación estándar de 4.2, por lo que si se observara la curva estaría coleada (87% de los sujetos tienen una calificación de 1 a 9) y la muestra muy dispersa (hay sujetos en todas las medidas). En estos datos se sugiere que los sujetos estudiados tienen un estado mórbido con malestar importante, sobre todo en referencia a los reportes de salud generales en México. Por otro lado, en la combinación de estas tres variables se ofrece un método de evaluación de la condición de salud enfermedad, sencillo y accesible, para proponer alternativas que mejoren el estado de salud de las personas. Respecto al objetivo 3, referente a la relación entre las variables de salud-enfermedad y las estrategias de afrontamiento, se observó que sólo el *afrontamiento evitativo* resultó significativo con la variable dependiente de "condición de morbilidad".

En relación al objetivo número 4 acerca de la relación entre las variables psicosociales y el estado de salud, se reportó que "la condición de morbilidad" se correlacionó de manera positiva y fuerte con el factor de humor depresivo, con el factor de depresión y con el factor afrontamiento de evitación. De manera negativa con incapacidades y positivamente pero débil con ingreso familiar, con factor de auto percepción triunfador y con factor de distimia. Se observa de manera concluyente que existe una relación positiva entre la disminución del bienestar físico y la incidencia de humor depresivo, depresión, estilo de afrontamiento evitativo y apoyo social. La depresión conduce al malestar físico y a la aparición de diferentes

dolencias orgánicas como se ha especificado desde la teoría, el evitar los problemas y “sacarles la vuelta” sin enfrentarlos ya sea para resolverlos o buscar ayuda para hacerles frente, conduce a los sujetos a que el problema reduzca la posibilidad de sentirse bien, pues al evitar el problema no se ocupan de él, pero sí se preocupan por y éste puede restarles tranquilidad emocional, también puede conducir a conductas de evitación como el tomar alcohol o fumar más que empeorarán la salud; el apoyo social y “la condición de morbilidad”, pueden estar relacionados en la medida en que los malestares físicos o la sintomatología percibida por los sujetos ofrece la posibilidad de ganar apoyos, escucha, compasión y caridad de las personas que conviven con el sujeto, de tal manera que se convierten en una posibilidad del sujeto de tener atención de los miembros de su familia y de su entorno. Estos pacientes viven en torno a su padecimiento.

Respecto a la correlación negativa de la variable de “**condición de morbilidad**” y la variable de incapacidades se infiere que quienes se incapacitan más, no son los que han perdido su salud; en otras palabras, quienes tienen menos incapacidades se auto perciben con peor salud. El reporte de incapacidades es de 28.3% en esta muestra, mientras que el Seguro Social en su boletín mensual de Abril de 2003, reporta que de cada cien asegurados se incapacitan 3 personas, en promedio diariamente. Las condiciones laborales de los trabajadores de la institución paraestatal son precarias, en muchas ocasiones se les hace trabajar más de las horas por las que fueron contratados y los salarios son muy bajos como ya se describió al inicio de la discusión, ésta puede ser una de las causas de las incapacidades sin que exista la necesidad por enfermedad; por el gran número de mujeres de la muestra, por la edad de éstas y el número de hijos se sugiere que la causa de la incapacidad estuviera

relacionada a la maternidad, así como la variable de hospitalizaciones como se indica en el siguiente párrafo.

Respecto a la relación entre las variables de mayor ingreso familiar, factor de auto percepción triunfador, presencia del factor distimia y la “condición de morbilidad” se puede inferir que al aumentar el ingreso, hay más responsabilidades por cumplir, o más miembros de la familia deberán cumplir con responsabilidades externas; en cuanto a la autopercepción triunfador, aumenta la autoexigencia del sujeto, tal vez sin contar con las habilidades y conocimientos para responder a la exigencia de continuar siendo triunfador, aún a costa de su salud; el factor distimia es uno de los factores de las escalas de depresión, que por si misma, demuestra más adelante ser el principal elemento que depauperiza la salud. La variable hospitalizaciones correlacionó negativamente, por lo que se infiere que quien tiene peor estado de salud no necesariamente es quien se hospitaliza, en esta última condición es necesario aclarar que las hospitalizaciones fueron referidas sólo por las mujeres, por lo que pueden haber ocurrido por causas relacionadas a la maternidad lo que no significa enfermedad o detrimento de la salud.

Tratando de tener más certeza en este objetivo, se realizó un análisis de correlación entre el factor “**nervios**” (síntoma con la mayor incidencia) de la escala de síntomas físicos con los tres factores de afrontamiento, resultando significativo sólo el factor evitativo; nuevamente el factor de evitación es el único que correlaciona con malestar físico, pero la correlación es pobre, no es concluyente; mientras que el análisis de correlación entre el factor de depresión y el síntoma nervios fue significativo, se sugiere que la depresión conduce a un aplanamiento afectivo, pérdida de futuro, preguntarse si ¿hay algo que vale la pena?, puede implicar un

dolor más profundo e incluso la sensación de pérdida de sentido, ante el síntoma nervios.

Al comparar las variables psicosociales, de afrontamiento y el estado de salud por sexo y edad; los resultados fueron que en el análisis de comparación de medias por sexo de las variables de salud y las variables psicosociales, fue significativa la variable de hospitalizaciones, además sólo las mujeres refirieron haber estado hospitalizadas y la variable afrontamiento de evitación. En cuanto a la edad los análisis no arrojaron diferencias significativas. Ante estos datos se puede inferir que las mujeres se hospitalizan más (probablemente por causas relacionadas a la maternidad, como ya se mencionó) y acerca del factor de afrontamiento evitativo que estuvo relacionado con -mostrarse insensible y negarse a creer lo sucedido- las mujeres tienden a ser más “aguantadoras” y resistentes ante las “condiciones de morbilidad”.

En el objetivo número 5, donde se propuso la generación de un modelo que explicara el estado de salud o condición de morbilidad de los sujetos, el resultado fue que la depresión y el humor depresivo explican la variable dependiente “condición de morbilidad” de la siguiente manera: significativo con el factor de Humor Depresivo, en segundo término el factor de depresión y en tercero complementando el modelo, el número de incapacidades.

El modelo con estas tres variables predictoras significa que la varianza de la “condición de salud física” se explica en un 47.5% en función de estas variables.

En este estudio se comprueba, que la depresión desde cualquiera de sus modalidades causa un efecto mayor en la población que algunos otros elementos “patógenos” conocidos y estudiados por las ciencias de la salud.



A manera de conclusión lo que se puede afirmar es que la depresión se relaciona de forma contundente con el proceso de salud enfermedad de las personas, causando un detrimento importante de su bienestar. La tristeza, pérdida de placer, inhibición psicomotriz, insomnio, dificultad para tomar decisiones, son síntomas frecuentes de esta enfermedad, más de 400 millones de personas se encuentran en las estadísticas de la depresión en el mundo, ¿de éstas cuantas personas estarán recibiendo solamente un tratamiento sintomático? sin un diagnóstico acertado y un tratamiento multidisciplinario efectivo y actualizado, con las repercusiones como tener un bajo rendimiento en el trabajo, presentar problemáticas familiares de diversa índole, poca motivación para el desarrollo, problemas de atención, suicidios, ideas fatalistas y detrimento importante de su bienestar y salud.

## 9. RECOMENDACIONES:

En México, país en desarrollo, orientado a ofrecer servicios de salud de segundo y tercer nivel, se hace necesario gestar y aplicar modelos más integrales de salud, tanto desde la manera como se entiende y conceptualiza la salud y la enfermedad; como desde los modos en los que se pretende educar a la población para mejorar sus estilos de vida y cambiar conductas enfermógenas, desde los programas de promoción y prevención en salud aplicados a las personas, familias y comunidades, donde una condición fundamental de estos programas deberá ser la promoción de la salud mental, mediante la facilitación en el desarrollo de habilidades para la vida como son la autoestima, asertividad, toma de decisiones, tolerancia a la frustración y habilidades sociales para construir mejores redes interpersonales; por supuesto, la prevención y atención de la depresión, en todas sus manifestaciones; así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento resolutivo (a pesar de que en este estudio el afrontamiento no resultó predictor de salud).

La salud constituye un recurso social importante que mueve políticas y decisiones, determina el avance social y el desarrollo tecnológico de los pueblos, por lo tanto para el Estado es un rubro de atención indispensable.

Es necesario proponer nuevas investigaciones para aumentar nuestro conocimiento acerca de los principios necesarios para facilitar los diferentes tipos de aprendizaje, como mediador del cambio de conductas y estilos de vida, líneas de investigación que orienten el trabajo clínico tanto en personas como en comunidades.

Otro rubro en el cual son necesarias las aportaciones de la investigación detallada y analítica son el efecto del estrés y las emociones positivas y el sistema inmunológico.

En general tener mayor conocimiento acerca de los factores psicosociales y los

mecanismos a través de los cuales el cerebro, incluyendo los más altos procesos mentales, involucra las condiciones de salud de las personas.

En cuanto al hallazgo importante de depresión como predictor importante de la condición mórbida, la OMS (2001) afirma que para el año 2020 será la causa más frecuente de consulta médica. Pero los pueblos no le han dado la importancia que requiere un adecuado diagnóstico y atención precisa; en cuanto a la prevalencia, por ejemplo, en México Frenk afirma que los trastornos emocionales ocupan el quinto lugar como causa de enfermedad, además son indicadores de muerte temprana, malestar subjetivo y discapacidad, ya que 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. En un reciente estudio sobre prevalencia de depresión en adultos mayores de 18 años, en todos los Estados de la República Mexicana, se encontró que en el caso de hombres las cifras más elevadas se encontraron en Jalisco, con 5%; En las mujeres la prevalencia más alta se encontró en Hidalgo con 9.9%, Jalisco con 8.2% y el Estado de México con 8.1% (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005), en estos datos se observa una vez más, que las mujeres presentan mayores índices de depresión.

En algunos otros países latinoamericanos se presume que apenas el 5% de los pacientes deprimidos están adecuadamente diagnosticados y en tratamiento correcto. Por lo tanto, resulta necesaria la participación activa en el entrenamiento para el diagnóstico de la depresión de grupos de médicos de diversas especialidades, ya que la mayoría de las veces son la primera referencia para los pacientes. Se debería tomar en cuenta que estos datos pueden ser una luz amarilla en el quehacer de los profesionales de la salud, para realizar prevención y promoción de la salud de

manera más efectiva, en poblaciones con características similares. Por supuesto, se recomienda explorar más acerca de este hallazgo, en poblaciones de trabajadores con características similares o diferentes.

Un gran número de autores señala la importancia del estudio de los estilos de afrontamiento y su relación en el estado de salud de los sujetos; sin embargo, en esta tesis el resultado no tiene la relevancia esperada, por lo que se señala la necesidad de proponer e instrumentar líneas de investigación sistemáticas que proporcionen elementos para conocer si en realidad es consistente esta variable en el contexto social de los mexicanos, puesto que la correlación no es contundente.

## 10. BIBLIOGRAFIA:

- ABRAMSON, L. Y., METALSKY, G. I., & ALLOY, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 96, 358-372.
- ABURTO, C. (2001). Estilos de vida y salud: su efecto en la mortalidad. *Psicología y salud*. 11 (2) 53-59.
- ADER, R., COHEN, N., FELTEN, D. (1991). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press. 2ª. ed.
- ADUNA, A., P. (1998). *Afrontamiento, Apoyo social, y soledad de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental*. Tesis para obtener el grado de Maestra en psicología Educativa. México: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México.
- ANDRADE, P., (2000). Ambiente Familiar de jóvenes usuarios de alcohol y tabaco. *La Psicología Social en México*. 8, 590-595.
- ANIORTE, H., N., (1997). *Salud y Estilos de Vida, Salud y Contexto Cultural*, Venezuela: Distrito de Medicina Social, Universidad de Venezuela.
- ANIORTE, H., N., (2003) *Estrés y Adaptación. Estrés y Trastornos Psicofisiológicos*. Manuscrito para docencia, no publicado. España: Área de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ARGYLE, M. (1987). *The Psychology of Happiness*, Londres: Methuen.
- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. APA

- ASILI, N., JULIÁN, T., (1998). Apoyo social y bienestar psicológico en la juventud y la vejez. *La Psicología Social en México*. 7, 423-428.
- AYALA V., H. y VÁZQUEZ, P., F. (2001). *La Formación Profesional del psicólogo en el campo de la Salud, la Educación, los Procesos Sociales y las Organizaciones: el Internado en psicología General de la Facultad de Psicología de la UNAM*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- BARON, R.,A. (1990). Environmentally induced positive effect: The impact on self-efficacy, task performance, negotiation and conflict. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 368-384.
- BARRAGÁN, T., N. AYALA, V.,H., REYNOSO, E., L., SELGINSON, N., I., BARRÁGAN, T., L., AMPUDIA, R.,A., VÁZQUEZ, P.,F., ECHEVERRÍA, S., L., DÍAZ, S., L., MORALES, Ch., S. (2001). La formación Profesional del Psicólogo en el Campo de la Salud: programas de entrenamiento práctico bajo Supervisión (PEPS). En H. Ayala, *La Formación Profesional del Psicólogo en el campo de la Salud, la Educación, los Procesos Sociales y las Organizaciones: el Internado en psicología General de la Facultad de Psicología de la UNAM*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- BARRIGA JIMENEZ, S., (1992). La salud ¿para qué? Elementos de Psicología Social en la promoción de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (1), 3-20.
- BARRIOS, S.R.L. & FERREIRA, J.H.G.(1999). Planejamento em Saúde. In: *Revista Saúde e Cidadania*, 362(1), 2, 11-26.
- BAGES, N., FELDMAN, L., CHACÓN, G. (1995). Patrón de Conducta tipo A y Reactividad Cardiovascular en Gerentes. *Salud Pública de México*. 37, 1, 47-56

- BAYÉS, R. (1987). Factores de Aprendizaje en la Salud y la Enfermedad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento* 5 (1) 119-135.
- BECOÑA, E., OBLITAS, L., VÁZQUEZ, F., (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En E. Becoña (coord.), *Psicología de la Salud* México: Plaza y Valdés.
- BECK, A., RUSH, A., SHAW, B., EMERY, E. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- \_\_\_\_\_(1976). *Cognitive therapy and the emocional disorders*. New York: International University Press.
- BEKLER, J., (2003). La medicina como ciencia y la patología celular. En *Crónica de la Medicina*. México: Senosian e Intersistemas S.A. de C.V.
- BELLÓ, M., PUENTES-ROSAS, E., MEDINA-MORA, M.E., LOZANO, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica*. 47 supl 1:S4-S11.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B., RAMOS, F., (1996). *Manual de Psicopatología*, Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- BERMANN, S. (1983). Nuestra concepción de Salud Mental. *Salud problem*. UNAM-X. 9, 7-9.
- BIRK, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune & Stratton.
- BLONNA, R. (1996). *Coping with Stress, in a changing world*. St. Louis Missouri : Mosby.
- BRANON, L., FEIST, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson.

- BROWN, G., W. (1993). Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosomatic Medicine*. 55, 248-259.
- BUELA-CASAL G., CARROBLES, J., A. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En: G. Buena-Casal, V.E. Caballo, J.C. Sierra (Dirs.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. (pp. 3-12). Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- CABALLO, V., E. (1996). Evaluación de las Habilidades Sociales. En: G. Buena-Casal, B.E. Caballo, J.C. Sierra (Dirs.) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. (pp. 377-421). Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- CABALLO, V., E., SIMÓN, M., A. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En V. Caballo, *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.
- CASTAÑEDA, C. (1996). Problemas y avances en la historia de la sexualidad. En T. Lartigue y H. Ávila (Compiladores), *Sexualidad y reproducción humana en México* (pp. 79-97). México: Plaza y Valdés y UIA.
- CASULLO, M. (2001). *Psicología Salugénica o positiva. Algunas reflexiones. Anuario 8*. Argentina: Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Ibero América, Cuadernos de Evaluación Psicológica*, Buenos Aires: Paidós Ibérica
- CELIS, R., R., (2002). *Apuntes personales de la asignatura de Estrés y Calidad de vida*. Carrera de Psicología. Guadalajara: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.



- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL. (2003). *Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CHANT, S. (1998). Mitos y realidades de la formación de las familias encabezadas por mujeres: el caso de Querétaro, México. En S. Chant (Coord.) *Mujeres y Sociedad: salario, hogar y acción social en el Occidente de México*. Guadalajara: El Colegio de Jalisco, CIESAS de Occidente.
- CHARNEY, D., S. HENINGER, G., R. (1985). Noradrenergic Function and the Mechanism of Action of Anxiety Treatment. *Archive General Psychiatry*. 42. 31-39
- CHÁVEZ, S. (1996). *Boletín de Estadísticas y Epidemiología*. Guadalajara: Secretaría de Salud Jalisco.
- CHOZA, J. (1988). *Manual de Antropología Filosófica*. Madrid: Rialp.
- CRONKITE, K. (1995). *On the Edge of Darkness: Conversations about conquering depression*. New York: Delta.
- DE LA FUENTE, R. (1992). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- DENOLLET, J. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347, 417-421.
- DÍAZ-GUERRERO, R., (1984). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
- DIDIER, M. (1985). Redes Sociales y Búsqueda de Ayuda. *Revista Chilena de Psicología*. 8, (1) 3-7.

- DIENER, E. Y DIENER, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal and Personality and Social Psychology*. 68. (4) 653-663.
- DUGAS, M.J. Y LADOUCEUR, R. (1997). Análisis y tratamiento del Trastorno por Ansiedad Generalizada. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 211-240). Madrid: Siglo Veintiuno.
- DUQUE de ESTRADA A. M. (1997). *Patrón A de Conducta Coronaria*. Tesis para el título de Especialista en Psicología de la Salud. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- DURÁN, G., L., (1998). La participación del Psicólogo en la atención integral a la salud. (G., Rodríguez, M., Rojas, Coord.) *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- DURÁN-ARENAS, L., GALLEGOS-CARRILLO, K., SALINAS-ESCUADERO, G., MARTÍNEZ-SALGADO H., (2004). Hacia una base normativa mexicana en la revisión de Calidad de Vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México*. 46 (4) 306-315.
- DUBY, G. (1995). *Año 1000, año 2000, la huella de nuestros miedos*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- ENGEL, G., L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- EVERLY, G., S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. New York: Plenyum Press.

- EYSENCK, H., J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- \_\_\_\_\_ (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford.
- FELCE, D. AND PERRY, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 16. (1), 51-74.
- FEUERSTEIN, M., LABBÉ, E., E., Y KUCZMIERCZYK, A., R. (1986). *Health Psychology: A psychobiological prespective*. New York: Plenum Press.
- FIGUEROA, I., VÁZQUEZ, L. (1996). Una Experiencia de Trabajo Comunitario con Mujeres. *Psicología y Salud*. 8, 53-62
- FLECK, L. (1979). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Barcelona: Alianza Universidad.
- FLOREZ-ALARCÓN, L. (1997). Análisis de un Programa de Autocontrol Comportamental para la Promoción de la Salud en Población Adulta. *Psicología Conductual*, 5, (3), 313-344.
- FOLKMAN, S. (1984) Personal control and stress and coping processes: A theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- FOUCAULT, M. (1989). *Vigilar y castigar*. Argentina: Siglo veintiuno.
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R., H. (1959). *The type A behavior and your heart*. New York: Knof.
- FROJAN, M., X. SANTACREU, J. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas*. Valencia: Promolibro.

- GARCÍA PEÑA, C. (2003). *El envejecimiento de la población asegurada por el IMSS: implicaciones demográficas, económicas y para los servicios de salud*. Conferencia Regional Americana AISS-CISS, Barbados. Recuperado el 14 de julio de 2004.  
<http://documents%20and%20Settings/Configuraci%F3n%20local/Archivos%20temporales%20de%20Internet/Content.IE5/YV2JYHEZ/301,1,Slide 1>
- GLANTZ, S., A. & PARMLEY, W.,W. (1991). Passive smoking and heart disease: Epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation*. 83, 1- 12.
- GOLDBAUM, M. (1997). *Estilos de Vida y Modernidad. Evaluación de las Reformas en Políticas Sociales. Investigación en Salud en América Latina y el Caribe*. Uruguay: Centro Internacional de investigaciones para el Desarrollo.
- GÓMEZ DE LEÓN, J. (1998). La Familia Mexicana en el Tercer Milenio. Fenómenos Sociales y Familias Emergentes. México: DIF, UNICEF y El Colegio de México. Pinacoteca.
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, M. (1986). *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos Ingresos de Guadalajara*, Guadalajara: El Colegio de Jalisco, CIESAS.
- GONZÁLEZ FORTEZA, C., MORALES-CARMONA, F., GUTIERREZ-CALDERÓN, E. (1997). Indicadores clínicos de malestar psicológico en pacientes obstétricos y ginecológicos. Un estudio comparativo en México. *Psicopatología* 12, 147-152.
- GOODWIND, S.,C. (1993). Microbiology of Helicobacter Pilory. *Gastroenterology Clinics of North America*. 22, 5-19.

- GRAU, A., J. (1998). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En G. Rodríguez (Coord.) *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología UNAM.
- GUTIÉRREZ, G., GÓMEZ, R., JACKSON, H., MANJARRÉS, I. (2000). ¿Cuál es el pensamiento social de los vecinos de la Purísima sobre el Medio Ambiente? *La Psicología Social en México*. 8, 353-359.
- GUYTON, A., C. (1987). *Tratado de Fisiología Médica*. México: Interamericana.
- HEITKEMPER, M., JARRET, M., CAIN, K. (2002). A comprehensive self- management Program reduces symptoms and enhances quality of life in women with IBS. *Gastroenterology*. 122, 56-70.
- HERNÁNDEZ, J., C. (2002). Apuntes personales del Curso-taller: Rompiendo paradigmas en Educación Sexual. Guadalajara: ITESO.
- HERNÁNDEZ-MELÉNDEZ, E., PALOMERA, A., DE SANTOS, F. (2003). Intervención psicológica en las Enfermedades Cardiovasculares. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- HOFSTEDE, G. (1999). *Cultura y organizaciones. El software mental*. Madrid: Alianza Editores.
- HOLAHAN, Ch., MOOS, R., (1987). Risk, Resistente, and Psychological Distress: A Longitudinal Análisis with Adults and Children. *Journal of Abnormal Psychology*. 96 (1) 3-13.
- HOWLAND, R., H. (1993). Chorinc depression. *Hospital and Community Psychiatry* 44, 633-639.

- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2001), Síntese dos indicadores sociais 2000. Río de Janeiro: IBGE.
- INEGI 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo de Población y Vivienda. México: INEGI.
- JENKINS, D. (1982). Psychosocial risk factors for Coronary Helth Disease. *Acta Médica Escandinava*. 600, 123-136.
- KELLAM, S.,G., REBOK, G.,W. (1992). **Building Developmental and Etiological Theory through Epidemiologically Based Preventive Intervention Trials**. Baltimore: Kerlinger.
- KENDELL, R.E. (1976).The classification of depression: A review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry*. 117, 257-266.
- KENNERLY, R., C. (2002). *A Brief History of the Origins of Behavioral Medicine. The Formation of the Field and its Roots in Medical Mind Body Dualism*. Denton: University of North Texas.
- KLIKSBERG, B. (1999). *Inequidad en América Latina. Un tema clave*. México: DIF Nacional.
- KOHLMANN, C., W. (1993). Developmentof the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En: H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J.G. Draguns (Eds.) *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). New York: Springer Verlag.
- KRAUSE, N. (1987) Exploring the impact of a natural disaster on the health and psychological wellbeing of older adults. *Journal Human Stress* 13, 61-69 .

- LAGARDE, M. (1997). Presentación. En G. Sayavedra y E. Flores. (Coord.) *Ser Mujer: ¿Un riesgo para la Salud?* México: Red de Mujeres, A.C.
- LARA, M.,A. (1996). *¿Es difícil ser Mujer? Una guía sobre depresión.* México: Instituto Mexicano de Psiquiatría e Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa.
- \_\_\_\_\_ SALGADO DE SNYDER, N. (1993). Mujer, pobreza y salud mental. En: Grupo Interdisciplinario sobre Mujer Trabajo y Pobreza (GIMTRAP). *Las mujeres en la pobreza* (243-291). México: El Colegio de México.
- LAZARUS, R. (2000). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud.* España: Desclée de Brouwer.
- \_\_\_\_\_ FOLKMAN, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.
- LEAVELL, H., CLARK, E. (1953). *Textbook of Preventive Medicine.* New York: McGraw-Hill.
- LEVI, L. y ANDERSSON, L. (1980). *La Tensión Psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de Vida.* México: El Manual Moderno.
- LEVI, S. (1992). *La Pobreza en México.* México: Premio nacional de Economía. Banamex.
- LEWINSOHN, P., M.; HOBBERMAN, H., M.; TERI, L.; HAUTZINGER, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R.R. Bootzin (eds.) *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academia Press.

- LÓPEZ, M.,P. (1998). *Género y Familia. La Familia Mexicana en el Tercer Milenio*. México: DIF, UNICEF y El Colegio de México.
- LURIA, R.A. (1982). *Cuadro Interno de la enfermedad y patologías iatrógenas. Antología de patopsicología* (J. Grau, Traduc.) Moscú: Universidad Estatal de Moscú.
- MASON, J., W. (1968). A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenocortical system. *Psychosomatic Medicine*. 30, 576-607.
- MATARAZZO, J., D. (1980). Behavioral health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*. 35, 807-817.
- \_\_\_\_\_ (1982). "Behavioral health' challenge to academic, scientific and professional psychology". *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- \_\_\_\_\_ (1984). Behavior immunogens and pathogens in health and illness. B.L. Hammonds. In C., J., Scheirer (eds.) *Psychology and Health : The masters lecture series vol. 3*. Washington: American Psychological Association.
- MAYO, I., (1999). *Estudio de los constituyentes psicológicos del estilo de vida*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Cuba: Universidad de La Habana.
- McCULLOUGH, J., P. (2003). *Tratamiento para la Depresión Crónica. Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo-conductual*. México: Manual Moderno.
- MEDA - LARA, R., M. (1998). *Estrés y salud en Trabajadores de la Micro y Pequeña Industria de la Zona Metropolitana de Guadalajara*. Tesis de grado, doctorado en Psicología. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.



MEDINA-MORA, M.E., RASCÓN, M., TAPIA, R., MARIÑO, M., JUÁREZ, F., VILLATORO, J.(1992). Transtornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. En: H. Pérez-Rincón, (ed.) *Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México: Láser SA de CV.

\_\_\_\_ Salgado de Snyder, N., Lara, M.,A., Ramos, L., Mariño M.,C. (1996). Psicología y Salud: modelos para el estudio de los factores psicosociales en la génesis y curso del malestar emocional, adicciones y violencias. En G. Ortiz Viveros (Coord.) *Psicología y Salud. La experiencia mexicana* (pp. 41-70). Xalapa: Universidad Veracruzana.

MEJÍA, E., N. (1998). *Descripción de Actitudes y Prácticas en estilos de Vida Saludables en Médicos y personal de Enfermería, Metrosalud 1997*. Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Epidemiología de la Universidad CES. Colombia: Universidad de Antioquia.

MICHALOS, A., C. (1986) .An Application of Multiple Discrepancies Theory (MDT) to Seniors. *Social Indicators Research*, 18, 349-73.

MOSKOWITZ, M. (1993). More Than a Headache. *Sciences*. 33. (5), 9.

MOOS, R., H. (1984). *Coping with Physical Illness 2:New perspectives*. New York: Plenum.

\_\_\_\_ AND BILLINGS, A.,G. (1982). Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. *Conceptualising and measuring coping resources and processes*. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), (212-230). New York: Free Press.

- \_\_\_\_\_ (1982). *Health and daily living form [HDL]*. California: Social Ecology Laboratory Department of Psychiatric and Behavioral Sciences Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- \_\_\_\_\_ AND CRONKITE, R., C.; BILLINGS, A., G.; FINEY, J. W. (1984). *Health and Daily Living Form Manual. Health and Daily Living (Adult Form B) [HDL]*. California: Social Ecology Laboratory Department of Psychiatric and Behavioral Sciences Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- \_\_\_\_\_ AND COLS. (1988). *Health and Daily Living Form Manual. Health and Daily Living (Adult Form B) [HDL]*. (AYALA V., H.; ADUNA, A., P.; VÁZQUEZ, H.; LOZANO, A. Traduc. adaptación y validación en México del Manual de la escala de Salud y Vida Cotidiana. Escala HDL en 1988). México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. (Trabajo original publicado en 1984).
- MORALES CALATAYUD, F. (1995). Psicología y salud en el siglo XX: aproximación desde la psicología como disciplina y profesión. *Psicología y Salud, Nueva Época*. 6. 143-156.
- MUERHER C., P., KORETZ D.S. (1992). Issues in Preventive Intervention Research. *Current Directions in Psychological Science*. 1 (3) 109-112.
- NEWMANN, J., P. (1986) Gender Life strains and Depression, *Journal of Health and Social Behavior*. 27. 161-178.
- OLDEN, K., W., DROSSMAN D., A. (2000). Psychologic and psychiatric aspects of gastrointestinal disease. *Md Clinics of North America*. 84: 1.313-1.327.
- OLEA, O. (1989). *Catástrofes y monstruosidades urbanas*. México: Trillas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760. Ginebra: OMS. Recuperado el 24 de Octubre de 2004.  
[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)

\_\_\_\_\_(1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator.

ORTIZ, V., G. (1996). *Psicología y Salud, la Experiencia Mexicana. Psicología y Medicina: Viejos problemas, Nuevas perspectivas*. Xalapa: Universidad Veracruzana.

OLVERA L., Y. (1996). *Programa de Manejo y Control del Estrés*. México: Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica (ESIME), Unidad Culhuacán, del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

PALACIOS, J., J. (1998). El estrés en la salud y en la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su tratamiento. (G., Rodríguez, M., Rojas, Coord.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

\_\_\_\_\_(1996). La Psicología de la Salud. Conferencia no publicada, dictada en el ITESO, propedeúico del programa de Maestría en Psicología General Experimental, convenio UNAM/ITESO.

PALOMAR, L., J. (1994). Algunas Conceptualizaciones sobre Calidad de Vida. *Umbral XXI*. 16. 25-34.

- PALOMAR, V., C. (1998). Una experiencia de trabajo en salud popular con mujeres de la ciénega de Chapala. *Mujeres y Sociedad: salario, hogar y acción social en el Occidente de México*. Guadalajara: El Colegio de Jalisco. CIESAS de Occidente.
- PAOLASSO, A. (1998). Clasificación de los tipos de estrés. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*. No. 41, pp 23-30.
- PENICHE, B., W. (2000). Bienestar subjetivo y apoyo social en el tercera edad. *La Psicología Social en México*. 8. 653-659.
- PÉREZ H., T.Y. Y TORRES A., V.A. (1999). *Malestar Emocional Femenino: La Experiencia Oculta de la Pobreza Urbana*. Tesis Profesional de Licenciatura de Psicología. Guadalajara: ITESO.
- PETERSON, W.,L. (1991). Helicobacter Pilory and peptic ulcer disease. *New England Journal*. 324, 1045-1048.
- PICK, S., AGUILAR, J.A., RODRÍGUEZ, G., REYES, J., COLLADO, M.E., PIER, D., ACEVEDO, M.P., VARGAS, E. (2002). *Planeando tu vida*. Séptima edición. México: Planeta.
- PNUD. (2002). *Índice de Educación, Apéndice Estadístico del Informe Sobre Desarrollo Humano México 2000*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ONU.
- PRICE, R.H., LORION, R.P. (1989). *Prevention Programming as Organizational Reinvention*. University of Michigan, Ann Arbor-University, Maryland. Maryland: College Park.

- PROGRAMA DE ACCIÓN: ADICCIONES, ALCOHOLISMO Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. (2001). México: Secretaría de Salud. Primera Edición.
- RAHE, R.H. ARTHUR, R.,J. (1978). Life Change and illness studies: past history and future directions. *Journal of Human Stress*. 4, 3-15.
- RAMÍREZ, R.,J., URIBE V.,G., GUTIERREZ DE LA TORRE, N.,C. (1995). **Género y Salud**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- RAVELO, P. (1995). Género y salud femenina: Una revisión de las investigaciones en México. (En S., González Montes, comp.) *Las Mujeres y la Salud*. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México.
- RE, C. (2004). *Definiciones sobre salud y su relación con los principios éticos Universales. Consecuencias para la ética profesional en enfermería y otras ciencias sanitarias*. Obtenido el 23 de noviembre, 2004 desde <http://ilustrados.com>.
- REHM, L., P. (1977). A self-control model of depresión . *Behavior Therapy*. 8, 787-804.
- RESTREPO, H., MÁLAGA, H., (2001). *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable*. Colombia: Panamericana.
- RIBES, E. (1990). *Psicología y Salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- RODRÍGUEZ ORTEGA G., ROJAS R. M. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología UNAM.

- RYFF, C., KEYES, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4): 719-772.
- SÁNCHEZ SOSA, J., J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. (En G., Rodríguez, M., Rojas, Coord.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México. Facultad de Psicología UNAM.
- SANDÍN, B. (1996). Estrés y trastornos emocionales. En: Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (ed.) *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- SANDÍN, B., CHOROT, P. (1987). *Cuestionario de sucesos vitales, (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Manuscrito no publicado.
- SANTACREU, J. (1991). Psicología de la Salud. Marcos teóricos y Modelos. *Revista Psicología de la Salud*. 3, 3-20.
- SANTACREU, J., MARQUEZ, M.O., RUBIO, V. (1997). La Prevención en el Marco de la Psicología de la Salud. *Revista Psicología y Salud*. México: Universidad Veracruzana. 10, 81-92.
- SANTOS, O., M. (1998). Salud Pública. Promoción de la Salud y Educación para la salud. (En G., Rodríguez, M., Rojas, Coord.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- SCHOTT, H. (2003). Crónica de la Medicina (*Die Chronik der Medizin*). (L. Cortina y R. Fenollosa. Trads.) México: Intersistemas S.A. de C.V. (Trabajo original publicado en 1993).

SECRETARÍA DE SALUD. (2001). Boletín de Información estadística No. 21, 2001, Vol. IV. Dirección general de Información y Evaluación del Desempeño. Cuenta de la Hacienda Pública y Dirección general de Equidad y Desarrollo en Salud.

SELIGMAN, M., E. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

SELYE, H. (1974). *Stress without distress*. New York: Signet.

SKINNER, H., A. (1994). *The Computerized Lifestyle Assessment 2.0, user manual*. Canadá: Multi-Health Systems Inc.

SOBERÓN, G., VALDÉS, C., CASO DE, O. (1989). La Salud sin fronteras y las fronteras en la salud. *Salud Pública de México*. 31, (6), ISSN 0036-3634. 813-822.

STONE, G.,C. (1990) An international review of the emergence and development of health psychology. Special Issue. *Psychology and Health*, 4 (1), 3-17.

SZASZ, R., I. (1995). La condición social de la mujer y la salud. En Soledad González Montes, (comp.) *Las Mujeres y la Salud*. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.

\_\_\_\_\_ (1997). La pobreza estudiada desde la perspectiva de género: estado del conocimiento. En J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusidman, V. Salles, C. Talamante y J. Townsend (Coords.) *Las mujeres en la Pobreza*. México: Grupo Interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza, El Colegio de México.

TALLEY, N.J., OWEN, B.K. BOYCE, P., PATTERSON, K. (1996). Psychological Treatments

For Irritable Bowel Syndrome: a critique of controlled treatment trials. *Am. Journal Gastroenterology*. 91. pp 277-283.

- TAPIA CONYER, R. (2002). *La epidemiología en la Historia de México*. México: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.
- TAYLOR, S.,E. (1986). *Health Psychology*. Nueva York: Random House.
- TOLEDO, R. (1994). *La Medicina Conductual, Alcances y Limitaciones*. Conferencia dictada en la XIX Semana de Psicología. Guadalajara: ITESO.
- URBINA, J. Y RODRÍGUEZ, G. (1993). *El psicólogo en el sector salud en México*. Palacios, J., Lucio, E., (eds.). Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- VALDÉS, M., FLORES, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- VÁZQUEZ, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- VÁZQUEZ, C. Y SANZ, M. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos (Coord.) *Manual de Psicopatología*. Vol 2 (pp. 341-378). España: Mc Graw-Hill.
- VEENHOVEN, R. (1991). "Is Happiness Relative? *Social Indicators Research*. 24, 1-34.
- VÉLEZ, F., M.(1994). *La Pobreza en México, Causas y Políticas para combatirla*. México: ITAM.
- VILLASEÑOR, M. (2004). *¿De qué y por qué se enferman y mueren las mujeres mexicanas?* Conferencia Dictada en el Foro: Mujeres, Salud y Sociedad. En el evento estatal de conmemoración del Día Internacional de las Mujeres. Guadalajara Jalisco, 10 de marzo.



- WEINBERGER, D., A. SCHWARTZ, G., E. Y DAVIDSON, R., J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychosomatic patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*. 88, 369-380.
- WEISS, S. M. (1982). Health psychology: the time is now. *Health Psychology*. 1. 81-91
- WEISSMAN, M., M., MERINKAS, K. (1986). The Epidemiology of Anxiety and Panic Disorders. *Journal Clinical Psychiatry*. 47, 36-42.
- WAEDELDE, L., SILVERN, L., Y HODGES, W., F. (1994). Stressful life events: Moderators of the relationships of gender and gender roles to self-reported depression and suicidality among college students. *Sex Roles*. 30, 1-22.
- WELLS, K. B., BURNAM, M.A., ROGERS, W., HAYS, R., Y CAMP, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*. 49, 788-794.
- WERNER S.R., PELICIONI M.C., CHIATTONE, H.,B. (2001). Aportes de la Psicología de la Salud a las propuestas de las conferencias mundiales de promoción en salud: de Alma Ata 1978 a México 2000. *Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana. 11, (2). 73-88.
- WILLIAMS, R. (1989). *The Trusting Heart: Great News About Type A Behavior*. New York: Random House.
- ZOLLA, C., MELLADO, V. (1995). La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En: S. González Montes, (Comp.) *Las Mujeres y la Salud*. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México.

## 11. ANEXOS.

### 1. Escala de Salud y Vida Cotidiana.

Este es un cuestionario general de salud, complementario de un proyecto que tiene como objetivo conocer los aspectos de relación entre síntomas físicos y vida cotidiana de las personas que viven en las grandes ciudades. Este estudio inició en la ciudad de México y ahora se aplicará en la ciudad de Guadalajara. Por favor conteste cada pregunta tan adecuadamente como usted pueda, su participación es de suma importancia. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales, por lo que pedimos que no ponga su nombre ni su firma.

Muchas gracias por su participación.

#### I. ALGUNOS DATOS ACERCA DE USTED.

1. ¿Cuándo nació? día/mes/año.

2. Sexo M F

3. Escolaridad

- |                          |                                    |
|--------------------------|------------------------------------|
| 1) Ninguna               | 6) Estudios Técnicos o comerciales |
| 2) primaria incompleta   | 7) Bachillerato                    |
| 3) Primaria completa     | 8) Normal                          |
| 4) Secundaria incompleta | 9) Profesional                     |
| 5) Secundaria completa   | 10) Postgrado                      |

4. ¿Que religión practica?

1) Católica 2) Judía 3) Protestante 4) Otra 5) Ninguna

5. ¿De que parte de Jalisco es usted?

1) Norte 2) Sur 3) De Guadalajara 4) Sureste 5) Noroeste 6) Otra

6. Estado Civil

1) Soltero 2) casado o en unión libre 3) separado 4) viudo  
5) Divorciado

7. ¿Cuántas veces se ha casado en total?

8. Tiempo de relación (en años) con su última pareja?

9. Trabaja actualmente?

1) No 2) Si, medio tiempo. 3) Si, tiempo completo. 4) Si, más de tiempo completo

#### II. HISTORIA RELACIONADA CON EL EMPLEO

10. ¿Cuántas veces cambió de trabajo en el último año?

11. ¿Cuál es su ocupación actual?

12. Si usted no está trabajando actualmente, ¿cuál es el motivo?

1. Temporalmente desempleado
2. No está empleado y está buscando trabajo
3. No está empleado y no busca trabajo
4. Estudia
5. Mala salud
6. Ama de casa
7. Jubilado
8. Otra razón

13. Si no está empleado, ¿cuánto tiempo ha estado sin trabajo?

- 1) Menos de tres meses
- 2) De tres a seis meses
- 3) De siete a nueve meses
- 4) De diez meses a un año
- 5) Más de un año

14. ¿Cuál es su ingreso mensual?

- 1) No tiene ingreso
- 2) De uno a dos salarios mínimos
- 3) De tres a cuatro salarios mínimos
- 4) De cinco a seis salarios mínimos
- 5) Seis o más salarios mínimos

15. El ingreso mensual para su familia es:

- 1) De uno a tres salarios mínimos
- 2) De cuatro a seis salarios mínimos
- 3) De siete a nueve salarios mínimos
- 4) Diez o más salarios mínimos

### III. SU SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

16. A continuación hay una lista de enfermedades, ¿ha tenido alguna de ellas en los últimos 12 meses? Conteste SI solo si fue diagnosticado por un médico.

SI = 1

NO = 2

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| A) Anemia                      | H) Problemas serios con la espalda |
| B) Asma                        | I) Problemas en corazón            |
| C) Artritis o reumatismo       | J) Presión Alta                    |
| D) Bronquitis                  | K) Problemas en riñón              |
| E) Cáncer                      | L) Tuberculosis                    |
| F) Problema crónico del hígado | M) Úlceras                         |
| G) Diabetes                    | N) Embolia                         |

17. A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UNA LISTA DE SÍNTOMAS FÍSICOS ¿HA PADECIDO FRECUENTEMENTE ALGUNO DE ELLOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Si = 1

NO = 2

- |  |  |
|--|--|
| A) Ha sentido debilidad                          | G) Ha sentido acidez estomacal o indigestión |
| B) Ha sentido calor en todo el cuerpo            | H) Ha sentido escalofríos                    |
| C) Ha sentido que el corazón le late fuertemente | I) Ha tenido manos temblorosas               |
| D) Ha tenido poco apetito                        | J) Ha tenido dolor de cabeza                 |
| E) Se ha sentido nervioso o tenso                | K) Ha tenido estreñimiento                   |
| F) Se ha sentido inquieto                        | L) Ha tenido insomnio                        |

18. A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN ALGUNAS FORMAS DE CÓMO UNO SE SIENTE A VECES. ¿En los últimos doce meses se ha sentido alguna vez así?

SI = 1 NO = 2

- A) ¿Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad?
- B) ¿Ha sentido mucha, demasiada preocupación?
- C) ¿Ha tenido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo?
- D) ¿Ha sentido que su memoria no está del todo bien?
- E) ¿Ha sentido que nada le sale bien?
- F) Se ha preguntado, ¿existe algo que vale la pena?

19. FUMA USTED CIGARROS (si no es así, pase a la pregunta 23)

SI = 1 NO = 2

20. SI CONTESTÓ QUE SI FUMA

1) fuma más que el año pasado. 2) lo mismo 3) menos

21. Por lo general cuántos cigarros fuma diario?

22. ¿Ha sentido algún síntoma físico por fumar demasiado?

¿Qué clase de síntomas ha tenido?

1) Garganta irritada 2) Falta de aire 3) Tos 4) Otros

23. TOMA USTED ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA (vino de mesa, cerveza, brandy, tequila, pulque, ron etc.) (Si no es así pase a la pregunta 27)

SI = 1 NO = 2

24. SI RESPONDIO QUE SI, ¿con que frecuencia tomó usted durante el mes pasado? ¿También marque por favor que tipo o tipos de bebida tomó usted?

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 1) Nunca               | 1) cerveza          |
| 2) Una vez             | 2) Vino de mesa     |
| 3) 2 o 3 veces         | 3) Mezcal o tequila |
| 4) 4 o 5 veces         | 4) Brandy o ron     |
| 5) Casi todos los días |                     |

25. EN EL ULTIMO MES, ¿CUÁNTO BEBIÓ?

A) Cerveza 1) un vaso

2) 1-2 vasos

3) Un litro

4) 2 litros

5) 3 litros o más

B) Vino de mesa 1) un vaso

2) 2-3 botellas

3) 4-8 botellas

4) 9-12 botellas

5) 15 botellas

C) Brandy, tequila o ron 1) 1 copa

2) 1-3 copas

3) ½ litro

4) 1 litro

5) 1 ½ litros

26 ¿Ha tenido alguna dificultad durante el último año por beber demasiado?

SI = 1 NO = 2

Si su respuesta es sí. ¿Qué clase de dificultades tuvo?

- |                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1) Su salud               | 5) Golpeó a alguien              |
| 2) Su trabajo             | 6) Dificultades en el vecindario |
| 3) Problemas de dinero    | 7) Dificultades con la policía   |
| 4) Discusiones familiares | 8) Dificultades con amigos       |

27. EN EL SIGUIENTE LISTADO SE DAN ALGUNOS DE LOS ADJETIVOS QUE LAS PERSONAS USAN PARA DESCRIBIRSE A SÍ MISMOS.

- |                            |                       |                         |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1) No me describe nada     | a) Agresivo           | g) Accesible, tolerante |
| 2) Me describe un poco     | b) Ambicioso          | h) Activo               |
| 3) Me describe algo        | c) Seguro de mi mismo | i) Feliz                |
| 4) Me describe bien        | d) Calmado            | j) Extrovertido         |
| 5) Me describe exactamente | e) Confiado           | k) Exitoso              |
|                            | f) Dominante          |                         |

28. Sin contar con chequeos médicos (revisiones) ¿Cuántas veces vio al doctor durante el último año?

29. ¿Estuvo hospitalizado alguna vez durante el último año?

SI = 1 NO = 2

30. ¿Estuvo incapacitado debido a problemas de salud? Si fue así, ¿cuánto tiempo? (Número de días)

31. ¿Ha usado usted alguno de los siguientes medicamentos, en los últimos doce meses?

SI = 1 NO = 2

- |                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| A) Pastillas para alergias | G) Laxantes                      |
| B) Anfetaminas             | H) Pastillas para el dolor       |
| C) Antibióticos            | I) Pastillas para dormir         |
| D) Antidepresivos          | J) Medicamento para la digestión |
| E) Aspirinas               | K) Tranquilizantes               |
| F) Pastillas para dieta    | L) Vitaminas                     |

32. Algunas veces cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas para solicitar ayuda. En los últimos doce meses recibió ayuda de:

SI = 1 NO = 2

- A) Sacerdote, consejero espiritual o pastor
- B) Consejero familiar o matrimonial
- C) Médico
- D) Psiquiatra o Psicólogo
- E) Policía
- F) Grupo de auto-ayuda
- G) Abogado
- H) Su jefe
- I) Amigos

33. Durante sus últimos doce meses experimentó:

- 1) Nunca 2) Rara vez 3) En ocasiones 4) Casi siempre 5) Siempre

- a) Sentimientos de depresión, tristeza o melancolía.
- b) Poco apetito o pérdida de peso.
- c) Problemas para dormir o dormir demasiado.
- d) Pérdida de energía.
- e) Inquietud.
- f) Lentitud o dificultad para moverse.
- g) Pérdida de interés o placer por sus actividades cotidianas o en el sexo.
- h) Culpabilidad o se ha sentido sin valor o despreciable.
- i) Pensamientos acerca de la muerte o el suicidio.
- j) Llanto.
- k) Sentimientos negativos o pesimistas.
- l) Pensamientos frecuentes sobre cosas negativas.
- m) Sentimientos de incomodidad.
- n) Necesidad de que lo tranquilicen o ayuden.
- o) Lástima o pena por usted mismo.
- p) Síntomas físicos o enfermedades.

#### IV. EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS 12 MESES.

34. Esta es una lista de eventos que le pueden pasar a cualquiera, ¿Le ha ocurrido alguno de ellos en los últimos 12 meses?

SI = 1 NO = 2

En caso de contestar si, favor de indicar, contestando en la misma línea si:

- a) Si logró controlar la situación.
- b) Si ya le había pasado antes.
- c) Si ha sido un evento positivo.
- d) Si ha sido uno de los eventos más negativos.

(Puede contestar más de una respuesta de estos 4 incisos)

- |  |  |
|--|--|
| 1) Cambio de casa.   | 18) Desempleado por un mes o más                     |
| 2) Se graduó.  | 19) Aumento en la carga de trabajo                   |
| 3) Perdió algo de valor sentimental.                             | 20) Fue promovido en el trabajo                      |
| 4) Muerte de algún amigo cercano.                                | 21) Consiguió mejor trabajo.                         |
| 5) Problemas con amigos o vecinos.                               | 22) Aumento en el ingreso.                           |
| 6) Se comprometió sentimentalmente.                              | 23) Incremento sustancial en ingreso                 |
| 7) Se casó.  | 24) Se endeudó fuertemente                           |
| 8) Se separó.  | 25) Su hijo entró a una escuela nueva                |
| 9) Tuvo una reconciliación marital.                              | 26) Su hijo abandonó la casa                         |
| 10) Se divorció.   | 27) Su hijo regresó a casa después de larga ausencia |
| 11) Nació un niño en su familia inmediata.                       |  |
| 12) Dificultades con suegros o parientes políticos.              | 28) Un pariente se cambió a su casa                  |
| 13) Tuvo algún accidente o enfermedad seria.                     | 29) Tuvo problemas legales.                          |
| 14) Muerte de cónyuge.   | 30) Fue asaltado o robado.                           |
| 15) Muerte de un miembro de la familia Cercana (excepto cónyuge) |  |
| 16) Problemas con los superiores en el trabajo.                  | 31) Otro.  |
| 17) Suspendido o despedido del trabajo.                          |  |

35. Indique por favor: ¿cuál (es) de las siguientes formas de actuar utilizó usted y con que frecuencia para tratar de enfrentar un evento?

- 1) Nunca 2) Rara vez 3) En ocasiones 4) Casi siempre 5) Siempre

- 1) Trató de saber más sobre la situación.

- 2) Habló con su cónyuge o con otros parientes.
- 3) Habló con un amigo acerca del problema.
- 4) Habló con un profesionalista ( cura, abogado, médico)
- 5) Rezó para tener una guía o para darse valor.
- 6) Se preparó para el peor de los casos.
- 7) No se preocupó, pensó que todo saldría bien.
- 8) Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido.
- 9) Trató de ver el lado bueno de la situación.
- 10) Se ocupó de otras cosas para no pensar en lo sucedido.
- 11) Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo.
- 12) Consideró varias alternativas para manejar el problema.
- 13) Se guió por sus experiencias pasadas.
- 14) No expresó sus sentimientos.
- 15) Tomó las cosas como venían paso a paso.
- 16) Trató de ver las cosas objetivamente.
- 17) Pensó sobre la situación para entenderla mejor.
- 18) Se dijo cosas para ayudarse a sí mismo a sentirse mejor.
- 19) Intentó no precipitarse actuando impulsivamente.
- 20) Se olvidó del problema por un tiempo.
- 21) Supo lo que había que hacer y se esforzó para que funcionaran las cosas.
- 22) Evitó estar con la gente en general.
- 23) Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes.
- 24) Se negó a creer lo que sucedió.
- 25) Lo aceptó no podía hacer nada.
- 26) Trató de permanecer insensible.
- 27) Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares
- 28) Negoció para rescatar algo positivo de la situación.
- 29) Intentó reducir la tensión:
  - a) Tomando más (cualquier tipo de bebida alcohólica)
  - b) Comiendo más.
  - c) Fumando más.
  - d) Haciendo más ejercicio.
  - e) Tomando más tranquilizantes.

#### V ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA Y AMIGOS.

36. ¿Aproximadamente cuantos amigos tiene sin incluir los conocidos eventuales?
37. ¿Cuántos amigos cercanos tiene?  
(De su confianza con los que usted pueda platicar sus problemas)
38. ¿A cuantas personas conoce de las cuáles usted puede esperar ayuda real en tiempos difíciles?
39. ¿Pertenece usted a algún círculo cercano de amigos que se reúnan con frecuencia?  
SI = 1 NO = 2
40. ¿Durante los últimos doce meses a asistido usted a alguna de las siguientes actividades?  
1) Con la familia o algunos de sus miembros 2) Con uno o más amigos 3) ambos
  - a) Evento atlético.
  - b) Juegos de tablero (ajedrez, damas, etc.)
  - c) Barajas.
  - d) Conciertos o museos.
  - e) Platicó un largo tiempo.
  - f) Ayudó en algún proyecto.
  - g) Dio una vuelta caminando.

- h) Reunión de club u otra organización.
- i) Día de campo.
- j) Nadar o jugar fútbol.

41. ¿Durante el último mes con que frecuencia se reunió con uno o más amigos?

42. Durante el último mes, ¿cuántas veces visitó a sus familiares?  
(Número de veces)

- 1) los visitó en su casa    2) Se reunió con ellos en otro sitio.

43. Las personas llevan a cabo las tareas domésticas de diferentes formas, durante el último mes, ¿Quién realizó las siguientes tareas de su hogar?

- 1) siempre usted.    2) Casi siempre usted.    3) Usted y otro por igual.  
4) Casi siempre otro.    5) Siempre otro.    6) No se aplica.

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| a) compra y comida.                       | h) Manejar los gastos.            |
| b) Planear y preparar alimentos.          | i) Decidir como gastar el dinero. |
| c) Tirar la basura.                       | j) llevar el coche al taller.     |
| d) Limpiar su casa.                       | k) Organizar reuniones familiares |
| e) Hacer los trabajos pesados de la casa. | l) Ayudar a los niños en su tarea |
| f) Hacer reparaciones menores en la casa. | m) Disciplinar a los niños.       |
| g) Arreglar el jardín.                    |                                   |

43.a Si usted indicó que otro le ayudó, esa persona fue generalmente su:

- 1) Cónyuge    2) Hijo    3) Hermano    4) Padres.

## VI. DISCUSIONES FAMILIARES.

44. ¿Algunos de los siguientes temas causan desacuerdo en la familia.?

SI = 1    NO = 2

- |                       |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| a) Amigos.            | h) Ayudar a las tareas de la casa. |
| b) Parientes.         | i) Decidir como gastar el dinero.  |
| c) Hábitos de manejo. | j) Las drogas.                     |
| d) La política.       | k) El alcohol ( la bebida)         |
| e) El dinero.         | l) Fumar cigarros.                 |
| f) El uso del carro.  | m) La disciplina.                  |
| g) Ver televisión.    | n) Las compras importantes.        |

45. Dígame: ¿Cuál es la persona más importante para usted?

- 1) Cónyuge.    2) Padres.    3) Hijo (a)    4) Hermano (a)    5) Otro.

46. Qué tan a menudo hacen ustedes las siguientes actividades?

- 1) Nunca.    2) Rara vez.    3) A veces.    4) A menudo.    5) Siempre.    6) Familia completa

- 11. Calmadamente discuten algo juntos.
- 12. Tienen intercambios estimulantes de ideas.
- 13. No están de acuerdo acerca de algo importante.
- 14. Critican y desaprueban algo importante.
- 15. Pasan unos buenos ratos juntos.
- 16. Se enojan



## VII. DATOS ACERCA DE SU HOGAR

47. Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo: Ordenado-desordenado. Si su hogar está muy ordenado se indicará el número "1", si está muy desordenado se indicará el número "5". Por otra parte si está entre muy ordenado o muy desordenado. Usted me indicará el "2", el "3" o el "4" según el grado que usted considere que describe mejor su hogar.

a) Ordenado	1	2	3	4	5	Desordenado
b) Limpio		1	2	3	4	5 Sucio
c) Confortable	1	2	3	4	5	No confortable
d) Tranquilo	1	2	3	4	5	Ruidoso
e) Iluminado	1	2	3	4	5	Oscuro
f) De buen tamaño		1	2	3	4	5 Pequeño

48. Durante los últimos 2 años, ¿Cuántas veces se ha cambiado de casa? (número de veces).

49. ¿Cuántos años ha vivido en su domicilio actual?

50. ¿Su casa es?

1) Propia 2) Rentada 3) Otra.

51. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su casa?

- 1) Casa independiente.
- 2) Construcción de dos casas (duplex).
- 3) Construcción de tres o cuatro casas.
- 4) Construcción de cinco o más casas.

52. ¿Qué categoría describe mejor su colonia?

- 1) Urbano-comercial o urbano-industrial.
- 2) Unidad habitacional.
- 3) Residencial.
- 4) Popular.
- 5) Rural.

53. ¿Cuántos cuartos hay en su casa o departamento? (incluye cocina, pero no baños)

54. ¿Cuántas recamaras hay en su casa o departamento?

55. ¿Su casa tiene patio o jardín?

Si = 1 NO = 2

## VIII. DATOS ACERCA DE SUS HIJOS.

a. ¿Cuántos hijos viven con usted?

a) Niños:                      b) Niñas:

b. ¿Cuándo nacieron?

a) Niñas: 19 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

b) Niños: 19 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

c. Aquí hay una lista de situaciones. Durante los últimos 12 meses, ¿le han ocurrido algunas de ellas a uno o más de sus hijos?

- a) Alergias.
- b) Anemias.

- c) Ansiedad o tensión.
- d) Asma.
- e) Sentimientos de tristeza o melancolía.
- f) Escalofríos o tos.
- g) Problemas físicos serios.
- h) Problemas académicos en la escuela.
- i) Problemas con otros niños.
- j) Problemas de disciplina en la escuela.
- k) Dolores de cabeza frecuentes.
- l) Comerse las uñas.
- m) Pesadillas.
- n) Sobrepeso o bajo peso.
- o) Problemas físicos serios.
- p) Problemas mentales o emocionales.
- q) Dolores de estómago frecuentes e indigestión.

59. ¿Alguno de sus hijos fuma? SI = 1 NO = 2

60. ¿Alguno de sus hijos usa drogas o medicamentos regularmente?  
SI = 1 NO = 2

61. ¿Alguno de sus hijos toma bebidas alcohólicas regularmente?  
SI = 1 NO = 2

Aplicador \_\_\_\_\_  
Fecha de aplicación \_\_\_\_\_  
Encuesta Número \_\_\_\_\_

Anexo 2

Cuadros de los indicadores de las principales escalas del HDL, Forma B.

**Cuadro 1**  
**Indicadores relacionados con el funcionamiento de salud física**

Escalas	Muestra experimental Pacientes Deprimidos N = 424			Muestra control Adultos de una comunidad N = 424		
	Medias	Desviación estándar	Alpha	Medias	Desviación estándar	Alpha
Autoconfianza	11.3	5.46	.83	14.63	4.31	.77
Síntomas físicos	5.50	3.17	.80	2.25	2.54	.80
Condiciones Médicas	0.98	1.23	*	0.47	0.84	*
Depresión Global	43.95	14.83	.92	19.21	11.79	.92
Talante depresivo	17.86	6.95	.91	7.27	5.45	.990
Depresión endógena	18.55	6.85	.81	7.97	5.28	.80
Rasgos depresivos	26.09	8.62	.84	11.95	7.01	.85
Talante depresivo en los últimos 12 meses	4.29	1.63	.67	2.01	1.74	.69

\*No se observó alpha de Cronbach para los indicadores compuestos de menos de 4 reactivos o en aquellos en los que la estadística no se consideró apropiada, ya que valoraban condiciones esencialmente independientes.

**Cuadro 2**  
**Medias, Desviaciones estándar y consistencias internas para los indicadores del uso de sustancias, Forma B**

	Pacientes deprimidos n= 424			Adultos de una comunidad n= 424		
	Medias	Desviación estándar	Alpha	Medias	Desviación estándar	Alpha
Consumo cuantitativo	2.10	2.25	*	2.55	2.73	*
Frecuencias cuantitativas	0.49	0.87	*	0.76	1.72	*
Problemas de ingesta	0.22	0.77	.74	0.11	0.56	.74
Uso de medicamentos	2.64	1.72	.54	2.01	1.52	.53

En las tablas 1 y 2 se muestran las medidas, desviaciones estándar y las consistencias internas (Alpha de Cronbach) de estos dos conjuntos de indicadores respectivamente.

**Cuadro 3**  
**Funcionamiento y ambiente familiar**

	<b>Pacientes deprimidos n=424</b>			<b>Adultos de una comunidad n=424</b>		
	Medias	Desviación estándar	Alpha	Medias	Desviación estándar	Alpha
Actividades familiares	3.34	2.65	.76	4.82	2.84	.75
Tareas familiares compartidas	2.72	21.13	*	26.00	18.31	*
Tareas realizadas por uno mismo	50.25	32.11	*	50.56	30.90	*
Tareas realizadas por la pareja	34.66	23.22	*	31.15	16.90	*
Discusiones familiares	3.45	2.88	.76	2.58	2.59	.75
Ambiente familiar negativo	6.65	4.65	.79	5.80	3.92	.77

\*ver nota incluida bajo la tabla 1.

**Cuadro 4**  
**Respuestas de afrontamiento**

Estilo de afrontamiento	<b>Pacientes deprimidos n=424</b>			<b>Adultos de una comunidad n=424</b>		
	Medias	Desviación estándar	Alpha	Medias	Desviación estándar	Alpha
Cognitivo	17.14	5.91	.66	17.50	5.55	*
Activo Conductual	20.51	7.34	.76	19.49	7.09	.74
Evitación	7.90	4.52	.55	3.55	3.29	.60

\*ver nota incluida bajo la tabla 1.

**Cuadro 5**  
**Foco de afrontamiento**

Foco de afrontamiento	<b>Pacientes deprimidos n=424</b>			<b>Adultos de una comunidad n=424</b>		
	Medias	Desviación estándar	Alpha	Medias	Desviación estándar	Alpha
Análisis lógico	6.68	2.68	.53	6.82	2.87	.58
Búsqueda de información	12.14	4.56	.63	10.61	4.58	.64
Solución de problemas	7.75	3.59	.66	8.88	3.38	.63
Control afectivo	8.09	3.88	.63	8.40	3.57	.51
Descarga emocional	5.79	3.37	.41	3.39	2.58	.54

Afrontamiento cognitivo, escala Likert de 1) Nunca 2) Rara vez 3) En ocasiones 4) Casi siempre 5) Siempre.

1. Rezar.
2. Se prepara para lo peor.
3. Intenta ver el lado positivo de las cosas.
4. Considera diversas alternativas para solucionar el problema
5. Se guió por sus experiencias pasadas.
6. Toma las cosas como vienen.
7. Trató de ver las cosas objetivamente.
8. Piensa en la situación para entenderla mejor.
9. Se dice cosas que le ayuden a sentirse mejor.
10. Se promete a sí mismo que la próxima vez, las cosas serán diferentes.
11. Acepta la situación, no podía hacer nada.

Afrontamiento activo conductual:

1. Intenta tener más información de la situación.
2. Habló con su cónyuge o con otros parientes
3. Habló con un amigo acerca del problema.
4. Habló con un profesionalista (abogado, cura, médico)
5. Intenta pensar en otras cosas.
6. Elaboró un plan de acción y lo llevó a cabo.
7. Evita precipitarse o actuar impulsivamente.
8. Se aleja del problema por un tiempo.
9. Sabía que había que hacer y se esforzó para que funcionara.

10. Se permite que afloren sus sentimientos de alguna manera.
11. Buscó ayuda de personas o grupos que compartieran experiencias similares.
12. Se propuso obtener algo positivo del problema.
13. Intentó reducir la tensión haciendo más ejercicio.

#### Afrontamiento de evitación.

1. Se desquita con otras personas.
2. Se reserva sus sentimientos para sí mismo.
3. Evita estar con la gente.
4. Se niega a aceptar lo sucedido.

#### Intenta reducir la tensión:

5. Bebiendo más.
6. Comiendo más.
7. Fumando más.
8. Ingeriendo más tranquilizantes.

(Moos, Cronkite, Billings, Finney, 1984)

La Escala de Salud y Vida diaria (HDL), de Moos Rudolph (1984), aplicada en población norteamericana, fue traducida y adaptada por Ayala y cols., (1992). El instrumento se aplicó y validó con el propósito de identificar los elementos cotidianos y su influencia en la salud. Se compone de 61 reactivos, de tipo escala nominal y ordinal. La escala permite obtener una serie de índices relacionados con la salud y el funcionamiento social, los estresores de vida y las estrategias de afrontamiento. Proporciona un esquema general del contexto actual de la vida del individuo. El instrumento cumple con los requisitos mínimos de validez y

confiabilidad para ser utilizado en esta muestra de población. En la siguiente tabla se concentran los coeficientes Alfa del instrumento, proporcionando información acerca de su confiabilidad (Aduna, 1998).

Coeficientes Alfa del cuestionario de salud y vida cotidiana.

Humor depresivo	Depresión	Autoconcepto	Afrontamiento cognoscitivo	Afrontamiento resolutivo	Afrontamiento evitativo	Activid Amigos	Activid Familia
.604	.544	.696	.625	.824	.494	.679	.722